



UNIVERSITAS INDONESIA

**TERAPI KEPATUHAN UNTUK MENINGKATKAN TILIKAN
DAN SIKAP TERHADAP PENGOBATAN PADA INDIVIDU
DENGAN SKIZOFRENIA TAHAP STABIL**

*COMPLIANCE THERAPY FOR STABLE SCHIZOPHRENIC INPATIENTS
TO IMPROVE INSIGHT AND ATTITUDE TOWARD MEDICATION*

TESIS

**KARTIKA PUSPITASARI
1006796304**

**FAKULTAS PSIKOLOGI
PROGRAM STUDI PSIKOLOGI PROFESI
PEMINATAN KLINIS DEWASA
DEPOK, JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**TERAPI KEPATUHAN UNTUK MENINGKATKAN TILIKAN
DAN SIKAP TERHADAP PENGOBATAN PADA INDIVIDU
DENGAN SKIZOFRENIA TAHAP STABIL**

***COMPLIANCE THERAPY FOR STABLE SCHIZOPHRENIC INPATIENTS
TO IMPROVE INSIGHT AND ATTITUDE TOWARD MEDICATION***

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Profesi
Psikologi

**KARTIKA PUSPITASARI
1006796304**

**FAKULTAS PSIKOLOGI
PROGRAM STUDI PSIKOLOGI PROFESI
PEMINATAN KLINIS DEWASA
DEPOK, JULI 2012**


LEMBAR PERNYATAAN ORSINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa Tesis yang berjudul “*Terapi Kepatuhan untuk Meningkatkan Tilikan dan Sikap terhadap Pengobatan Pada Individu dengan Skizofrenia tahap Stabil*” adalah hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan jiplakan dari hasil karya orang lain.

Apabila di kemudian hari ditemukan adanya kecurangan dalam karya ini, saya bersedia menerima sanksi apapun dari Fakultas Psikologi Universitas Indonesia Sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Depok, 10 Juli 2012

Yang Menyatakan,


Kartika Puspitasari,

(NPM: 1006796304)



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Kartika Puspitasari
NPM : 1006796304
Program Studi : Magister Psikologi Profesi
Peminatan : Klinis Dewasa
Judul Tesis : Terapi kepatuhan untuk meningkatkan tilikan dan sikap terhadap pengobatan pada individu dengan skizofrenia tahap stabil

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Psikologi pada Program Studi Psikologi Profesi Peminatan Klinis Dewasa Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Dra. Erida Rusli, M.Si
NIP. 195211141986012001

Pembimbing 2 : Fivi Nurwianti, S.Psi., M.Psi.
NIP. 0800300005

Penguji 1 : Dr. E. Kristi Poerwandari, M.Hum
NIP. 196307021991032001

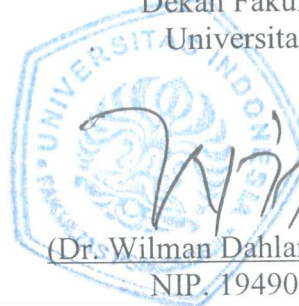
Penguji 2 : Dini Rahma Bintari, M.Psi
NIP. 0806050137

DISAHKAN OLEH

Ketua Program Studi Psikologi Profesi
Fakultas Psikologi UI

(Dra. Dharmayati Utoyo Lubis, MA., Ph.D.)
NIP. 195103271976032001

Dekan Fakultas Psikologi
Universitas Indonesia



(Dr. Wilman Dahlan Mansoer, M.Org.Psy.)
NIP. 194904031976031002

Disahkan di : Fakultas Psikologi Universitas Indonesia
Tanggal : 10 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat hidayah NYA, peneliti akhirnya dapat menyelesaikan tesis ini dengan proses yang menyenangkan. Penyelesaian tesis ini tidak lepas dari bimbingan dan dukungan berbagai pihak. Untuk itu, peneliti mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dra. Erida Rusli, M.Si dan Fivi Nurwianti, S.Psi, M.Si sebagai pembimbing tesis ini. Terima kasih atas masukan, kritikan, dukungan, dan penerimaan pada peneliti selama penyusunan tesis ini.

2. Dr. E. Kristi Poerwandari, M.Hum dan Dini Rahma Bintari, M.Psi sebagai penguji yang telah memberikan masukan yang sangat berguna baik bagi penelitian ini maupun bagi peneliti secara pribadi.

3. Orangtua saya yang tidak henti-hentinya mendukung saya walau dari jauh, dan juga adi serta tami yang selalu bisa membuat saya tersenyum di tengah keriuhan penyusunan tesis.

4. Para dosen dan seluruh staf akademik di program studi Klinis Dewasa yang telah memberikan bimbingan dan pengajaran selama masa kuliah.

5. Whisnu Yudiana, M.Psi dan mas Aries atas pencerahan mengenai psikometri dan statistika yang digunakan dalam penelitian ini.

6. Vivi, terima kasih untuk seluruh waktu, dukungan, dan pertemanan yang terjalin selama kuliah.

7. Keluarga besar bangsal Yudhistira, Staf Bagian Pendidikan dan Pelatihan, dan Ibu Rina, sebagai psikolog pembimbing di Rumah Sakit Marzuki Mahdi. Terima kasih atas kesempatannya dan kesediannya untuk menjadi rumah kedua saya selama sebulan.

8. Ramadhita Paramananda, terima kasih untuk optimismenya dan kepercayaannya bahwa tesis ini bisa selesai.

9. Teman-teman klinis dewasa 17 : Rena, Kresna, Boumby, , Nana, Della, Ika, Wita, Nia, Mamih Dewi, Dhea, Bona, Mba Des, Rangga, Edo, Hanum, Decha, Manik, Retha, Iin Citra, Rini, Titis, Tiker, dan Olav. Thank You!

10. Feranny Novansarie, S.Psi dan Fala Rininda, S.Psi. Terima kasih!

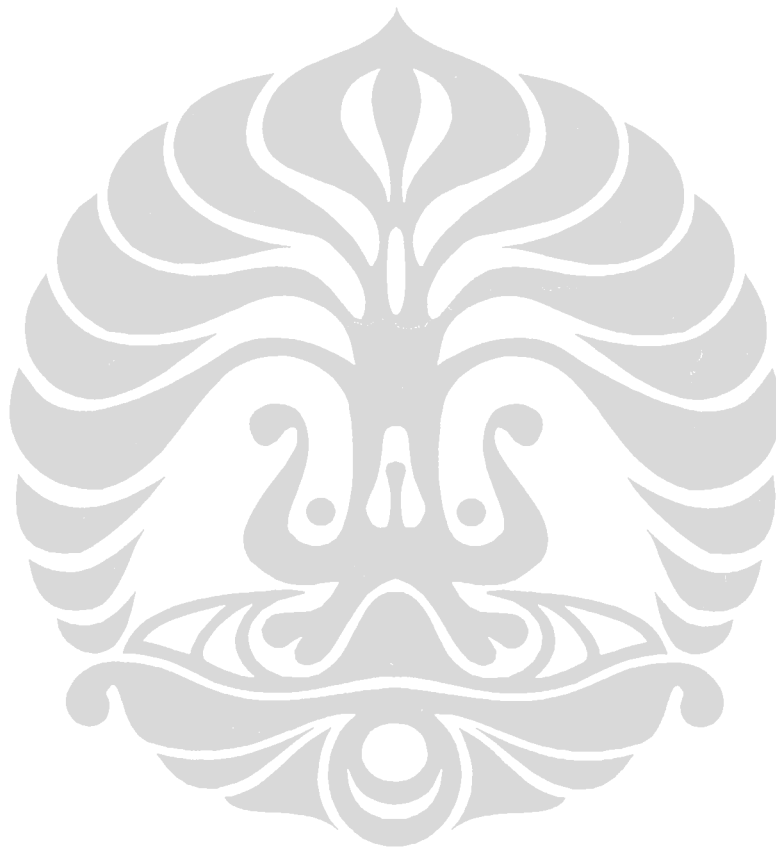
11. Seluruh teman-teman yang sudah mendukung dan memberikan inspirasi dari Universitas Padjajaran, Novita Indah Putri, Febryeric Malsom Parantean (Parson), Dessy Sagitha Nathalia, dan Yudha Arrahman Arief. Terima kasih ☺

12. Terima kasih banyak untuk AA, A, Y, TA, AS, AI, M, MS, NM, RG, FY, dan H yang tidak hanya bersedia membantu penelitian ini, tetapi juga mengizinkan peneliti untuk memahami lebih dalam dan belajar lebih jauh mengenai empati, Terima kasih banyak!

Akhir kata. saya mengucapkan terima kasih untuk seluruh pihak yang telah membantu penyelesaian tesis ini. Saya menyadari dan memahami bahwa tesis ini tidak luput dari kekurangan. Untuk masukan, kritik, ataupun pertanyaan bisa dikirim ke email : kartika05@gmail.com.

Depok, 25 Juni 2012

Peneliti



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

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

Nama : Kartika Puspitasari
NPM : 1006796304
Program Studi : Magister Profesi Psikologi Klinis Dewasa
Fakultas : Psikologi
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:

“Terapi Kepatuhan dalam Meningkatkan Tilikan dan Sikap Terhadap Pengobatan pada Individu dengan Skizofrenia Tahap Stabil”

berserta instrument / desain/ perangkat (jika ada). Berdasarkan Persetujuan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihkan bentuk, mengalihmediakan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, serta memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan juga sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya secara sadar tanpa paksaan dari pihak mana pun.

Dibuat di : Depok
Pada Tanggal : 25 Juni 2012

Yang membuat pernyataan



(Kartika Puspitasari)

ABSTRAK

Nama : Kartika Puspitasari
Program Studi : Magister Profesi Psikologi Klinisi Dewasa
Judul : Terapi Kepatuhan untuk Meningkatkan Tilikan dan Sikap terhadap Pengobatan pada Individu dengan Skizofrenia Fase Stabil

Ketidakpatuhan terhadap pengobatan merupakan salah satu hambatan dalam penanganan terhadap individu dengan skizofrenia. Ketidakpatuhan ini dapat meningkatkan resiko akan kekambuhan sebesar 3,7 kali lebih besar. Tilikan terhadap kondisinya dan sikap terhadap pengobatan merupakan dua variabel yang konsisten ditemukan berpengaruh terhadap kepatuhan pada individu dengan skizofrenia. Studi literatur menunjukkan terapi kepatuhan merupakan salah satu intervensi berlandaskan *motivational interviewing* dan pendekatan kognitif yang efektif dalam meningkatkan sikap dan tilikan pada individu dengan simptom psikotik. Oleh sebab itu, peneliti bermaksud untuk meneliti mengenai efektivitas terapi kepatuhan dalam meningkatkan tilikan dan sikap terhadap pengobatan pada individu dengan skizofrenia tahap stabil.

Penelitian ini menggunakan pendekatan *field experiment* dengan *pretest-posttest experimental design*. Dua belas partisipan pria dipilih sesuai dengan karakteristik subjek dan dibagi ke dalam dua kelompok secara acak. Kelompok eksperimen diberikan terapi kepatuhan dan kelompok kontrol diberikan konseling non spesifik. Setiap individu mendapat kesempatan terapi sebanyak 5 sesi yang berlangsung selama 30-60 menit setiap sesi. *Birchwood Insight Scale* dan *Hogan Drug Attitude Inventory (DAI-30)* digunakan untuk mengukur tilikan dan sikap partisipan, sebelum dan sesudah intervensi.

Enam partisipan yang menerima terapi kepatuhan menunjukkan peningkatan sikap yang lebih positif terhadap pengobatan. Tilikan terhadap kondisi mereka pada partisipan di kelompok eksperimen juga menunjukkan peningkatan yang signifikan. Uji beda *mann whitney-u* yang dilakukan menunjukkan perbedaan yang signifikan pada sikap terhadap pengobatan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol ($u= 3.5$, $p=0.019$, $\alpha=0.05$). Perbedaan yang signifikan ini juga ditemukan pada variabel tilikan ($u=4.0$, $p=0.22$, $\alpha=0.05$). Dari hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa terapi kepatuhan dapat meningkatkan tilikan dan sikap terhadap pengobatan pada individu dengan skizofrenia.

Kata Kunci : Ketidakpatuhan, terapi kepatuhan, Skizofrenia, tilikan, sikap

ABSTRACT

Name : Kartika Puspitasari
Study Program : Adult Clinical Psychology
Title : Compliance Therapy for Stable Schizophrenic Inpatients to Improve Insight and Attitude toward Medication

Rationale : Nonadherence with the antipsychotic medication regimen is a common barrier to the effective treatment for schizophrenia. Nonadherence patients have an average risk of 3.7 times greater than adherent patients. Insight and Attitude toward medication has been consistently associated with compliance. Literature has shown that compliance therapy, a brief intervention based on motivational interviewing and cognitive approach, can lead to improved attitude toward medication and insight. **Objective:** this study aimed to examine effectiveness of compliance therapy to improve insight and attitude toward medication on schizophrenic inpatients in Indonesia. **Methods:** A field experiment approach with pretest-posttest experimental design was used. Twelve male schizophrenic inpatient in the same ward who were in stable phase, were divided into two groups: experimental and control. The patients in the experimental group received compliance therapy, whereas those in control group received non-specific counseling. Each treatment consists of 5 sessions lasting 30-60 minutes. Drug Attitude Inventory (DAI-30) was used to measure the patient's attitude toward medication. Birchwood Insight Scale was used to assess the patient's insight. The measurement is conducted twice, before and after intervention. Mann-whitney u test is used to compare the differences between two groups. **Main Findings:** The result revealed that the patients in the experimental group reported a significantly more positive attitude toward medication ($u=3.5$, $p=0.019$, $\alpha=0.05$) and better insight ($u=4.0$, $p=0.022$, $\alpha=0.05$) than those in the control group. **Conclusion:** Compliance therapy can improve attitude toward medication and insight on schizophrenic inpatient.

keywords : nonadherence, compliance therapy, schizophrenia, insight, attitude toward medication

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar pernyataan orisinalitas	ii
Lembar pengesahan	iii
Ucapan terima kasih	iv
Halaman pernyataan persetujuan publikasi karya ilmiah	vi
Abstrak	vii
<i>Abstract</i>	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar	xiii
Daftar Grafik	xiv
Daftar Diagram	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Masalah Penelitian	5
1.3. Tujuan Penelitian	5
1.4. Manfaat Penelitian	5
1.5. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	7
2.1. Skizofrenia	7
2.1.1. Definisi dan Karakteristik Skizofrenia	7
2.1.2. Etiologi Skizofrenia	9
2.1.2.1. Model Diathesis Stress	9
2.1.3. Penanganan Skizofrenia	12
2.1.3.1. Medikasi	13
2.1.3.2. Penanganan Psikologis	15
2.2. Kepatuhan terhadap Pengobatan pada Individu dengan Skizofrenia	16
2.3. Tilikan dan Kepatuhan	20
2.4. Sikap terhadap Kepatuhan untuk Berobat	22
2.5. Terapi Kepatuhan	23

2.5.1.	Motivational Interviewing	24
2.5.2.	Metode Terapi Kepatuhan	29
2.6.	Dinamika Terapi kepatuhan dalam Meningkatkan Tilikan dan Sikap terhadap Pengobatan pada Individu dengan Skizofrenia	31
BAB III METODE PENELITIAN		34
3.1.	Desain Penelitian	34
3.2.	Masalah dan Hipotesis Penelitian	35
3.2.1.	Masalah Penelitian	35
3.2.2.	Hipotesis Penelitian	35
3.3.	Variabel Penelitian	35
3.3.1.	Variabel Independen	35
3.3.2.	Variabel Dependen	36
3.3.2.1.	Variabel Tilikan	36
3.3.2.2.	Variabel Sikap Terhadap Pengobatan	36
3.4.	Partisipan Penelitian	36
3.4.1.	Populasi Penelitian	36
3.4.2.	Kriteria Partisipan	37
3.4.3.	Prosedur Pemilihan Partisipan	37
3.4.4.	Jumlah Sampel	37
3.5.	Alat Ukur	38
3.5.1.	Birchwood Insight Scale	38
3.5.1.1.	Uji Keterbacaan dan Reliabilitas	38
3.5.2.	Hogan Drug Attitude Inventory (DAI-30)	39
3.5.2.1.	Uji Keterbacaan dan Reliabilitas	40
3.6.	Tahapan Penelitian	40
3.6.1.	Tahap Persiapan	40
3.6.2.	Tahap pelaksanaan	41
3.6.2.1.	Assesmen	41
3.6.2.2.	Intervensi	42
3.6.2.3.	Assesmen dan Wawancara Paska Intervensi	45
3.6.3.	Tahap Evaluasi	46
3.7.	Waktu dan Tempat Penelitian	46
3.8.	Ringkasan Proses Penelitian	47

BAB IV HASIL ASSESTMENT	48
4.1. Asesmen Tahap Pertama (23-25 April 2012)	48
4.2. Asesmen Tahap Kedua	51
4.2.1. Hasil Asesmen Pada Kelompok Eksperimen	51
4.2.1.1. Partisipan 1	51
4.2.1.2. Partisipan 2	54
4.2.1.3. Partisipan 3	57
4.2.1.4. Partisipan 4	59
4.2.1.5. Partisipan 5	61
4.2.1.6. Partisipan 6	64
4.2.2. Hasil Asesmen pada Kelompok Kontrol	66
4.2.2.1. Partisipan 1	66
4.2.2.2. Partisipan 2	68
4.2.2.3. Partisipan 3	70
4.2.2.4. Partisipan 4	72
4.2.2.5. Partisipan 5	74
4.2.2.6. Partisipan 6	76
4.2.3. Kesimpulan Hasil Asesmen Antar Partisipan	79
4.3. Uji Beda Skor Pre Test Tilikan dan Sikap pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol	83
 BAB V PROSES DAN HASIL INTERVENSI	 84
5.1. Gambaran Pelaksanaan Terapi	84
5.2. Rincian Pelaksanaan Sesi Setiap Partisipan	85
5.2.1. Rincian Sesi Kelompok Eksperimen	85
5.2.1.1. Partisipan 1	85
5.2.1.2. Partisipan 2	88
5.2.1.3. Partisipan 3	92
5.2.1.4. Partisipan 4	95
5.2.1.5. Partisipan 5	100
5.2.1.6. Partisipan 6	102
5.2.2. Hasil Penelitian pada Kelompok Eksperimen.....	106
5.2.3. Rincian Sesi Kelompok Kontrol	111
5.2.3.1. Partisipan 1	111

5.2.3.2.	Partisipan 2	113
5.2.3.3.	Partisipan 3	114
5.2.3.4.	Partisipan 4	116
5.2.3.5.	Partisipan 5	117
5.2.3.6.	Partisipan 6	119
5.3.	Hasil Penelitian Perbandingan antara Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol	121
5.4.	Analisa Kuantitatif	122
5.3.1.	Uji Beda Perubahan Skor Tilikan	122
5.3.2.	Uji Beda Perubahan Skor Sikap	123
BAB VI	DISKUSI	125
6.1.	Efektivitas Intervensi	125
6.2.	Evaluasi Pelaksanaan Intervensi	131
6.3.	Keterbatasan Penelitian	132
BAB VII	KESIMPULAN DAN SARAN	134
7.1.	Kesimpulan	134
7.2.	Saran	134
7.2.1.	Saran Metodologis	134
7.2.2.	Saran Praktis	135
DAFTAR PUSTAKA		137
LAMPIRAN		

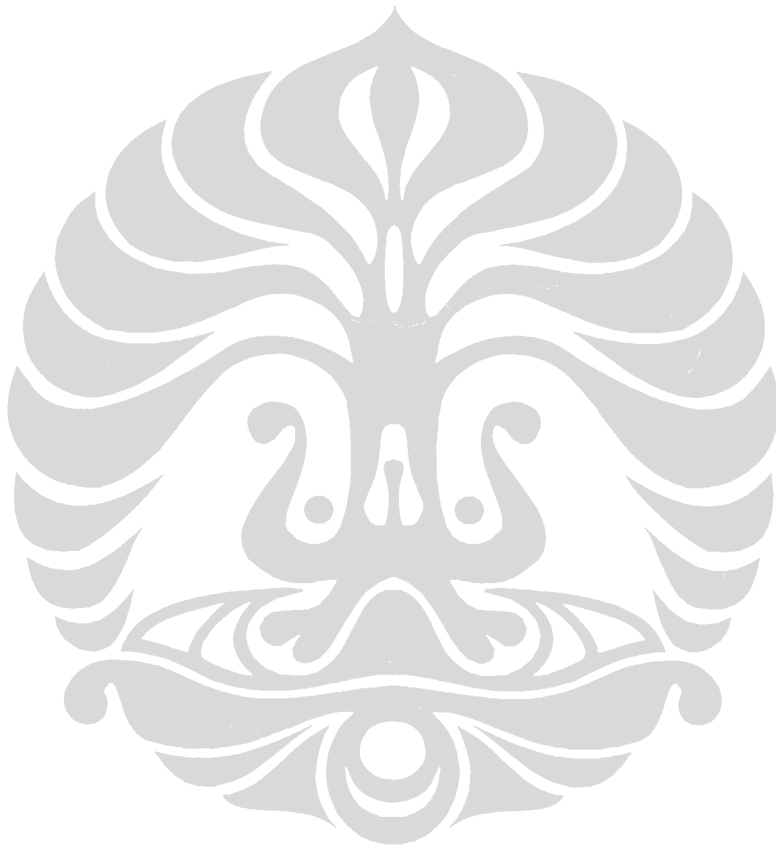
DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.	Ringkasan dari Obat-obatan yang biasa digunakan dalam Penanganan Skizofrenia.....	14
Tabel 2.2.	Panduan Pelaksanaan Terapi Kepatuhan	29
Tabel 2.3.	Tahapan dan Karakteristik Individu dalam Menghadapi Perubahan	30
Tabel 3.1.	Subskala dari <i>Bircwood Insight Scale</i>	38
Tabel 3.2.	Uji Keterbacaan <i>Birchwood Insight Scale</i>	39
Tabel 3.3.	Uji Keterbacaan <i>Hogan Drug Attitude Inventory</i>	40
Tabel 3.4.	Gambaran Umum Rancangan Intervensi	44
Tabel 3.5.	Gambaran Umum Rancangan Sesi dengan Keluarga	45
Tabel 3.6.	Waktu Tahap Penelitian	46
Tabel 4.1.	Hasil Pre Test Partisipan AA	53
Tabel 4.2.	Hasil Pre Test Partisipan A	56
Tabel 4.3.	Hasil Pre Test Partisipan Y	59
Tabel 4.4.	Hasil Pre Test Partisipan TA	61
Tabel 4.5.	Hasil Pre Test Partisipan AI	63
Tabel 4.6.	Hasil Pre Test Partisipan AS	66
Tabel 4.7.	Hasil Pre Test Partisipan RG	68
Tabel 4.8.	Hasil Pre Test Partisipan NM	70
Tabel 4.9.	Hasil Pre Test Partisipan MS	72
Tabel 4.10.	Hasil Pre Test Partisipan M	73
Tabel 4.11	Hasil Pre Test Partisipan H.....	75
Tabel 4.12	Hasil Pre Test Partisipan FY.....	78
Tabel 4.13.	Hasil Assesmen Kelompok Eksperimen.....	79
Tabel 4.14.	Hasil Assesmen Kelompok Kontrol	80
Tabel 4.15	Tabel Hasil Uji Beda <i>Insight Birchwood Scale</i>	83
Tabel 4.16	Tabel Hasil Uji Beda <i>Hogan Drug Attitude Inventory</i>	83
Tabel 5.1.	Rincian Pelaksanaan Sesi pada Partisipan AA.....	85
Tabel 5.2.	Rincian Pelaksanaan Sesi pada Partisipan A.....	89
Tabel 5.3.	Rincian Pelaksanaan Sesi pada Partisipan Y.....	93
Tabel 5.4.	Rincian Pelaksanaan Sesi pada Partisipan TA.....	96
Tabel 5.5.	Rincian Pelaksanaan Sesi pada Partisipan AI.....	100
Tabel 5.6.	Rincian Pelaksanaan Sesi pada Partisipan AS.....	103

Tabel 5.7.	Perubahan Kondisi Klien Sebelum dan Sesudah Terapi Berkaitan dengan Tilikan, Sikap, dan ketidakpatuhan Terhadap Pengobatan	106
Tabel 5.8.	Data yang Berkaitan dengan Kondisi Partisipan Kelompok Eksperimen.....	108
Tabel 5.9.	Data yang Berkaitan dengan Pengobatan pada Kelompok Eksperimen.....	109
Tabel 5.10	Aspek Harapan, Proses Psikologis, dan Masalah Lain	110
Tabel 5.11.	Rincian Pelaksanaan Sesi pada Partisipan RG	111
Tabel 5.12.	Rincian Pelaksanaan Sesi pada Partisipan NM	113
Tabel 5.13.	Rincian Pelaksanaan Sesi pada Partisipan MS	115
Tabel 5.14.	Rincian Pelaksanaan Sesi pada Partisipan M	116
Tabel 5.15.	Rincian Pelaksanaan Sesi pada Partisipan H	118
Tabel 5.16.	Rincian Pelaksanaan Sesi pada Partisipan FY	119
Tabel 5.17.	Perbandingan Pretest dan Post Test Kelompok Eksperimen	121
Tabel 5.18.	Perbandingan Pretest dan Post Test Kelompok Kontrol	121
Tabel 5.19	Test of Normality	122
Tabel 5.20	Mann Whitney Test pada Skor Tilikan	123
Tabel 5.21	Mann Whitney Test Pada Skor Sikap	123

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Model Diathesis Stress	9
Gambar 3.1.	Ilustrasi Desain Penelitian (<i>non equivalent comparison group design</i>)...	34
Gambar 3.2.	Bagan Proses Penelitian	47

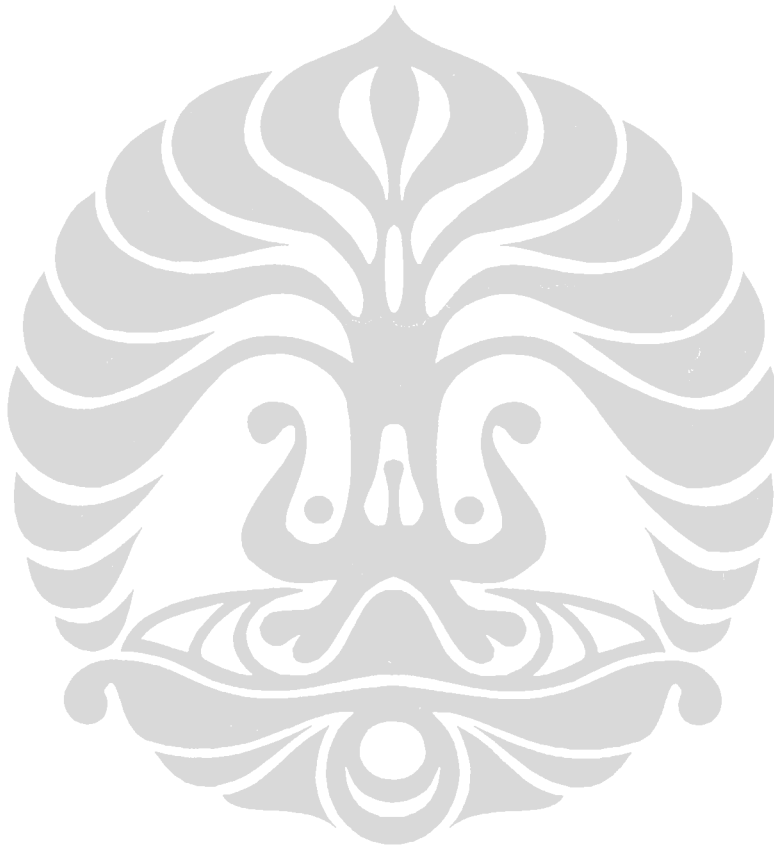


DAFTAR GRAFIK

Grafik 5.1.	Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan AA	87
Grafik 5.2.	Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan A.....	91
Grafik 5.3.	Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan Y.....	95
Grafik 5.4.	Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan TA.....	99
Grafik 5.5.	Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan AI	102
Grafik 5.6.	Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan AS.....	105
Grafik 5.7.	Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan RG	112
Grafik 5.8.	Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan NM.....	114
Grafik 5.9.	Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan MS.....	115
Grafik 5.10.	Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan M.....	117
Grafik 5.11.	Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan H	118
Grafik 5.12.	Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan FY.....	120
Grafik 5.13.	Grafik Perbandingan Rata-rata Nilai Skor Birchwood Insight Scale.....	123
Grafik 5.14.	Grafik Perbandingan Rata-rata Nilai Skor Hogan Drug Attitude Inventory	124

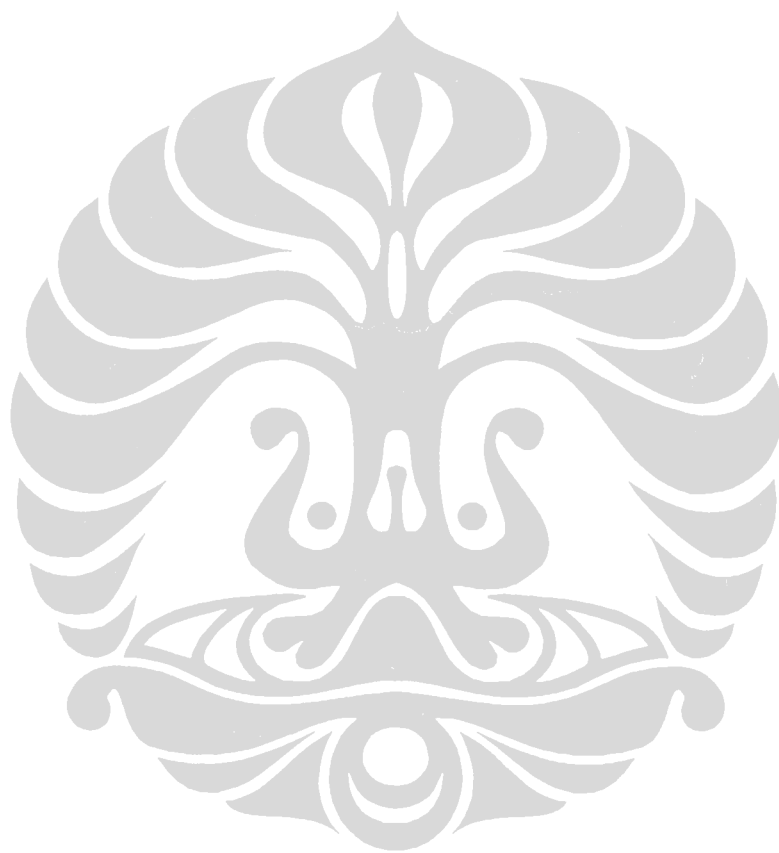
DAFTAR DIAGRAM

Diagram 4.1. Sebaran usia Pasien Bangsal Yudhistira	49
Diagram 4.2. Data Onset Pasien Bangsal Yudhistira	49
Diagram 4.3. Presentase Pasien yang Kambuh Bangsal Yudhistira	50
Diagram 4.4. Data Faktor yang Diduga Menyebabkan Kekambuhan pada Pasien di Bangsal Yudhistira	50



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 *Alat Ukur Birchwood Insight Scale*
- Lampiran 2 *Alat ukur Hogan Drug Attitude Inventory*
- Lampiran 3 Contoh Modul Terapi Kepatuhan
- Lampiran 4 Contoh Lembar Kerja Terapis
- Lampiran 5 Contoh Booklet Partisipan



I have never known a schizophrenic who could say he was loved, as a man, by God the Father or by the Mother of God or by another man. He either is God, or the Devil, or in hell, estranged from God

...
What is required of us? Understand him? The kernel of Schizophrenic's experience of himself must remain incomprehensible to us. As long as we are sane and he is insane, it will remain so. But comprehension as an effort to reach and grasp him, while remaining within our world and judging him by our own categories whereby he inevitably falls short, is not what the schizophrenic either wants or requires.

....
I did not regard him as psychotic, nor could I prove him wrong, even if I cared to. Nevertheless, it is of considerable practical importance that one should be able to see the concept and/or experience that a man may have of his being may be different from one's own concept or experience of his being. In these cases, one has to be able to orientate oneself as a person in the other's scheme of things rather than only to see other as an object in one's own world, i.e. within the total system of one's own reference. One must be able to effect this reorientation without prejudging who is right and who is wrong. The ability to do this is an absolute and obvious prerequisite in working with psychotics

(R.D. Laing, 1960)

BAB I PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa psikotik berat. Individu dengan Skizofrenia mengalami gangguan pada fungsi berpikir, emosi, dan perilaku hingga hilangnya kontak realitas (Kring, Johnson, Davison, & Neale, 2010). Hal ini disebabkan individu dengan skizofrenia mengalami apa yang disebut dengan simtom positif dan simtom negatif. Simtom positif meliputi gejala yang seringkali muncul pada kondisi psikosis, seperti halusinasi, delusi, gangguan pada kemampuan bicara dan berpikir, serta gangguan pada tingkah laku atau katatonia. Simtom negatif meliputi alogia, anhedonia, avolisi, dan afek yang datar. Baik simtom positif maupun negatif ini bisa mempengaruhi fungsi-fungsi yang dimiliki oleh individu dalam menjalani kehidupannya. Selain simtom positif dan negatif, individu dengan skizofrenia juga bisa memiliki defisit kognisi yang berbeda-beda. Beberapa penurunan tingkat kognisi dapat mengganggu individu dalam berfungsi seperti memori, atensi, dan fungsi eksekutif seperti pembuatan keputusan (Spaulding, Reed, Poland, & Storzbach, 1996).

Berdasarkan data *American Psychiatric Association* (APA) pada tahun 1995 diketahui bahwa 1% penduduk dunia menderita skizofrenia. Data Departemen Kesehatan, melalui Riskerdas 2007, menemukan bahwa 0,46% Penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa berat seperti psikotik, skizofrenia, dan gangguan depresi berat. Dengan pertimbangan jumlah penduduk Indonesia sebanyak 250 juta jiwa, maka terdapat sekitar 1 juta penderita gangguan jiwa berat.

Walaupun prevalensi gangguan skizofrenia cukup besar, namun hingga saat ini belum dapat diketahui secara pasti penyebab gangguan tersebut. Penelitian-penelitian dari berbagai perspektif teori telah menemukan faktor-faktor yang dinilai berkontribusi terhadap gangguan ini. Faktor tersebut diantaranya faktor genetik, biologis, dan juga psikososial. Kontribusi faktor genetik, terlihat dari penelitian yang menemukan fakta bahwa jika salah satu orangtua memiliki gangguan skizofrenia, maka peluang anak mengalami gangguan meningkat sebesar 30-50 % (Roukema, 2003). Penelitian lain juga memperlihatkan bahwa terdapat perbedaan antara struktur otak dan sistem neural yang berbeda antara pasien dengan skizofrenia dengan individu normal. Tingkat sosio-ekonomi yang rendah, pengekspresian emosi yang cukup tinggi dalam keluarga, tingkat IQ yang rendah, dan predisposisi kepribadian juga diketahui berkontribusi dalam kemunculan gangguan skizofrenia (Kring, dkk.2010).

Dengan kompleksnya gangguan skizofrenia dan etiologinya, maka penanganan terhadap skizofrenia juga beragam dari mulai medikasi hingga penanganan psikologis. Akan tetapi semenjak pengetahuan semakin maju, mulai banyak diketahui proses biologi simtom-simtom skizofrenia. Hal ini menstimulasi ditemukannya obat-obatan yang membantu mencegah dan mengatasi proses tersebut. Obat-obatan tersebut disebut dengan obat antipsikotik. Dua puluh tahun semenjak penemuan obat tersebut, medikasi merupakan penanganan utama terhadap skizofrenia. Hal ini diperkuat dengan terus berkembangnya penelitian, pengetahuan, dan pengembangan efektivitas obat-obatan tersebut bagi gangguan skizofrenia. Terdapat banyak bukti yang kemudian menunjukkan bahwa obat antipsikotik memang efektif dalam mengurangi dan menangani simtom dari skizofrenia (Thornley & Adams, 2000; Zygmunt, Offson, & Boyer, 2002).

Meskipun diketahui dampak efektif dari medikasi, banyak pasien dengan skizofrenia yang tidak mengikuti medikasi yang disarankan untuknya (Zygmunt,dkk., 2002). Sebanyak 80% pasien dengan gangguan psikotik tidak mengikuti program terapi medikasi mereka secara tuntas (Kemp,Hayward, Applewhite, Everitt,& David.,1996). Tingkat ketidakpatuhan terhadap obat pada pasien dengan skizofrenia rawat jalan hanya mencapai 50% setelah dipulangkan dari rumah sakit (Babiker, 1986). Oleh sebab itu, ketidakpatuhan pasien terhadap medikasi itu sendiri seringkali menjadi penyebab kegagalan penanganan gangguan skizofrenia (Nose, Barbui, & Tansella., 2003).

Selain itu, ketidakpatuhan terhadap medikasi antipsikotik meningkatkan risiko akan kekambuhan (Zygmunt, Olfson, & Boyer, 2002). Pada 38 hingga 68% pasien yang mengalami kekambuhan, ditemukan adanya riwayat ketidakpatuhan terhadap medikasi (Reilly, et al, 1967, Christensen, 1974); Herz & Melville,1980). Hal ini dikarenakan tanpa pengobatan antipsikotik, maka risiko pasien untuk kambuh pada kondisi yang akut akan meningkat. Pasien dengan ketidakpatuhan akan obat mempunyai risiko kambuh 3,7 kali lebih besar dibandingkan dengan pasien yang patuh (Fenton, Byler, & Hillbard, 1997). Kekambuhan yang dikarenakan ketidakpatuhan akan obat bisa menjadi lebih parah dan berbahaya karena meningkatkan potensi akan kekerasan atau perilaku berbahaya dari pasien dengan skizofrenia (Fenton dkk, 1997). Stephen (2003) menemukan bahwa ketidakpatuhan pasien dengan skizofrenia dalam medikasi juga merugikan dengan memakan 40% biaya untuk perawatan di rumah sakit.

Tingginya tingkat ketidakpatuhan dan risiko yang menyertainya menyebabkan beberapa peneliti mencari determinan dan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan dalam pengobatan pada pasien dengan skizofrenia. Definisi kepatuhan yang

digunakan adalah sejauh mana perilaku seseorang sesuai dengan penanganan medis yang disarankan untuknya (Haynes, 1979). Hasil penelitian menunjukkan terdapat dua variabel yang secara konsisten ditemukan memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat kepatuhan, yaitu tilikan terhadap penyakit dan sikap terhadap pengobatan (Jansen, dkk. 2006). Hal ini dikarenakan banyak ketidakpatuhan disebabkan pasien merasa tidak sakit atau mengalami gangguan. Kurangnya tilikan pasien terhadap gangguannya memiliki hubungan dengan jenis dan tingkat keparahan dari gangguan jiwa yang dialami (Moris & Halperin, 1979).

Sikap yang positif mengenai pengobatan juga diasosiasikan dengan meningkatnya kepatuhan (Hogan, Awad, & Eastwood, 1983). Sikap ini sangat dipengaruhi oleh pemahaman subjektif mengenai keuntungan dan kerugian dari pengobatan (Ajzen, 2006). Hasil penelitian menunjukkan, ketidakpatuhan terhadap pengobatan biasanya dikaitkan dengan efek samping yang tidak menyenangkan (Lockwood, 2004). Obat antipsikotik generasi pertama mempunyai cukup banyak efek samping yang tidak menyenangkan, diantaranya pergerakan otot yang tidak bisa dikendalikan, kekakuan, sedasi, dystonia, disfungsi seksual, askthesia, pandangan yang kabur, dan lain-lain. Akan tetapi ketidakpatuhan tetap menjadi masalah meskipun dengan obat-obatan generasi terbaru (Dolder et al, 2003, McCracken & Corrigan, 2008), yang memiliki efek samping lebih sedikit dibandingkan dengan obat antipsikotik generasi pertama.

Dari pengalaman pribadi peneliti dalam berhadapan dengan pasien dengan gangguan skizofrenia, salah satu alasan mereka tidak mengonsumsi obat secara tuntas adalah keyakinan mereka bahwa obat tidak diperlukan saat kondisi mereka sudah membaik. Di Indonesia sendiri, hal ini diperkuat dengan atribusi simtom dan gangguan yang muncul terkait dengan hal supernatural. Hal ini mempengaruhi tilikan mereka terutama kebutuhan akan pengobatan yang diperlukan. Selain itu, walaupun penghentian medikasi dapat meningkatkan risiko kekambuhan, dikarenakan kekambuhan biasanya muncul berminggu-minggu hingga berbulan-bulan setelah penghentian medikasi membuat pasien jarang mengkaitkannya dengan ketidakpatuhan (Chien, 1975; Herz dan Melville, 1980).

Walaupun sikap dan tilikan bukan merupakan satu-satunya determinan dalam kepatuhan terhadap pengobatan, namun merupakan hal yang penting dalam mempengaruhi kepatuhan seseorang. Intervensi yang menargetkan perubahan sikap dan tilikan biasanya lebih berhasil dalam membantu pasien untuk lebih patuh dalam pengobatan (Zygmunt dkk, 2002). Studi yang dilakukan oleh Mohamed, Rosenheck, McEvoy, Swartz, Stroup, dan Lieberman pada tahun 2008 menemukan bahwa semakin besar tilikan individu terhadap

gangguan yang dialami dan semakin positif sikap terhadap pengobatan diasosiasikan dengan peningkatan kualitas hidup, penurunan gejala, dan diikuti dengan peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan. Salah satu psikoterapi yang memiliki sasaran dalam perubahan kognisi dalam meningkatkan tilikan dan sikap untuk mendukung kepatuhan akan medikasi adalah terapi kepatuhan (*compliance therapy*). Terapi kepatuhan merupakan metode intervensi yang pragmatis dan non konfrontatif untuk meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan pada pasien dengan gangguan psikotik (Kemp,dkk., 1996). Terapi ini menggunakan dasar pendekatan kognitif dan *motivational interviewing* yang berfokus untuk membantu individu mengatasi ambivalensi mereka untuk mengubah perilakunya dengan menggunakan motivasi, energi, dan komitmen dari mereka sendiri untuk melakukan hal tersebut (Miller & Rollnick, 1991). Pada pendekatan ini keinginan pasien untuk patuh tidak di asumsikan dan konstruksi personal pada makna ditekankan (Zygmunt, Olfson, & Boyer, 2002). Dengan kata lain terapi ini menekankan pada penghayatan pasien terhadap kondisinya dan menggunakan hal tersebut untuk membantu mereka berubah menjadi lebih patuh terhadap anjuran pengobatan yang diberikan kepadanya.

Terapi kepatuhan ini pertama kali disusun oleh Kemp dan koleganya dalam rangka meneliti pendekatan *motivational interviewing* untuk meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan pada pasien dengan gangguan psikotik pada tahun 1996. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa terapi ini efektif dalam meningkatkan tilikan, sikap, dan kepatuhan pada pengobatan pada individu dengan gangguan psikotik (Kemp, dkk, 1996) dan bertahan hingga 6 bulan kemudian. Penelitian ini kemudian banyak direplikasi dengan berbagai situasi dan budaya. Salah satunya adalah oleh Tay (2007) di Singapura. Ia menemukan bahwa terapi kepatuhan ini dapat meningkatkan sikap terhadap pengobatan secara signifikan pada pasien rawat inap psikiatri. Prinsip yang digunakan dalam terapi ini adalah menekankan akan pilihan dan tanggung jawab pribadi, menciptakan atmosfer yang nyaman dan tidak menyalahkan, fokus untuk menggali kekhawatiran pasien, mengekspresikan empati, dan mendorong *self efficacy* pasien. Teknik kunci yang digunakan adalah mendengar reflektif, meringkas, dan memberikan pertanyaan, mengeksplorasi ambivalensi, menggunakan normalisasi, dan membangun jarak antara tingkah laku saat ini dan tujuan yang lebih besar (Tay, 2007).

Pendekatan ini sendiri belum banyak dilakukan atau diteliti di Indonesia. Dikaitkan dengan fenomena ketidakpatuhan yang tinggi terhadap pengobatan pada penderita skizofrenia, maka peneliti bermaksud meneliti mengenai efektivitas terapi kepatuhan dalam meningkatkan tilikan terhadap penyakit dan sikap terhadap kepatuhan akan pengobatan pada

pasien dengan skizofrenia di Indonesia. Terapi kepatuhan yang digunakan akan menggunakan panduan Kemp, dll (1996,1998) namun disesuaikan dengan kondisi pasien dengan skizofrenia di Indonesia.

Penelitian ini akan dilakukan di tempat rawat inap pasien dengan skizofrenia. Hal ini dilakukan karena unit rawat inap Rumah Sakit menyediakan kondisi yang tepat dalam memulai usaha untuk mempromosikan kepatuhan terhadap pengobatan (Zygmunt, dkk, 2002) sebelum mereka kembali ke dalam lingkungan sosialnya. Terapi ini juga dilakukan pada pasien yang sudah berada pada tahap stabil atau stabilisasi menurut panduan APA. Pertimbangan ini didasarkan bahwa terapi psikologis lebih efektif dilakukan saat pasien dengan skizofrenia sudah di tahap stabilisasi atau tahap stabil. Di beberapa Rumah Sakit di Indonesia tahap ini sering disebut dengan fase tenang.

1.2. Masalah Penelitian

Permasalahan umum yang diajukan dalam penelitian ini adalah :

1. Apakah intervensi terapi kepatuhan efektif dalam meningkatkan tilikan pada individu dengan skizofrenia?
2. Apakah intervensi terapi kepatuhan efektif dalam meningkatkan sikap positif terhadap pengobatan pada individu dengan skizofrenia?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan Penelitian ini adalah untuk melihat efektivitas terapi kepatuhan dalam meningkatkan tilikan serta sikap terhadap pengobatan pada individu dengan skizofrenia tahap stabil. Hal ini dilakukan sebagai upaya untuk menjaga keberfungsian mereka dalam lingkungan, mencegah kekambuhan, dan meningkatkan kualitas hidup.

1.4. Manfaat Penelitian

Manfaat ilmiah dari penelitian ini adalah untuk mengetahui efektivitas terapi kepatuhan dalam meningkatkan sikap terhadap pengobatan pada individu dengan skizofrenia rawat inap di Indonesia. Hasil penelitian ini juga bisa menjadi acuan dan evaluasi bagi penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan psikoterapi pada individu dengan skizofrenia.

Manfaat praktis dari penelitian ini adalah membantu individu dengan skizofrenia untuk meningkatkan sikap terhadap pengobatan dan membantu mereka memahami diri mereka sendiri. Hal ini bisa secara tidak langsung bermanfaat untuk menjaga keberfungsian mereka sebelum kembali hidup dalam masyarakat dan mencegah kekambuhan. Bagi Rumah

Sakit Jiwa sendiri manfaat penelitian ini sebagai rekomendasi program psikoterapi terhadap pasien dengan skizofrenia yang disesuaikan dengan konteks dan kondisi Rumah Sakit. Penelitian ini juga dapat bermanfaat dalam memberikan gambaran psikoterapi bagi para psikolog atau tenaga kesehatan lainnya dalam usaha membantu pasien skizofrenia untuk lebih patuh dalam pengobatannya.

1.5. Sistematika Penulisan

Tesis ini terdiri tujuh bagian. Tiap bagian akan menjelaskan tahap-tahap penelitian yang dilakukan. Pada Bab I, peneliti menjelaskan mengenai latar belakang masalah, identifikasi masalah, tujuan, manfaat, dan sistematika penulisan.

Bab II menjelaskan mengenai teori-teori yang mendasari, mendukung, dan membantu penelitian ini, meliputi penjelasan mengenai skizofrenia, penyebab, penanganan skizofrenia, kepatuhan terhadap pengobatan, sikap dan tilikan berkaitan dengan kepatuhan, pendekatan *motivational interviewing*, dan terapi kepatuhan

Bab III berisi mengenai metodologi penelitian yang digunakan oleh peneliti mencakup jenis penelitian, karakteristik subjek, prosedur, alat ukur, metode, dan waktu penelitian. Bab ini juga berisi mengenai modul intervensi yang akan dilakukan beserta penjelasannya.

Bab IV akan menjelaskan hasil *asesmen* berupa wawancara, observasi, dan alat ukur terhadap partisipan dan kesimpulan awal.

Pada Bab V akan dipaparkan hasil pelaksanaan intervensi secara lengkap dan analisis data yang diperoleh.

Bab VI berisi mengenai diskusi berkaitan dengan pelaksanaan penelitian, efektivitas terapi, dan keterbatasan penelitian

Pada Bab VII akan dipaparkan mengenai kesimpulan, pembahasan serta saran-saran dari peneliti berkaitan dengan hasil penelitian.

Bab II

Tinjauan Teoritis

Bab ini menjelaskan mengenai landasan teoritis yang digunakan dalam penelitian ini, yang mencakup mengenai skizofrenia dan penanganannya, kepatuhan dan determinannya, sikap, tilikan, pendekatan *motivational interviewing* yang diterapkan pada terapi pada pasien psikotik, dan terapi kepatuhan.

2.1. Skizofrenia

2.1.1. Definisi dan Karakteristik Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan yang ditandai dengan adanya simtom psikotik yang secara signifikan mempengaruhi fungsi-fungsi dan melibatkan gangguan pada proses berpikir, emosi, dan perilaku (Kaplan & Sadock, 1996).

Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia, edisi ke III mendefinisikan skizofrenia sebagai suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis atau “*deteriorating*”) yang luas, serta sejumlah akibat yang bergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Pada umumnya ditandai dengan penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar (*inappropriate*) atau tumpul (*blunted*). Kesadaran yang jernih (*clear consciousness*) dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian.

Pedoman Diagnostik berdasarkan PPDGJ-III mengenai gangguan skizofrenia adalah harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas :

- (a). “thought echo” = isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda; atau thought insertion atau withdrawal” = isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*); dan “thought broadcasting” = isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya;
- (b). “delusion of control” = waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau “delusion of influence” =

waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar, atau “*delusion of passivity*” = waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar;(tentang “dirinya” = secara jelas merujuk ke pergerakan tubuh/anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau penginderaan khusus);“ *delusional perception*” = pengalaman inderawi yang tak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat;

(c). Halusinasi auditorik

(d) waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar atau sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan di atas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan makhluk asing dari dunia lain).

(e) halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (*over-valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus;

(f) arus pikiran yang terputus (*break*) atau akibat mengalami sisipan (*interpolation*), yang berakibat inkoherenensi atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme;

(g) perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*), atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor;

(h) gejala-gejala “negatif”, seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respons emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial; tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika;

Adanya gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase non psikotik prodormal); Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek perilaku pribadi (*personal behavior*), bermanifestasi sebagai hilangnya minat,

hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (*self absorbed attitude*), dan penarikan diri secara sosial.

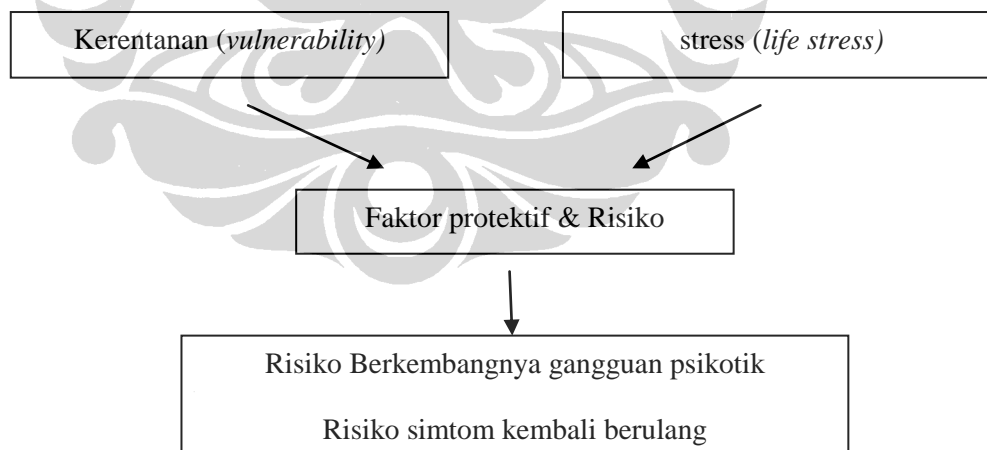
Berpedoman pada PPDGJ-III, jenis-jenis skizofrenia adalah : Skizofrenia Paranoid, . Skizofrenia Hebrefrenik, Skizofrenia Katatonik, Skizofrenia Tak Terinci, Depresi Paska Skizofrenia, Skizofrenia Residual, Skizofrenia Simpleks, Skizofrenia lainnya, Skizofrenia YTT.

Gangguan ini biasanya bersifat kronis dan memiliki 3 tahap yaitu (1) fase prodormal, (2) fase aktif dengan halusinasi, delusi, atau keduanya, dan (3) fase residual. Pada penanganan skizofrenia, APA membagi 3 fase yaitu (1) fase akut, (2) fase stabilisasi, dan (3) fase stabil.

2.1.2. Etiologi Skizofrenia

2.1.2.1. Model Diathesis-Stres

Salah satu model yang mengintegrasikan faktor biologis dan faktor psikososial serta lingkungan adalah model diathesis-stres. Model ini menunjukkan jika seseorang memiliki kerentanan spesifik (*diathesis*) yang jika distimulasi oleh stress dari lingkungan memungkinkan perkembangan dari gejala skizofrenia (Kaplan, dkk. 1994). Model ini menjelaskan interaksi antara kerentanan dan stress dalam memunculkan gangguan.



Gambar 2.1. Model Diathesis Stress (diambil dari Centre Clinical Intervention)

A. Faktor Biologis

Genetika

Bukti yang kuat menunjukkan bahwa genetika memainkan peran yang penting pada perkembangan skizofrenia. Hasil penelitian terhadap keluarga, kembar, dan studi

mengenai adopsi mendukung pernyataan ini. Akan tetapi molekul gen seperti apa yang diturunkan masih menjadi bahan studi hingga saat ini. Beberapa studi telah menemukan hubungan antara beberapa kromosom namun studi ini masih harus direplikasi untuk mengetahui dengan lebih jelasnya. (Kring, dkk. 2010).

Neurotransmitter

Penelitian saat ini tertuju pada beberapa neurotransmitter, seperti *norepinephrine*, *serotonin*, dan *glutamate*, untuk melihat peran mereka dalam etiologi skizofrenia. Neurotransmitter pertama yang menjadi perhatian dan telah diteliti secara terus menerus adalah dopamin.

Penelitian mengenai obat antipsikotik dan juga literatur mengenai psikosis amfetamin, mengarahkan pemikiran dan asumsi bahwa gangguan skizofrenia terkait dengan aktivitas berlebih pada *neurotransmitter dopamine*. Hal ini terbukti dengan mekanisme kerja obat antipsikotik yang diketahui efektif adalah dengan mengurangi aktivitas dopamine (antagonis reseptor dopamine). Akan tetapi seiring dengan penelitian yang semakin maju, asumsi ini tidak di dukung oleh fakta-fakta yang kemudian ditemukan, misalnya metabolit mayor dari dopamine, yaitu *homovanilic acid* (HVA), tidak ditemukan dengan jumlah yang lebih besar pada individu skizofrenia.

Bukti-bukti terbaru dan peningkatan teknologi dalam mempelajari *neurotransmitter* membawa para peneliti untuk mengajukan asumsi baru yaitu jumlah yang besar dari reseptor dopamin atau sensitivitas berlebih pada reseptor dopamine merupakan faktor yang berkontribusi terhadap skizofrenia dibandingkan hanya jumlah yang tinggi dari dopamine itu sendiri. Beberapa studi pada individu skizofrenia yang telah meninggal dan juga hasil PET scan menunjukkan bahwa reseptor dopamin diketahui lebih banyak atau sangat sensitif pada individu dengan skizofrenia. Akan tetapi berlebihnya reseptor dopamin tidak memegang tanggung jawab seutuhnya pada semua simptom skizofrenia. Oleh karena itu penelitian saat ini lebih melihat interaksi antara neurotransmitter dan sistem neuron secara lebih luas dari berbagai bagian otak. Kemajuan penelitian mengenai neurotransmitter saat ini, mengarahkan peneliti untuk menyimpulkan bahwa satu neurotransmitter tidak dapat sepenuhnya bertanggung jawab terhadap semua simptom yang muncul pada skizofrenia. Selain dopamine, beberapa neurotransmitter yang menjadi fokus studi saat ini adalah serotonin, GABA, dan glutamate.

B. Faktor Psikososial

Walaupun faktor biologis berperan penting dalam skizofrenia, akan tetapi lebih dari diathesis dibutuhkan untuk menimbulkan gangguan skizofrenia. Stres psikologis memainkan peran dalam berinteraksi dengan kerentanan genetik atau neurobiologi untuk menghasilkan gangguan tersebut. Penelitian menunjukkan bahwa peningkatan stress dalam kehidupan meningkatkan kecenderungan kambuh pada pasien skizofren.

Individu dengan skizofrenia tidak mengalami stress lebih banyak dibandingkan dengan individu normal. Hanya saja pasien skizofrenia cenderung lebih reaktif terhadap sumber stress yang biasa kita hadapi di kehidupan sehari-hari (Kring, dkk. 2010). Beberapa faktor psikososial yang berpengaruh adalah :

1. Status Sosioekonomi

Selama bertahun-tahun kita mengetahui bahwa peringkat tertinggi golongan dengan individu skizofrenia adalah area urban dengan status sosioekonomi yang rendah (Kring, dkk. 2010). Korelasi antara status ekonomi yang rendah dengan skizofrenia selalu konsisten namun sulit untuk dijelaskan. Hipotesis sosiogenik menyatakan bahwa sumber stress yang dilalui oleh individu dengan sosioekonomi rendah dapat menyebabkan atau berkontribusi pada perkembangan gangguan skizofrenia. Perlakuan orang yang lebih tinggi statusnya, latar belakang pendidikan yang rendah, kurangnya kesempatan, atau juga kurangnya nutrisi, bisa menstimulasi individu yang sebelumnya sudah memiliki predisposisi skizofrenia.

Penjelasan lain adalah teori seleksi sosial yang menyatakan bahwa dalam keadaan gangguan, individu dengan skizofrenia akan berpindah status sosioekonominya menjadi rendah dikarenakan gangguan mereka membuat mereka tidak bisa menggunakan kemampuannya untuk bekerja atau mendapatkan uang.

2. Faktor Keluarga

Fakta-fakta penelitian belum ada yang menyatakan bahwa pola keluarga spesifik memainkan peran yang kausatif dalam perkembangan skizofrenia. Hal ini penting untuk dimengerti oleh klinisi karena banyak orangtua dari anak yang mengalami skizofrenia memendam kemarahan terhadap psikiatrik komunitas yang untuk waktu lama membicarakan hubungan antar keluarga yang disfungsi dengan perkembangan skizofrenia. Kepentingan klinis adalah untuk mengenai perilaku atau

pola keluarga yang patologis karena perilaku tersebut dapat meningkatkan stres emosional yang harus dihadapi oleh pasien skizofrenik yang rentan (Kaplan, dkk. 1994)

Beberapa hipotesis mengenai pola keluarga yang patologis adalah sebagai berikut:

- a) Ikatan ganda (*double bind*), dirumuskan oleh Gregory Bateson untuk menggambarkan suatu keluarga dimana anak-anak mendapatkan pesan yang bertentangan dari orangtuanya tentang perilaku, sikap, dan perasaan anak.
- b) Keretakan dan Kecenderungan keluarga. Theodore Lidz menggambarkan dua pola perilaku keluarga yang abnormal, yaitu keretakan orangtua, sehingga salah satu orangtua menjadi terlalu dekat dengan anak yang memiliki jenis kelamin berbeda. Pada tipe lain adalah hubungan salah satu orangtua dengan anak harus melibatkan orangtua yang lain, sehingga terdapat dominansi pada salah satu orangtua
- c) Keluarga yang saling mendukung secara semu dan bermusuhan semu.
- d) Ekspresi emosi yang tinggi. Banyak penelitian menunjukkan keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi (dalam hal apa yang dikatakan maupun maksud perkataan) meningkatkan risiko kambuh pada pasien skizofrenia. Ekspresi emosi ini termasuk diantaranya adalah kritik, kecaman, permusuhan atau keterlibatan yang berlebihan dari anggota keluarga pada pasien skizofrenia.

2.1.3. Penanganan Skizofrenia

Penanganan pada pasien skizofrenia memerlukan tiga pemahaman mendasar yang perlu diperhatikan. Pertama, terlepas dari penyebabnya, skizofrenia terjadi pada seseorang yang mempunyai karakteristik individual, mempunyai keluarga, dan lingkungan sosial serta psikologis yang unik. Pendekatan pengobatan harus disusun sesuai bagaimana pasien dipengaruhi oleh gangguan dan bagaimana pasien akan tertolong dengan pengobatan tersebut. Kedua, fakta bahwa angka kesesuaian untuk skizofrenia pada kembar monozigot adalah 50% memiliki dampak pemikiran bahwa terdapat faktor lingkungan non biologis yang berperan dalam perkembangan gangguan. Strategi nonfarmakologis diperlukan dalam penanganan skizofrenia terutama berkaitan dengan lingkungan dan psikologis. Ketiga, skizofrenia merupakan suatu gangguan yang kompleks, sehingga setiap pendekatan terapeutik tunggal biasanya tidak cukup untuk menangani gangguan secara keseluruhan (Kaplan, Saddock, & Grebb, 1994). Oleh karena pertimbangan di atas, penanganan pada skizofrenia

seringkali melibatkan kombinasi antara rawat inap di rumah sakit dalam jangka waktu pendek (pada fase akut gangguan), medikasi, dan penanganan psikososial (Kring et al, 2010).

2.1.3.1. Medikasi

Salah satu kemajuan yang sangat penting dalam penanganan skizofrenia adalah penemuan beberapa medikasi pada tahun 1950 yang dikenal dengan obat antipsikotik atau sering juga disebut dengan *neuroleptics* karena menghasilkan efek samping yang mirip dengan simtom pada penyakit neurologis (Kring, et al, 2010).

Generasi Pertama Obat Antipsikotik

Meskipun banyak variasi dari obat-obatan antipsikotik atau *neuroleptics*, mekanisme dan cara kerjanya hampir sama yaitu mereka menghalangi reseptor Dopamine D₂ yang ada pada otak. Obat-obatan ini efektif dalam mengurangi apa yang disebut dengan simtom positif dalam skizofrenia seperti halusinasi auditori dan delusi. Obat-obatan tradisional ini diberikan pada skizofrenia fase akut dan secara berkala diberikan selanjutnya dengan dosis yang dianjurkan untuk mencegah kekambuhan dari penyakit.

Neuroleptics juga mempunyai dampak yang problematik bagi pengguna obat-obatan ini. Obat ini tidak efektif dalam mengurangi simtom pada sekitar 30% individu yang mengkonsumsinya (Kane & Leiberan, 1987). Pada beberapa pasien simtom dapat dikurangi akan tetapi tidak semua simtom positif yang tidak menyenangkan dapat hilang sepenuhnya. *Neuroleptics* dalam banyak kasus, tidak efektif dalam mengurangi simtom negatif seperti isolasi sosial atau kurangnya kemampuan bicara. Selain kesulitan-kesulitan ini, banyak pasien juga mengalami efek samping dari pengobatan ini yang membuat mereka tidak nyaman dalam meneruskan pengobatan (Mortimer, 1994).

Efek samping yang biasanya dilaporkan adalah sedasi, gelisah, pandangan kabur, dan disfungsi seksual. Simtom yang mirip dengan penyakit Parkinson juga muncul dikarenakan jumlah yang rendah dari dopamine. Beberapa efek samping lainnya adalah gejala ekstrapiramidal, *dystoni* kekakuan otot, *dyskinesia*, pergerakan otot yang abnormal, *aksthesia*, pucat terus menerus, dan *fidger*. *Tardive dyskinesia*, perubahan pada otot mulut, pergerakan keseluruhan tubuh. Pada 1% populasi ditemukan sindrom neuroleptik yang malignan.

Generasi Kedua Obat Antipsikotik (antipsikotik atipikal)

Kekhawatiran mengenai efek samping ekstra pyramidal telah menstimulasi pencarian medikasi lain yang efek sampingnya lebih rendah. Penemuan terbaru adalah *re-emergence* dari *clozapine* dan perkembangan dari *risperidone* (Umbricht & Kane, 1995) telah menambahkan elemen baru dalam penanganan terhadap skizofrenia. Berbeda dengan obat antipsikotik tradisional, obat terbaru ini seperti *clozapine* memiliki kesesuaian yang lebih tinggi untuk D₄dopaminergic reseptor, dan mempunyai efek pada 5-HT_{2A}serotonergic receptors.

Tabel 2.1. Ringkasan dari Obat-obatan yang biasa digunakan dalam Penanganan Skizofrenia

Kategori Obat	generasi	Nama Generik	Nama Dagang
Obat pertama	antipsikotik	Chlorpormazine	Thorazine
		Fluphenazine decanoate	Prolixin
		Haloperidol	Haldol
		Thiothixene	Navane
		Trifluoperazine	Stelazine
Obat Kedua	Antipsikotik	Generasi Clozapine	Clorazil
		Aripiprazole	Ablify
		Olanzapine	Zyprexa
		Risperidone	Risperdal
		Ziprasidone	Geodon
		Quetiapine	Seroquel

sumber : Kring, dkk, 2010

Obat antipsikotik merupakan bagian yang tidak bisa dipisahkan dari penanganan skizofrenia dan tidak diragukan lagi akan terus berkelanjutan menjadi komponen yang penting. (Kring, Johnson, Davidson, & Neale, 2010). Kontraindikasi utama dalam pemberian antispikotik adalah (1) riwayat respons alergi yang serius, (2) kemungkinan pasien telah mengingesti zat yang akan berinteraksi dengan antispikotik sehingga menyebabkan depresi sistem saraf pusat, (3) risiko tinggi untuk kejang dari penyebab organik atau idiopatik; dan (5) adanya glaucoma sudut sempit jika digunakan suatu antipsikotik dengan aktivitas antikolinergik yang bermakna. Alasan utama kegagalan terapi dengan medikasi adalah ketidakpatuhan pasien. Hal lainnya adalah waktu yang tidak mencukupi (Kaplan, dkk, 1994).

Terapi lain yang berhubungan dengan fisik adalah elektrokonvulsif (ECT) yang dapat diberikan pada pasien katatonik atau bagi pasien yang karena suatu alasan tidak dapat diberikan antipsikotik. Pasien yang telah sakit selama kurang dari satu tahun adalah pasien yang paling mungkin berespons.

2.1.3.2. Penanganan Psikologis

Walaupun medikasi antipsikotik adalah inti dari pengobatan skizofrenia, penelitian telah menemukan bahwa intervensi psikososial dapat memperkuat dan mendukung kondisi pasien (Kaplan dkk, 1994). Modalitas psikososial harus diintegrasikan secara cermat dalam regimen terapi obat dan harus mendukung regimen tersebut (Kaplan dkk, 1994)..

a. Terapi Perilaku

Terapi perilaku biasanya menggunakan prinsip-prinsip perilaku (*behavioral*) seperti token ekonomi dalam aplikasinya. Biasanya terapi ini digunakan untuk melatih dan meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan merawat diri sendiri, dan komunikasi interpersonal. Perilaku yang sesuai dan diharapkan akan mendapatkan pujian atau hadiah, dengan demikian perilaku yang tidak diharapkan dapat diturunkan frekuensinya.

b. Terapi Keluarga

Beberapa terapi yang berorientasi keluarga pada cukup berguna dalam perawatan skizofrenia. Dikarenakan pasien skizofrenia seringkali dipulangkan dalam keadaan remisi parsial, keluarga di mana pasien skizofrenia kembali seringkali mendapat manfaat dari terapi keluarga yang singkat tetapi intensif. Pusat dari terapi harus pada situasi segera dan harus termasuk mengidentifikasi dan menghindari situasi yang kemungkinan menimbulkan kesulitan. Setelah periode pemulangan, topik penting yang dibahas di dalam terapi keluarga adalah proses pemulihan, khususnya lama dan kecepatan anggota keluarga bisa kembali beraktivitas. Ahli terapi harus membantu keluarga dan pasien mengerti skizofrenia tanpa menjadi terlalu mengecilkan hati. (Kaplan, 1994).

c. Psikoterapi Individual

Penelitian yang paling menjanjikan mengenai terapi pada skizofrenia adalah psikoterapi individual. Beberapa penelitian mengatakan bahwa efek psikoterapi individual dapat membantu dan menambah efek terapi farmakologis. Jenis terapi yang diteliti biasanya psikoterapi suportif dan psikoterapi yang berorientasi-tilikan. Hal yang cukup penting dalam psikoterapi terhadap pasien skizofrenia adalah hubungan terapeutik antara terapis dan pasiennya. Hal ini dipengaruhi oleh persepsi pasien mengenai seberapa jauh ahli terapi dapat dipercaya, jarak emosional antara terapis dan klien, dan keikhlasan terapis dalam melakukan psikoterapi dengan pasien.

d. Fase Penanganan Berdasarkan Pedoman APA (1994)

Dalam penanganan skizofrenia, APA membaginya menjadi 3 fase yaitu fase akut, fase stabilisasi, dan fase Stabil. Pada ketiga fase ini terdapat perbedaan mengenai penanganan

yang bisa diberikan dan tujuan dari penanganan itu sendiri. Pada fase akut penanganan dikhususkan pada farmakologi. Akan tetapi pada fase stabilisasi dan stabil tujuan penanganan sudah bisa meluas, yang mencakup meminimalisasikan stress pada pasien dan menyediakan dukungan untuk meminimalisasi kecenderungan terjadinya kekambuhan dan meningkatkan penyesuaian diri pasien untuk hidup di komunitas. Tahap ini juga terus memfasilitasi pengurangan simtom yang berkelanjutan dan konsolidasi remisi serta mempromosikan proses pemulihan. Penanganan pada tahap ini mencakup mengawasi dan memonitor penggunaan medikasi dan dosis yang sama dalam waktu 6 bulan, menilai efek samping yang berkelanjutan dan menyesuaikan farmakoterapi, melanjutkan dengan intervensi psikoterapi yang suportif, dan memulai edukasi kepada pasien (dan keluarganya) mengenai gangguan dan dampaknya serta menekankan pentingnya kepatuhan akan obat.

2.2. Kepatuhan pada Pengobatan pada Pasien Skizofrenia

Kepatuhan (*compliance*) juga dikenal sebagai ketaatan (*adeherence*), adalah derajat di mana pasien mengikuti anjuran klinis dari dokter yang mengobatinya. Haynes (1979) mendefinisikan kepatuhan sebagai derajat dimana perilaku seseorang sesuai dengan anjuran medis atau kesehatan yang disarankan. Perilaku kepatuhan tergantung pada situasi klinis tertentu, sifat penyakit, dan program pengobatan (Kaplan, dkk, 1994).

Penelitian yang komprehensif telah mengidentifikasi beberapa determinan yang memiliki hubungan yang jelas dan konsisten dengan kepatuhan medikasi pada pasien dengan gangguan jiwa (Fenton, dkk, 1997). Determinan tersebut adalah sebagai berikut : (Urutan penulisan tidak berhubungan dengan tingkat pengaruh determinan terhadap kepatuhan)

1. Jenis dan tingkat keparahan dari gangguan jiwa (Moris & Halperin, 1979). Pada pasien rawat inap dan rawat jalan yang tidak patuh terhadap obat secara konsisten dapat dikaitkan pada keparahan dari psikopatologi yang di alami. Marder, dkk (1983) menemukan bahwa semakin parah psikopatologi, termasuk disorganisasi, hostilitas, dan kecurigaan biasanya diasosiasikan dengan penolakan pasien akan obat. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang positif antara keparahan psikopatologi dan ketidakpatuhan akan medikasi atau sikap yang negatif terhadap kepatuhan.
2. Tilikan (Fenton, dkk, 1997). Tilikan individu pada gangguan yang di alami bergantung pada keparahan simtom yang di alami (Amador, dkk. 1991). Tilikan secara konsisten ditemukan memiliki pengaruh terhadap kepatuhan terhadap obat pada individu skizofrenia.

3. Keyakinan dan sikap pasien mengenai kesehatannya. Terdapat hasil penelitian yang kontradiktif mengenai hubungan antara keyakinan pasien terkait kesehatannya dengan kepatuhan pada medikasi. Hogan dan kawan-kawan (1983) menemukan bahwa pasien skizofrenia rawat jalan yang patuh pada medikasi lebih percaya bahwa dengan terus berobat dapat mencegah kekambuhan. Pasien yang tidak patuh cenderung percaya bahwa medikasi hanya harus diminum ketika mereka merasa sakit, Mereka juga percaya bahwa medikasi dapat membahayakan bagi mereka, dan tidak aliamiah untuk meminum obat secara terus menerus. Akan tetapi Pan dan Tantam (1989) menemukan tidak ada perbedaan antara kepatuhan dan keyakinan individu bahwa hal tersebut bisa mencegah kekambuhan. Meskipun begitu, hal yang harus diperhatikan adalah hubungan antara keyakinan akan kesehatan dan perilaku mempunyai makna unik bagi individu skizofrenia.
4. Komorbiditas dengan penyalahgunaan zat (Swartz, dkk, 1998). Komorbiditas dengan alkohol atau penyalahgunaan obat-obatan lain merupakan pediktor yang kuat akan ketidakpatuhan *neuroleptic* (Fenton, dkk. 1997). Penggunaan alkohol yang terlalu tinggi memiliki hubungan dengan ketidakpatuhan medis, perilaku disorganisasi dan kekerasan, masalah medis, dan hospitalisasi yang berulang serta sering (Drake, dkk. 1989).
5. Efek samping dari pengobatan dan dosis yang terlalu tinggi atau rendah pada medikasi (Buckalew & Sallis, 1986).
6. Tingkat kooperatif dengan staf klinisi (Ziguras, dkk, 2001)
7. Dukungan sosial atau keluarga yang inadekuat (Buchanan, 1992; Razali & Yahya, 1995). Keberadaan keluarga dan teman untuk mendampingi dan membantu mengawasi konsumsi obat telah secara konsisten diasosiasikan dengan kepatuhan pada pasien psikotik terutama pasien rawat jalan (Fenton, dkk,1997). Draine dan Solomon (1994) menemukan bahwa fungsi sosial yang lebih baik dan semakin banyak teman berhubungan dengan sikap yang positif terhadap kepatuhan medis. Sebagai tambahan, interaksi sosial yang menekan atau negatif dapat membuat pasien tidak mau mengalami efek positif dari kepatuhan yaitu dapat hidup berdampingan dengan orang lain (Reily dkk, 1967).
8. Hambatan praktis seperti kemudahan untuk bersikap patuh terhadap obat (akses obatnya) (Morris & Halperin, 1979, Hesycue, 1998). Kesulitan finansial untuk mendapatkan obat merupakan salah satu alasan pasien memberhentikan pengobatannya (Reily dkk,1967).

9. Hubungan antara dokter-klien (Frank & Gunderson, 1990; Sellwood & Terrier, 1994). Jika dokter dan pasien mempunyai prioritas dan keyakinan yang berbeda, cara komunikasi yang berbeda, dan harapan medis yang berbeda, kepatuhan pasien biasanya akan menurun. Karakteristik dokter seperti entusiasme, mudah mengizinkan, usia, pengalaman, waktu yang digunakan untuk berbicara dengan pasien, dan waktu menunggu yang singkat (Kaplan dkk, 1994).
10. Bahasa yang berbeda dan kesulitan berkomunikasi antara dokter dan pasien dapat mengakibatkan adanya kesulitan dalam mendiagnosa simtom, keparahan gangguan, atau efek samping dari medikasi tersebut (Minas, dkk, 1996). Hal ini dapat mengarahkan perilaku pasien terhadap ketidakpatuhan dan kurang kooperatifnya pasien terhadap layanan medis karena kurang pemahannya mengenai anjuran medis yang disebabkan kesulitan komunikasi.
11. Kesejahteraan Subjek. Keuntungan yang di dapat dengan segera dan kesejahteraan subketif yang didapat dari medikasi telah di asosiasikan secara konsisten dengan kepatuhan. Pasien yang tidak patuh seringkali merasa bahwa pengobatan mereka tidak menolong, tidak memiliki keuntungan, atau tidak efektif dan tidak penting (Nelson, dkk, 1975; Herz dan Melville, 1980). Pasien yang bersedia dan patuh untuk mengkonsumsi obat biasanya melaporkan bahwa mereka merasa lebih baik, mendapat bantuan yang mereka butuhkan, dan mendapatkan keuntungan langsung maupun tidak langsung dari pengobatan pada kesejahteraan mereka (Fenton, dkk., 1997).

Hal-hal yang masih dipertanyakan dan tidak diketahui secara jelas dan konsisten pengaruh terhadap kepatuhan pasien psikotik terhadap medikasi adalah :

1. Riwayat Gangguan. Beberapa penelitian gagal menunjukkan adanya hubungan antara kepatuhan medikasi dengan onset atau durasi dari gangguan (Buchanan, 1992), usia saat hospitalisasi pertama, dan derajat fungsi premorbid (Adams dan Howe, 1993).
2. Faktor Demografi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel demografis tidak memiliki hubungan yang jelas dan konsisten dengan kepatuhan pada skizofrenia. Faktor demografi tersebut diantaranya jenis kelamin, status perkawinan, ras, agama, status ekonomi, intelegensi, atau tingkat pendidikan pasien. Baik intelegensi secara keseluruhan atau fungsi kognisi pasien tidak ditemukan hubungan yang konsisten dengan kepatuhan pada medikasi (Fenton, dkk, 1997).
3. Kompleksitas terapi medis yang diberikan, meskipun hal ini telah diasosiasikan dengan kepatuhan inividu dengan gangguan dan penyakit medis yang lebih luas

(Haynes, 1976), namun tidak demikian pada individu skizofrenia. Hanya satu dari empat studi empiris yang menemukan bahwa hal ini berpengaruh secara signifikan pada kepatuhan medikasi.

4. Cara obat diberikan kepada pasien, dalam bentuk pil atau cairan, atau diberikan oleh perawat serta mengambil sendiri, nampak tidak memiliki hubungan yang konsisten dalam kepatuhan terhadap medikasi pada pasien skizofrenia.

Selain determinan-determinan yang telah ditemukan dengan terapi kepatuhan, terdapat pertimbangan-pertimbangan faktor psikodinamika dalam perilaku individu untuk mengkonsumsi obatnya. Faktor psikodinamika ini berasal dari observasi para klinisi saat merawat pasien dengan skizofrenia dari waktu ke waktu. Tiga area yang secara konsisten ditemukan adalah, makna psikologis dari medikasi pada individu tersebut, peran simtom psikotik dalam menjaga keberhargaan diri atau organisasi kepribadian, dan hal-hal yang terkait dengan *transference* dan *countertransference*.

Para klinisi telah melaporkan area yang luas mengenai makna psikologis yang dimiliki oleh para pasien mengenai medikasi. Pasien yang terokupasi dengan isu otoritas dan kontrol cenderung sulit untuk patuh terhadap medikasi (Amdur, 1979). Diamon (1984) mendeskripsikan bahwa ketidakpatuhan merupakan usaha untuk meraih kontrol kembali mengenai hidupnya dan merasa lebih baik. Gutheil (1977) melihat bahwa pasien cenderung menganggap medikasi dengan 'sakit'. Hal ini bisa mempengaruhi terhadap sikap terhadap pengobatan.

Medikasi juga bisa menjadi area dimana konflik keluarga atau interpersonal terjadi, sehingga pasien berhenti minum obat untuk mengekspresikan kemarahan terhadap para tenaga kesehatan atau keluarganya (Kane, 1983). Pasien yang juga berhenti mengkonsumsi medikasinya, bisa jadi dikarenakan meningkatnya tekanan karena fungsi-fungsinya kembali. Ia harus menghadapi keharusan untuk memulai kembali pekerjaannya, sekolah, atau program rehabilitasi. Dalam kondisi ini, ketidakpatuhan dapat dipahami sebagai ekspresi ketidaksadaran akan ketakutan terhadap otonomi atau sebagai caranya mengkomunikasikan bahwa harapan terhadap dirinya terlalu tinggi (Fenton dan McGlashan, 1995).

Simtom psikotik bisa berfungsi untuk melindungi individu dari disintegrasi kepribadian yang lebih jauh atau hancurnya *self esteem*. Ketika simtom psikosis lebih bisa memberikan *self image* yang lebih positif dibandingkan yang realitas bisa berikan, pasien akan cenderung untuk mempertahankan delusinya dan menolak usaha-usaha untuk menghilangkan mereka (Van Putten et al, 1976; Corrigan dkk, 1990). Pada kondisi ini

serangan frontal terhadap simtom psikotik tidak efektif dan bisa jadi menyebabkan ancaman pada *self esteem* yang bersifat katastrofik yang kemudian bisa mempengaruhi perilaku yang merusak diri sendiri (Drake dan Sederee, 1986). Heninger dan kolega (1965) mengatakan bahwa efek samping yang diasakan dari obat neuroleptik bisa dihayati sebagai ancaman pada organisasi diri. *Transference* dan *countertransference* juga berpengaruh terhadap kesediaan individu untuk mengkonsumsi obatnya. Penghayatan pasien mengenai sikap klinis mempengaruhi sikap terhadap obat.

2.3. Tilikan dan Kepatuhan

Hubungan antara tilikan dan kepatuhan pada pengobatan sangat terlihat. Tania, dkk (2007) mengidentifikasi lima belas studi *crosssectional* yang berusaha menemukan hubungan antara tilikan dan kepatuhan terhadap pengobatan. Sembilan studi menemukan terdapat asosiasi antara tilikan dan kepatuhan (Chakraborty & Basu, 2010).

Banyak penulis dan peneliti mengikuti konsep tilikan yang dibuat oleh Amador dan David (1998) yang di dalamnya : (1) Kesadaran akan gangguan jiwa, (2) Mengerti konsekuensi sosial dari gangguan, (3) kesadaran akan kebutuhan pengobatan, (4) kesadaran akan tanda spesifik dan simtom dari gangguan, (5) dapat mengatribusikan simtom sebagai bagian dari gangguan.

Birchwood (2002) mengkonseptualisasikan tilikan menjadi 3 area yaitu kesadaran akan simtom, kesadaran akan gangguan, dan kebutuhan akan minum obat.

Tilikan pada individu dengan skizofrenia merupakan suatu fenomena yang kompleks dan kontroversial (David, 1990). Kurangnya tilikan pada individu dengan skizofrenia telah dikonseptualisasikan dalam berbagai cara, namun tidak satu pun dari mereka dapat menjelaskan secara keseluruhan. Osatuke dan koleganya (2008) meninjau model-model yang menggambarkan etiologi dari kurangnya tilikan individu dengan skizofrenia, yaitu

1. Kurangnya tilikan karena simtom positif

Simtom positif didefinisikan sebagai adanya keabnormalan dalam apa yang individu alami. Dari perspektif ini, tilikan dilihat sebagai “delusi dari kesehatan” – yaitu tipe delusi spesifik dimana individu dengan skizofrenia secara terus menerus menyangkal adanya gangguan jiwa meskipun dihadapkan dengan banyak bukti yang mengganggu fungsinya sehari-hari (Van Putten, 1976).

2. Kurangnya tilikan karena adanya simtom negatif

Simtom negatif didefinisikan sebagai defisit yang bersifat patologis, misalnya pada area pikiran atau perilaku adaptif. Model ini menjelaskan simtom negatif membuat pasien mengalami *mental withdrawal* dari usaha untuk memahami pengalaman fenomologi dirinya sendiri di dunia.

3. Kurangnya tilikan karena adanya gejala disorganisasi

Kurangnya tilikan telah ditemukan memiliki keterkaitan dengan simtom disorganisasi. Untuk menyadari bahwa dirinya mengalami gangguan, maka individu tersebut harus memiliki kemampuan untuk membandingkan kondisinya saat ini atau dengan rata-rata perilaku orang lain. Disorganisasi kognitif pada gangguan skizofrenia dapat mengganggu kapasitasnya untuk berpikir abstrak yang dibutuhkan agar ia dapat membandingkan kondisinya. Terganggunya kapasitasnya untuk berpikir ini membuat individu tersebut tidak memiliki konsep yang koheren akan normalitas.

4. Kurangnya tilikan sebagai mekanisme pertahanan *denial*

Kurangnya tilikan seringkali dilihat sebagai mekanisme pertahanan dalam menghadapi realisasi bahwa ia mengalami gangguan jiwa. Hal ini merupakan sebuah usaha aktif untuk mengatasi atau menyesuaikan diri dengan *distress*. Dalam bentuk yang lebih ekstrim, *denial* merupakan suatu mekanisme untuk menipu diri sendiri (*self-deception*) yang melindungi individu tersebut dari ancaman kepada dirinya dan melibatkan peningkatan yang berlebihan akan kontrol dan kemampuan diri.

5. Kurangnya tilikan dikarenakan salah atribusi

Kurangnya tilikan bisa dilihat sebagai misatribusi, yaitu suatu bentuk dari *cognitive error* yang didasari oleh kurangnya informasi, bisa sistematis atau keyakinan idiosinkratis. Misatribusi ini memiliki asumsi bahwa terdapat atribusi yang benar akan simtom dan pengalaman yang dialami oleh individu dengan skizofrenia.

6. Kurangnya tilikan karena adanya gangguan pada metaterpersentasi atau metakognisi

Telah ditemukan bahwa pasien yang nampak tidak memiliki tilikan mengenai gejala yang dialami oleh mereka, bisa meningkat tilikan mengenai kondisi jiwa mereka ketika perpektifnya diubah dari diri menjadi orang ketiga. Langdon dan Ward (2009) baru-baru ini mengkonseptualisasikan bahwa

tilikan sangat bergantung pada kapasitas kognitif untuk melihat perspektif orang lain, dimana, jika kemampuannya baik, berkontribusi pada kapasitas metakognisi untuk merefleksikan kondisi mental diri sendiri dari perspektif orang lain (“melihat diri sendiri seperti orang lain melihat diri kita”). Kurangnya tilikan pada individu dengan skizofrenia disebabkan adanya gangguan pada metakognisi ini.

7. Model Individual dari tilikan

Pada model ini perspektif, keyakinan, dan nilai yang dipegang oleh individu harus dijadikan pertimbangan dalam menilai sesuatu yang kompleks seperti tilikan. Beberapa penelitian sosiologi mengenai stigma dan *labeling* menunjukkan bahwa diagnosis gangguan jiwa dapat mempengaruhi keberhargaan diri dan menurunkan sosial status pada individu dengan skizofrenia (Link, dkk. 1987).

8. Tilikan sebagai proses sosiokultural

Konsepsi mengenai gangguan jiwa dan penanganannya seringkali dipengaruhi oleh normal sosial dan konstruksi sosial. Individu dari berbagai budaya memiliki cara pandang yang berbeda-beda untuk menjelaskan gangguan jiwa (Kleinman, 1980). Hal kemudian mempengaruhi bagaimana individu dalam budaya tersebut melihat gangguan jiwa yang dialaminya. Di Indonesia, peneliti sering menemukan proses gangguan jiwa dijelaskan dengan hal-hal yang berkaitan dengan supernatural, tidak hanya oleh pasien namun juga oleh keluarga serta masyarakatnya.

9. Model Neuropsikologi

Kurangnya tilikan juga dipengaruhi oleh adanya kerusakan otak. Kesadaran individu bahwa ia mengalami gangguan jiwa merupakan kesadaran diri yang spesifik yang biasanya hilang setelah seseorang mengalami kerusakan pada lobus frontal (Lishman, 1987).

2.4. Sikap dan Kepatuhan

Ajzen (1985) mendefinisikan sikap sebagai kecenderungan yang dipelajari untuk berespon terhadap suatu obyek yang dinyatakan secara konsisten dalam perasaan menyukai atau tidak menyukai obyek tersebut. Ajzen kemudian menyempurnakan definisi tersebut pada tahun 2005 bahwa sikap terhadap tingkah laku merupakan evaluasi positif atau negatif terhadap hasil dari menampilkan tingkah laku tertentu.

Sikap menurut Fishbein (1993) merupakan fungsi dari suatu set keyakinan mengenai perilaku dan konsekuensi dari perilaku tersebut. Dalam model ini, sikap ditentukan oleh dua hal, yaitu keyakinan (*beliefs*) dan evaluasi terhadap konsekuensi atau hasil (*outcomes*). *Beliefs* merepresentasikan konsekuensi yang didapatkan dari suatu tindakan (*behavioral beliefs*). Dan *beliefs* ini berinteraksi dengan evaluasi terhadap konsekuensi atau hasil (*outcomes*) dalam memunculkan suatu sikap.

Beliefs yang berhubungan dengan sikap terhadap tingkah laku tertentu disebut *behavioral beliefs*. Individu yang yakin bahwa jika ia melakukan tingkah laku tertentu akan mengarahkannya pada hasil (*outcomes*) yang positif, ia akan menganggapnya sebagai tingkah laku yang disukai (*favorable attitude*). Individu yang yakin bahwa melakukan tingkah laku tertentu akan mengarahkannya pada hasil (*outcomes*) yang negatif, ia akan menganggapnya sebagai tingkah laku yang tidak disukai (*unfavorable attitude*).

Sikap individu terhadap tingkah laku tertentu dalam hal ini kepatuhan ditentukan oleh keyakinannya bahwa melakukan tingkah laku tersebut akan mengarahkan individu pada hasil tertentu dan juga ditentukan oleh evaluasi terhadap hasil tersebut.

2.5. Terapi Kepatuhan

Dengan meningkatnya jumlah pengobatan yang menunjukkan efektivitas terhadap penanganan gangguan spektrum skizofrenia dan konsekuensi yang serius mengenai kekambuhan, maka memfasilitasi partisipasi dalam program pengobatan merupakan prioritas utama dalam penanganan individu dengan (Corrigan & McCracken, 2008).

Pada dasarnya strategi dalam meningkatkan kepatuhan telah dikembangkan oleh berbagai pendekatan. Psikoedukasi merupakan metode yang paling umum digunakan. Pendekatan lain adalah terapi perilaku yang biasanya menggunakan metode token ekonomi, aktivasi perilaku, dan *reinforcement*. Strategi lain adalah dengan menggunakan terapi kelompok yang berbentuk suportif ataupun berlandaskan kognitif perilaku.

Salah satu psikoterapi yang juga digunakan dalam usaha meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan adalah terapi kepatuhan. Terapi kepatuhan ini merupakan intervensi yang pertama kali diberikan oleh Kemp dan koleganya (1996, 1998) yang didasari pada kombinasi pendekatan kognitif dan *motivational interviewing* (MI). Intervensi ini pertama kali dilakukan dalam sebuah penelitian yang bertujuan untuk melihat efektivitas MI dalam meningkatkan kepatuhan dalam pengobatan antipsikotik. Berikut akan dijelaskan mengenai pendekatan MI dan terapi kepatuhan dalam meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan pada pasien skizofrenia.

2.5.1. Motivational Interviewing

Motivational Interviewing (MI) merupakan suatu metode klinis yang baru berkembang pada tahun 1983 yang disusun oleh William R Miller dan Stephen Rollnick. MI merupakan pendekatan yang bertujuan membantu seseorang untuk berubah. Semenjak dikembangkan pada tahun 1983, MI berdampak besar pada penelitian dan metode yang digunakan dalam masalah perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Terdapat beberapa alasan mengapa MI banyak digunakan oleh berbagai individu dalam berbagai masalah, yaitu :

1. MI menyorot masalah signifikan yang biasa dihadapi oleh setiap terapis, yaitu resistensi untuk berubah. Resistensi dalam MI dilihat sebagai hasil dari ambivalensi untuk berubah. Tujuan utama dari MI adalah untuk membantu klien meningkatkan motivasi intrinsik mereka dan menyelesaikan ambivalensi untuk memfasilitasi perubahan perilaku.

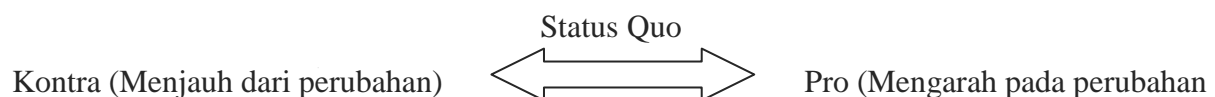
2. MI merupakan pendekatan yang fleksibel yang bisa digunakan secara tunggal, kombinasi dengan psikoterapi lain, atau tambahan dengan psikoterapi lainnya.

3. Terdapat banyak bukti penelitian mengenai efisiensi dan efektivitas MI dalam mengatasi masalah perilaku di dalam bidang kesehatan

4. Penelitian menunjukkan bahwa MI dapat dipelajari dan menghasilkan efek terapeutik yang signifikan dalam waktu sesi yang lebih singkat.

(sumber : Arkowitz, 2008).

Mekanisme MI bekerja dengan mengaktifkan motivasi untuk berubah yang ada pada klien dan mendorong kepatuhan akan pengobatan medis yang dibutuhkan oleh mereka. MI melihat bahwa setiap individu biasanya merasa ambivalen untuk berubah. Mereka terjebak antara argumen yang membuat mereka mau untuk berubah dan menghalangi diri mereka untuk berubah. Hal ini yang membuat tidak adanya perubahan dalam diri mereka.



Fokus dari MI adalah untuk membantu individu membicarakan dan mengatasi ambivalensi mereka untuk mengubah tingkah laku, dengan menggunakan motivasi, energi, dan komitmen mereka untuk melakukan hal tersebut (Miller&Rollnick, 1991). Pasien yang diberikan intervensi dengan MI (dibandingkan dengan penanganan biasa) menunjukkan kecenderungan untuk lebih komitmen pada keseluruhan pengobatan yang disarankan pada mereka (Miller & Rollnick, 2008).

Spirit atau suasana yang dibangun oleh MI secara keseluruhan ada 3 yaitu

- a. kolaboratif. MI mengharuskan adanya hubungan yang kolaboratif dan kooperatif antara pasien dan klinisi.
- b. evokatif. Seringkali klinisi memberikan apa yang dirasa kurang dari pasien, bisa dalam medikasi, pengetahuan, tilikan, atau kemampuan. Sebaliknya, MI mencari dan menstimulasi apa yang sudah dimiliki oleh pasien untuk mengaktifkan motivasi dan sumber daya mereka sendiri untuk berubah. Pasien mungkin tidak termotivasi dengan apa yang terapis inginkan, tetapi setiap orang memiliki tujuan, nilai, aspirasi, dan mimpi masing-masing. Bagian dari MI adalah menghubungkan perubahan perilaku sehat dengan apa yang dipentingkan oleh pasien. Hal ini hanya bisa dilakukan dengan memahami, perspektif klien sendiri dengan menstimulasi alasan dan argumen mereka sendiri untuk berubah.
- c. menghormati otonomi pasien dalam memutuskan dan memilih mengenai apa yang terbaik bagi dirinya sendiri. MI pada dasarnya membutuhkan adanya jarak dengan hasil terapi. Bukan berarti hilangnya kepedulian, tetapi penerimaan bahwa setiap orang dapat dan bisa membuat pilihannya sendiri mengenai bagaimana mereka mau menjalani hidup mereka. Klinisi dapat memberitahukan, menyarankan, bahkan memperingatkan, tetapi pada dasarnya pasien lah yang menentukan apa yang ingin mereka lakukan. Mengenal dan menghormati otonomi ini adalah elemen kunci dari memfasilitasi perubahan perilaku.

Miller dan Rollnick (2002) mendeskripsikan empat prinsip dasar dan strategi dari MI :

1. Mengekspresikan empati. Terapis yang empatik berjuang untuk melihat perspektif klien tanpa penilaian atau kritisi. Empati melibatkan sikap yang tidak menilai dimana terapis berusaha melihat masalah dari perspektif klien. Tidak berarti bahwa terapis harus setuju dengan perilakunya, tetapi juga tidak berarti bahwa terapis tidak menyetujui atau mengkritisi pilihan klien.
2. Membangun jarak. Motivasi merupakan fungsi dari jarak antara perilaku klien saat ini dan nilai yang dipegang. Kesadaran akan jarak ini dapat meningkatkan motivasi untuk berubah.
3. Memunculkan resistensi. Dalam MI, resistensi untuk berubah dipandang sebagai sesuatu yang normal dan sudah diharapkan dalam proses untuk berubah. Resistensi dilihat sebagai sumber informasi yang bernilai mengenai pengalaman klien

dibandingkan dengan hambatan yang harus diatasi. Terapis harus berusaha untuk memahami dan menghormati kedua sisi dari ambivalensi pada perspektif klien.

4. Mendukung *self efficacy*. Terapis mendukung keyakinan klien bahwa dia mampu untuk melakukan aksi yang diperlukan dan berhasil dalam perubahan.

Pada tahun 2008, Miller & Rollnick memperbaharui prinsip yang digunakan dalam memandu pasien, yaitu :

1. Menahan refleksi untuk membenarkan atau mengoreksi pasien
2. Untuk memahami dan mengeksplorasi motivasi pasien
3. Untuk mendengarkan dengan empati
4. Memberdayakan klien

Metode dalam MI

Bentuk gaya komunikasi dalam MI adalah memandu (*guiding*) dibandingkan dengan mengarahkan (*directing*) atau mengikuti (*following*). Dalam pelaksanaannya, terdapat tiga kemampuan komunikasi inti dalam MI yang perlu dikuasai oleh klinisi dalam penerapannya, yaitu :

1. bertanya (*asking*). Menanyakan tujuan individu dan mengenal lebih dalam mengenai pasien.
2. mendengar (*listening*). Kemampuan mendengar yang digunakan dalam MI adalah mendengar reflektif. Kemampuan ini menuntut kepekaan, kesabaran, dan kemampuan untuk menangkap apa yang dialami pasien dan merefleksikannya dalam kata-kata yang dipilih dengan baik. Memilih apa yang direfleksikan termasuk ke dalam hal yang penting dalam memandu klien untuk mengatasi ambivalensinya untuk berubah. Meringkas juga merupakan hal yang juga harus dilakukan oleh klinisi, serta memiliki beberapa fungsi yang berguna bagi interaksi pasien dan klinisi. Proses mendengarkan dan memandu membantu individu untuk terus berbicara dan bergerak maju ke arah perubahan. Klinisi membantu pasien untuk tetap berpikir dan mengeksplorasi alasan (hasrat, kemampuan, dan kebutuhan) untuk berubah dibandingkan terus kembali pada keadaan ambivalen antara pro dan kontra perubahan yang dapat membuat pasien lebih menutup diri.
3. menginformasikan (*informing*). Dalam memberikan informasi terhadap klien atau pasien, terdapat beberapa hal yang harus dilakukan, yaitu :
 - meminta izin : menyediakan informasi dengan kesediaan dari pasien merupakan hal yang fundamental dalam memandu. Menginformasikan bisa menstimulasi

resistensi ketika pasien tidak siap atau tidak mau untuk menerima informasi tersebut. Dengan prinsip menghormati otonomi pasien, maka praktisi hanya memberikan informasi atau saran ketika ia mempunyai izin untuk melakukan hal tersebut. Beberapa teknik yang bisa dilakukan untuk meminta izin selain menunggu pasien bertanya adalah *announcing*, *first choice*, dan *prefacing*.

- Menawarkan pilihan : saat memberikan informasi, berikan atau tawarkan alternatif-alternatif yang memungkinkan. Hal ini mendukung otonomi pasien.
- Bicara mengenai apa yang orang lain lakukan dalam situasi yang sama dengan klien

Berikut merupakan panduan konsultasi dengan menggunakan MI, yang dikonstruksikan oleh Rollnick, Miller, & Butler (2008) :

1. Mencapai persetujuan dalam fokus terapi
 - a. Membangun *rapport*. Dasar dari konsultasi yang baik adalah atmosfir yang bersahabat dan suportif. Semakin pasien merasa dipahami oleh konselor, semakin baik kemajuan yang dicapai selama konsultasi
 - b. Menyusun agenda. Jika sasaran perubahan hanya satu perilaku maka tugas yang diberikan bisa langsung pada titik permasalahan. Konselor mengangkat topik dan meminta izin untuk membicarakan hal tersebut. Jika banyak perilaku yang menjadi fokus perubahan maka ajak pasien untuk mempertimbangkan semua kemungkinan, perhatikan preferensi dan kesiapan mereka untuk berubah, tetapi juga jujur mengenai kekhawatiran yang dirasakan konselor. Lakukan hingga tercapai persetujuan mengenai fokus perilaku yang akan dibicarakan.
 - c. Menekankan pada pendekatan yang dipakai dalam konsultasi.
2. Eksplorasi dan membangun motivasi untuk berubah

Hal ini merupakan inti dari diskusi mengenai perubahan perilaku, dimana konselor mendengarkan masalah pasien dalam menghadapi perubahan dan mengajak pasien untuk memperkuat alasan dan bagaimana mereka bisa berubah. Beberapa hal yang bisa dilakukan oleh konselor adalah :

- Bertukar informasi → menggunakan kerangka atau pola pikir yang berbeda dapat membantu meningkatkan motivasi pasien untuk berubah
- Menanyakan pertanyaan berguna yang berfungsi mengarahkan pasien. Kombinasikan hal ini dengan kemampuan mendengar reflektif. Hal ini bisa sangat efektif dalam mengajak pasien untuk memperjelas apa yang mereka rasakan dan

mempertimbangkan perspektif yang berbeda, serta dapat mengeksplorasi hubungan antara perubahan tingkah laku dengan nilai yang mereka punya.

- Gunakan strategi yang terstruktur.

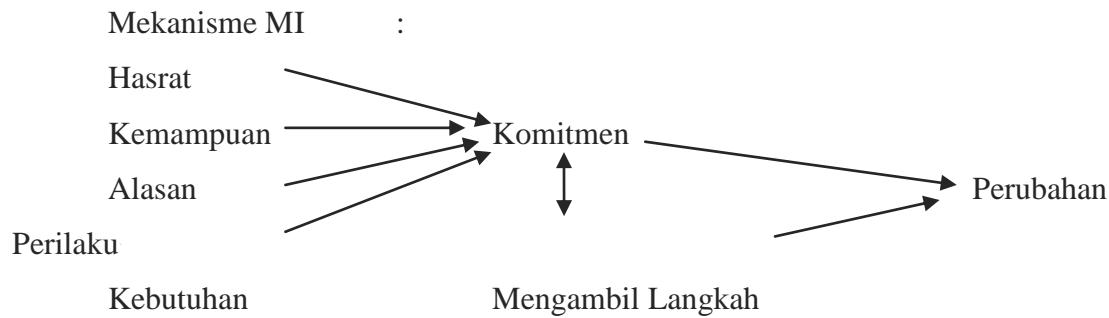
3. Meringkas kemajuan yang telah dicapai

Diantara berbagai kemungkinan yang bisa dilakukan dalam meringkas kemajuan, di bawah ini beberapa proses yang bisa dilakukan :

- memberikan ringkasan yang panjang. Lanjutkan dengan menanyakan pasien apa langkah selanjutnya
- kembali pada agenda yang telah ditetapkan untuk memperjelas kemajuan dan mencapai persetujuan arah yang akan dituju selanjutnya
- Mempertimbangkan langkah selanjutnya. Perjelas rencana pasien di masa depan yang disetujui oleh konselor dan pasien (misalnya pemeriksaan kesehatan selanjutnya, atau berusaha mencapai tujuan yang spesifik dan dapat dicapai oleh klien)

Fase Perubahan pada MI

- o Miller dan Rollnick (2002) mendiskusikan tanda kesiapan pasien untuk berubah, yaitu :
 - menurunnya resistensi untuk berubah
 - menurunnya diskusi mengenai masalah
 - Terdapat suatu tanda resolusi dimana klien terlihat lebih tenang dan tidak terlalu jenuh dengan masalahnya
 - meningkatnya pertanyaan mengenai perubahan
 - Mencoba beberapa cara untuk berubah
 - meningkatnya *change talk*. Langkah pertama untuk menolong pasien membuat argumen untuk berubah adalah dengan mengenali *change talk* ketika anda mendengarnya. Tugas terapis adalah memperoleh *change talk* dari pasien ada dibandingkan dengan resistensi. Terdapat 6 tema berbeda dari *change talk*. Setiap tema *change talk* memberitahu terapis mengenai motivasi individu tersebut. yaitu hasrat, kemampuan, alasan, kebutuhan, komitmen, dan mengambil langkah. Berikut bagan yang menunjukkan bagaimana 6 tema *change talk* mempengaruhi perubahan perilaku.



sumber : Rollnick & Miller, 2008

2.5.2. Metode Terapi kepatuhan

Seperti yang sudah dijelaskan di awal, terapi ini merupakan kombinasi dari pendekatan MI dan kognitif. Prinsip kunci mengenai terapi ini adalah menekankan mengenai pilihan dan tanggung jawab personal, menciptakan atmosfer yang tidak menekan dan menyalahkan, fokus pada kekhawatiran pasien, mengekspresikan empati, dan mendukung *self efficacy* (Tay, 2007). Teknik yang digunakan adalah mendengar reflektif, secara berkala menyimpulkan, dan pertanyaan induktif; Mengeksplorasi ambivalensi; menggunakan alasan normalisasi; dan membangun jarak antara tingkah laku saat ini dan tujuan yang ingin dicapai (Tay, 2007). Intervensi yang dilakukan oleh Kemp, dkk (1996, 1998) dan Tay (2007) terdiri dari 20 hingga 60 menit dalam satu sesi, dengan frekuensi dua kali dalam seminggu.

Tabel 2.2. Panduan Pelaksanaan Terapi Kepatuhan

Panduan Pelaksanaan *Compliance Therapy*

1. Mengajak pasien untuk melihat kembali sejarah penyakitnya untuk memastikan konseptualisasi dari penyakitnya dan melihat sikapnya terhadap masalah dan penanganannya
2. Mencoba untuk menghubungkan penghentian medikasi dengan kekambuhan
3. Mengakui dan menerima pengalaman negatif pasien saat penanganan dilakukan
4. Secara berhati-hati mencoba untuk membicarakan penyangkalan pasien terhadap kondisinya
5. Menanyakan kepada pasien mengapa orang lain bisa berpikir bahwa ada masalah pada dirinya
6. Menanyakan kepada pasien bagaimana dia mengevaluasi perilaku yang sama pada orang lain. (Jika terdapat resistensi yang kuat untuk mengakui adanya masalah, tidak usah dibahas lagi)
7. Secara berhati-hati mencoba membicarakan kebutuhan pasien terhadap pengobatan
8. Secara perlahan membicarakan kepada pasien mengenai konsekuensi sosial
9. Secara lembut mencoba membahas mengenai disrupsi pada gaya hidup
10. Menyediakan informasi dasar mengenai simptom psikotik
11. Mengeksplorasi ambivalensi pasien terhadap penanganan yang disarankan untuknya
12. Menanyakan kepada pasien untuk berkomentar terhadap penyebab umum seseorang menjadi resisten terhadap penanganan yang dilakukan
13. Mendiskusikan dengan pasien perasaan khawatir, kurang percaya mengenai penanganan dan sikap pro serta kontra terhadap medikasi
14. Secara terbuka memprediksi beberapa hal yang membuat mereka khawatir mengenai pengobatan seperti ketakutan terhadap adiksi, kehilangan kontrol, dan kehilangan kepribadian
15. Menginformasikan dan mengkoreksi miskonsepsi jika pasien bingung mengenai simptom dan efek samping, jika dibutuhkan

16. Mendiskusikan kecenderungan alamiah untuk berhenti menggunakan medikasi ketika sudah merasa lebih baik
17. Mengeksplorasi makna pasien mengenai medikasi, seperti identitas sebagai “orang sakit”
18. Mengajak pasien untuk melihat keuntungan dari pengobatan
19. Menekankan keuntungan dari pengobatan, terutama ketika mereka dikonsumsi sesuai dengan yang di anjurkan
20. Memberikan umpan balik mengenai efek samping dari pengobatan yang dilaporkan oleh pasien
21. Menekankan pada keuntungan tidak langsung dari medikasi seperti dapat berinteraksi dengan lebih baik dengan orang lain
22. Gunakan metafora, seperti medikasi sebagai hal yang melindungi, untuk menciptakan tingkat dari disonansi kognitif pada pasien, bahwa kepatuhan yang rendah sangat tidak menguntungkan bagi kebutuhan, gaya hidup dan tujuan mereka
23. Menggunakan alasan normalisasi untuk mengatasi isu stigma, jika dibutuhkan
24. Analogikan dengan sakit fisik seperti hipertensi dan diabetes, bahwa gangguan yang dialami membutuhkan penanganan yang berkelanjutan.
25. Mengubah pola pikir mereka sehingga penggunaan medikasi dilihat sebagai strategi yang bebas dipilih untuk meningkatkan kualitas hidup
26. Menekankan pada pentingnya untuk tetap dalam kondisi yang baik untuk meraih tujuan tertentu
27. Memprediksikan konsekuensi dari memberhentikan medikasi
28. Mengidentifikasi karakteristik dari simptom prodromal, sehingga intervensi lebih awal dapat mencegah episode gaduh gelisah (*full-blown*)

Sumber : Kemp, Hayward, Applewhaite, Everitt, dan David (1996; 1998); Tay, 2007.

Dalam penanganan terhadap kepatuhan medikasi pada individu dengan Skizofrenia, MI menggunakan hubungan kolaboratif antara terapis dengan individu, mendorong individu untuk membuat keputusan dengan pemikiran yang seimbang antara risiko yang akan dihadapi dan keuntungan jika berubah, menggunakan respons empatik terhadap individu dalam mengeksplorasi ambivalensi kognisi dan emosi pada dirinya mengenai gangguan yang dialami dan penanganannya, dan meningkatkan *self efficacy* individu untuk berubah.

Tabel 2.3. Tahapan dan Karakteristik Individu dalam Menghadapi Perubahan

Tahapan	Karakteristik
Prekontemplasi	Individu tidak menyadari adanya masalah; melihat tidak adanya kerugian mengenai perilakunya; dan tidak memiliki pikiran untuk berubah.
Kontemplasi	Individu berada pada posisi ambivalen; melihat kerugian dan keuntungan terhadap perilaku, akan tetapi kerugian lebih besar dibandingkan dengan keuntungan; sehingga tidak ada intensi untuk berubah pada tahap ini.
Persiapan	Individu bersiap untuk berubah, kerugian masih lebih besar dibandingkan keuntungan pada perilaku sebelumnya; kurang mempunyai persiapan untuk berubah
Aksi	Individu berubah dengan rencana yang dibuatnya; belajar dengan menggunakan kemampuan untuk mengubah perilaku
Pemeliharaan	Individu mengkonsolidasi apa yang dicapainya; meneruskan untuk menggunakan dan menjadi lebih ahli dalam kemampuan yang dicapai; perpindahan fokus pada meningkatkan kesejahteraan dan gaya hidup
Relapse	Individu mengalami kembali masalah perilaku; dapat kembali ke tahap awal.

Hal yang perlu diperhatikan selama penanganan terhadap kepatuhan pada medikasi adalah adanya rekognisi bahwa keuntungan pengobatan antipsikotik sendiri mungkin terbatas pada beberapa individu. Elemen MI yang penting dalam membicarakan masalah kepatuhan pengobatan pada individu dengan Skizofrenia :

- Penggunaan MI dalam membicarakan masalah kepatuhan terhadap pengobatan harus dilakukan dengan pengetahuan bahwa kepatuhan pada medikasi dan komponenlainnya dalam program penanganan, **tidak** semata-merta mencegah simtom Skizofrenia muncul kembali atau mencegah kembalinya pasien ke rumah sakit.
- MI seharusnya diintegrasikan pada semua komponen dalam program penanganan, oleh semua staf tenaga kesehatan dan digunakan pada berbagai waktu yang berbeda selama penanganan
- konteks wawancara dan kondisi pasien mempengaruhi bagaimana wawancara dilakukan
- motivasi harus dilihat dan bukan diasumsikan
- Jangan berkeras untuk pada penerimaan akan diagnosa pada pasien
- Lakukan diskusi mengenai kepatuhan medikasi dalam konteks tujuan individu.

2.6. Dinamika Terapi Kepatuhan dalam Meningkatkan Tilikan dan Sikap terhadap Pengobatan pada Individu dengan Skizofrenia

Variabel yang secara konsisten ditemukan berpengaruh terhadap kepatuhan terhadap pengobatan pada individu dengan skizofrenia adalah sikap dan tilikan terhadap kondisinya. Kurangnya tilikan terhadap kondisi gangguan yang dialami oleh pasien, membuat pasien merasa obat tidak diperlukan. Seringkali bagi individu dengan skizofrenia, halusinasi dan delusinya sangat nyata bagi mereka sehingga mereka tidak merasa terganggu dengan hal tersebut.

Sebuah *review* terbaru yang komprehensif terhadap tilikan yang dibuat oleh Charaborty dan Basu di tahun 2010, memperlihatkan tilikan pada individu dengan skizofrenia merupakan sesuatu yang kompleks. Kurangnya tilikan bisa dipengaruhi berbagai hal dari mulai gangguan skizofrenia itu sendiri (simtom positif, simpom negatif, dan simtom disorganisasi), mekanisme denial, misatribusi, terganggunya kemampuan metakognisi, atau karena faktor neurologi. Penyebab kurangnya tilikan terhadap kondisi psikotik pada suatu individu bisa berbeda dengan individu lainnya, yang menyebabkan proses psikologis yang terjadi berbeda-beda serta unik pada setiap individu. Pada

beberapa individu, simtom psikotik sendiri memiliki fungsi bagi keutuhan dirinya atau melindungi dirinya dari realitas.

Tidak adanya tilikan terhadap kondisi, juga akan berpengaruh terhadap sikap. Sikap merupakan evaluasi negatif dan positif terhadap suatu tingkah laku (Ajzen, 2005). Evaluasi ini berasal dari keyakinan bahwa tingkah laku tersebut akan menghasilkan sesuatu, dan pengalaman yang dirasakan saat melakukan tingkah laku tersebut. Tidak adanya tilikan terhadap kondisinya, membuat obat bisa diyakini sebagai sesuatu yang tidak berguna bagi diri pasien. Hal ini mempengaruhi sikapnya menjadi negatif terhadap obat. Sikap terhadap pasien juga bisa dipengaruhi oleh efek samping yang dimiliki oleh obat antipsikotik (Kemp, dkk, 1998). Efek samping obat antipsikotik yang tidak sedikit dapat membuat pasien tidak menyukai pengalamannya dalam minum obat.

Kurangnya tilikan dan sikap yang negatif terhadap obat merupakan prediktor yang kuat akan ketidakpatuhan pada individu dengan skizofrenia (Kemp, dkk, 1996). Oleh sebab itu, Intervensi yang menargetkan perubahan sikap dan tilikan biasanya lebih berhasil dalam membantu pasien untuk lebih patuh dalam pengobatan. (Zygmunt dkk, 2002).

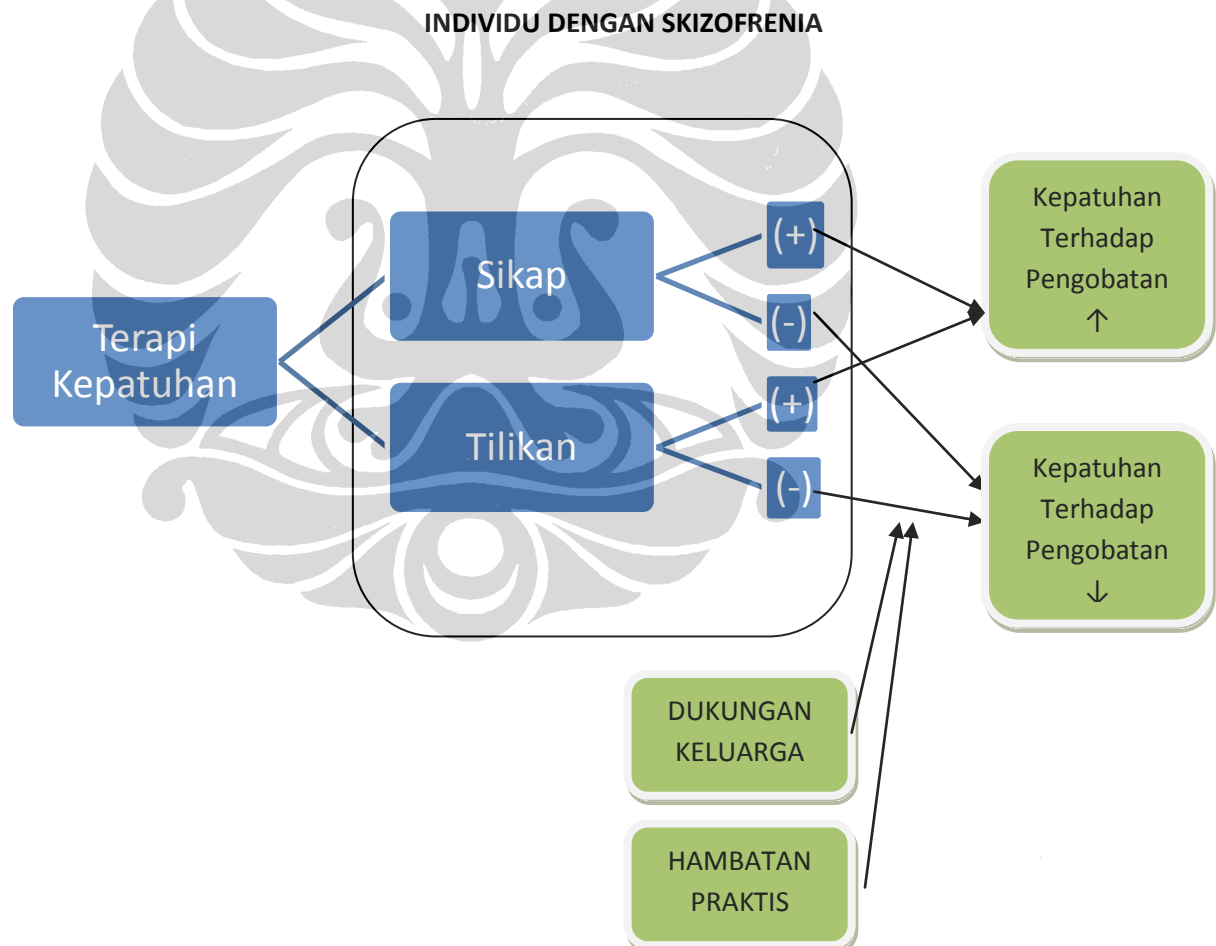
Terapi kepatuhan merupakan salah satu terapi yang terbukti dapat meningkatkan tilikan, sikap serta kepatuhan individu dengan kondisi psikotik terhadap pengobatannya (Kemp, dkk, 1998; Tay, 2007). Hasil terapi ini terlihat segera setelah terapi selesai dilakukan dan bertahan hingga 6 bulan kemudian (Kemp, dkk. 1996). Terapi kepatuhan ini berbasis pada *motivational interviewing*, yang bertujuan untuk membantu individu untuk mengubah tingkah laku mereka dan menghindari konfrontasi serta jalan buntu yang biasa ditemui pada interaksi dokter-pasien yang konvensional (Kemp, dkk, 1996). *Motivational Interviewing* bertujuan untuk membantu pasien berubah dengan mengaktifkan motivasi yang ada di dalam diri mereka sendiri (Rollnick, 2008). *Motivational Interviewing* ini dimodifikasi dengan menambahkan pendekatan kognitif, untuk menyesuaikan dengan kondisi pasien psikotik. Pendekatan kognitif yang ditambahkan meliputi memandu pasien dalam memecahkan masalah yang berkaitan dengan kepatuhan, dan meningkatkan komponen edukasinya (Kemp, dkk 1996). Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi kepatuhan ini merupakan terapi yang singkat, pragmatis, dan bisa diaplikasikan pada pasien psikotik dalam situasi Rumah Sakit.

Pada penelitian kali ini, peneliti ingin melihat efektivitas terapi kepatuhan dalam meningkatkan sikap dan tilikan terhadap pengobatan pada individu dengan skizofrenia yang menjalani rawat inap. Diharapkan dengan adanya peningkatan tilikan serta sikap

pada individu dengan skizofrenia, maka ia akan menjadi lebih patuh setelah keluar dari Rumah Sakit.

Akan tetapi hal yang perlu dipertimbangkan dalam penelitian ini adalah, peningkatan sikap dan tilikan bukan menjadi satu-satunya faktor yang menentukan kepatuhan individu dengan skizofrenia terhadap pengobatan. Hal ini menimbulkan implikasi bahwa peningkatan sikap dan tilikan tidak selalu diikuti oleh kepatuhan. Identifikasi mengenai determinan mengenai kepatuhan juga meliputi dukungan keluarga, hambatan praktis (akses pelayanan kesehatan, biaya), komorbiditas dengan zat, dan hubungan dengan tenaga kesehatan (bahasa, karakteristik dokter). Pada penelitian ini fokus intervensi hanya pada tilikan dan sikap.

Berikut merupakan bagan kerangka berpikir pada penelitian ini :



BAB III

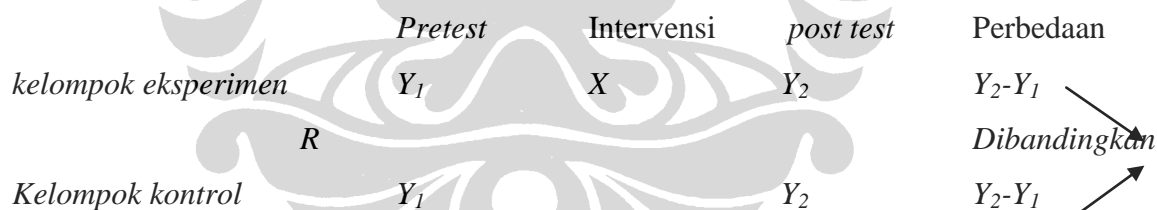
METODE PENELITIAN

Pada bab ini, akan dijelaskan mengenai metode yang digunakan dalam penelitian terapi kepatuhan. Penjelasan dalam bab ini meliputi desain penelitian, karakteristik partisipan, teknik pemilihan partisipan, alat ukur yang digunakan, dan tahap-tahap penelitian serta rancangan program yang dilakukan.

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan *field experiment* yaitu studi penelitian eksperimental yang diadakan dalam situasi nyata. Desain penelitian yang digunakan adalah *pretest-posttest experimental design*, yaitu desain eksperimental yang efek dari *treatment* dilihat dengan membandingkan perbedaan antara skor sebelum dan sesudah dari kelompok eksperimen dan kelompok kontrol (Christensen, 2007). Desain ini dirasa cocok oleh peneliti untuk melihat efektivitas terapi kepatuhan dalam meningkatkan tilikan dan sikap terhadap pengobatan pada individu dengan skizofrenia tahap stabil.

Gambar 3.1. Ilustrasi Desain Penelitian (*pretest-posttest experimental design*)



(Sumber : Christensen, 2007)

Desain ini dianggap oleh peneliti tepat untuk melihat efektivitas dari intervensi yang diberikan. Efektif atau tidaknya intervensi dapat di bandingkan dengan kelompok kontrol. Kelompok eksperimen akan diberikan terapi kepatuhan yang sudah dipersiapkan oleh peneliti. Kelompok kontrol akan diberikan konseling non spesifik yang disesuaikan dengan kebutuhan dan keinginan pasien.

Hal yang perlu dipertimbangkan sejak awal adalah penelitian ini dilakukan dalam situasi nyata (dalam hal ini di unit rawat inap Rumah Sakit), sehingga tidak semua variabel pengganggu bisa dikontrol sebaik kontrol pada studi eksperimen murni di situasi laboratorium

3.2. Masalah dan Hipotesis Penelitian

3.2.1 Masalah Penelitian

Terdapat dua rumusan masalah yang ingin dijawab dalam penelitian ini, yaitu :

- a. Apakah intervensi terapi kepatuhan efektif dalam meningkatkan tilikan pada individu dengan skizofrenia?
- b. Apakah intervensi terapi kepatuhan efektif dalam meningkatkan sikap positif terhadap pengobatan pada individu dengan skizofrenia?

3.2.2. Hipotesis Penelitian

Hipotesis Null

H_{01} : Terapi Kepatuhan tidak efektif dalam meningkatkan tilikan individu dengan skizofrenia

$$(H_0 = \mu_1 < \mu_2)$$

H_{02} : Terapi Kepatuhan tidak efektif dalam meningkatkan sikap positif terhadap pengobatan pada individu dengan skizofrenia

$$(H_0 = \mu_1 < \mu_2)$$

Hipotesis Alternatif

H_{a1} : Terapi Kepatuhan efektif dalam meningkatkan tilikan individu dengan skizofrenia

$$(H_a = \mu_1 > \mu_2)$$

H_{a2} : Terapi Kepatuhan efektif dalam meningkatkan sikap positif terhadap pengobatan pada individu dengan skizofrenia

$$(H_a = \mu_1 > \mu_2)$$

3.3. Variabel Penelitian

3.3.1. Variabel Independen

Variabel Independen pada penelitian ini adalah terapi kepatuhan. Definisi Terapi kepatuhan merupakan intervensi singkat yang memiliki basis *motivational interviewing* dan pendekatan kognitif. Terapi kepatuhan yang diberikan dalam penelitian ini merupakan adaptasi dari terapi yang disusun oleh Kemp & David tahun 1996-1998, yang kemudian disesuaikan oleh peneliti dengan kondisi dan karakteristik individu di Indonesia.

3.3.2. Variabel Dependen

Variabel dependen pada penelitian ini adalah tilikan dan sikap terhadap pengobatan.

3.3.2.1. Variabel Tilikan

Definisi Konseptual

Birchwood (2002) mengkonseptualisasikan tilikan pada individu dengan gangguan jiwa yaitu kesadaran akan gejala yang dialami, kesadaran akan gangguan, dan kebutuhan akan minum obat.

Definisi Operasional

Tingkat tilikan individu didefinisikan sebagai skor yang diperoleh pada pengisian alat ukur *Birchwood Insight Scale*. Individu yang memiliki skor tinggi pada alat ukur ini berarti memiliki *insight* yang lebih baik, sedangkan individu yang memiliki skor rendah pada alat ukur ini menunjukkan kurangnya tilikan terhadap kondisinya.

3.3.2.2. Variabel Sikap Terhadap Pengobatan

Definisi Konseptual

Sikap terhadap tingkah laku merupakan evaluasi positif atau negatif terhadap hasil dari menampilkan tingkah laku tertentu (Ajzen, 2005). Merujuk dari definisi ini, sikap terhadap suatu tingkah laku didefinisikan sebagai terhadap pengobatan merupakan evaluasi positif atau negatif terhadap perilaku minum obat.

Definisi Operasional

Sikap individu terhadap kepatuhan terhadap pengobatan didefinisikan sebagai skor yang diperoleh pada pengisian alat ukur *Hogan Attitude Drug Inventory*.

3.4. Partisipan Penelitian

3.4.1. Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah seluruh individu yang menjadi perhatian peneliti (Cozby, 2003). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh individu yang mengalami skizofrenia di Indonesia.

3.4.2. Kriteria Partisipan

Dalam penelitian ini, partisipan yang dipilih adalah pasien skizofrenia dengan kriteria sebagai berikut :

1. Berusia 18-50 tahun
2. Berbahasa Indonesia
3. Mendapat Diagnosa Skizofrenia oleh dokter spesialis jiwa di Rumah Sakit merujuk pada PPDGJ-III
4. Berada dalam fase stabilisasi atau fase stabil menurut kriteria panduan penanganan skizofrenia APA 2004
5. Saat penelitian dilakukan, statusnya masih menjadi pasien rawat inap tidak lebih dari 6 bulan.
6. Tidak memiliki komorbid dengan penyalahgunaan obat-obatan
7. Tidak memiliki gangguan neurologis
8. Kondisi verbal partisipan dalam keadaan koheren

3.4.3. Prosedur Pemilihan Partisipan

Peneliti menggunakan metode *non-probability sampling* dimana subjek tidak diambil secara acak. Tipe yang digunakan adalah *purposive sampling* yang ditandai oleh penggunaan penilaian dan usaha dari peneliti untuk mencari sampel yang representatif (Kerlinger & Lee, 2000) sesuai dengan karakteristik partisipan yang sudah dibuat. Pembagian partisipan ke dalam kelompok eksperimen ataupun kontrol dilakukan secara acak, dengan menggunakan pensil.

3.4.4. Jumlah Sampel

Salah satu hal penting terkait dengan jumlah sampel adalah bahwa semakin besar jumlah sampel maka akan lebih mungkin menghasilkan data yang secara akurat merefleksikan populasi sesungguhnya (Cozby, 2003). Jumlah subjek penelitian adalah 12 orang, dengan 6 orang berada dalam kelompok kontrol dan 6 orang berada pada kelompok eksperimen.

3.4. Alat Ukur

3.5.1. Birchwood Insight Scale

Alat ukur merupakan inventori yang mengukur tilikan pada penderita psikosis yang disusun oleh Birchwood (1994). Alat ukur ini mengukur 3 dimensi dari tilikan yaitu kesadaran akan simtom, kesadaran akan penyakit yang di alami, dan kebutuhan akan penanganan atau pengobatan. Alat ukur ini terdiri dari 8 item dengan 3 pilihan jawaban yaitu setuju, tidak setuju, dan tidak yakin. Alat ukur ini telah digunakan secara luas dalam penelitian mengenai psikotik. Skala ini memiliki internal konsistensi yang adekuat dengan koefisien *cronbach alpha* 0,75 (Basu & Chakrabotty, 2010).

Alat ukur ini memiliki skor maksimum 12 dan skor minimum sama dengan 0. Skor yang berjumlah 9 atau lebih menunjukkan adanya tilikan yang baik.

Tabel 3.1. *Subskala dari Birchwood Insight Scale*

Dimensi	Item	Skor Maksimum
Kesadaran akan Simtom	1,8	4 (3 atau 4 = tilikan baik, 1 atau 2 = tilikan buruk)
Kesadaran akan Gangguan (<i>Illness</i>)	2,7	4 (3 atau 4 = tilikan baik), 1 atau 2 (tilikan buruk)
Kebutuhan akan Pengobatan	3,4,5,6 (item perlu untuk ditambahkan dan dibagi 2)	4 (3 atau 4 = tilikan baik), 1 atau 2 (tilikan buruk)

3.5.1.1. Uji Keterbacaan dan Reliabilitas

Instrumen *birchwood insight scale* yang akan digunakan pada asesmen pada penelitian ini diuji keterbacaan dulu sebelumnya oleh dosen psikologi klinis dewasa UI serta dua orang pasien psikotik di Rumah Sakit Marzuki Mahdi. Uji keterbacaan yang dilakukan oleh dosen psikologi meliputi penggunaan bahasa pada instruksi pengerjaan dan kesesuaian alih bahasa dari Bahasa Inggris menjadi Bahasa Indonesia. Uji keterbacaan yang dilakukan pada pasien psikotik meliputi pemahaman mereka ketika mendengar atau membaca kalimat yang dibacakan oleh peneliti. Berdasarkan hasil uji keterbacaan secara kualitatif diperoleh revisi pada item no 8.

Tabel 3.2. Uji Keterbacaan *Birchwood Insight Scale*

Item	Adaptasi pertama	Adaptasi Revisi
<i>None of the unusual things I experienced are due to an illness</i>	Tidak ada hal-hal yang tidak biasa yang saya alami dikarenakan saya sakit.	Hal-hal yang tidak biasa/aneh yang saya alami bukan dikarenakan saya sakit.

Dari hasil uji keterbacaan dengan pasien, diketahui beberapa hal yang mempengaruhi bagaimana asesmen dilakukan yaitu :

1. Metode wawancara lebih memungkinkan dan efektif dibandingkan pasien harus membaca alat ukur tersebut. Hal ini juga berlaku bagi pasien psikotik yang bisa membaca dan memiliki pendidikan lebih tinggi.
2. Pada item no 1 dan 8, akan lebih baik bagi peneliti untuk mengeksplorasi dahulu simtom yang muncul pada pasien. Hal ini membantu menspesifikan apa yang dimaksud dengan gejala dan hal yang tidak biasa kepada pasien.

Reliabilitas alat ukur pada penelitian ini diukur dengan menggunakan rumus *Alpha Cronbacach* dengan menggunakan SPSS 15. Dari hasil pengukuran skala ini memiliki internal konsistensi yang adekuat dengan koefisien *cronbach alpha* 0,72.

3.5.2. *Hogan Drug Attitude Inventory*

Alat ukur sikap terhadap pengobatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Hogan Drug Attitude Inventory* (DAI-30). DAI-30 merupakan alat ukur sikap berbentuk *self-report* yang terdiri dari 30 pernyataan mengenai apa yang individu pikirkan, rasakan, dan alami saat meminum obat psikiatri. *Drug Attitude Inventory* telah digunakan oleh banyak peneliti untuk mengukur sikap pasien terhadap pengobatan sebelum dan sesudah intervensi diberikan (Hogan et al, 1993; Tay, 2007).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Pada alat ukur ini, DAI diadaptasikan ke dalam bahasa Indonesia oleh peneliti. Skala ini memiliki 15 item yang harus di skor benar dan 15 item yang harus di skor salah pada respons individu yang sepenuhnya patuh terhadap pengobatan. Jawaban yang sesuai pada item akan dinilai sebagai +1. Jawaban yang tidak sesuai akan di skor -1. Total skor akhir diperoleh dari penjumlahan dari plus dan minus. Total skor positif artinya bahwa individu tersebut memiliki sikap yang lebih positif dan akan cenderung patuh,

sedangkan skor negatif artinya bahwa individu tersebut memiliki sikap yang negatif dan akan cenderung tidak patuh terhadap pengobatan.

3.5.2.1. Uji Keterbacaan

Instrumen DAI-30 yang akan digunakan pada asesmen pada penelitian ini diuji keterbacaan dulu sebelumnya oleh dosen psikologi klinis dewasa UI serta dua orang pasien psikotik di Rumah Sakit Marzuki Mahdi. Uji keterbacaan yang dilakukan oleh dosen psikologi meliputi penggunaan bahasa pada instruksi pengerjaan dan kesesuaian alih bahasa dari Bahasa Inggris menjadi Bahasa Indonesia. Uji keterbacaan yang dilakukan pada pasien psikotik meliputi pemahaman mereka ketika mendengar atau membaca kalimat yang dibacakan oleh peneliti.

Berdasarkan hasil uji keterbacaan secara kualitatif diperoleh revisi pada instruksi, item no 2,3,6,13,21,23, dan 27. Dari hasil uji keterbacaan dengan pasien, diketahui untuk item-item tertentu perlu penyesuaian bahasa dan budaya.

Tabel 3.3. Uji Keterbacaan Hogan Drug Attitude Inventory

Item Asli	Hasil Revisi
2. <i>For me, the good things about medication outweigh the bad</i>	2. Untuk saya, hal yang baik mengenai obat lebih banyak dibandingkan dengan hal buruk
3. <i>I feel weird, like a 'zombie' on medication</i>	3. Saya merasa aneh, seperti kaku ketika dalam pengaruh obat

Pada item no. 2 alat ukur ini, contoh pertanyaan yang diajukan peneliti adalah :

menurut bapak, obat memiliki hal baik tidak?

Ada hal buruknya tidak?

Banyakan mana?

Diusahakan dalam melakukan metode wawancara pertanyaan yang diberikan memudahkan partisipan dalam menjawab namun tidak mengubah tujuan dari item yang diberikan.

3.6. Tahapan Penelitian

3.6.1. Tahap Persiapan

Pada tahap persiapan, peneliti melakukan studi literatur yang mencakup teori dan hasil penelitian mengenai kepatuhan pada pengobatan antipsikotik pada penderita skizofrenia dan intervensi yang sesuai. Dari hasil studi literatur ini, peneliti kemudian

merancang konsep penelitian serta intervensi dalam meningkatkan sikap terhadap penggunaan obat pada pasien skizofrenia. Rancangan ini kemudian diajukan kepada pihak Rumah Sakit untuk dipertimbangkan sebagai salah satu penelitian yang bisa dilakukan dan bermanfaat bagi Rumah Sakit itu sendiri.

Peneliti juga mencari alat ukur yang dapat digunakan dalam asesmen pre intervensi dan setelah intervensi mengenai sikap terhadap pengobatan medis. Alat ukur ini disesuaikan dan ditranslasikan ke dalam bahasa Indonesia, sehingga siap untuk di uji dan dipakai pada tahap pelaksanaan.

3.6.2. Tahap Pelaksanaan

3.6.2.1. Asesmen

Hal yang dilakukan dalam tahap persiapan ini adalah *asesmen* mengenai kondisi institusi dan pasien. Tujuannya adalah untuk menyesuaikan rancangan penelitian dengan kondisi dan prosedur yang ada di Rumah Sakit, sehingga intervensi yang dilakukan sesuai dengan konteksnya. *Asesmen* ini juga dilakukan agar intervensi yang dilakukan turut mendukung dan berkolaborasi dengan metode penanganan yang sudah dilakukan oleh Rumah Sakit.

Asesmen terhadap kondisi institusi meliputi :

1. Kebijakan, aturan, dan sistem yang ada di Rumah Sakit. Hal ini perlu untuk diketahui sehingga penelitian masih berada dalam koridor aturan yang diizinkan oleh Rumah Sakit.
2. Fenomena mengenai ketidakpatuhan pasien terhadap obat terutama di Rumah Sakit tempat penelitian. Fenomena ini membantu peneliti untuk menyesuaikan intervensi sesuai dengan masalah spesifik yang mungkin ada pada konteks Rumah Sakit.
3. Struktur tenaga kerja dan tenaga kesehatan yang terlibat dalam penanganan pasien.
4. Metode penanganan dan pengobatan yang ada di Rumah Sakit terhadap pasien, sehingga intervensi yang dilakukan tidak berlawanan dan bisa berkolaborasi dengan penanganan yang sudah ada.
5. Jadwal kegiatan pasien di Rumah Sakit dan rata-rata durasi pasien berada di Rumah sakit. Hal ini penting bagi peneliti untuk menetapkan waktu sesi sehingga tidak mengganggu kegiatan lainnya.

Asesmen yang dilakukan kepada pasien meliputi dilakukan dengan tujuan untuk menyusun, mengubah, dan menyesuaikan tujuan serta teknik terapi agar lebih bermanfaat dan efektif bagi pasien. *Asesmen* pada pasien meliputi :

1. Latar Belakang Pendidikan
2. Diagnosa dan tingkat keparahan gangguan yang dialami
3. Durasi pasien di rumah sakit
4. Frekuensi kekambuhan semenjak episode pertama.
5. Atensi dan koherensi verbal
6. Fungsi Sosial sehari-hari
7. Kesulitan yang di alami baik oleh pasien maupun perawat dalam menghadapi pasien selama ia di Rumah Sakit

Sebelum pasien diikutsertakan dalam terapi, peneliti memberikan lembar kesediaan dengan penjelasan mengenai terapi, tujuan, durasi yang diperlukan, tempat, kemungkinan keluar dari terapi sebelum terapi selesai, dan manfaat yang bisa diperoleh dari terapi. Peneliti juga akan menjelaskan dan mendiskusikan mengenai fokus terapi dan aturan dasar. Setelah lembar kesediaan sudah disetujui, pemeriksa juga melakukan wawancara, observasi, dan melakukan *pretest* berkaitan dengan sikap terhadap obat dan sikap asertif pada klien.

Setelah *asesmen* dilakukan, peneliti kemudian akan mengevaluasi rancangan tujuan dan teknik terapi dan menyesuaikan dengan hasil *asesmen*. Prosedur penelitian dan terapi juga menyesuaikan dengan aturan dan kebijakan dari Rumah Sakit dimana pasien berada.

3.6.2.2. Intervensi

Intervensi yang dilakukan berbeda untuk setiap kelompok. Pada kelompok kontrol, intervensi yang dilakukan adalah konseling dengan tema yang tidak spesifik didukung dengan terapi yang biasa diberikan di Rumah Sakit. Konseling dengan tema non spesifik ini maksudnya adalah konseling yang disesuaikan dengan apa yang dirasa mengganggu bagi pasien saat ini. Konseling ini tidak membicarakan mengenai pemahaman mereka mengenai obat. Jika pasien menanyakan berkaitan dengan pengobatan, maka peneliti akan mendorong pasien untuk bertanya pada perawat atau dokter yang merawatnya.

Intervensi yang dilakukan pada kelompok eksperimen adalah terapi kepatuhan dengan tujuan meningkatkan sikap partisipan terhadap kepatuhan pada

pengobatan antipsikotik. Rencananya dalam pelaksanaan setiap kelompok dibagi lagi menjadi kelompok kecil yang beranggotakan maksimal 3 orang.

Terapi kepatuhan merupakan suatu intervensi yang dilakukan untuk meningkatkan sikap pasien terhadap pengobatan yang diterima (Tay, 2007). Dasar pendekatan terapi ini adalah *motivational interviewing* dan pendekatan kognitif. Prinsip utamanya adalah menekankan pada pilihan dan tanggung jawab pribadi; menciptakan atmosfer yang nyaman; fokus pada kekhawatiran pasien, mengekspresikan empati, dan mendukung *self efficacy*. Teknik kunci adalah menggunakan mendengar reflektif, meringkas, dan pertanyaan induktif, mengeksplorasi ambivalensi, menggunakan normalisasi, dan membangun jarak antara tingkah laku saat ini dan tujuan yang lebih luas.

Seperti yang dilaporkan di berbagai literatur, pendekatan *motivational interviewing* dapat dilakukan dengan lebih baik pada kondisi individual, namun juga bisa dipraktekkan pada kelompok yang terdiri dari 2-4 individual (Daley & Zuckoff, 1999). Rancangan intervensi dibuat berdasarkan panduan studi dari Kemp et al (1998) dan Tay (2007) yang kemudian disesuaikan dengan situasi dan kondisi pasien skizofrenia di Indonesia.

Pada terapi kepatuhan yang disusun oleh peneliti, variabel yang akan ditargetkan adalah tilikan dan sikap terhadap pengobatan. Dengan sasaran meningkatkan 2 variabel tersebut diharapkan akan diikuti dengan peningkatan kepatuhan pada pengobatan setelah keluar dari Rumah Sakit. Berikut merupakan gambaran umum dari terapi yang akan dilakukan, untuk lebih jelas dan detail modul lengkap disertakan dalam lampiran. Modul terapi ini beberapa kali mengalami revisi sebelum pelaksanaan dengan pertimbangan hasil asesmen dan uji coba pada salah satu pasien psikotik.

Frekuensi Sesi : 5 sesi

Durasi Sesi : 30-60 menit/Sesi

Gambaran Umum Rancangan Kegiatan

Tujuan :

1. Meningkatkan tilikan terhadap gangguan yang di hadapi
2. Meningkatkan sikap terhadap kepatuhan terhadap pengobatan

Sasaran :

1. Pasien memiliki kesadaran akan gangguan yang dihadapinya
2. Pasien memiliki kesadaran akan simtom yang dialaminya
3. Pasien menyadari adanya kebutuhan untuk pengobatan
4. Pasien memahami keuntungan patuh terhadap obat berkaitan dengan tujuan yang ingin di capainya

Tabel 3.4. *Gambaran Umum Rancangan Intervensi*

Tujuan	Sasaran	Pelaksanaan	Indikator
Meningkatkan tilikan terhadap gangguan yang di hadapi (3 sesi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui penghayatan subjek terhadap kondisinya 2. Partisipan memiliki kesadaran akan simtom yang dialaminya 3. Partisipan memiliki kesadaran akan gangguan yang di hadapi 4. Partisipan menyadari adanya kebutuhan untuk pengobatan terkait dengan gangguan 	<ul style="list-style-type: none"> - menanyakan mengenai penghayatan partisipan terhadap kondisinya - menanyakan mengenai kondisi (simtom) yang muncul dan membuatnya dibawa ke rumah sakit -menanyakan secara hati-hati apakah kondisi yang dialami mengganggu atau tidak - menghubungkan antara kebutuhan obat dengan berkurangnya simtom positif yang bisa mengganguya. - menghubungkan obat dengan penggunaan obat dengan kondisi <i>replase</i> - mengajak partisipan untuk melihat kondisinya dari sudut pandang lain. 	<ul style="list-style-type: none"> - Partisipan dapat menceritakan mengenai kondisinya dan persepsinya mengenai penyebab kondisinya. - Partisipan menyadari bahwa perilakunya mengganggu dirinya atau orang lain - partisipan dapat menyebutkan aspek kehidupannya yang terganggu karena ia berada di rumah sakit -partisipan dapat menghubungkan antara penggunaan obat dan keadaan yang membaik
Meningkatkan sikap terhadap kepatuhan pengobatan (2 sesi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui tujuan partisipan setelah keluar dari Rumah Sakit 2. Memahami ambivalensi klien dalam patuh terhadap pengobatan, berkaitan dengan efek samping pada dirinya 3. Partisipan Memahami keuntungan patuh terhadap obat berkaitan dengan tujuan yang ingin dicapainya 	<ul style="list-style-type: none"> -menanyakan partisipan mengenai tujuannya dan keinginannya setelah keluar dari rumah sakit - membuat jarak antara tujuan yang ingin dicapai dengan kondisi saat ini. - memberikan pemahaman mengenai pentingnya penggunaan obat untuk mencapai tujuan mereka secara tidak langsung -menanyakan kesulitan dan keuntungan pengobatan untuk kondisimereka saat ini - menanyakan keyakinan, nilai, berkaitan dengan ambivalensi yang dialami oleh partisipan 	<ul style="list-style-type: none"> -partisipan dapat mengetahui apa yang ia senang lakukan -partisipan dapat mengetahui apa yang ia ingin lakukan setelah keluar dari Rumah Sakit -Partisipan dapat mengetahui bahwa kondisi yang sehat membantunya mencapai tujuannya -menghubungkan kondisi baik dengan pengobatan

*tempat pelaksanaan intervensi disesuaikan dengan kebijakan rumah sakit

Selain itu, peneliti juga berencana mengintegrasikan psikoedukasi terhadap keluarga partisipan mengenai pentingnya kepatuhan terhadap medikasi. Hal ini dilakukan dengan pertimbangan bahwa dukungan sosial dan keluarga sangat penting dalam menjaga kepatuhan partisipan terutama di luar Rumah Sakit. Sesi tambahan ini dilakukan dengan tujuan memberikan pemahaman mengenai kondisi partisipan berkaitan dengan pengobatan pada keluarganya, Sasarannya adalah keluarga partisipan memahami kondisi partisipan dan pentingnya kepatuhan terhadap medikasi.

Tabel 3.5. *Gambaran Umum Rancangan Sesi dengan Keluarga (jika memungkinkan)*

Tujuan	Sasaran	Pelaksanaan	Indikator
Meningkatkan pemahaman terhadap keluarga partisipan mengenai kondisi partisipan dan kebutuhan untuk patuh pada obat (1 sesi)	1. mengetahui persepsi keluarga mengenai kondisi yang di alami partisipan 2. memberikan pemahaman mengenai pentingnya obat dalam menjaga kondisi partisipan 3. mendiskusikan kesulitan yang di alami saat menghadapi partisipan.	Psikoedukasi (1 sesi)	-keluarga dapat memahami pentingnya obat, walaupun mereka memiliki keyakinan berbeda mengenai penyebab gangguan

Hal yang perlu ditekankan dalam pelaksanaan modul ini adalah peneliti memegang prinsip MI yaitu kolaboratif, evokatif dan menghargai otonomi partisipan.

3.6.2.3. Asesmen dan Wawancara Pasca Intervensi

Setelah intervensi selesai dilaksanakan, partisipan diminta untuk mengisi kembali alat ukur yang digunakan sebagai asesmen pasca intervensi. Metode yang digunakan sama dengan pretest, yaitu wawancara.

Peneliti juga melakukan wawancara *postexperimental* dimana partisipan diperbolehkan untuk berbicara dan berkomentar secara bebas mengenai intervensi yang dilakukan. Wawancara ini dapat menyediakan informasi mengenai bagaimana proses berpikir partisipan atau strategi yang dilakukan dalam berkaitan dengan intervensi yang dapat menjelaskan perilaku mereka (Christensen, 2007).

3.6.3. Tahap Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah dengan melihat perubahan sikap dan kepatuhan pada masing-masing partisipan secara subjektif. Perubahan ini dilihat dari perbedaan total skor alat ukur DAI-30 dan skala *birchwood* sebelum dan sesudah intervensi dilakukan. Evaluasi ini juga dilakukan dengan cara menganalisa secara kualitatif hasil wawancara terhadap partisipan mengenai sesi intervensi yang diterima. Dengan demikian dampak dan efektivitas dari intervensi yang dilakukan terhadap kepatuhan partisipan pada medikasi dapat diketahui.

3.6. Waktu dan Tempat Penelitian

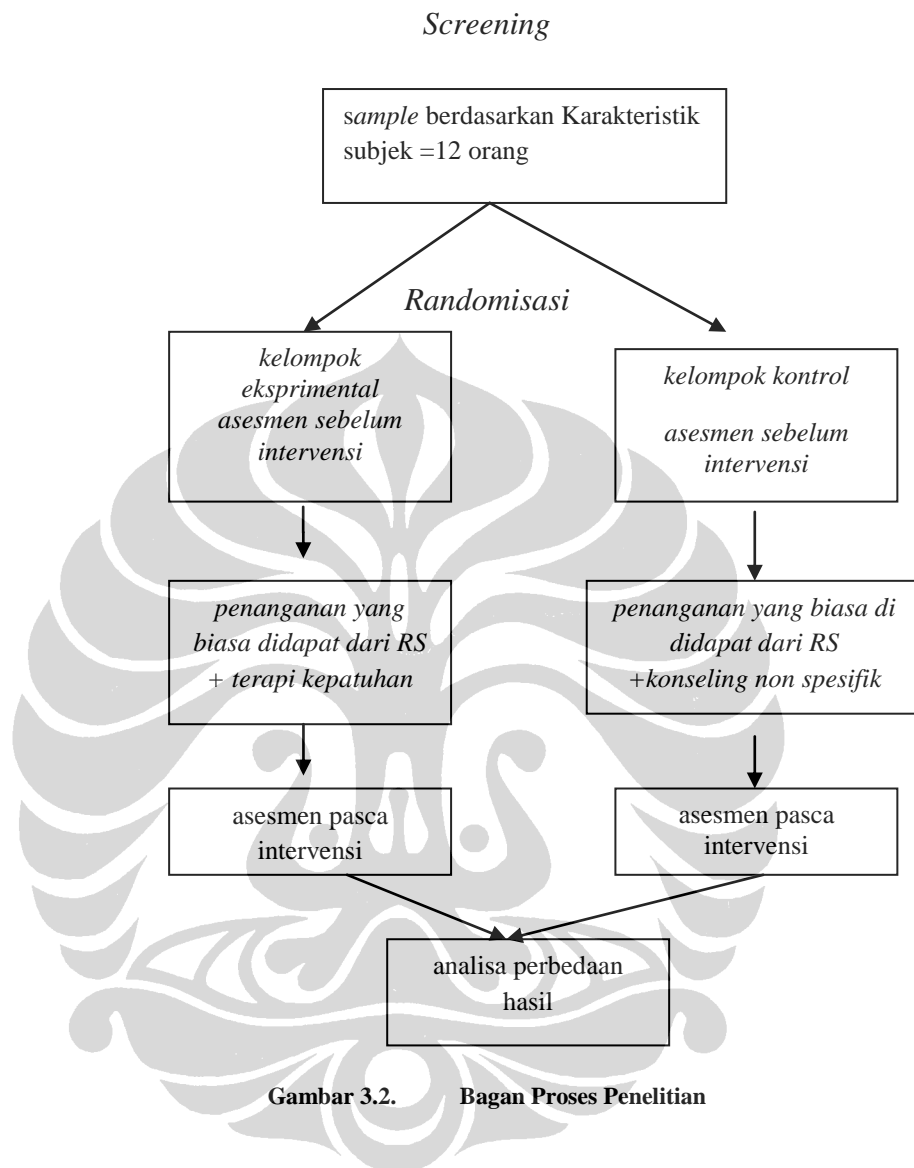
Penelitian dilakukan dalam periode 6 bulan, dari Januari – Juni 2012, bertempat di Rumah Sakit Marzuki Mahdi, Bogor. Dengan tahapan sebagai berikut :

Tabel 3.6. Waktu Tahap Penelitian

Tahap Penelitian	Waktu	Tempat
Persiapan Studi Literatur, mempersiapkan alat ukur, merancang intervensi	Januari- Februari	Fakultas Psikologi Universitas Indonesia
Pelaksanaan Asesmen sebelum intervensi Intervensi kelompok eksperimen 1 Intervensi kelompok eksperimen 2 Intervensi kelompok kontrol 1 Intervensi kelompok kontrol 2 Asesmen setelah intervensi	April-Mei	Rumah Sakit Marzuki Mahdi
Evaluasi Analisa data, menuliskan laporan hasil penelitian, dan membuat kesimpulan serta diskusi	Juni	Fakultas Psikologi Universitas Indonesia

3. 7. Ringkasan Proses Penelitian

Secara menyeluruh, di bawah ini merupakan bagan proses penelitian yang akan dilakukan.



BAB IV

HASIL ASESMEN

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai hasil *asesmen* awal yang sudah dilakukan oleh peneliti. Proses *asesmen* ini terbagi menjadi dua, tahap pertama adalah mencari informasi mengenai kondisi bangsal sekaligus proses seleksi partisipan yang sesuai dengan karakteristik partisipan.

4.1. Asesmen Tahap Pertama (23-25 April 2012)

Penelitian dilakukan di Bangsal Yudhistira, sesuai dengan kebijakan dari Rumah Sakit tempat penelitian. Bangsal Yudhistira merupakan bangsal kelas 3 dimana semua partisipannya pria dan sebagian besar berada pada tingkat sosial ekonomi menengah ke bawah. Banyak pasien yang menerima bantuan biaya perawatan dari pemerintah maupun Rumah Sakit, baik dalam bentuk Jamkesmas, ataupun jaminan lainnya. Oleh sebab itu, lamanya rawat inap pasien terkadang bergantung pada masa jaminan berlaku.

Bangsal Yudhistira terdiri dari 7 ruangan yaitu 2 ruangan besar yang diperuntukan bagi partisipan untuk beristirahat dan tidur, ruangan kepala ruangan, dapur, dan aula yang berfungsi untuk berbagai kegiatan. Di luar ruangan terdapat banyak kursi untuk duduk dan taman yang juga bisa digunakan untuk kegiatan pasien. Dibandingkan dengan bangsal lainnya, bangsal Yudhistira menurut peneliti merupakan salah satu yang penerangan dan ventilasi yang sangat baik. Ruangannya terang dan sinar matahari bisa masuk dengan merata di hampir semua ruangan.

Perawatan yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit mencakup medikasi, psikoterapi, dan aktivitas kelompok yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Tidak semua aktivitas dilakukan di bangsal, beberapa aktivitas dilakukan di ruang rehabilitasi psikososial yang terletak di luar bangsal. Sumber daya kesehatan yang terlibat dalam penanganan partisipan diantaranya dokter umum, dokter spesialis jiwa, psikolog, perawat, dan praktikan dari berbagai jurusan atas izin bagian pendidikan dan pelatihan.

Partisipan memiliki jadwal kegiatan tetap yang harus mereka ikuti setiap hari. Kegiatan yang dilakukan antara lain adalah jalan pagi, terapi aktivitas kelompok, terapi dengan perawat, konsul dengan dokter atau psikiater, makan, minum obat, serta piket. Mereka juga harus mengikuti kegiatan ibadah (mengaji bagi yang beragama Islam, kebaktian bagi non Islam) setiap hari Rabu, rehabilitasi psikososial, dan senam setiap hari Jumat.

Untuk mengetahui gambaran populasi pasien di bangsal Yudhistira berkenaan dengan tujuan penelitian, peneliti mewawancarai semua pasien yang berada di bangsal pada tanggal 23-25 April 2012. Saat Asesmen ini dilakukan, pasien yang berada di bangsal berjumlah 30 orang. Selain dengan wawancara, data ini dilengkapi dengan rekam medis pasien. Berikut merupakan gambaran populasi partisipan di Bangsal Yudhistira Rumah Sakit Marzuki Mahdi. Hal yang perlu diperhatikan adalah gambaran ini bisa berubah dengan cepat, karena tingginya *turn over* pada pasien di Rumah Sakit.

Diagram 4.1. Sebaran usia Partisipan Bangsal Yudhistira

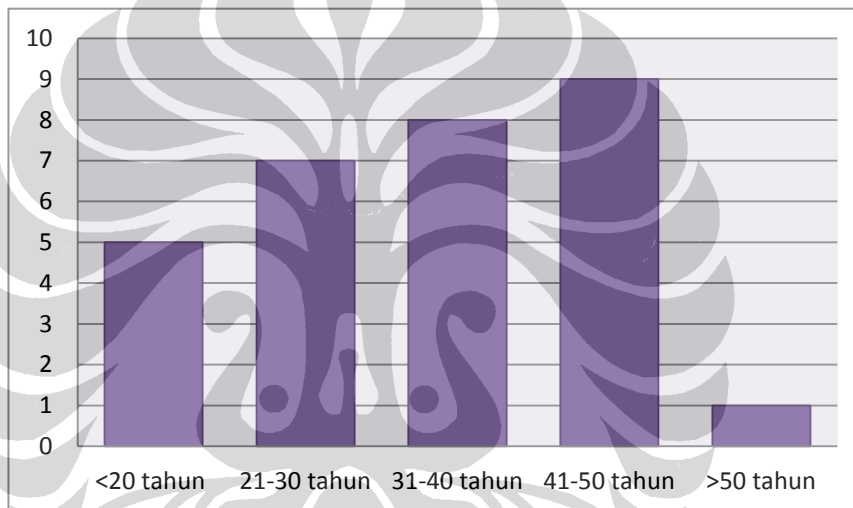


Diagram 4.2. Data Onset Partisipan Bangsal Yudhistira

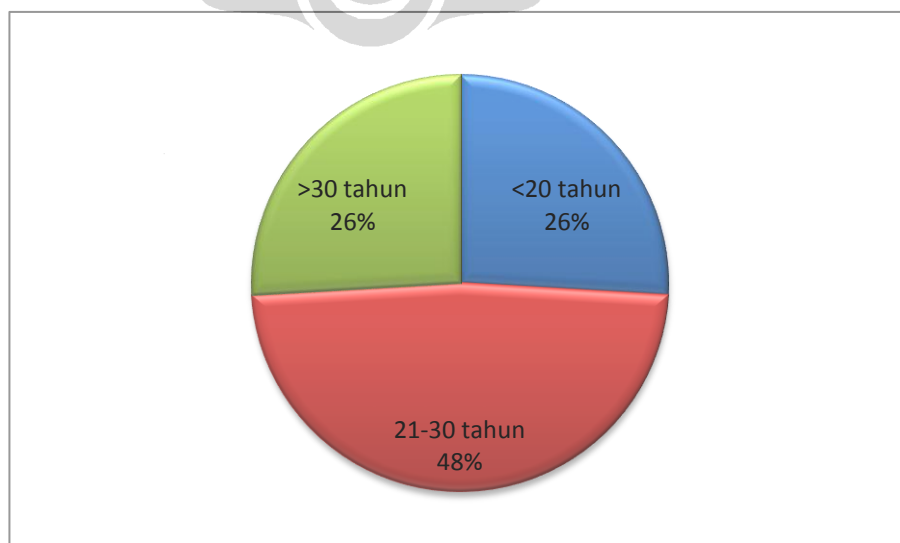
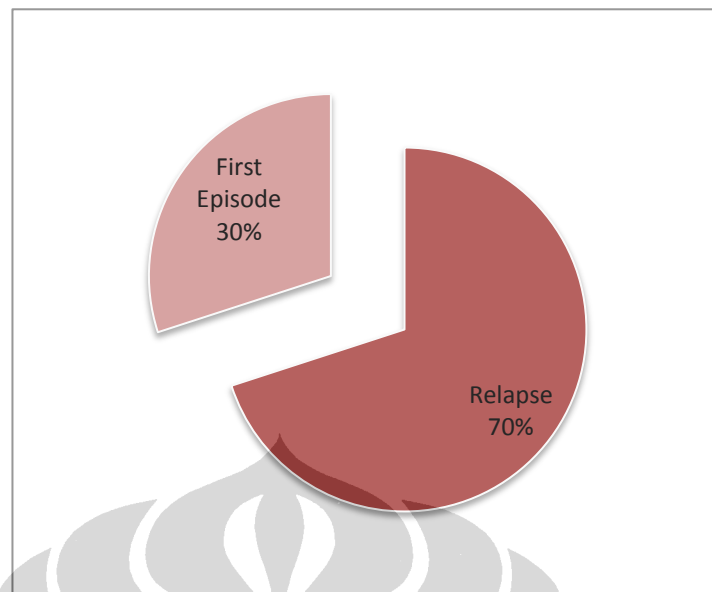
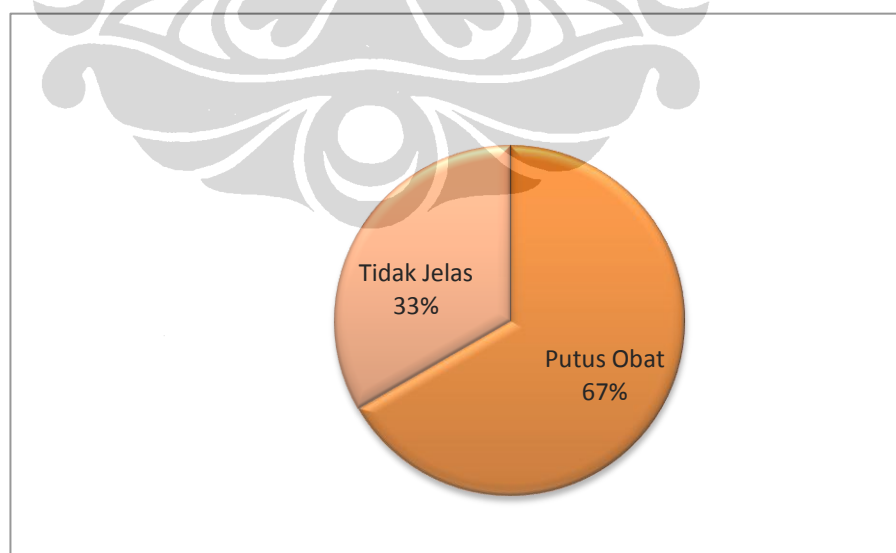


Diagram 4.3. Presentase Partisipan yang Kambuh Bangsal Yudhistira



Sebanyak 70% partisipan yang sedang menjalani perawatan mengakui bahwa ini bukan pertama kalinya mereka dirawat di Rumah Sakit. Hanya 30% yang mengakui bahwa ini pertama kalinya mereka dirawat. Beberapa dari partisipan tersebut terkadang sudah mengalami kondisinya selama bertahun-tahun tanpa pernah menjalani pengobatan medis.

Diagram 4.4. Data Faktor yang Diduga Menyebabkan Kekambuhan pada Partisipan di Bangsal Yudhistira



Data menunjukkan bahwa 67% dari partisipan yang mengalami kekambuhan memiliki riwayat putus obat. Dari hasil wawancara lebih lanjut ditemukan beberapa alasan mereka putus obat, yaitu malas untuk minum obat, berhenti karena merasa tidak enak serta

pusing, keluarga tidak ada yang mau mengantar untuk kontrol, dan merasa sudah baik sehingga tidak lagi merasa butuh obat. Sebanyak 33% partisipan sisanya tidak diketahui penyebabnya. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu kondisi partisipan saat di wawancara dan tilikan partisipan mengenai penyebab ia masuk ke dalam Rumah Sakit. Beberapa partisipan memiliki kondisi verbal yang masih inkoheren, sehingga sulit untuk dilakukan wawancara.

Proses asesmen tahap pertama ini juga sejalan dengan *screening* partisipan di bangsal Yudhistira yang sesuai dengan karakteristik subjek yang bisa mengikuti penelitian. Dari hasil *asesmen* ini terdapat enam belas orang yang sesuai dengan karakteristik partisipan. Mereka kemudian ditawarkan kesediaannya untuk mengikuti penelitian ini. Satu orang menolak dikarenakan tidak bersedia untuk menandatangani *inform consent*.

Lima belas orang kemudian di pilih secara acak untuk dimasukkan ke dalam kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Didapatkan 8 orang berada dalam kelompok eksperimen dan kelompok kontrol sebesar 7 orang. Dalam perjalanannya 2 orang keluar sebelum sesi dimulai karena jaminannya habis dan 1 orang kembali dalam kondisi gaduh gelisah sehingga dipindah ke ruang akut. Data individu yang keluar tidak diikutsertakan dalam analisis. Berikut hasil asesmen kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

4.2. Hasil Asesmen Tahap Kedua

Asesmen tahap kedua ini meliputi observasi dan wawancara dengan partisipan yang meliputi data diri partisipan, informasi mengenai gejala dan gangguan yang dialami, perilaku minum obat, dan psikoterapi yang sudah pernah diberikan. Lebih lanjut, peneliti juga mengukur tingkat tilikan partisipan dan sikap terhadap pengobatan.

4.2.1. Hasil Asesmen Pada Kelompok Eksperimen

4.2.1.1. Partisipan I

Data Diri

Inisial	: AA
Daerah Asal	: Cirebon
Usia	: 28 tahun
Suku Bangsa	: Jawa
Agama	: Islam
Status	: Belum Menikah
Pendidikan Terakhir	: SMP
Pekerjaan	: --

Informasi mengenai Gangguan

Diagnosa : Skizofrenia Paranoid

Onset : tahun 2005

Frekuensi relapse : 3 kali

Perawatan lain :

Latihan berkenalan, latihan menghardik, latihan memukul ke bantal bila sedang marah, TAK mengenai halusinasi dan obat, terapi okupasional

Hasil Observasi

AA merupakan pria dengan postur badan tinggi dan kurus. Tingginya sekitar 170 cm, dengan berat badan kurang lebih 50 kg. Kulitnya sawo matang dan terdapat banyak flek hitam di daerah pipinya. Dalam kesehariannya di bangsal, ia pendiam namun sangat kooperatif. Sikapnya ramah dan sopan terhadap siapapun. Ketika berjalan, ia lebih sering menunduk. Ia juga merupakan individu yang rajin dan patuh. Apa yang orang lain minta ia kerjakan, ia akan lakukan.

Saat pemeriksaan dilakukan, AA cukup terbuka dengan pemeriksa. Ia dapat merespons dengan sesuai dan koheren. Suaranya pelan, namun dengan kecepatan bicara sedang dan artikulasi yang jelas. Alur pikirannya tidak melompat-lompat dan ia bisa menjawab setiap pertanyaan dengan tenang.

Bibirnya bergetar setiap kali bicara. Tangannya juga mengalami tremor ketika menulis. Fungsi memorinya jangka panjang dan jangka pendeknya nampak terganggu. Ia banyak lupa mengenai peristiwa yang ada di hidupnya. Akan tetapi, untuk hal-hal tertentu yang penting baginya, ia dapat mengingatnya. Saat pemeriksa menanyakan sesuatu yang ia lupa, ia akan tersenyum malu-malu. AA mengakui masih mengalami halusinasi visual yaitu seorang wanita cantik. Ia paham bahwa hanya dirinya yang bisa melihat wanita tersebut, sedangkan orang lain tidak.

Hasil Wawancara Partisipan I

Tidak banyak hal yang bisa diceritakan oleh AA pada wawancara awal. Hal ini disebabkan ia sering lupa mengenai kejadian-kejadian dalam hidupnya. Dari hasil wawancara dan juga rekam medis, diketahui AA merupakan anak bungsu dari 4 bersaudara. Ayahnya sudah meninggal sejak

beberapa tahun yang lalu. Saat ini ia tinggal dengan ibu dan kakak pertamanya. Anggota keluarga yang paling dekat dengannya adalah kakaknya. Aktivitas sehari-hari A adalah membantu ibunya untuk berjualan rempeyek di rumah. Selain itu, ia biasanya diam di rumah dan menonton tv.

AA mengatakan bahwa ini merupakan ketiga kalinya ia dirawat di Rumah Sakit. Pertama kali ia dirawat pada tahun 2004, kemudian tahun 2008, dan saat ini 2012. A tidak mengingat apa yang pertama kali menyebabkan ia dibawa ke Rumah Sakit. AA dibawa ke Rumah Sakit kali ini karena memperlihatkan perilaku marah-marah, merusak alat rumah tangga, memukul ibunya, dan berbicara sendiri yang sudah berlangsung selama 2 minggu. Faktor yang diduga sangat berpengaruh terhadap kondisinya adalah putus obat.

Dari hasil rekam medis, diketahui bahwa AA secara teratur melakukan rawat jalan. Menurut AA sendiri, ia rajin minum obat. Hanya saja, terkadang kakaknya meminta ia menghemat obatnya supaya tidak cepat habis. Hal ini menyebabkan ia sering minum obat tidak teratur di rumah. Pada beberapa minggu sebelum dibawa ke Rumah Sakit, ia menolak sepenuhnya untuk minum obat. AA sendiri tidak mengerti mengapa ia melakukan hal tersebut.

Hasil Pretest Partisipan 1

Tabel 4.1. Hasil Pre Test Partisipan AA

Skor Skala Birchwood	7,5
Kesadaran akan simptom	3
Kesadaran akan gangguan	1
Kesadaran akan kebutuhan pengobatan	3,5
Skor DAI-30	18

Pada dasarnya AA sudah memiliki sikap yang positif terhadap pengobatan sebelum terapi dimulai (skor DAI-30 pretest = +18). Ia juga tidak menunjukkan adanya resistensi untuk meminum obat. Akan tetapi hal ini belum diimbangi dengan pemahaman dan pengetahuan manfaat obat bagi dirinya. Hal ini terlihat dari ketidakyakinannya mengenai pentingnya perawatan di Rumah Sakit sebelum terapi dimulai. Ia juga menunjukkan tilikan yang cukup baik mengenai kebutuhan minum obat akan tetapi tidak

diimbangi dengan tilikan yang juga baik pada kesadaran akan gejala dan gangguan. Dilihat dari hasil observasi dan wawancara juga menunjukkan ia biasanya minum obat secara pasif.

Kurangnya pemahaman mengenai pentingnya obat bagi kondisinya, membuat ia mudah menyerah dan menerima ketika ada hambatan dalam minum obat. Saat ia diminta untuk memberhentikan obatnya, ia akan ikuti. Saat ia harus minum obat, ia juga akan ikuti. Sikapnya yang penurut dan pasif ini juga didukung oleh predisposisi kepribadiannya.

Selain itu, hasil *pre test* pada DAI-30 mengindikasikan adanya ketidaknyamanan dalam minum obat. Ia mengatakan setelah minum obat, ia menjadi tidak tenang.

4.2. 1.2. Hasil Asesmen Partisipan 2

Data Diri

Inisial : A
 Daerah Asal : Jakarta
 Usia : 45 tahun
 Suku Bangsa : Padang
 Agama : Islam
 Status : Bercerai (2x menikah)
 Pendidikan Terakhir : SMA
 Pekerjaan : wiraswasta

Informasi mengenai Gangguan

Diagnosa : Skizofrenia Paranoid
 Onset : tahun 2008
 Frekuensi relapse : 2 kali ‘
 Perawatan lain :

Latihan berkenalan, latihan menghardik, latihan memukul ke bantal bila sedang marah, TAK mengenai halusinasi dan obat, TAK mengungkapkan perasaan, terapi okupasional

Hasil Observasi Partisipan 2

A adalah laki-laki berusia 45 tahun. Ia memiliki postur badan yang kekar dengan tinggi badan 165 cm dengan berat 65 kg. A memiliki raut wajah yang cukup tajam dan terdapat bekas luka bakar di tangan kanannya. Kulitnya sawo matang kehitaman dengan rambut pendek yang sudah banyak memutih. Sikapnya sopan dan kooperatif terhadap pemeriksa. Walaupun begitu, saat pemeriksaan pretest dilakukan, ada beberapa jawaban subjek yang kontradiktif dengan wawancara awalnya, terutama yang berkaitan dengan kesediaan untuk minum obat.

Hasil Wawancara Partisipan 2

A merupakan anak pertama dari 4 bersaudara. Ayah dan ibunya tinggal di Padang, sementara adik-adiknya semua tinggal di Jakarta. Semenjak lulus SMA, ia mulai merintis usaha tekstil miliknya yang kemudian menjadi sangat berkembang. Usahanya sangat maju dan meluas hingga ke daerah lain di Indonesia. Usahanya ini juga membuat ia mampu untuk memberikan modal adik-adiknya untuk usaha. Semua anggota keluarga A merupakan wirausahawan dalam bidang tekstil, sepatu, dan baju.

Menurut A satu-satunya alasan ia dibawa ke Rumah Sakit karena melempar piring kepada adiknya yang membuat adiknya takut. Ia melempar piring karena marah adiknya tidak memberi uang padanya. Pelemparan piring tersebut terjadi secara spontan sebagai ekspresi marahnya. Ia sendiri tidak bermaksud untuk menyakiti adiknya. Adiknya kemudian menelepon polisi yang akhirnya membawa dirinya ke Rumah Sakit.

Pada partisipan 2, pemeriksa berkesempatan melakukan anamnesa dengan keluarganya. Keluarganya mengkonfirmasi bahwa A adalah seorang wirausahawan yang sukses di Padang. Kondisinya ini bermula saat ia bercerai untuk kedua kalinya yang bersamaan dengan usahanya yang mulai jatuh. Proses perceraianya juga memakan uang banyak dan hampir semua kekayaannya habis. Saat itu, A mulai menunjukkan gejala cepat marah dan mudah curiga. Ia memiliki keyakinan bahwa orang lain terus menerus mencuri uang dari dirinya. Ia juga mulai melakukan kekerasan seperti memukul pada orang-orang disekitarnya bila keinginannya tidak dipenuhi. Ia kemudian dibawa ke Rumah Sakit Jiwa di Padang setelah ia memukul ibunya sendiri.

Tidak sampai satu bulan disana, A kabur dan pulang ke rumah. Keluarga kemudian memutuskan untuk melakukan rawat jalan. A sendiri kemudian dipindahkan ke Jakarta bersama dengan adik-adiknya. Ia tinggal dengan adik perempuannya sesuai dengan budaya Padang. Adik A mengatakan selama tinggal dengannya, A tidak mau minum obat. Ia bisa melakukan segala cara untuk menyembunyikan obatnya. Ia bisa pura-pura minum obat dan kemudian dimuntahkan kembali. Tidak berapa lama. Ia kembali mengulang gejala yang sama yaitu marah-marah dan merusak barang. A juga tidak mau mandi dan merawat dirinya sendiri. Awalnya, ketika suami adiknya masih ada, A tidak begitu berani menunjukkan perilaku kerasnya. Akan tetapi, ketika suami adiknya meninggal di tahun 2011, perilakunya semakin tidak terkendali. Adiknya menjadi semakin ketakutan dan pernah meminta satpam rumah untuk tidak membiarkan A masuk ke rumah. Di satu sisi, walaupun perilakunya seringkali kasar dan tidak terduga, A merupakan kakak yang sangat protektif dan sangat memperhatikan keluarganya. Hal ini membuat keluarganya kebingungan antara rasa kasihan dan sayang dengan ketakutan.

Puncaknya pada bulan Maret 2012, A meminta uang kepada adik perempuannya. Adiknya menolak memberikan dengan alasan ia tidak punya uang. A tiba-tiba meraih piring dan melempar adiknya. Saat itu, adiknya kemudian memanggil polisi dan membawa A ke RSMM.

Hasil Pre Test Partisipan 2

Tabel 4.2. Hasil Pre Test Partisipan A

Skor Skala Birchwood	7,5
Kesadaran akan simtom	2
Kesadaran akan gangguan	2
Kesadaran akan kebutuhan pengobatan	3,5
Skor DAI-30	+16

A memiliki skor Skala Birchwood 7,5 yang mengindikasikan bahwa ia belum memiliki tilikan yang baik mengenai kondisinya. Sebenarnya, dengan tingkat kognisinya yang memadai, A memahami bahwa ia mengalami gangguan pada tahap tertentu. Misalnya saja pada item 2 skala Birchwood ‘saya sedang dan selalu sehat secara mental’, ia menjawab tidak setuju karena

'*kalau saya sehat secara mental, ga mungkin kan saya di Rumah Sakit haha*'. Akan tetapi ia sendiri nampak tidak memiliki keingintahuan mengenai kondisinya dan lebih terpaku mengenai ide untuk secepatnya keluar dari Rumah Sakit.

Untuk itu, A mampu untuk menampilkan dan menunjukkan perilaku yang perlu walaupun belum tentu sesuai dengan apa yang ia rasakan. Misalnya pada awal pertemuan dengan pemeriksa, A mengatakan bahwa ia tidak bersedia minum obat karena membuat badannya tidak enak. Akan tetapi pada wawancara pre test, A menjawab bahwa obat merupakan sesuatu yang penting baginya dan membuat badannya sehat. Minum obat membuatnya lebih bahagia dan sehat, yang berlawanan dengan apa yang ia katakan sebelumnya. Perubahan ini dapat disebabkan oleh persepsi A bahwa dengan menjawab ia mau minum obat akan membantunya untuk cepat pulang.

4.2.1.3. Hasil Asesmen Partisipan 3

Data Diri

Inisial : Y
 Daerah Asal : Sukabumi
 Usia : 24 tahun
 Suku Bangsa : Sunda
 Agama : Islam
 Status : Belum Menikah
 Pendidikan Terakhir : SMP
 Pekerjaan : Tukang Ojeg

Informasi mengenai Gangguan

Diagnosa : Skizofrenia Paranoid
 Onset : 1 tahun yang lalu (23 tahun)
 Frekuensi relapse : -

Perawatan lain :

Latihan berkenalan, latihan menghardik, latihan memukul ke bantal bila sedang marah, TAK mengenai halusinasi dan obat, terapi okupasional

Hasil Observasi

Y merupakan pria berusia 24 tahun dengan postur tegap. Ia memiliki tinggi kurang lebih 160 cm dan berat 50 kg. Dari awal pertemuan, Y selalu berada dalam kondisi mengantuk. Ia sering menguap dan menutup matanya. Menurut Y, selama ia di Rumah Sakit, ia selalu ingin tidur. Ketika berbicara, Y menggunakan logat sunda yang kental. Artikulasinya jelas dan isi pembicaraannya dapat dipahami oleh pemeriksa. Ia tidak menampakkan adanya kesulitan dalam berkomunikasi dan tidak menunjukkan adanya gangguan persepsi selama pemeriksaan. Y pernah memiliki halusinasi auditori, namun semenjak ia di Rumah Sakit halusinasinya tidak pernah muncul.

Hasil Wawancara Pretest Partisipan 3

Y adalah anak pertama dari 4 bersaudara. Baik Ayah maupun Ibunya bekerja sebagai buruh tani di desanya. Semenjak lulus sekolah SMP, Y langsung bekerja sebagai tukang ojeg di daerahnya dan sudah berlangsung selama 6 tahun. Y mengaku bahwa ini pertama kalinya ia masuk ke Rumah Sakit Jiwa. Ia dibawa Rumah Sakit karena mengamuk di rumahnya dan memukul hampir semua kaca di rumahnya hingga pecah. Baik orangtua maupun penduduk desa menjadi ketakutan dan sempat membawanya ke pengobatan alternatif. Akan tetapi, perilakunya tidak berubah dan tetap sering mengamuk. Ia kemudian dibawa ke RSMM pada bulan Februari 2012.

Y mengatakan bahwa perilakunya disebabkan keinginannya menjadi guru tidak tercapai. Orangtua tidak mampu mengabdikan permintaannya untuk sekolah lagi karena tidak ada biaya. Wawancara lebih jauh menemukan bahwa permintaannya ini datang dari halusinasi auditorinya. Suara yang ada di kepalanya memintanya untuk melakukan beberapa hal, dan jika tidak bisa dipenuhi ia tidak bisa menahan marahnya. Suara ini muncul jauh sebelum kejadian pemukulan kaca terjadi. Y sendiri tidak ingat kapan tepatnya suara itu mulai muncul. Akan tetapi sejauh ini, ia bisa memenuhi semua permintaan suara tersebut, hingga akhirnya ia diminta untuk menjadi guru. Semenjak masuk ke Rumah Sakit, suara itu menghilang dan tidak pernah muncul kembali.

Hasil Pretest Partisipan 3

Tabel 4.3. Hasil Pre Test Partisipan Y

Skor Skala Birchwood	10
Kesadaran akan simtom	4
Kesadaran akan gangguan	2
Kesadaran akan kebutuhan pengobatan	4
Skor DAI-30	0

Y nampaknya belum merasakan adanya keuntungan maupun kerugian subjektif dalam pengobatan yang ditunjukkan dengan skor 0 pada inventori sikap terhadap obat. Ia belum bisa memisahkan dan mengetahui perbedaan kondisi dirinya. Hal ini dapat dikarenakan ia baru pertama kali mengalami kondisi ini dan menjalani perawatan di Rumah Sakit.

Berkaitan dengan tilikan, Y merasa bahwa pengobatan di Rumah Sakit merupakan sesuatu yang penting baginya. Akan tetapi ketika ditanya lebih jauh, ia tidak bisa mendeskripsikan apa pentingnya perawatan di Rumah Sakit bagi dirinya, "*meurun buat sembuh, tapi da naon penyakitna oge*" ("Mungkin untuk sembuh, tapi apa penyakitnya juga?").

4.2.1.4. Hasil Asesmen Partisipan 4

Data Diri

Inisial : TA
 Daerah Asal : Jakarta
 Usia : 46 tahun
 Suku Bangsa : Betawi
 Agama : Islam
 Status : Cerai (1998)
 Pendidikan Terakhir : SMA kelas 1 (tidak tamat)
 Pekerjaan : -

Informasi Mengenai Gangguan :

Diagnosa : Skizofrenia Paranoid
 Onset : Remaja (20-an)
 Frekuensi Relaps : 7 kali
 Intervensi lainnya :
 Latihan menghardik halusinasi, memukul bantal ketika marah

Hasil Observasi Partisipan 4

TA merupakan laki-laki dengan postur tinggi dan kurus. Ia memiliki tinggi 180 cm dengan berat badan sekitar 60 kg. Ia selalu memakai peci putih di kepalanya dan jaket merah yang tampak lusuh. Baik peci dan jaket ini selalu ia simpan dari mulai ia masuk ke Rumah Sakit.

Sikap TA tampak kooperatif dan ramah baik dengan pemeriksa maupun tenaga kesehatan lain. Walaupun verbalnya sudah koheren namun waham TA masih mendominasi. Ia masih percaya bahwa dirinya adalah utusan Tuhan yang diminta untuk memerangi kejahatan gaib. Ia percaya dikelilingi oleh para Nabi dan jenderal untuk berperang. Ia masih memiliki halusinasi visual dan auditori. Ia melihat sosok yang dikenalnya sebagai Nabi Idris setiap saat. Ia juga mendengar seluruh alam menyebutkan namanya, termasuk saat pemeriksaan dilakukan. TA bahkan meminta pemeriksa untuk ikut mendengarkan, karena ia menilai pemeriksa mempunyai bakat gaib. Ia menyadari dan paham bahwa suara yang di dengarnya tidak bisa didengar oleh orang lain yang memperkuat keyakinannya bahwa ia bukan orang biasa.

TA sangat senang ketika pemeriksa menjelaskan bahwa apa yang dibicarakan akan menjadi rahasia. Menurutnya ada beberapa hal yang tidak bisa diceritakan kepada orang lain, terutama mengenai rahasia dunia gaib.

Hasil Wawancara Partisipan 4

TA merupakan anak pertama dari 6 bersaudara. Ayah dan ibunya sudah tiada. Ia tinggal seorang diri di dekat rumah kakaknya di Jakarta. TA sudah pernah menikah dan memiliki 1 anak laki-laki. Pada tahun 1998, ia bercerai dengan istrinya. Anaknya saat ini tinggal di tempat mantan istrinya.

Kondisi TA sudah dimulai saat ia berusia 20-an tahun. Ia sendiri lupa kapan tepatnya. Menurutnya kondisi dirinya disebabkan Tuhan sudah membuka batinnya dan memerintahkannya untuk menjaga kedamaian dari hal-hal yang gaib. Menurutnya semua pemimpin di Indonesia termasuk SBY maupun Wiranto kenal semua dengannya. TA mengakui sudah 7x masuk Rumah Sakit, termasuk diantaranya RSCM, Grogol, maupun Bogor. Rumah Sakit baginya merupakan tempat istirahat dan memulihkan kondisinya dari perang gaib yang telah diikutinya.

Hasil Pretest Partisipan 4

Tabel 4.4. Hasil Pre Test Partisipan TA

Skor Skala Birchwood	2,5
Kesadaran akan simtom	0
Kesadaran akan gangguan	0
Kesadaran akan kebutuhan pengobatan	2,5
Skor DAI-30	+8

Dilihat dari hasil pre test, diketahui bahwa tilikan TA terhadap kondisinya masih buruk. Ia tidak merasa dirinya menghadapi gangguan ataupun mengalami gejala yang tidak biasa. Ia masih memiliki kesadaran akan kebutuhan pengobatan (2,5). Hanya saja kesadaran akan pengobatan ini berkaitan dengan waham yang masih dominan. Baginya obat merupakan sesuatu yang membantunya untuk tetap tenang dalam menghadapi perang gaib. Persepsi yang unik ini membantunya untuk bersikap positif terhadap obat dan patuh dalam meminumnya. Di satu sisi, persepsi ini membuat ia hanya mengikuti pengobatan ketika ia dalam kondisi *fullblown*. Ketika ia sedang dalam kondisi sadar, ia akan merasa tidak perlu meminumnya. Hal yang juga tidak disukainya saat meminum obat adalah napasnya yang menjadi sesak dan lelah. Efek ini membuat ia tidak mau terus menerus meminum obatnya.

4.2.5. Hasil Asesmen Partisipan 5

Data Diri

Inisial : AI
 Daerah Asal : Bogor
 Usia : 36 tahun
 Suku Bangsa : Sunda
 Agama : Islam
 Status : Belum Menikah
 Pendidikan Terakhir : SD
 Pekerjaan : Menjaga Warung

Informasi Mengenai Gangguan :

Diagnosa	: Schizophrenia Paranoid
Onset	: 1999
Frekuensi Relapse	: 1 kali
Intervensi Lainnya	: Latihan tarik napas, berkenalan, dan memukul bantal

Hasil Observasi Partisipan

AI merupakan pria dengan postur tubuh tinggi dan sangat kurus. Tingginya sekitar 175 cm dengan berat badan sekitar 60kg. Kepalanya bulat dengan rambut yang botak. Hal yang menonjol pada diri AI adalah terdapat gerakan berkedut berulang pada pipi dan rahangnya. Verbalnya sudah koheren dan dapat menjalin komunikasi dengan lancar. Ia mampu menyampaikan apa yang ingin ia bicarakan dan tanyakan kepada orang lain. Kecepatan berbicaranya cukup tinggi dan terkadang kurang bisa fokus dalam satu topik pembicaraan. Raut muka dan tubuhnya hampir selalu terlihat tegang. Ia mudah teralihkn konsentrasi dengan stimulus sekecil apapun. Seringkali badannya terlalu condong ke arah orang yang ia ajak bicara.

Pada saat pemeriksaan dilakukan, tidak terlihat tanda-tanda halusinasi auditori maupun visualnya masih ada. AI mengaku bahwa ia sudah tidak mengalami halusinasi sepanjang ia masuk ke Rumah Sakit terutama bangsal tenang.

Hasil Wawancara dengan AI

AI merupakan anak ke 5 dari 8 bersaudara. Ayahnya sudah tiada dan ibunya mendapat penghasilan dari berjualan di warung depan rumahnya. Dahulu ia bekerja sebagai tukang ojeg di daerahnya, sampai ia mengalami peristiwa perampokan pada tahun 1999. Saat itu ia ditodong, dibawa ke tempat sepi, lalu dirampok dan dipukuli. Hal yang masih ia ingat jelas adalah kepalanya dihantam oleh batu berkali-kali hingga ia tidak sadarkan diri. Ia masih bisa diselamatkan setelah ditemukan oleh penduduk setempat dan dibawa ke Rumah Sakit.

Akan tetapi semenjak kejadian itu, ia mengalami gejala terus menerus ketakutan, merasa tidak aman, tegang, muncul suara yang memintanya untuk membuang segala barang yang ada di sekitarnya, serta mudah marah dan

mengamuk. Keluarganya segera membawanya ke Rumah Sakit untuk berobat. Semenjak itu ia menjalani rawat jalan secara teratur dengan bantuan jaminan kesehatan masyarakat. Ia tidak lagi mau menjadi tukang ojeg dan sekarang ikut membantu menjaga warung milik keluarganya.

Pada tahun 2011, dikarenakan jaminannya habis, ia sempat berhenti meminum obat karena tidak memiliki biaya. Akan tetapi setelah jaminannya sudah diurus kembali oleh keluarganya, ia menolak untuk minum obat. Sebulan setelah itu ia mulai menunjukkan gejala tidak bisa tidur, marah-marah hingga memukul orang lain, bicara dan tertawa sendiri. Kondisi ini berlangsung selama sekitar 5 bulan sebelum akhirnya ia dibawa ke Rumah Sakit dan menjalani rawat inap hingga saat ini.

Saat wawancara pertama kali, AI ingin mengetahui kenapa ia sulit sekali untuk menahan diri tidak membuang barang-barang di sekitarnya. Ia merasa suara yang muncul sangat menakutkan hingga ia tidak bisa menolak. Akan tetapi AI mengatakan bahwa suara tersebut belum pernah muncul lagi selama ia berada di Rumah Sakit. Ia juga sering merasa berdebar-debar dan ketakutan akan didatangi oleh perampok yang pernah memukulinya. AI juga menyampaikan keinginannya untuk sembuh dan kembali ke rumahnya.

Hasil Wawancara Pre Test AI terhadap Obat

Tabel 4.5. Hasil Pre Test Partisipan AI

Skor Skala Birchwood	8
Kesadaran akan simtom	2
Kesadaran akan gangguan	2
Kesadaran akan kebutuhan pengobatan	4
Skor DAI-30	+26

Pada dasarnya AI sudah memiliki tilikan yang baik akan kebutuhan terhadap obat. Hal ini juga terlihat dari sikapnya yang positif terhadap obat. Ia melihat obat psikiatrik membantunya untuk menyembuhkannya dari sakit yang dideritanya. Hasil wawancara dan rekam medis juga mendukung pernyataannya. Ia termasuk individu yang rajin dalam kontrol dan meminum obatnya.

4.2.6. Hasil Asesmen Partisipan 6

Data Diri

Inisial : AS
 Daerah Asal : Bogor
 Usia : 20 tahun
 Suku Bangsa : Sunda
 Agama : Islam
 Status : Belum Menikah
 Pendidikan Terakhir : SD
 Pekerjaan : -

Informasi Mengenai Gangguan

Diagnosa : Skizofrenia Paranoid
 Onset : 2011(usia 18 tahun)
 Frekuensi relapse : -
 Intervensi lainnya : Latihan menghardik halusinasi, Tarik napas dalam-dalam

Hasil Observasi Partisipan 6

AS merupakan laki-laki yang berperawakan cukup tegap. Ia memiliki tinggi sekitar 167 cm dengan berat badan 59 kg. Bentuk mukanya cenderung kotak dengan rambut tipis dan ikal. Kulitnya berwarna sawo matang dan terdapat banyak jerawat di pipinya.

Hal yang menonjol dari diri AS adalah lengannya yang hampir selalu tegak sekitar 90 derajat dari tubuh. Ketika ia diingatkan, ia mampu menurunkan lengannya ke posisi biasa. Hanya saja, saat ia tidak menyadari, posisi tangannya selalu kembali seperti itu. AS mengatakan bahwa pergerakan lengannya menjadi kaku semenjak minum obat.

AS cukup kooperatif dalam pemeriksaan dan sangat terbuka mengenai pendapatnya. Ia sejak awal mengatakan tidak mau minum obat setelah pulang dari Rumah Sakit. Saat bertemu dengan pemeriksa, AS tidak menunjukkan adanya gangguan persepsi. Akan tetapi AS mengakui ia pernah mendengar suara wanita sebelum ke Rumah Sakit. Ia mengatribusikan suara tersebut

sebagai bukti bahwa ia mempunyai kekuatan supernatural. AS juga mengalami halusinasi visual yang sudah tidak muncul semenjak masuk Rumah Sakit.

Hasil Wawancara Partisipan 6

AS adalah anak pertama dari 3 bersaudara. Ayahnya buruh serabutan dan ibunya merupakan ibu rumah tangga. Baik ayah maupun ibunya tidak bisa membaca dan menulis, sehingga semua urusan di Rumah Sakit ditangani oleh kader desanya. AS sendiri dikenal sebagai pribadi yang pendiam di lingkungannya. Ia tidak banyak bicara dan tidak memiliki banyak teman. Aktivitasnya sehari-harinya adalah membantu orangtuanya di rumah.

Kondisi AS bermula dari satu tahun yang lalu. Gadis yang sejak dahulu disukainya hamil dan menikah dengan pria lain. Sejak peristiwa itu, AS menjadi lebih pendiam dan tidak banyak bicara. Ia sering mengurung diri dan tidak responsif terhadap orang lain. Kondisinya semakin memburuk seiring waktu. Ia menjadi sering marah dan merusak peralatan rumah tangga. Ia juga berbicara dan tertawa sendiri. Beberapa kali ia pergi ke rumah gadis tersebut dan tidak mau pulang. Hal ini menyebabkan penduduk desa harus memaksanya pulang karena gadis tersebut ketakutan. AS sendiri merasa ia tiba-tiba memiliki kekuatan untuk melakukan komunikasi kebatinan dengan gadis tersebut. Kondisi ini berlangsung kurang lebih 1 tahun tanpa pengobatan.

AS sempat dibawa ke pengobatan alternatif, namun kondisinya semakin memburuk. Ia semakin sering berteriak dan marah. Kader desa kemudian menyarankan ia dibawa dan dirawat di Rumah Sakit Marzuki Mahdi. Setelah 3 bulan perawatan dan kondisinya membaik, psikiater memperbolehkan AS untuk kembali ke rumahnya. Baru 3 hari di rumah, ia dibawa kembali ke Rumah Sakit oleh penduduk desa. Hal ini dikarenakan ia menolak minum obat dan menunjukkan perilaku-perilaku yang mengganggu orang di sekitarnya. Ia tetap berkunjung ke rumah gadis yang disukainya dan tidak mau pulang. Saat pemeriksaan dilakukan, AS berkeinginan untuk berhenti minum obat setelah keluar dari Rumah Sakit. Baginya obat tidak memiliki pengaruh apapun karena ia sudah merasa sehat.

Hasil Pretest Partisipan 6

Tabel 4.6. Hasil Pre Test Partisipan AS

Skor Skala Birchwood	2,5
Kesadaran akan simtom	2
Kesadaran akan gangguan	0
Kesadaran akan kebutuhan pengobatan	0,5
Skor DAI-30	-8

AS menunjukkan kurangnya tilikan baik terhadap simtom, gangguan, maupun kebutuhan untuk pengobatan. Ia melihat dirinya sedang dan selalu sehat secara mental, sehingga pengobatan dan perawatan di Rumah Sakit tidak penting baginya. Hal ini kemudian juga semakin terlihat dalam sikapnya terhadap obat. Ia tidak melihat adanya keuntungan subjektif bagi kondisinya yang mengarahkan sikapnya menjadi lebih negatif.

Wawancara lebih jauh terhadap AS juga menunjukkan adanya indikasi pengaruh orangtua terhadap sikap dan perilakunya. AS mempersepsikan ibunya tidak begitu senang ketika ia masih harus minum obat setelah keluar dari Rumah Sakit. Adanya kesulitan ekonomi dan kurangnya pengetahuan mengenai kondisi gangguan jiwa dapat menyebabkan sikap yang kurang mendukung dalam penanganan partisipan di lingkungan rumah.

4.2.2. Hasil Asesmen Kelompok Kontrol

4.2.2.1. Hasil Asesmen Partisipan 1

Data Diri

Inisial : RG
 Daerah Asal : Jakarta
 Usia : 31 tahun
 Suku Bangsa : Betawi
 Agama : Islam
 Status : Belum Menikah
 Pendidikan Terakhir : SMK
 Pekerjaan : -

Informasi Mengenai Gangguan

Diagnosa	: Skizofrenia Paranoid
Onset	: remaja (tidak diketahui dengan pasti)
Frekuensi Relapse	: 2 kali
Durasi rawat inap	: 2 bulan

Hasil Observasi

RG adalah laki-laki dengan postur tinggi dan kurus. Raut mukanya oval dengan rambut yang tipis. Kondisinya stabil dengan simtom negatif masih cukup dominan. Ia tidak banyak bicara. Fungsi kognisinya nampaknya menurun yang ditunjukkan dengan lambatnya ia dalam merespons suatu pembicaraan. Ia akan mendengarkan dan diam selama 10 detik, baru kemudian menjawab. Gerak badannya kaku terutama saat ia menggerakkan tangannya. Duduknya meskipun agak membungkuk juga terlihat kaku.

Hasil Wawancara

Ini merupakan kali pertama RG dirawat di Rumah Sakit. Ia masuk disebabkan dalam 1 tahun terakhir menunjukkan gejala marah-marah, memukul orangtuanya, berteriak tidak jelas, dan membanting alat-alat rumah tangga. Ia pernah mengalami kondisi yang sama saat masa remaja dan hanya menjalani rawat jalan. Ia juga pernah dipasung dan dibawa ke pengobatan alternatif. RG berkali-kali meyakinkan pemeriksa bahwa ia mau ikut terapi. Ia ingin membicarakan masalah marahnya di sesi.

RG saat ini tinggal dengan orangtuanya. Ia tidak memiliki pekerjaan. Aktivitas sehari-harinya adalah membantu orangtuanya di rumah. Menurut hasil anamnesa dengan keluarga, RG merupakan individu yang pendiam. Biasanya ia penurut dan mau membantu orangtuanya membersihkan rumah. Ia tidak banyak bicara dan tidak memiliki banyak teman. Rawat jalannya teratur, namun terkadang orangtuanya sibuk bekerja sehingga telat beberapa hari untuk mengantarkannya kontrol ke Rumah Sakit. Minum obat diasumsikan oleh orangtuanya rajin, namun mereka jarang melakukan pengawasan. Saat ini, RG mengatakan masih mengalami halusinasi auditori, namun menolak untuk membicarakannya lebih jauh.

Hasil Pretest

Tabel 4.7. Hasil Pre Test Partisipan RG

Skor Skala Birchwood	7
Kesadaran akan simtom	1
Kesadaran akan gangguan	2
Kesadaran akan kebutuhan pengobatan	4
Skor DAI-30	+10

RG nampak belum memahami kondisinya secara menyeluruh. Ia menyadari bahwa ia membutuhkan obat dan sikap terhadap obat pun cenderung positif, namun tidak disertai pemahaman mengenai pentingnya obat bagi dirinya. Ia juga terlihat enggan untuk mengakui bahwa ia berada dalam kondisi sakit.

4.2.2.2. Hasil Asesmen Partisipan 2

Inisial : NM
 Daerah Asal : Bekasi
 Usia : 19 tahun
 Suku Bangsa : Betawi
 Agama : Islam
 Status : Belum Menikah
 Pendidikan Terakhir : SMA (Paket C)

Informasi Mengenai Gangguan

Diagnosa : Schizophrenia Paranoid
 Onset : SMA (kelas 2)
 Frekuensi relapse : 3 kali (tidak minum obat)

Hasil Observasi

NM merupakan pria yang berbadan tegap. Kulitnya kecoklatan dan matanya sipit. Penampilannya bersih. Cara bicaranya jelas, teratur dan bisa dipahami. Hanya saja fokusnya mudah teralihkan, Isi pembicaraannya juga masih meloncat-loncat.

Dalam kesehariannya ia terlihat sangat antusias terutama ketika diajak berbicara oleh tenaga kesehatan lainnya. Ia seringkali berdiri di pintu bangsal dan siap untuk berinteraksi dengan orang lain. Kondisi emosi dan afeknya

mudah berubah, namun tetap sesuai. Ia bisa senang dan antusias sesaat kemudian menjadi sedih saat bermain gitar dan bernyanyi.

Saat pemeriksaan dilakukan, subjek tidak menunjukkan gejala adanya halusinasi. Akan tetapi NM mengaku bahwa sebelum masuk ke rumah sakit, ia mendengar suara orang yang marah-marah kepadanya. Ide-ide pembicaraan mengenai alasan ia masuk Rumah Sakit tidak jelas dan berkaitan dengan neraka, dosa, benar, salah.

Hasil Wawancara

NM merupakan anak pertama dari 3 bersaudara. Ayahnya bekerja sebagai buruh di swasta. Ia tinggal di rumah bersama dengan ibunya dan dua adiknya. Saat ini ia bersekolah dan mengikuti pelatihan otomotif di Panti Sosial untuk remaja atas saran pamannya.

Kondisinya bermula saat NM duduk di kelas 2 SMA. Menurutnya, saat itu ia bertemu dengan seorang guru agama yang mengajarkannya mengenai dosa. Ia kemudian mengingat betapa banyak dosa yang sudah ia buat dan merasa ketakutan. Ia kemudian mulai mendengar suara yang marah dan menyuruhnya masuk ke dalam neraka. Perilakunya juga mulai berubah menjadi tidak terkendali. NM menjadi sering mengamuk, bicara sendiri, tidak bisa tidur, dan sering mandi. NM kemudian dibawa ke Rumah Sakit untuk pertama kalinya pada tahun 2010 dan menjalani rawat inap.

Setelah diperbolehkan pulang, Ia kemudian keluar dari sekolahnya. Oleh Pamannya ia dimasukkan ke dalam panti sosial dan ikut ujian paket C untuk SMA. Saat ini sudah 5 bulan ia mengikuti kelas otomotif terutama dalam bidang AC. Ia berharap dengan masuknya ia ke rumah sakit untuk ketiga kalinya tidak membuat ia harus mengulang kembali pendidikannya. Ia ingin kembali belajar dan bekerja di bidang otomotif.

NM sendiri dibawa ke Rumah Sakit untuk ke tiga kalinya karena menunjukkan gejala yang sama yaitu mengamuk, bicara sendiri, dan sering mandi selama 3 bulan terakhir. Menurut NM kondisinya disebabkan ia tertekan karena masalah keluarga. Ayah dan ibunya terus menerus bertengkar. Ia biasanya menjadi penengah dan tempat cerita untuk kedua orangtuanya. Berkaitan dengan obat, NM mengatakan ia sudah tidak meminum obatnya

ataupun kontrol jalan ketika obatnya habis. Hal ini dikarenakan tidak ada keluarganya yang mau mengantar NM ke Bogor untuk kontrol.

Hasil Pretest

Tabel 4.8. Hasil Pre Test Partisipan NM

Skor Skala Birchwood	10,5
Kesadaran akan simtom	4
Kesadaran akan gangguan	3
Kesadaran akan kebutuhan pengobatan	3,5
Skor DAI-30	+4

Dilihat dari skor skala *birchwood*, NM sudah memiliki tilikan yang baik mengenai kondisinya. Ia menyadari bahwa halusinasi maupun kondisinya hanya ada di pikirannya saja. Ia mampu membedakan mana halusinasi maupun kenyataan. NM juga menyadari bahwa perawatan di Rumah Sakit merupakan sesuatu yang penting dan dokter sudah melakukan hal yang benar dengan memberikan obat padanya. Walaupun begitu, NM melihat bahwa pengobatan pada dirinya hanya penting selama ia ada di Rumah Sakit. Ia sendiri tidak yakin apakah ia butuh untuk berobat ke dokter atau psikiater, terutama ketika pulang.

4.2.2.3. Hasil Asesmen Partisipan 3

Inisial : MS
 Daerah Asal : Cibinong, Bogor
 Usia : 28 tahun
 Suku Bangsa : Betawi Sunda
 Agama : Islam
 Status : Belum Menikah
 Pendidikan Terakhir : SMA
 Pekerjaan : Jaga Warung

Informasi Mengenai Gangguan

Diagnosa : Skizofrenia Paranoid
 Onset : 9 tahun yang lalu
 Frekuensi Relapse : 8x

Perawatan Sebelumnya : latihan bekenalan, latihan menghardik, terapi okupasional

Hasil Observasi

MS adalah laki-laki dengan tinggi sekitar 160 cm dan berat 50 kg. Mukanya berbentuk oval, dan terdapat kerutan halus di bawah matanya. Gigi depannya terlihat menumpuk sehingga bibirnya terlihat mengerucut ke depan jika ia sedang diam.

MS sangat antusias setiap kali ada yang meminta ia untuk bicara. Ia dapat menjalin komunikasi dengan baik dan berkesinambungan. Ia mampu menanyakan pertanyaan seperti 'apa kabar' dengan ekspresi yang tenang. Verbalnya koheren, namun alur pembicaraannya masih melompat lompat. Halusinasi visual masih ada berupa siluman, namun tidak selalu muncul dan mengganggu.

Hasil Wawancara

MS merupakan anak kandung ke 2 dari 4 bersaudara. Baik ayah maupun ibunya pernah menikah sebelumnya dan masing-masing memiliki anak dari pernikahan sebelumnya. Saat ini MS tinggal sendirian di dekat rumah ibunya. Terkadang ia membantu kakaknya untuk menjaga warung di depan rumah.

Kondisi yang MS alami pertama kali muncul setelah ibunya meninggal dunia. Ini merupakan ke 8 kalinya MS dibawa ke Rumah Sakit oleh keluarganya. MS mengatakan alasan ia dibawa adalah karena ia marah-marah dan mengamuk di Rumah. MS dalam 2 minggu terakhir juga menunjukkan gejala tidak bisa tidur, marah-marah, mudah tersinggung, curiga, bicara dan tertawa sendiri. MS dibawa ke Rumah Sakit dengan penampilan yang kusam dan kotor. Ia mengatakan bahwa ia kesal dengan orang di rumah karena tidak mengizinkan dirinya untuk pacaran dengan wanita yang sama-sama mengalami gangguan jiwa. MS mengatakan bahwa ia sangat ingin mempunyai pacar dan menikah. Berkaitan dengan minum obat, MS mengakui bahwa ia minum obat dengan tidak teratur. Ia sering lupa dan tidak ada yang mengingatkan.

Hasil Pretest

Tabel 4.9. Hasil Pre Test Partisipan MS

Skor Skala Birchwood	10
Kesadaran akan simtom	2
Kesadaran akan gangguan	4
Kesadaran akan kebutuhan pengobatan	4
Skor DAI-30	+18

Dengan pengalaman 8 kali ke Rumah Sakit, MS belajar bahwa obat dan penanganan di Rumah Sakit merupakan sesuatu yang penting baginya. Ia menunjukkan adanya kesadaran akan kebutuhan pengobatan dan sikap yang positif terhadap pengobatan. MS nampaknya lebih membutuhkan dukungan sosial dari keluarganya untuk perawatan di Rumah Sakit.

4.2.2.4. Hasil Asesmen Partisipan 4

Data Diri

Inisial : M
 Daerah Asal : Jakarta
 Usia : 29 tahun
 Suku Bangsa : Sunda
 Agama : Islam
 Status : Belum Menikah
 Pendidikan Terakhir : SMA
 Pekerjaan : -

Informasi Mengenai Gangguan

Diagnosa : Skizofrenia Paranoid
 Onset :2011
 Frekuensi relapse : -
 Durasi Perawatan : 4 bulan
 Perawatan lain : Latihan berkenalan, latihan menghardik halusinasi, TAK

Hasil Observasi Partisipan

M merupakan laki-laki dengan postur tinggi dan kurus, ia memiliki tinggi sekitar 182 cm dengan berat badan kurang lebih 65kg. Penampilannya bersih dan rapi. Rambutnya lebat dan memiliki panjang hingga bawah leher. Ia memiliki mata yang besar, raut wajah lonjong, dan gigi yang agak maju ke depan. Verbalnya koheren dan dapat dipahami oleh pemeriksa. Ia dapat fokus dalam pembicaraan namun ia mengakui bahwa terkadang halusinasi visualnya masih ada.

Hasil Wawancara Partisipan

M adalah anak terakhir dari 3 bersaudara. M mengaku sudah lama tidak bertemu dengan keluarganya. Ia tidak mengingat mengapa ia bisa sampai ke Rumah Sakit Marzuki Mahdi. Akan tetapi, ia mengaku bahwa ia berada dalam kondisi bingung semenjak setahun yang lalu. Ibunya meninggal dan ia diputuskan oleh pacarnya.

Seringkali, ketika ia sedang mengerjakan sesuatu, ia berubah menjadi musisi *rock star* yang dieluk elukan fansnya. Ia juga mengalami halusinasi auditori serta derealisasi. Sampai akhirnya pada bulan 2011, ia ditemukan oleh pihak RSMM di depan Rumah Sakit. M mengaku bahwa ia diantar oleh keluarganya, namun keluarganya langsung pulang. Ia datang dalam keadaan berantakan, bingung, tegang, dan curiga. Penampilannya lusuh, kotor dengan verbal yang terbatas. Saat ini, M sudah berada di Rumah Sakit selama 4 bulan dan kondisinya sudah membaik. Ia menunjukkan keinginan untuk pulang dan bekerja kembali. Usaha untuk mencari keluarganya sudah dilakukan, oleh pihak Rumah Sakit namun belum menemukan hasil. Sejak awal M menekankan bahwa ia ingin konsultasi mengenai pekerjaan.

Hasil Pretest Partisipan

Tabel 4.10. Hasil Pre Test Partisipan M

Skor Skala Birchwood	5
Kesadaran akan simtom	2
Kesadaran akan gangguan	1
Kesadaran akan kebutuhan pengobatan	2
Skor DAI-30	+4

M pada dasarnya memahami bahwa halusinasi yang ia lihat merupakan sesuatu yang tidak nyata dan dibuat oleh pikirannya. Ia memahami ketika ia tiba-tiba berubah menjadi penyanyi *rock* dan sekelilingnya berubah menjadi penontonnya itu tidak nyata. Hanya saja ia belum bisa mengkaitkan gejala yang muncul dengan kondisi ‘sakit’. Ia merasa adanya derealisasi dan halusinasinya bukan sesuatu yang aneh ataupun akibat dari kondisi sakitnya. Hal ini yang membuat ia kurang memiliki kesadaran akan kebutuhan pengobatan. M merasa tidak yakin bahwa ia butuh berobat pada dokter atau bahkan di Rumah Sakit tempat ia berada.

4.2.5. Hasil Asesmen Partisipan 5

Data Diri

Inisial : H
 Daerah Asal : Jakarta
 Usia : tahun
 Suku Bangsa : Betawi
 Agama : Islam
 Status : Belum Menikah
 Pendidikan Terakhir : SD
 Pekerjaan : -

Informasi Mengenai Gangguan

Diagnosa : Skizofrenia Paranoid
 Onset : 2004
 Frekuensi relapse : 4 kali menurut rekam medis.
 Durasi Perawatan : 4 bulan
 Perawatan lain : Latihan berkenalan, menghardik

Hasil Observasi Partisipan 5

H adalah laki-laki dengan perawakannya yang cukup besar. Tingginya 175 cm dengan berat badan adalah 65kg. Kulitnya putih bersih dengan bentuk muka agak oval. Ia sering tersenyum pada setiap orang. Fungsi kognitifnya nampak mengalami penurunan. Ia membutuhkan 5-10 detik untuk merespons apa yang orang lain tanyakan. Ia bisa berkomunikasi ketika bahasa yang

diberikan sangat sederhana dan dengan tempo yang lambat. Hal ini tidak berlaku ketika ia bernyanyi. Ia bisa bernyanyi dengan lancar dan nampak tidak memerlukan waktu berpikir.

Hasil Wawancara Partisipan 5

H adalah anak ke 2 dari empat bersaudara. Baik ayah maupun ibunya sudah tiada. H mengatakan keluarganya yang masih ada hanya tinggal adik-adiknya. Ia jarang bertemu dengan mereka. Pekerjaan H sehari-hari adalah pengamen di jalan. Ia senang dan sangat menyukai kegiatan menyanyi. Bahkan di Rumah Sakit, ia sering memetik gitar dan bernyanyi. H mengatakan ini bukan pertama kalinya dia dirawat di Rumah Sakit. Ia pernah dirawat di salah satu rumah sakit di Jakarta selama berkali-kali. Berapa frekuensi tepatnya, ia tidak ingat. Ketika ditanyakan mengenai obat, H mengatakan ia jarang minum kalau di luar Rumah Sakit. Ia tidak tahu bahwa ia harus kontrol. Wawancara lebih jauh mengungkapkan bahwa ia sering sekali kabur dari Rumah Sakit. Hal ini yang menyebabkan ia jarang mendapat resep obat atau surat kontrol.

H sendiri datang ke Rumah Sakit diantar oleh petugas Dinas Sosial. Ia dibawa karena selama 1 bulan terakhir di Dinas Sosial ia memperlihatkan gejala bicara dan tertawa sendiri, telanjang di depan publik dan keluyuran, makan berlebih, sulit tidur dan mengganggu lingkungan. H menurut catatan sudah berkali-kali keluar masuk Dinas Sosial. Saat ini H mengeluhkan bahwa ia sudah lama tidak dijenguk keluarganya. Ia merasa bahwa ia sudah dibuang dan tidak ada yang peduli dengannya. Harapannya saat ini, ingin segera pulang dari Rumah Sakit dan mengamen kembali.

Hasil Pretest Partisipan 5

Tabel 4.11. Hasil Pre Test Partisipan H

Skor Skala Birchwood	6
Kesadaran akan simtom	3
Kesadaran akan gangguan	1
Kesadaran akan kebutuhan pengobatan	2
Skor DAI-30	-2

Hasil pretest memperlihatkan bahwa H memiliki tilikan yang tergolong sedang. Secara sekilas Ia nampak mengetahui bahwa obat memiliki arti yang penting baginya. Akan tetapi ketika ditanya lebih jauh, ia kurang bisa menjawab dengan elaboratif. Ada kesan bahwa ia ingin menyelesaikan secepatnya saat wawancara alat ukur. Hal ini didukung dengan jawaban-jawabannya yang cukup bertentangan dengan inventori sikap yang menunjukkan bahwa ia masih bingung dalam memahami peran pengobatan bagi dirinya.

Tilikan yang tergolong sedang tidak disertai dengan sikap yang positif terhadap obat. Ia merasa bahwa obat bukan merupakan sesuatu yang penting atau menyenangkan baginya. Ia mengakui sudah sering keluar masuk Rumah Sakit dan biasanya keluar dengan cara kabur. H jarang mengonsumsi obat di luar Rumah Sakit.

4.2.6. Hasil Asesmen Partisipan 6

Data Diri

Inisial : FY
 Daerah Asal : Bogor
 Usia : tahun
 Suku Bangsa : Sunda
 Agama : Islam
 Status : Belum Menikah
 Pendidikan Terakhir : SMA
 Pekerjaan : -

Informasi Mengenai Gangguan

Diagnosa : Skizofrenia Paranoid
 Onset :2008
 Frekuensi relapse : 3
 Durasi Perawatan : 4 bulan
 Faktor Herediter ; Paman
 Perawatan lain: Latihan menghardik halusinasi, TAK halusinasi dan obat

Hasil Observasi Partisipan 6

F merupakan laki-laki dengan postur tinggi dan kurus. Rambutnya pendek dan tipis. Ia seringkali memakai celana jeans dan kaus yang dibawakan oleh keluarganya. Penampilannya rapi. Dalam berbicara, verbalnya sudah koheren namun dengan fokus pembicaraan cepat berubah. Ia masih sering tertawa atau berbicara sendiri. Akan tetapi tingkah lakunya dapat diarahkan. Ia bersedia untuk melakukan apa yang diminta atau diperintahkan oleh orang lain. F juga nampak bersahabat dengan partisipan lain dan sering berinisiatif menyapa duluan.

Saat bertemu dengan pemeriksa pertama kali, ia menanyakan ‘kapan dong saya yang diajak mengobrol?’. Akan tetapi ketika bersama pemeriksa, ia lebih pendiam. Ia tidak akan menjawab sebelum ditanya. Jika diajak bicara pun, isi pembicaraannya berkembang ke berbagai topik.

FY cukup sulit untuk ditanya seputar obat berkaitan dengan *pretest*. Ia secara terus menerus berbicara mengenai hal lain, selama pemeriksaan dilakukan. Pemeriksa kemudian mengikuti alur FY dalam berbicara dan memandunya untuk menjawab pertanyaan yang diajukan.

Hasil Wawancara Partisipan 6

FY merupakan anak pertama dari 3 bersaudara. Kondisi F bermula dari 3 tahun yang lalu setelah ayahnya meninggal dunia. F sendiri dalam keluarga paling dekat dengan ibunya dan takut dengan ayahnya. F dibawa ke Rumah Sakit karena selama 1 bulan terakhir menunjukkan gejala sulit tidur, mengamuk, bicara dan tertawa sendiri, emosi labil, minum obat berlebih, dan mengganggu orang lain. Ia juga mudah tersinggung dan marah-marah.

Dari hasil wawancara, FY mengatakan siluman yang menganggunya muncul kembali yang membuat ia sangat ketakutan. Ia sudah minum obat dan tidak berhasil. Ia kemudian menjadi sangat cemas dan berusaha meminum obat lebih banyak lagi. Hal ini yang diduga membuat FY kembali dalam kondisi gaduh gelisah.

Hasil *alloanamnesa* dengan keluarganya menunjukkan bahwa ia memiliki dukungan sosial yang kuat. FY masih tinggal dan dirawat oleh ibunya. Keluarganya secara berkala menengok FY di Rumah Sakit. Mereka juga memperhatikan kebutuhan-kebutuhan dasar FY selama menjalani rawat

inap seperti membawakan makanan dan baju. Keluarganya mengatakan FY rajin kontrol dengan pendampingan oleh keluarganya. Hanya saja semenjak sebulan yang lalu, ia tiba-tiba menampakkan gejala gelisah tanpa sebab yang jelas.

Hasil Pretest Partisipan 6

Tabel 4.12. Hasil Pre Test Partisipan FY

Skor Skala Birchwood	5
Kesadaran akan simtom	0
Kesadaran akan gangguan	2
Kesadaran akan kebutuhan pengobatan	3
Skor DAI-30	+18

Dilihat dari hasil pretest, FY memiliki sikap yang positif terhadap obat. Ia merasa obat merupakan hal yang dapat membuat ia tidak harus berhadapan dengan halusinasinya. Halusinasinya merupakan sesuatu yang menyeramkan dan tidak ingin ia bicarakan. Di satu sisi FY menganggap halusinasinya merupakan sesuatu yang nyata dan bukan manifestasi dari pikiran atau gangguan yang dialami.

4.2.2. Kesimpulan Hasil Asesmen Antar Partisipan

Berikut merupakan tabulasi data hasil asesmen semua partisipan penelitian.

Tabel 4.13. Hasil Asesmen Kelompok Eksperimen

Aspek	AA	A	Y	TA	AI	AS
Usia	28	45	24	46	38	16
Pendidikan	SMP	SMA	SMP	SMA kelas 2	SD	SD
Daerah Asal	Cirebon	Padang	Sukabumi	Jakarta	Bogor	Bogor
Frekuensi Relapse	3	2	Episode pertama	7	1	-
Medikasi	HP 3x5mg, THP 3x2mg, CPZ 3x100mg, Risperidon 1x2 mg	CPZ 1x100mg, HP 3x5mg, THP 3x2mg	CPZ 1x100mg, HP 3x5mg, THP 3x2mg	HP 2x 2,5mg, THP 2x2mg, Risperidon 1x2mg, CPZ 1x100mg	HP 2x 2,5mg, THP 2x2mg, Risperidon 1x2mg, CPZ 1x100mg	Stelazine 3x5mg, THP 3x2mg, CPZ 1x100mg
Skala Birchwood	7,5	7,5	10	2,5	8	2,5
Skor DAI-30	+18	+16	0	+8	+26	-8
Tahap Perubahan	Prekontemplasi				Relapse	Prekontemplasi
Rekam Medis dan keluarga	Patuh minum obat	Tidak mau minum obat, manipulatif	-	Obat tidak teratur	Patuh Minum obat	Tidak mau minum obat
Observasi perilaku minum obat di RS	Dari hasil observasi seluruh partisipan, tidak ada yang memperlihatkan resistensi terhadap pengobatan terutama dalam kondisi di Rumah Sakit. Mereka akan mengantri untuk minum obat setelah makan, dan langsung diminum di depan perawat					
Hambatan lain di luar klien dalam minum obat	Biaya	-	-	Belum diketahui	Biaya	Dukungan keluarga

Tabel 4.14. Hasil Asesmen Kelompok Kontrol

Aspek	RG	NM	MS	M	H	FY
Usia	31	19	28	29	35	30
Pendidikan	SMK	SMA	SMA	SMA	SD	SMA
Daerah Asal	Bogor	Bekasi	Bogor	Jakarta	Jakarta	Bogor
Frekuensi Relapse	2	2	7	-	3	1
Medikasi	HP 3x5mg, THP 3x2mg, CPZ 1x100mg, TFP 3x5mg	HP 3x5mg, THP 3x2mg, CPZ 1x100mg, TFP 3x5mg	CPZ 1x100mg, Risperidone 2x2mg, HP 3x5mg, THP 3x2mg	CPZ 1x100mg, HP 3x1,5mg, THP 3x2 mg	CPZ 1x100mg, HP 3x5mg, THP3x2mg	CPZ 1x100mg, HP 3x5mg, THP3x2mg, Depacote 1x500mg
Skala Birchwood	7	10,5	10	5	6	5
Skor DAI-30	+10	+4	+18	+4	-2	+18
Tahap Perubahan	Prekontemplasi	Relapse	Prekontemplasi	Prekontemplasi	Prekontemplasi	Relapse
Rekam Medis dan keluarga	Tidak mau minum obat	Minum obat	Minum obat tidak teratur	-	Tidak mau minum obat	Minum obat terlalu banyak
Observasi perilaku minum obat di RS	Dari hasil observasi seluruh partisipan, tidak ada yang memperlihatkan resistensi terhadap pengobatan terutama dalam kondisi di Rumah Sakit. Mereka akan mengantri untuk minum obat setelah makan, dan langsung diminum di depan perawat					
Hambatan lain di luar klien dalam minum obat	-	Dukungan keluarga	-	Dukungan Keluarga	-	-

Pada dasarnya hampir semua partisipan memiliki karakteristik pasif yang membantu mereka cukup patuh dalam pengobatan, terutama di dalam Rumah Sakit. Hasil observasi pada seluruh partisipan saat waktu minum obat, juga mendukung hal ini. Mereka akan mengantri untuk mengambil obat dan meminumnya setelah selesai makan. Hal ini menjadi rutinitas bagi mereka di Rumah Sakit. Hanya 1 orang dari seluruh partisipan yang mengakui bahwa ia tidak bersedia minum obat setelah pulang. Meskipun begitu, partisipan ini juga tetap terlihat patuh dan tidak memperlihatkan resistensi saat minum obat di Rumah Sakit.

Jika dilihat lebih jauh, kepatuhan minum obat di Rumah Sakit ini tidak diikuti dengan pemahaman mengenai pentingnya dan manfaatnya minum obat bagi mereka. Mereka minum obat karena itu merupakan sesuatu yang harus mereka lakukan untuk sembuh dan pulang dari Rumah Sakit. Tanpa pemahaman yang jelas mengenai minum obat bagi diri mereka sendiri,

mereka cenderung akan menghentikan konsumsi obat setelah pulang atau merasa sudah baik. Hal ini terbukti dari jawaban 9 partisipan yang menyatakan bahwa mereka tidak perlu minum obat setelah keluar dari Rumah Sakit atau ketika sudah merasa baik-baik saja.

Dilihat dari tahapan dan karakteristik individu dalam menghadapi perubahan yang dibuat oleh DiClemente dan Valasquez (2002), hampir semua individu berada di tahap prekontemplasi. Tahap prekontemplasi ini dimana individu belum menyadari adanya masalah, tidak melihat ada keuntungan dari tingkah laku yang dituju (perilaku kepatuhan), atau tidak berpikir sama sekali untuk berubah. Sebagian besar tidak melihat pentingnya obat bagi kondisi mereka. Hal ini bisa terjadi karena kurangnya pengetahuan dan juga kurangnya kesadaran akan gejala yang dialami. Walaupun sebagian partisipan sudah memiliki tilikan bahwa mereka mengalami gangguan dalam tahap tertentu, tidak ada satupun yang dapat menjelaskan mengenai penyakit atau kondisinya.

Hasil asesmen yang dilakukan pada 12 partisipan penelitian, hanya 1 partisipan yang menjawab setuju pada item 7 skala *birchwood* yaitu “*jika orang lain mengatakan saya mengalami gangguan jiwa, maka mereka benar*”. Dua partisipan mengatakan tidak yakin, dan sisanya mengatakan tidak setuju. Hal ini dapat mengindikasikan gangguan jiwa sendiri mempunyai *stereotype* yang buruk bagi mereka, sehingga terdapat kesulitan untuk mengakui dan menerima mengenai hal tersebut.

Dari tahap asesmen ini juga diketahui bahwa partisipan RSMM berasal dari daerah yang cakupannya cukup luas. Banyak partisipan yang kemudian menjadi partisipan dalam penelitian ini yang tinggal jauh dari kota Bogor. Mereka yang tinggal jauh, jarang dijenguk oleh keluarganya. Jikapun mereka dijenguk, mereka tidak bisa memberitahukan secara pasti waktunya. Hal ini menyebabkan sesi untuk keluarga akan sulit untuk dilakukan.

Dengan pertimbangan kondisi di atas, maka hasil asesmen ini memiliki implikasi pada rancangan modul terapi, yaitu :

1. Peneliti merasa perlu memasukkan psikoedukasi mengenai kondisi mereka dalam terapi yang akan diberikan, serta peran obat dalam mengatasi kondisi yang muncul. Materi yang diberikan dalam psikoedukasi harus sederhana, mudah dipahami, tidak banyak, dan tidak detail.
2. Tujuan sesi dibuat menjadi lebih fleksibel dan disesuaikan dengan kondisi partisipan yang berbeda-beda.
3. Didasari oleh stigma yang tidak menyenangkan dan ketidaknyamanan peneliti sendiri mengenai kata ‘gangguan jiwa’ atau gangguan mental dalam menyebut kondisi partisipan, maka dalam sesi, peneliti menghindari

penggunaan kata-kata tersebut untuk menamakan kondisi yang dialami partisipan.

4. Hasil *asesmen* menunjukkan bahwa terdapat faktor lain yang mempengaruhi mereka dalam minum obat, diantaranya biaya dan dukungan keluarga. Hal ini menimbulkan implikasi kebutuhan akan keluarga partisipan untuk juga memahami pentingnya obat bagi partisipan. Akan tetapi dilihat dari kondisi keluarga partisipan yang sulit untuk datang ke Rumah Sakit terutama yang tinggalnya di luar kota, konseling dan psikoedukasi setiap keluarga partisipan dirasa tidak memungkinkan. Oleh sebab itu, sesi keluarga hanya diberikan sebagai tambahan intervensi, ketika keluarga partisipan datang dan bersedia mengikuti sesi. .
5. Implikasi dari poin no 4, adalah perlu dibuat suatu cara untuk membantu partisipan lebih aktif dan berinisiatif dalam mengatur konsumsi obatnya sendiri di luar Rumah Sakit. Peneliti kemudian bermaksud untuk membuat suatu booklet yang berisi lembar kerja untuk menstimulasi partisipan turut aktif dalam meminum obatnya. Booklet ini rencananya diberikan di akhir terapi.

Oleh sebab itu, maka terapi kepatuhan yang diberikan akan terdiri dari 5 sesi. Sesi yang diberikan diusahakan dalam bentuk kelompok, namun jika tidak memungkinkan akan dilakukan dalam sesi individual. Secara umum, konten dan metode terapi yang diberikan adalah mengidentifikasi harapan pasien, membuat jarak antara harapan/nilai pasien dengan kondisinya saat ini, dan memasukkan komponen psikoedukasi. Teknik yang digunakan adalah mendengar reflektif, bertanya, dan menginformasikan hal-hal yang dibutuhkan pasien. Sesi keluarga tetap ada namun hanya diberikan bagi keluarga yang kebetulan datang saat waktu penelitian berlangsung.

Bagi kelompok kontrol, intervensi yang diberikan tetap konseling non spesifik yang menyesuaikan dengan kebutuhan pasien. Pertanyaan, dan penjelasan mengenai obat antipsikotik tidak diberikan oleh peneliti selama penelitian berlangsung. Apabila partisipan kelompok kontrol bermaksud membicarakan mengenai obat, maka peneliti mendorong partisipan berbicara dengan perawat atau dokter yang merawatnya.

4.3. Uji Beda Skor Pre Test Tilikan dan Sikap pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Eksperimen

Peneliti melakukan uji beda pada skor pre test pada kelompok kontrol dan kelompok eksperimen untuk mengetahui adanya perbedaan signifikan antar kelompok sebelum terapi dilakukan. Hal ini dilakukan untuk menjaga kesetaraan antara kelompok kontrol dan kelompok eksperimen.

4.3.1. Uji Beda *Insight Birchwood Scale*

Tabel 4.15 Hasil Uji Beda *Insight Birchwood Scale*

	Kelompok Eksperimen	Kelompok Kontrol
N	6	6
Mean Rank.	6,25	6,75
Z		-0.242
Asymp. Sig (2-tailed)		0.809

Dengan kriteria p value < 0.05 dengan tingkat kepercayaan 95%, menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan skor tilikan yang signifikan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

4.3.2. Uji Beda *Hogan Drug Attitude Inventory*

Tabel 4.16 Hasil Uji Beda *Hogan Drug Attitude Inventory*

	Kelompok Eksperimen	Kelompok Kontrol
N	6	6
Mean Rank.	6.67	6.33
Z		-0.162
Asymp. Sig (2-tailed)		0.872

Dengan kriteria p value < 0.05 dengan tingkat kepercayaan 95%, menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan skor tilikan yang signifikan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa kelompok eksperimen dan kontrol berada pada posisi yang setara sebelum terapi dilakukan.

BAB V

PELAKSANAAN DAN HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai gambaran pelaksanaan serta hasil penelitian yang sudah dilakukan. Bab ini meliputi gambaran pelaksanaan terapi baik secara keseluruhan maupun individual dan analisa perbandingan hasil *pre* dan *post test* alat ukur pada seluruh partisipan.

5.1. Gambaran Pelaksanaan Terapi

Terapi dilaksanakan pada periode 30 April – 26 Mei 2012. Pelaksanaan terapi dibagi menjadi dua tahap dikarenakan keterbatasan waktu dan jumlah terapis. Pelaksanaan kelompok tahap pertama dilakukan pada 30 April -12 Mei 2012, sedangkan kelompok tahap kedua dilakukan pada tanggal 14 – 26 Mei 2012. Pelaksanaan terapi dilakukan setiap hari senin-sabtu sesuai waktu perjanjian dengan pasien.

Terapi yang rencananya akan diadakan secara kelompok mengalami hambatan berkaitan dengan kondisi partisipan yang bisa berubah-ubah. Kondisi ini membuat partisipan sulit untuk dikumpulkan terus menerus dalam satu waktu yang sama. Kondisi tersebut seringkali dipengaruhi oleh variabel di luar sesi yang tidak bisa dikontrol seperti menjadi gelisah karena tidak ditengok oleh keluarga atau adanya aktivitas lain di Rumah Sakit. Oleh sebab itu, pelaksanaan terapi diubah menjadi lebih fleksibel sesuai dengan kondisi pasien. Partisipan ditawarkan dan di dorong untuk mengikuti terapi kelompok, namun jika situasi tidak memungkinkan maka peneliti melakukan sesi individual. Sesi kelompok yang berhasil dilakukan hanya sebanyak 3 kali. Selebihnya semua peserta mendapat sesi individual. Keputusan untuk melakukan sesi individual pada seluruh partisipan dilakukan setelah sesi kelompok diadakan.

Realisasi pelaksanaan waktu sesi disesuaikan dengan perjanjian dengan partisipan. Biasanya antara jam 9-11 pagi dan jam 2-4 sore. Durasi pertemuan per sesi biasanya 30-60 menit untuk sesi individual dan 45 menit untuk sesi kelompok. Setiap peserta mendapat kesempatan 5 pertemuan dengan pemeriksa, baik di kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol.

Kelompok eksperimen mendapat terapi kepatuhan yang sudah disiapkan oleh peneliti, sedangkan untuk kelompok kontrol mendapat konseling non spesifik. Konseling non spesifik yang diberikan disesuaikan dengan keinginan dan kebutuhan pasien. Tema yang muncul pada

konseling ini berkaitan dengan tema pekerjaan, keluarga, mencari pasangan, dan pengelolaan emosi.

5.2. Rincian Pelaksanaan Sesi Setiap Partisipan

Berikut merupakan rincian pelaksanaan sesi baik kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Bagian ini mencakup hasil observasi selama sesi, Rincian pelaksanaan intervensi, dan hasil dari *post test* mengenai sikap dan tilikan.

5.2.1. Rincian Pelaksanaan Sesi Kelompok Eksperimen

1. Partisipan I : AA

a. Hasil Observasi

AA mengikuti 5 sesi dengan 1 sesi kelompok dan 4 sesi individual. Sesi dilaksanakan dari tanggal di ruang Yudhistira. Sikapnya kooperatif selama sesi dan hampir selalu hadir tepat pada waktunya. Biasanya sesi tidak bisa dilakukan karena berbenturan dengan kegiatan lain di Rumah Sakit atau tertidur.

Dari hasil observasi, efek samping obat yang terlihat adalah tremor pada tangan dan bibir dan adanya selaput mata. AA juga menunjukkan adanya penurunan fungsi kognisi yang ditunjukkan oleh seringnya ia lupa. baik pada peristiwa jangka pendek maupun jangka panjang. Pada pelaksanaan sesi, halusinasi visual pada diri A masih ada, namun ia bisa memisahkan antara hal nyata dan tidak nyata. Selama pelaksanaan sesi, AA sangat kooperatif dengan pemeriksa.

b. Rincian Pelaksanaan Sesi

Tabel 5.1. Rincian Pelaksanaan Sesi pada Partisipan AA

Sesi	Pencapaian Partisipan
Sesi 1 (Kelompok)	Partisipan dapat mengenalkan dirinya sendiri di depan peserta lain. Ia bisa menyebutkan nama, daerah asal, dan hobi.
	Partisipan dapat menyebutkan harapannya yaitu : <i>“ingin cari uang sendiri, bantu ibu, sholat yang rajin”</i> . Ketika eksplorasi harapannya, AA mengatakan lebih senang di rumah karena lebih tenang. Di Rumah Sakit ia sering merasa tidak enak meskipun tidak bisa menjelaskan penyebabnya. AA dapat menceritakan pendapatnya mengapa ia dibawa ke Rumah Sakit dan dampak dari perilakunya. <i>“saya dibawa kesini soalnya marah-marah”</i> <i>“saya waktu marah, sampai mukul ibu”</i> <i>“kasian ibu saya pukul”</i>

AA dapat melihat pada saat-saat tertentu perilakunya bisa sampai mengganggu orang lain. Ia bisa sampai pada pemahaman bahwa jika ia orang lain, maka ia akan menganggap perilakunya aneh.

Ia juga dapat memahami bahwa rasa marah merupakan hal yang wajar bagi semua orang, akan tetapi perilaku marahnya yang biasanya berbeda pada semua orang.

AA juga antusias untuk membahas kondisi dan penyebab dia bisa marah hingga memukul orang lain.

Progress and Plan

AA nampak sudah memiliki tilikan mengenai gejala-gejala perilakunya yang mengganggu. Ia juga sudah mengetahui bahwa terdapat jarak antara harapan dan kondisinya saat ini yang disebabkan oleh kondisinya. Oleh sebab itu rencana sesi berikutnya dalam meningkatkan tilikan subjek adalah memberikan psikoedukasi mengenai kondisinya.

Special Issue :

Ketika tahap eksplorasi harapan, diketahui bahwa pada saat AA berada di rumah, ia seringkali memilih diam di rumah karena lingkungannya sering mengejek ia gila.

“di rumah biasanya bantu ibu jual peyek.. biasanya diem di rumah..kalau keluar, suka dibilang gila.. gila..”

Sesi 2
(Individual) AA dapat mengulang pemahamannya mengenai sesi yang sebelumnya:

“kemaren tentang cita-cita saya ingin cepet pulang”

“biar ga kesini lagi, ga boleh mukul orang lain, marahnya ga apa-apa”

“kalau ga mau disangka gila, jangan kayak orang gila,.. ketawa sendiri.. hehe”.

AA dapat memahami mengenai konsep *diathesis stress* secara sederhana. Ia mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarganya yang memiliki kondisi yang sama dengannya.

AA juga dapat menyebutkan kondisi-kondisi yang membuatnya stres, yaitu :

1. Dimarahi ibu
2. Tidak punya teman
3. Diejek orang lain

AA juga dapat mengaitkan kondisinya saat stres dan mengaitkan dengan perilaku mengganggu yang dibahas di sesi sebelumnya.

Sesi 3
(Individual) AA dapat mengaitkan putus obat dengan berulangnya kondisinya.

“udah lama ga minum obat.. hehe”

AA dapat menyebutkan keuntungan subjektif dirinya dalam minum obat :

(+)

1. Halusinasinya lebih sedikit

(-) :

1. Perasaan hitam
2. *dikerubungin* perasaan ga tenang
3. Halusinasinya lebih seram
4. Ada bayang-bayang

AA memilih untuk minum obat meskipun pengalaman negatifnya lebih banyak, karena obat membantunya untuk mencapai harapannya.

“lebih baik minum, soalnya biar bisa lebih dekat sama keluarga (tersenyum)”

Progress and Plan

Pada sesi ini, AA memilih untuk minum obat dengan teratur. Dekat dengan keluarga merupakan sesuatu yang lebih bermakna baginya untuk dipertahankan, meskipun ia harus menerima konsekuensi obat yang tidak sedikit.

Diketahui bahwa halusinasi AA tidak menghilang dengan minum obat. Ia masih memiliki halusinasi seorang wanita cantik. Akan tetapi ia bisa membedakan halusinasinya sebagai sesuatu yang tidak dapat dilihat oleh orang lain.

Sesi 4 (Individual) Dalam sesi ini diketahui bahwa hambatan AA dalam meminum obat lebih disebabkan oleh faktor luar dibandingkan dengan diri AA sendiri. AA mengatakan kakaknya sering meminta ia untuk irit dalam meminum obatnya, agar obatnya tidak cepat habis. AA juga pada sesi ini sampai pemahaman bahwa ia cenderung akan kambuh ketika ia tidak minum obat. Kekambuhan ini bisa membuat ia mengeluarkan perilaku-perilaku yang kasar terhadap ibunya. Ia juga kemudian dapat dibantu untuk mengidentifikasi tanda-tanda awalnya. Salah satu *early warning* yang dapat diidentifikasi oleh AA adalah tidak bisa tidur. Ia bisa menjadi sangat gelisah dan marah-marah

Progress and Plan

AA berada pada tahap persiapan untuk berubah menjadi lebih patuh untuk meminum obatnya secara teratur. Ia sudah bisa mengaitkan obat dengan harapan serta kekembuhannya. Ia juga sudah bisa untuk mengidentifikasi hambatan dan konsekuensi yang muncul ketika ia tidak meminum obat.

Rencana sesi berikutnya adalah mengintegrasikan seluruh hasil sesi dan kemudian membuat rencana kegiatan dan aktivitas untuk pulang.

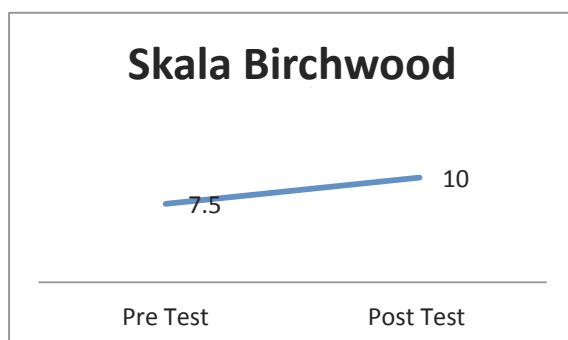
Sesi 5 (Individual) AA sudah dapat mengeksplorasi hambatannya dalam minum obat dan mencari cara untuk mengatasinya. AA sudah dapat menuliskan rencana kegiatan yang akan dilakukannya setelah pulang yaitu :

1. Membantu Ibu bekerja
2. Sholat yang rajin
3. Mencari pekerjaan
4. Minum obat yang teratur

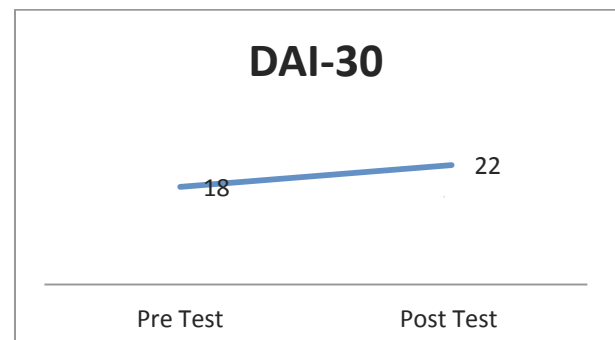
c. Hasil Post Test

Grafik 5.1. Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan AA

Tilikan



Sikap



Analisa

Hasil *post test* menunjukkan adanya peningkatan baik dilihat dari segi tilikan maupun sikapnya. Pada kasus AA, ia mempersepsikan ketidaknyamanan dalam minum obat lebih banyak dibandingkan dengan keuntungan yang bisa ia peroleh dari obat itu. Terapi ini membantunya untuk menemukan apa yang cukup penting dan bermakna baginya untuk menghadapi konsekuensi yang tidak sedikit. Ia menemukan bahwa dekat dengan keluarganya sangat bermakna sehingga ia mau dan rela menghadapi ketidaknyamanan dalam minum obat. Dengan mengetahui tujuan serta harapannya, ketidaknyamanan menjadi lebih bisa diatasi.

Umpan balik dari partisipan sangat positif terhadap sesi yang dijalaninya. Hal yang menurutnya membantu adalah ketika *role play* (partisipan mengatakan ‘latihan’) untuk mengatasi masalahnya atau berbicara dengan kakaknya.

5.2.1.2. Rincian gambaran sesi partisipan II : A

a. Hasil Observasi

A mengikuti sesi sebanyak 5 kali dengan 1 kali sesi kelompok dan 4 kali sesi individual. Peneliti juga memiliki kesempatan untuk melakukan sesi dengan keluarganya. A mengikuti sesi dengan tertib. Ia selalu siap setiap kali peneliti muncul di depan bangsalnya. A kurang bisa terbuka ketika ia melakukan sesi kelompok dibandingkan dengan individual, terutama ketika teman sekelompoknya tidak memiliki pekerjaan. Hal ini juga berlaku tidak hanya di sesi, namun di luar sesi. Ia tidak pernah terlihat mengobrol dengan partisipan lain. Aktivitas kosongnya diisi dengan tidur dan berbaring. Ia selalu mengatakan bahwa Rumah Sakit merupakan tempat istirahat, bukan tempat untuk mencari teman.

Sepanjang sesi yang dilakukan, tidak ada indikasi adanya halusinasi maupun delusi yang masih berlangsung. Pemeriksa juga tidak menemukan adanya efek samping obat yang terlihat secara fisik. A masih bisa untuk berbicara dengan jelas, koheren, dan dipahami oleh peneliti.

A selalu nampak bersemangat untuk berbicara mengenai harapan untuk memiliki usaha kembali. A juga lebih memahami hal-hal yang diberikan oleh peneliti bila dianalogikan dengan dunia usaha/serta bisnis. Saat periode sesi berlangsung, ia dua kali ditengok oleh keluarganya yang cukup mempengaruhi kondisinya, terutama ketika keluarganya menolak untuk membawanya pulang.

Beberapa saat setelah sesi berakhir, nampak terjadi penurunan dalam kondisinya. Ia tidak nampak bersemangat melakukan apapun. Ia juga tidak bersedia untuk menjalin

hubungan interpersonal dengan partisipan yang lain. Hampir semua aktivitasnya dilakukan secara soliter. Ia masih mau mengikuti semua aktivitas yang diminta kepada dirinya, termasuk aktivitas membantu mengambilkan makan siang bagi pasien-pasien lain. Akan tetapi selama kegiatan, ia tidak berbicara dengan pasien lain. Dari hasil wawancara partisipan yang dilakukan jauh setelah sesi berakhir diketahui bahwa ia merasa sudah dibuang dari keluarganya dan tidak memiliki cara untuk kembali lagi. Seminggu setelah penelitian selesai, diketahui ia kabur dari Rumah Sakit.

b. Rincian Hasil Penelitian

Tabel 5.2. *Rincian Pelaksanaan Sesi Partisipan A*

Sesi	Pencapaian Partisipan
Sesi 1 (Kelompok)	<p>A dapat menyebutkan nama, usia, dan hobinya di depan partisipan lain. Hanya saja ia cenderung pasif dan hanya menjawab ketika ditanya,. Hal ini dapat disebabkan ia kurang merasa cocok dengan teman sekelompoknya. Ia menjadi lebih canggung dan diam ketika mengetahui bahwa temannya tidak memiliki pekerjaan.</p> <p>Harapan A adalah ingin secepatnya pulang. Ia mengatakan ia ingin membangun usahanya kembali. Ia juga mengatakan di usianya yang sudah mulai tua, ia ingin mengisinya dengan hal-hal yang lebih bermakna.</p> <p>A tidak mengharapkan apa-apa dari sesi yang diberikan, ia hanya ingin ketika terapi selesai, pemeriksa mengadakan perpisahan.</p> <p>A mengatakan dengan canggung bahwa ia masuk ke Rumah Sakit karena marah kepada adiknya. Pemeriksa tidak mengelaborasi lebih jauh karena baik A maupun temannya menunjukkan ketidaknyamanan dalam kelompok.</p> <p>Progress and Plan</p> <p>Walaupun A bisa menceritakan harapannya dan persepsi mengenai ia masuk ke Rumah Sakit, akan tetapi belum terlihat adanya tilikan dalam dirinya. Hal ini dapat disebabkan kurangnya elaborasi mengenai kondisi A. Ketidaknyamanan dalam kelompok mempengaruhi kecanggungan antar anggota kelompok untuk lebih bebas menceritakan masalahnya. Pemeriksa menyadari bahwa hal ini merupakan dinamika yang wajar dalam kelompok, namun tidak bisa diselesaikan dalam jangka waktu dekat. Perbedaan latar belakang, nilai, serta kondisi yang jauh berbeda membuat masing-masing terhambat dalam mengeksplorasi diri mereka sendiri. Oleh sebab itu rencana peneliti adalah melanjutkan sesi berikutnya dengan sesi individual. Pada A sendiri, rencana sesi berikutnya adalah menstimulasi tilikan akan kebutuhan pengobatan, dengan meningkatkan tilikan mengenai gejala.</p>
Sesi 2 (Individual)	<p>A mengatakan alasan ia masuk ke Rumah Sakit karena melempar piring kepada adiknya. Ia mengatakan hal ini terjadi karena ia tidak pernah diajari bagaimana mengontrol marahnya. Berbeda dengan di Rumah Sakit, ia sudah diajarkan cara-cara menahan marahnya. (catatan khusus : * Ia menganggap menghardik merupakan salah satu cara untuk menahan marah*)</p> <p>A menyadari bahwa dampak perilakunya membuat adiknya sangat ketakutan hingga memanggil polisi. A sendiri merasa perilakunya tidak bermasalah dan kejadian tersebut merupakan hal biasa, dimana ia tidak bisa menahan marahnya. Dibawa ke Rumah Sakit merupakan konsekuensi yang harus dihadapi karena perilakunya mengganggu.</p>

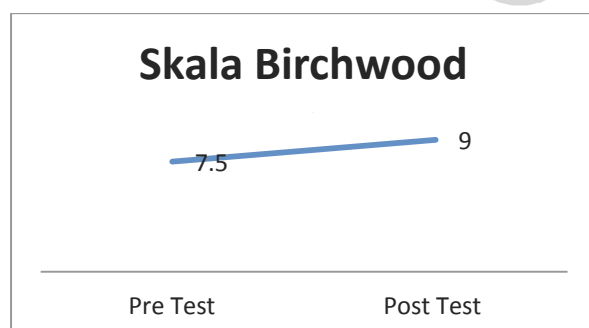
	<p>A memahami bahwa kondisinya bisa dipengaruhi oleh stres. Sumber stres yang ada adalah karena ia ingin segera membangun usahanya kembali. Ia juga kesal karena adiknya kurang membantunya dalam hal finansial ketika usahanya jatuh. Padahal bisnis yang dijalankan oleh adiknya berasal dari dirinya.</p> <p>Plan</p> <p>A dapat menceritakan dengan jelas mengenai alasan ia masuk rumah sakit. Ia juga sudah mengetahui dampak perilaku serta faktor yang berkontribusi terhadap kondisinya. Akan tetapi ia belum memiliki tilikan terhadap pengobatan. Ia mengetahui bahwa ia dibawa ke Rumah Sakit karena perilakunya mengganggu orang lain. Akan tetapi ia belum merasa membutuhkan obat dalam jangka waktu panjang, atau merasa obat dapat membantunya untuk mencegah kondisinya.</p>
Sesi dengan Keluarga	<p>Di antara pelaksanaan sesi 2 dan 3 dengan A, keluarganya datang untuk menengok. Mereka bersedia untuk melakukan sesi dengan peneliti selama 45 menit. Pada dasarnya keluarga sudah memahami pentingnya obat bagi kondisi A. Keluarga terutama adik perempuan A yang tinggal serumah sudah berusaha untuk mengingatkan dan mengawasi A untuk minum obat. Hanya saja A biasanya menolak, atau berpura-pura minum obat padahal dibuang. Ia bisa pura-pura memasukkan obat ke dalam mulutnya dan beberapa jam kemudian dimuntahkan olehnya. Keluarga merasa sudah pasrah dan puncaknya saat ia melempar piring, adiknya langsung menelepon polisi.</p> <p>Saat sesi dilakukan, keluarga menunjukkan perasaan yang kompleks terhadap A. Di satu sisi, mereka masih ketakutan akan perlakuan A terdahulu ketika ia di rumah. Ketika A marah, ia bisa memukul, menendang siapapun di dekatnya termasuk keponakannya. Selama A di rumah, adik perempuannya selalu khawatir dan ketakutan A akan melakukan kekerasan pada dirinya. Di lain pihak, mereka merasa sedih bahwa A harus masuk ke dalam Rumah Sakit Jiwa. Melihat A memakai baju pasien, tidur di bangsal, membuat mereka merasa bersalah. Bagaimanapun A merupakan kakak tertua yang sudah membantu mereka sejak dari dulu</p>
Sesi 3 (Individual) (60 menit)	<p>A dalam keadaan senang karena namanya sudah ditulis di papan sebagai partisipan yang direkomendasikan untuk pulang.</p> <p>Pada sesi ini A dengan antusias menceritakan harapannya untuk kembali pulang dan membangun bisnisnya kembali. Hal tersebut penting karena ia ingin bisa mandiri lagi dan tidak tergantung pada adik-adiknya. Ia juga ingin memberikan sesuatu kepada anaknya dengan usahanya.</p> <p>Dengan semangatnya, A lebih mudah untuk kemudian dipandu untuk mengidentifikasi langkah-langkah dalam mencapai tujuannya. Dari identifikasi tersebut, didapatkan bahwa hal terkecil yang bisa ia lakukan adalah meminta bantuan adik-adiknya. Untuk itu ia harus menjaga hubungan yang baik dengan mereka.</p> <p>A pada sesi ini juga mampu untuk mengaitkan bahwa kondisinya yang terdahulu membuatnya tidak bisa menjaga hubungan baik dengan keluarganya. Ia juga akhirnya sampai pada pemahaman bahwa obat merupakan salah satu cara untuk menjaga kondisi baik.</p>
Progress and Plan	<p>A sekarang sudah berada pada tahap kontemplasi, dimana ia sudah memahami bahwa obat merupakan sesuatu yang penting baginya. Akan tetapi hal ini masih disertai keengganan untuk minum obat. Rencana selanjutnya adalah untuk mengeksplorasi ambivalensi A untuk minum obat.</p> <p>Catatan khusus : Pada A terdapat miskonsepsi mengenai manfaat perawatan di Rumah Sakit. Baginya obat penting, namun dengan ia dirawat di Rumah Sakit seharusnya ia sudah sembuh. Ia juga memiliki pemahaman yang keliru mengenai perawatan yang sudah diberi (misalnya : menghardik halusinasi berguna untuk menahan marah)</p>
Sesi 4	<p>Pengalaman minum obat bukan merupakan sesuatu yang menyenangkan bagi A.</p>

(Individual)	<p>Minum obat membuatnya pusing dan tidak enak. Keberatannya yang paling besar dalam minum obat adalah persepsinya bahwa ketika ia keluar dari Rumah Sakit dan merasa baik, maka seharusnya obat tidak perlu lagi untuk diminum. Akan tetapi setelah dieksplorasi lebih jauh, A dapat memahami bahwa kondisinya ini memerlukan perawatan jangka panjang. Hal-hal yang tidak menyenangkan dalam minum obat dapat dibicarakan dengan dokter, sehingga bisa disesuaikan. Rencana yang bisa A lakukan setelah pulang :</p> <ol style="list-style-type: none"> Minum Obat Olahraga Tarik Napas Dalam-dalam Melakukan hobi
Peristiwa di Luar Sesi	<p>Hari dimana sebelum sesi ke 5 dimulai, keluarga A datang untuk menengok. Perawat ruangan memberitahu mereka bahwa A sudah bisa dibawa untuk pulang. Mendengar hal itu, keluarga terlihat enggan. Mereka merasa mereka belum siap karena belum tahu A akan tinggal dimana. Adik perempuannya masih ketakutan jika A tinggal bersamanya. Ia sudah tidak memiliki suami atau orang lain yang bisa menjaganya di rumah. Adik laki-laki pertama dan kedua juga enggan, karena berdasarkan pengalaman mereka biasanya terlibat pertengkaran dan berakhir dengan baku hantam. Jika dipindahkan ke Padang, mereka semua iba dengan orangtuanya yang nantinya harus mengurus A.</p>
Sesi 5 (Individual)	<p>A pada sesi ini sudah bisa sampai pada tahap aksi. Ia mampu untuk menspesifikan rencananya menjadi tingkah laku yang kongkrit. Ia bersedia untuk diawasi setiap kali minum obat oleh keluarganya.. Sesi ini dilengkapi dengan pemahaman mengenai penyebab sikap keluarga yang kurang terbuka berkaitan dengan konsekuensi dari perilaku sebelumnya. A di tahap ini sudah siap untuk melaksanakan pengobatannya dan pulang ke rumahnya.</p>
Catatan Khusus	<p>Pada sesi terakhir ini, A sudah berada pada kesiapan untuk berubah menjadi lebih patuh terhadap pengobatan. Ia menunjukkan pemahaman mengenai peran obat bagi harapan pribadinya. Hanya saja dari hasil observasi setelah sesi selesai, kondisinya terus menurun. Hal ini disebabkan ia juga tidak kunjung dijemput oleh keluarganya. Ia menolak untuk bersosialisasi dengan partisipan lain dan cenderung menyendiri. Dua minggu setelah sesi berakhir, A melarikan diri dari Rumah Sakit.</p>

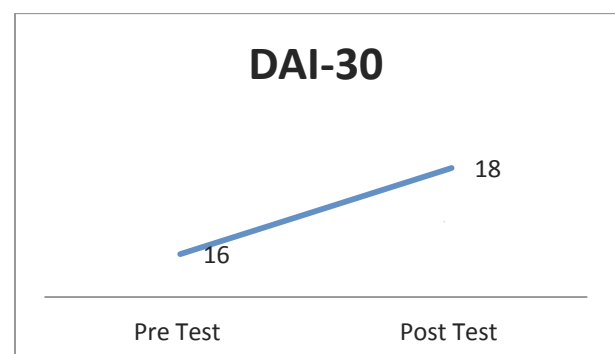
c. Post Test

Grafik 5.2. Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan A

Tilikan



Sikap



Analisis

Dari hasil *post test* terlihat adanya peningkatan dari tilikan maupun sikap terhadap obat dari A. Dari segi tilikan, skornya naik 1,5 dibandingkan dengan pre test. Skor sikap terhadap pengobatan juga naik sebesar 2 poin. Meskipun begitu, perubahan yang paling terlihat adalah dari segi kualitatif. Dibandingkan dengan saat pretest, ia nampak lebih memahami kondisinya dan menganggap obat merupakan sesuatu yang penting baginya untuk kembali ke kondisi baik. Ia di akhir sesi mampu menspesifikan langkahnya secara kongkrit untuk minum obat, sehingga ia tidak lagi menyakiti keluarganya.

Hanya saja pada kasus A, dukungan keluarga merupakan sesuatu yang penting dalam mencapai harapannya. Ia bersedia melakukan sesuatu sehingga ia bisa pulang ke keluarganya dan kemudian berbisnis kembali. Sikap keluarga yang cenderung menolak A membuat A kehilangan harapan. Ia memahami bahwa obat merupakan salah satu cara yang ia bisa lakukan untuk mencapai harapannya. Akan tetapi ketika harapannya tidak ada, maka obat bisa menjadi tidak relevan lagi baginya, dan menstimulasi perilaku tidak patuh untuk kedepannya.

5.2.1.3. Partisipan 3 : Y

a. Hasil Observasi

Y mengikuti sesi sebanyak 5 kali, dengan 1 sesi kelompok dan sesi individual. Hal yang menonjol dari Y sepanjang sesi adalah ia selalu dalam kondisi mengantuk. Hal ini bisa disebabkan oleh efek samping dari obatnya. Perilaku mengantuknya ini sering menghambat sesi untuk Y dilakukan. Beberapa kali sesi batal karena Y dalam keadaan tidur, dan dalam 2 sesi ia pamit sebelum selesai karena tidak bisa menahan kantuknya. Ketika hal ini terus berulang, Y kemudian mengambil inisiatif untuk melakukan cara mengusir kantuknya, yaitu mandi sebelum sesi dan meminta sesinya diubah menjadi pagi.

Dalam mengikuti sesi, sikapnya cukup antusias. Y cukup responsif dan sering mengeluarkan humor. Ia cepat dalam menangkap materi serta mampu mengulanginya kembali. Selama sesi, tidak ditemukan adanya indikasi halusinasi maupun delusi. Y terlihat lebih paham dan nyaman ketika pemeriksa menggunakan bahasa sunda sebagai bahasa pengantar. Ia juga lebih mampu mengemukakan apa yang ia maksudkan dengan menggunakan bahasa daerahnya. Y dapat lebih cepat dalam menangkap hal yang sederhana dan singkat dibandingkan dengan hal-hal detail serta banyak.

b. Rincian Hasil Penelitian

Tabel 5.3. Rincian Pelaksanaan Sesi Partisipan Y

Sesi	Pencapaian Partisipan
Sesi 1 (Kelompok) (30menit)	<p>Y dapat memperkenalkan nama, usia, hobi nya di depan teman-temannya.</p> <p>Y dapat menyebutkan harapannya, yaitu : <i>“aku ingin selalu menjadi tukang ojeg sampai tua, karena itu hal yang bisa aku lakukan”</i></p> <p>Y mengatakan dengan menjadi tukang ojeg, ia bisa menghidupi keluarganya. Ia juga bisa untuk bergaul dengan tetangga kampungnya.</p> <p>Y juga menyadari dengan kondisinya saat ini di Rumah Sakit maka ia tidak dapat mewujudkan harapannya.</p> <p>Setelah membicarakan harapannya, Y memohon ijin untuk kembali ke bangsal. Ia tidak bisa menahan kantuknya. Ia sendiri berjanji bahwa sesi berikutnya ia akan mandi terlebih dahulu agar badannya segar. Berhubung ia baru sampai pada eksplorasi harapan maka sesi berikutnya lebih mengeksplorasi mengenai persepsi subyektif Y mengenai alasan ia dibawa ke Rumah Sakit.</p> <p>Special Issue : Sepanjang sesi, Y tidak henti-hentinya mengantuk. Dari hasil observasi harian, Y hampir selalu mengantuk dan tidur. Sebelum sesi Y mengatakan ia selalu mengantuk sepanjang waktu semenjak ia berada di Rumah Sakit. Hal ini bisa dibicarakan dalam sesi mengenai obat.</p>
Sesi 2 (Individual)	<p>Y mengatakan bahwa ia dibawa ke Rumah Sakit karena marah tidak diikuti keinginannya oleh keluarga. Ia ingin menjadi guru, namun orangtua tidak memiliki biaya. Saat ia marah, perilakunya sampai memukul semua kaca di rumahnya. Ia kemudian dibawa beramai-ramai oleh penduduk desa ke Rumah Sakit.</p> <p>Dengan wawancara lebih dalam diketahui bahwa Y memiliki halusinasi auditori yang memintanya untuk melakukan semua hal. Selama ini ia selalu bisa memenuhi permintaan suara tersebut, kecuali menjadi guru. Suara itu seperti suara hati, sehingga ia tidak merasa aneh dengan kehadirannya. (Catatan : Ia tidak menyadari bahwa suara tersebut merupakan ketidakwajaran akan kondisinya)</p> <p>Y memahami bahwa perilakunya memukul kaca merupakan sesuatu yang mengganggu orang lain. Ia dapat membayangkan dirinya melihat orang lain berperilaku sama, dan menyatakan bahwa hal tersebut aneh serta menakutkan, baik bagi diri sendiri maupun orang lain.</p> <p>Y juga mulai terbuka mengenai masalah keluarganya. Sumber stress yang utama adalah perilaku keluarganya yang membebankan semuanya kepada dirinya. Ayah dan ibunya sibuk bekerja sehingga jarang di rumah. Adiknya yang perempuan hanya bermalas-malasan ketika di rumah. Ia merasa menjadi satu-satunya orang yang harus memperhatikan kebutuhan adik-adiknya dan keluarganya.</p> <p>Progress and Plan : Y nampak sudah dapat memiliki tilikan bahwa ia memiliki masalah. Kondisi yang mengganggu dirinya sendiri dan orang lain. Ia juga dengan cepat memahami konsep <i>diathesis stress</i> dan dapat mengaitkan dengan kondisinya sendiri.</p> <p>Rencana di sesi berikutnya adalah psikoedukasi mengenai obat sebagai salah satu cara untuk menjaga kondisinya dan eksplorasi mengenai pengalamannya dalam minum obat.</p>
Sesi 3 (Individual)	<p>Y dapat mengulang pemahamannya mengenai sesi sebelumnya.</p> <p>Y dapat memahami bahwa tujuannya belum tercapai karena kondisinya saat ini di Rumah Sakit. Hal ini diperkuat dengan ketidaksukaannya dengan suasana RS. <i>“di dieu mah rieht, tidur makan wae.. pan di rumah mah bisa kerja, loba dulur deui”</i></p> <p>Y terlihat kaget ketika mengetahui bahwa untuk partisipan lain kondisinya bisa berulang. <i>“ah embung abdi mah didie deui, ihhh..amit-amit”</i></p>

“hah? bisa kieu deui? halah kumaha atuh”

Y pada dasarnya sudah memiliki kesadaran untuk mencari cara agar kondisinya tetap baik. Akan tetapi ia nampak belum bisa untuk menerima dan membayangkan bahwa kondisinya akan berulang serta terikat dengan obat dalam jangka waktu lama.

Y belum bisa mengeksplorasi pengalaman subjektifnya dalam minum obat. Ia belum bisa mengaitkan antara perubahan-perubahan di tubuhnya dengan obat. Ia memahami bahwa dengan obat kondisinya lebih baik. Akan tetapi efek-efek seperti hilangnya halusinasi, mengantuk, lebih terasa segar yang dialaminya, tidak bisa ia kaitkan dengan obat. Efek tersebut baginya merupakan tanda bahwa ia sudah sembuh dan sudah terlalu lama di Rumah Sakit.

Progress and Plan

Pada diri Y yang baru pertama mengalami episode psikotik, ia nampak kurang bisa menerima bahwa episode ini bisa terjadi lagi. Kurangnya pengalaman dan bukti membuatnya tidak mengira bahwa pengobatan untuk kondisinya akan berlangsung lama setelah ia keluar dari Rumah Sakit. Pengobatan penting untuk ‘kesembuhannya’, namun ia merasa dengan di perawatannya di Rumah Sakit seharusnya sudah sembuh. Oleh karena itu, dalam 2 sesi terakhir, intervensi yang penting diberikan adalah identifikasi tanda-tanda awal. Penekanan mengenai minum obat sesuai dengan anjuran dokter tetap dilakukan.

Sesi 4 (Individual)

Y dapat mengingat dan mengulang sesi sebelumnya.

Y sudah memahami bahwa mengikuti anjuran yang diberikan akan membantunya untuk berada pada kondisi baik, yang ia butuhkan untuk meraih tujuannya.

“nurut ka dokter, ameh sembuh.. minum obatna teratur”

Y mengingat sebelum halusinasi auditorinya muncul, ia menjadi gelisah dan sulit tidur. Y mengetahui bahwa ketika ia mulai merasakan tanda-tanda seperti di atas, maka ia harus secepatnya ke dokter.

“mun geus ngadenge suara. buburu we nyak ka dokter? buburu lah”.

Selain itu Y juga dapat menyebutkan ia akan lebih santai dalam melihat permasalahan keluarganya, sehingga stres nya bisa berkurang.

“dibawa santai ah engke mah. sok jadi stres mun dibawa serius, komo mun geus marah-marah. lalieur! .nanti di babawa deui kadieu. ih amit-amit. lieur”.

Sesi 5 (Individual)

Rencana aktivitas Y setelah pulang adalah bekerja kembali sebagai tukang ojeg. Ia juga memahami bahwa dalam menjalankan aktivitasnya ia harus minum obat agar kondisinya tetap baik. Ia bisa mengulang kembali apa yang sudah ia dapat di sesi.

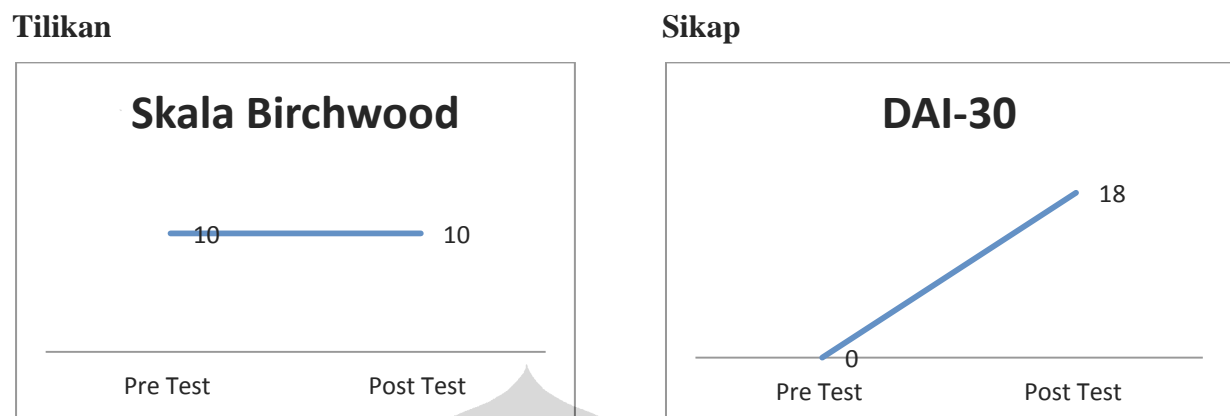
“Pokoknamah, mun rek berhenti, bosen, atawa nanaon, ka dokter”

“sagala masalah di rumah, harus dibawa santai. santaiiii.. tong lalieur deui ah. carita ka temen mun aya masalah.”

Dalam evaluasi mengenai sesi, ia mengatakan hal yang dirasa paling membantunya adalah sesi mengenai stres. Ia juga merasa sesi yang dilalui membuat curhat nya menjadi berguna.

c. Post Test

Grafik 5.3. *Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan Y*



Analisis

Dari hasil pengukuran paska intervensi, diketahui bahwa tidak ada perbedaan skor tilikan sebelum dan sesudah terapi. Meskipun begitu, secara kualitatif terdapat perbedaan mengenai pemahaman dirinya sebelum dan sesudah terapi. Sebelum terapi ia merasa bahwa pengobatan penting karena ia ingin segera keluar. Dengan terapi yang diberikan ia lebih memahami pentingnya obat bagi kondisinya. Akan tetapi karena ini merupakan episode pertama Y, ia sendiri meragukan bahwa ia akan mengalami kondisi yang sama lagi dan memerlukan obat dalam jangka waktu yang panjang. Selain itu, terjadi peningkatan yang cukup besar pada sikap mengenai obat. Artinya sikapnya cenderung lebih positif terhadap pengobatan yang dilakukan kepadanya.

5.2.1.4. Partisipan 4: TA

a. Hasil Observasi

TA mengikuti sesi individual sebanyak 5 kali dari awal hingga akhir. Hal yang paling menonjol dari TA adalah waham dan halusinasinya yang masih mendominasi. Isi pikirannya juga masih sering melompat-lompat. Meskipun begitu, ia sangat kooperatif dan responsif dalam setiap sesi. Ia juga mampu untuk menjawab dengan koheren. Cara bicaranya cepat dan biasanya isinya berfokus pada delusinya. Dalam setiap sesi, ia selalu siap tepat pada waktu yang sudah dijanjikan.

b. Rincian Hasil Penelitian

Tabel 5.3. Rincian Pelaksanaan Sesi Partisipan TA

Sesi	Pencapaian Partisipan
Sesi 1 (Individual)	<p>Sejak awal TA meminta sesi dilakukan secara individual. Ia lebih nyaman ketika pemeriksa mengatakan bahwa apa yang diceritakan akan dijaga kerahasiaannya.</p> <p>Pada saat bertemu dengan pemeriksa, TA dengan lancar memperkenalkan nama, usia, hobi, dan cita-citanya.</p> <hr/> <p>Pada sesi pertama ini TA menceritakan bahwa ia dibawa oleh pihak kepolisian ke Rumah Sakit karena habis berperang gaib. Penghayatan terhadap kondisinya masih didominasi oleh wahamnya. Baginya dibawa ke Rumah Sakit merupakan sesuatu yang wajar dan biasa baginya. Ia sudah pernah 7 kali ke rumah sakit dimulai saat ia masa remaja.</p> <p>TA melihat bahwa perawatan di Rumah Sakit sangat penting karena membantunya istirahat sehabis perang gaib.</p> <hr/> <p>Progress and Plan</p> <p>Wahamnya yang masih dominan menunjukkan tilikan yang kurang pada diri TA mengenai kondisinya. Hal ini diperkuat dengan onset dan kondisi yang sudah berlangsung sangat lama. Isi pikirannya yang masih simpang siur, membuat pemeriksa sulit menggunakan urutan yang biasa digunakan pada partisipan lain dalam meningkatkan tilikannya. Di sisi lain, ia nampak masih memiliki sikap yang positif terhadap perawatan di Rumah Sakit.</p> <p>Dengan pertimbangan hal di atas, maka rencana sesi berikutnya adalah mencari dan mencoba untuk meningkatkan kepatuhan terhadap obat dengan menggunakan harapannya</p> <hr/>
Sesi 2 (Individual)	<p>TA masih membicarakan mengenai wahamnya bahwa ia adalah utusan Tuhan yang diminta untuk perang gaib. Ia mengingat bahwa hal tersebut yang diingat dari sesi sebelumnya.</p> <p>TA mengatakan bahwa hal yang paling ia inginkan adalah bertemu dengan anaknya yang dibawa oleh mantan istrinya. Ia ingin bekerja dan membelikan baju untuk anaknya.</p> <p>TA dapat membuat jarak antara harapannya dengan waham/kondisinya saat ini. Ia dapat mengerti bahwa ia tidak bisa bertemu dengan anaknya, selama “ia terus menerus diutus oleh SBY untuk berperang”</p> <hr/> <p>TA mengatakan bahwa ia sebenarnya lelah untuk berperang. Rumah Sakit menjadi tempat yang bisa membuatnya istirahat. Menurutnya hal itu bisa dikarenakan obatnya. Ketika ia berperang ia menjadi sulit tidur. Dengan meminum obat ia bisa tidur. Ia juga pada akhirnya memahami bahwa dengan istirahat ia bisa lebih bugar dan bertemu dengan anaknya. TA pada sesi ini bersedia untuk membicarakan pengalaman minum obat di sesi berikutnya.</p> <hr/>
<p>Cuplikan Percakapan dengan TA :</p> <p>....</p> <p>Peneliti : <i>boleh bapak cerita lagi ga awalnya bapak sampai dibawa ke Rumah Sakit ?</i></p> <p>TA : <i>saya dibawa kesini tuh sama kepolisian, saya kelelahan sehabis perang sama setan-setan. Jadi gini ya mba, sekarang tuh siluman-siluman udah pada keluar, jadi harus dibasmi. semua polisi kenal sama saya, biasanya saya sama polsek itu lho yang di Jatinegara. tau kan?percaya deh, semua jenderal kenal sama saya.. pak Wiranto apalagi. saya ga bohong. tuh liat nabi Idris aja sampai turun ketemu saya, tuh disitu?</i></p> <p>peneliti : <i>tapi saya kan ga bisa liat yah pak</i></p> <p>TA : <i>iya, Cuma saya yang bisa liat, mba bisa ko.. coba nanti tidur, denger</i></p> <hr/>	

	<i>suara angin, suara hujan.. denger yang enak, nanti bisa.. tuh kan mereka semua ngomong nama saya.. tuh denger tuh (kepalanya condong ke kiri, tangannya ke telinga).. tuh katanya T.. A.. saya ga bohong..iya saya cape banget sebenarnya, tapi tugas menanti. Tuhan sudah mengutus saya, katanya saya disuruh menjaga bumi. semua jenderal kenal dengan saya, saya ga bohong.. hmm.. tuh kan denger kan, nama saya disebut-sebut</i>
Peneliti	<i>: saya belum bisa mendengar pak..(tersenyum) jadi ini pertama kali bapak ke Rumah Sakit?</i>
TA	<i>: mba harus denger yah nanti pas pulang, suara angin, suara gemerisik rumput, pohon, semua manggil nama saya. coba nanti bisa deh kayak saya. saya udah sering ke rumah sakit, dari dulu ampe sekarang. kan saya kalo udah perang sama gaib saya harus istirahat, ya disini. Biasanya suka dibawa sama polisi Jakarta timur. semua udah kenal saya, mereka disuruh sama jenderal untuk nganter saya.</i>
Peneliti	<i>: jadi bapak disuruh istirahat disini?</i>
TA	<i>: iya, jihad itu perlu istirahat juga, minum obat.. tuh kan liat nabi Idris aja mengangguk</i>
peneliti	<i>: (mengernyitkan kening), dimana pak nabinya?</i>
TA	<i>: itu di belakang mba (menunjuk tempat duduk dekat taman), dia ngangguk sambil bilang nama saya</i>
peneliti	<i>: hehe..saya tetep ga bisa liat.. pak tadi bapak bilang minum obat perlu yah?</i>
TA	<i>: iya, kalau perang gaib gitu, saya ampe ga bisa tidur.. kalo minum obat saya bisa istirahat sebentar, sebelum mulai perang lagi</i>
peneliti	<i>: jadi obat bisa bikin bapak bisa tidur dan istirahat yah pak (reflective listening)</i>
TA	<i>: iya, saya sampai hapal tiap beli, tuh haloperidol, thp.. saya hapal banget</i>
peneliti	<i>: diminumnya teratur pak?</i>
TA	<i>: ah seperlunya aja, kalo udah mulai perang lagi, cape soalnya kalau ga tidur.. saya ga suka kalo sering-sering, suka sesek napas. Napas saya suka kayak kehimpit (menirukan suara sesak napas)</i>
peneliti	<i>: wahh, bilang pak ke dokternya, siapa tahu nanti diganti obatnya.. sayang soalnya kalo ga bisa istirahat terus terusan, bapak keliatannya cape</i>
TA	<i>: iya sih, saya cape kadang-kadang harus perang terus.. silumannya banyak dan ga abis-abis, kan enak hidup biasa aja..</i>
peneliti	<i>: hidup yang bapak inginkan yang seperti apa pak?</i>
TA	<i>: pengen hidup yang tenang, ketemu anak saya. Anak saya ganteng, laki-laki. dia tinggal sama ibunya, udah cerai sama saya. tahun, hmm. 1998. Anak saya tuh udah lama ga ketemu?</i>
peneliti	<i>: kangen yah pak keliatannya</i>
TA	<i>: iya, saya ingin pulang, ingin ketemu sama dia. kalau istri saya sih ga mau.. ga sudi..</i>
peneliti	<i>: lama di Rumah Sakit jadinya sulit yah untuk ketemu dengan anak? (buat jarak antara harapan dengan kondisi saat ini)</i>
TA	<i>: iya, saya ingin pulang.. tapi gimana lagi,emang bisa istirahatnya disini, kelelahan saya setelah perang</i>
Peneliti	<i>: Bapak Cuma bisa istirahat kalo di Rumah Sakit? (asking)</i>
TA	<i>: iya, soalnya tenaganya abis, kalo di Rumah sakit bisa tidur pules, jadi pulang-pulang siap perang lagi.. uh jadi inget sampai dulu tuh ada mobil bisa rusak, saya tahan pake tangan.. pake tangan ini (menunjukkan tangannya)</i>
Peneliti	<i>: hoo.. apa bedanya pa antara di rumah sakit sama di luar? apa mungkin karena kalau disini minum obatnya teratur? (asking) (guiding)</i>

TA	: <i>iya kalau di luar sih engga, susah.. saya sibuk sama perang.. kalau udah masuk dunia gaib bisa sampai berminggu minggu</i>
Peneliti	: <i>yah sayang yah pak, padahal kalau minum obat teratur juga di luar, bapak bisa istirahat, jadi ga usah kesini. Bisa kumpul sama anak</i>
TA	: <i>iya, maunya sih gitu.. nanti dipanggil tugas lagi sama SBY.. saya juga</i>
pusing peneliti	: <i>kalau kira-kira kita sama-sama cari cara biar bapak bisa minum obat teratur gimana? (asking)</i>
TA	: <i>yaaa boleh tuh, saya susah soalnya.. mana hidup saya sendirian lagi, jadi saya ga ada yang ngingetin.</i>

Sesi 3 (Individual)	<p>TA dapat mengulang dan mengingat apa yang dibicarakan di hari sebelumnya.</p> <p><i>“kita akan ngomongin soal obat kan hari ini?(tersenyum)”</i></p> <p>TA dapat mengidentifikasi keuntungan dan kerugian dalam meminum obat bagi dirinya. Keuntungannya adalah ia bisa tidur, sedangkan ketika ia terus menerus minum, biasanya ia menjadi sesak napas. Hal ini menyebabkan ia biasanya minum obat hanya ketika merasa butuh.</p> <p>Kebutuhan minum obat muncul dengan sendirinya setelah ia merasa lelah dalam ‘berperang’. Ia terus menerus menekankan bahwa ‘perang’ tersebut bisa terjadi dalam periode yang panjang.</p> <p>TA di akhir sesi lebih bisa memahami bahwa kebutuhan minum obat merupakan sesuatu yang penting. Akan tetapi efek negatif nya (sesak napas) masih terlalu berat baginya untuk mengkonsumsi obat secara teratur.</p>
--------------------------------	--

Catatan Pemeriksa :

Walaupun sesi ini hampir mengulang sesi sebelumnya, namun pembicaraan mengenai obat menjadi lebih fokus. TA tidak lagi fokus dengan wahamnya, namun sudah bisa koheren dalam menjelaskan mengenai pengalamannya minum obat.

Peristiwa di luar sesi sebelum sesi ke 4

Keluarga menelepon ke bangsal, akan menjemput TA secepatnya dalam beberapa hari ke depan. TA sangat senang dengan telepon tersebut, namun ia mengatakan bahwa ia masih memiliki janji 2 sesi dengan pemeriksa. Ia ingin dijemput setelah sesinya selesai.

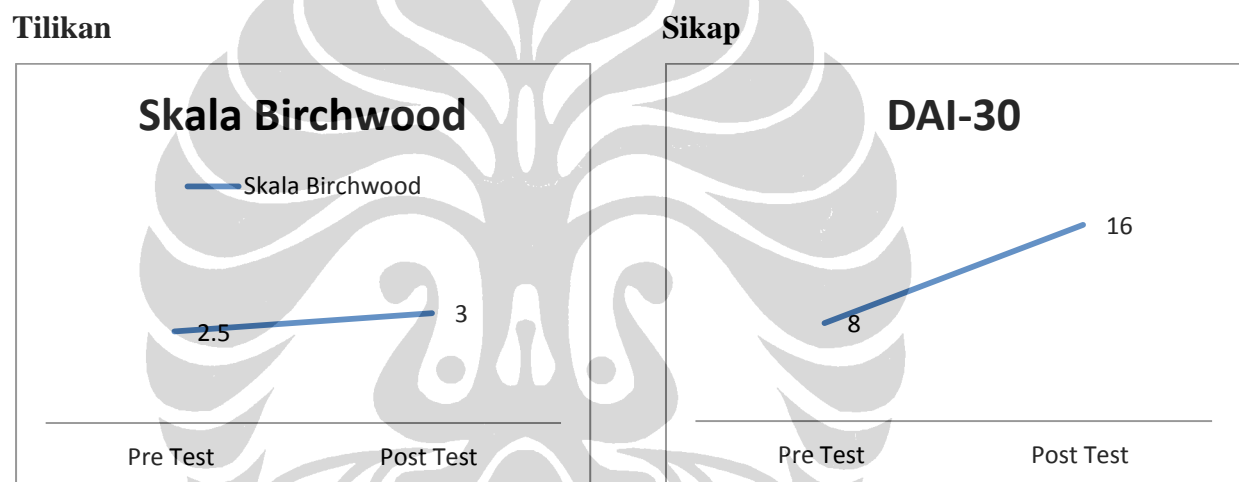
Sesi 4 (Individual)	<p>TA masih dapat mengingat apa yang dibicarakan di sesi sebelumnya. Pada sesi ini, TA masih merasa berat dalam minum obat karena sesak napasnya membuat ia tidak nyaman. Hambatan lain dalam minum obat biasanya lebih disebabkan lupa. Ia tinggal sendiri terpisah dari keluarga besarnya sehingga tidak ada yang mengingatkan. Rumahnya tetapi masih dekat dengan rumah kakak perempuannya, yang biasanya rajin menanyakan kondisinya.</p> <p>Ta juga dapat mengelaborasi cara-cara yang kemudian dibuat untuk mengatasi hambatannya yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menanyakan kepada dokter mengenai obatnya Meminta kakak perempuan untuk mengingatkan minum obat jika memungkinkan Mengisi <i>booklet</i> untuk minum obat <p>TA mengatakan bahwa ia pasti minum obat, karena obat merupakan sesuatu yang berguna baginya. Hal yang tidak bisa ia janjikan adalah berobat dengan teratur. Ia juga bisa mengidentifikasi tanda-tanda awal sebelum ia mulai ‘berperang’ adalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> - melihat siluman yang banyak - nabi Idris sudah mulai menurunkan wahyu - Ia bisa menjadi sulit tidur - Badannya panas seperti demam (yang disebabkan <i>kekuatannya sudah diturunkan</i>) <p>Saat tanda-tanda awal ini muncul, TA akan langsung meminum obatnya sebagai <i>“persiapan untuk kondisi tetap sehat”</i>. Ia ingin selain bisa</p>
--------------------------------	--

'berperang', ia masih punya cukup waktu dan kondisi yang sehat agar bisa bertemu dengan anaknya.

Sesi 5 (Individual)	<p>Rencana TA setelah pulang adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bertemu dengan anaknya 2. Bekerja di Toko 3. Jaga kesehatan (tidur dan minum obat) <p>TA mengucapkan terima kasih kepada pemeriksa karena sudah mau mendengarkan kelelahannya dalam menghadapi perang-perangnya. Ia juga mengatakan bahwa ia akan lebih fokus untuk istirahat sehingga ia bisa dekat dengan anaknya. Dengan istirahat dari perang gaib, ia bisa bekerja di toko keluarganya.</p> <p>Cara ia beristirahat adalah dengan minum obat supaya ia bisa tidur. Ia juga akan mencoba bertanya kepada dokter saat kontrol untuk penyesuaian obatnya sehingga ia tidak mengalami sesak napas.</p>
--------------------------------	--

c. Post Test

Grafik 5.4. Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan TA



Analisis

Pada diri TA, terdapat peningkatan baik pada tilikan maupun sikap terhadap pengobatan. Peningkatan tilikannya terlihat tidak begitu signifikan dengan kenaikan 0,5. Hal ini bisa dipengaruhi oleh kondisinya yang sudah berlangsung lama sejak ia remaja. Wahamnya dan halusinasinya bersifat menetap walaupun sudah diimbangi dengan obat, sehingga tilikan mengenai kondisinya cenderung kurang. Meskipun begitu, sikap terhadap obat mengalami peningkatan yang cukup besar. Hal ini disebabkan, ia merasakan adanya keuntungan subjektif dari pengalaman minum obat bagi dirinya sendiri. Ia mungkin tidak bersedia mengakui kondisi dan gangguannya, namun dampak nyata dari obat membantunya dalam menghadapi kondisi yang dialami. Dengan obat ia bisa tidur dan lebih tenang. Hal ini yang mempengaruhi sikapnya positif terhadap obat meskipun tilikan terhadap gangguan tergolong rendah.

5.2.1.5. Partisipan 5 : AI

a. Hasil Observasi

AI mengikuti 1 sesi kelompok dan 4 sesi individual. Dari awal hingga akhir sesi, AI selalu terlihat gelisah. Ia biasanya tidak bisa diam dan terus melakukan gerakan. Ia juga nampak memiliki gerakan tidak terkendali, terutama pada rahangnya. Ia cukup responsif dan kooperatif dalam pelaksanaan terapi dengan pemeriksa.

Hal yang menonjol selama sesi adalah pada sesi 3, kondisinya menjadi sangat gelisah. Ia menanyakan kepada pemeriksa kapan keluarganya akan menjemput. Ia sudah 25 hari tidak ada yang menengok. Ia ketakutan keluarganya akan meninggalkan. Hal ini menyebabkan ia hampir tidak fokus terhadap apapun yang dikerjakan. Pertanyaan itu juga ia tanyakan pada setiap perawat yang ditemuinya. Untungnya tidak lama kemudian, keluarganya datang menengok. Mereka juga sekaligus mengikuti sesi dengan pemeriksa. Setelah ditengok keluarganya, ia menjadi lebih tenang dan tidak udah gelisah. Pada sesi ke 4, ia mengalami dermatitis. Kulit bagian tangannya terdapat putih-putih dan gatal.

b. Rincian Hasil Penelitian

Tabel 5.5. *Rincian Pelaksanaan Sesi Partisipan AI*

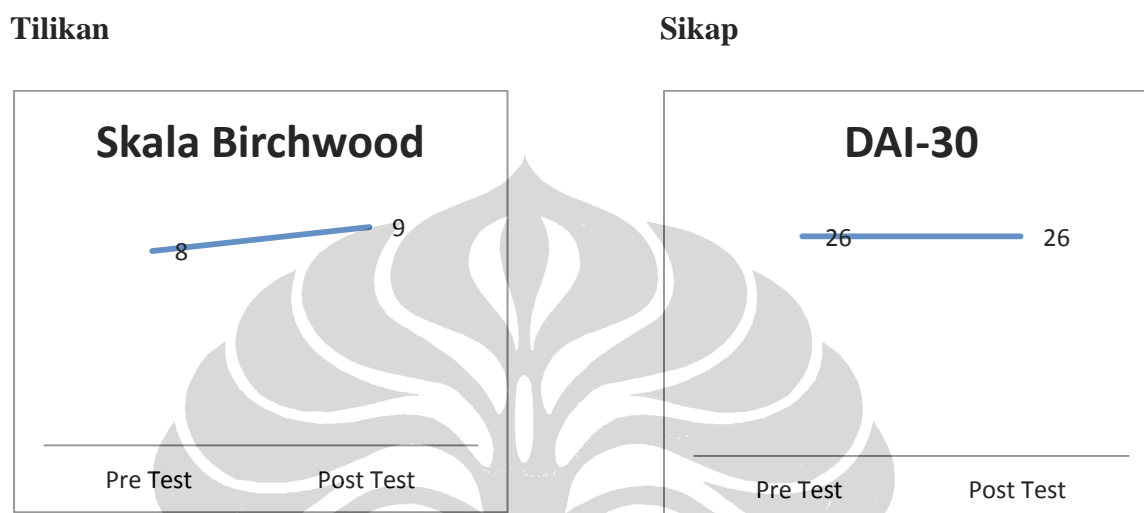
Sesi	Pencapaian Partisipan
Sesi 1 (Kelompok)	<p>AI dapat mengenalkan dirinya dengan menyebutkan nama, usia, dan hobinya di depan teman sekelompoknya. Ia nampak nyaman di depan kelompoknya yang ditunjukkan dengan seringnya ia merespons orang lain dan melemparkan humor.</p> <p>AI dapat membicarakan harapannya bahwa ia ingin cepat pulang. Ia ingin bertemu dengan adik-adiknya. Menurut AI ia juga suka berada di Rumah Sakit karena Aktivasnya hanya tidur dan makan, hanya saja ia rindu dengan keluarganya</p> <p>AI menolak menceritakan mengenai alasan ia masuk ke Rumah Sakit. Ia terus mengulang-ngulang pertanyaan kenapa ia sering membuang sesuatu. Temannya mencoba mendorong ia menjelaskan, namun ia tetap mengulang pertanyaan tersebut</p> <p>Progress and Plan :</p> <p>AI nampak terokupasi pada pertanyaan mengenai ia membuang-buang sesuatu. sesi berikutnya lebih mengeksplorasi mengenai hal tersebut. Teman sekelompok AI meminta pemeriksa untuk sesi individual. Oleh sebab itu sesi berikutnya dilakukan secara individual.</p>
Sesi 2 (Individual)	<p>AI mengatakan bahwa ia ingin mengetahui mengapa ia membuang sesuatu. barang yang biasa ia buang bermacam-macam dari mulai Al-Quran hingga tv. Perilakunya ini membuat keluarganya marah dan kemudian membawanya ke Rumah Sakit. AI mengakui bahwa perilakunya disebabkan ia disuruh oleh Suara-suara yang muncul. ia tidak bisa untuk menghindarinya. Suara yang muncul mirip dengan pelaku yang waktu itu merampoknya</p> <p>AI mengatakan ia selalu ketakutan bahwa orang yang merampoknya suatu saat akan</p>

	datang dan memukulnya lagi. Ia tidak bisa tidur dan gemetar hampir setiap saat.
	AI memahami bahwa kondisinya dapat disebabkan oleh faktor stress akibat pengalaman yang traumatis baginya. Hal ini didukung oleh adanya faktor keturunan yaitu adik dari ayahnya. AI juga mengakui bahwa ketika ia ketakutan ia bisa melakukan hal-hal yang mengganggu orang lain. Perilaku membuang barang pun membuat keluarganya marah dan sedih, karena barang tersebut tidak bisa didapatkan dengan mudah.
Sesi 3 (Individual)	Pada sesi ini, AI dapat mengulang apa yang sudah ia dapat dari sesi sebelumnya. Hanya saja, kondisinya nampak menurun dan menunjukkan perilaku gelisah. Ia terus menerus menghentakkan kaki. Pada 5 menit awal sesi, ia menanyakan kepada pemeriksa kenapa belum ada yang menjenguknya. Ia sudah 25 hari di RS namun keluarganya belum ada satu pun yang datang. Ia mengatakan bahwa ia cemas ia sudah dibuang. Pertanyaan tersebut terus menerus di ulang-ulang hingga akhir sesi Kondisi AI pada sesi 3 ini sangat gelisah sehingga tidak memungkinkan pemeriksa untuk meneruskan sesi sesuai dengan tujuan yang telah dirancang. Hal yang dilakukan kemudian adalah membicarakan mengenai keluarga AI.
Sesi Keluarga	Keluarga AI pada dasarnya sudah mengetahui pentingnya obat bagi AI. Adiknya merupakan individu yang biasa mengawasi pengobatan AI. Ia juga dapat menyebutkan kapan tepatnya AI sempat berhenti meminum obatnya. Terhentinya obat yang diminum oleh AI disebabkan surat jaminan kesehatan untuk obat AI habis. Pengurusan surat kembali memakan waktu lama, sehingga AI kembali dalam kondisi gaduh gelisah. Keluarga juga membenarkan bahwa kondisinya dimulai saat AI dirampok dan dipukuli sehabis menarik ojeg. Kesulitan dalam merawat AI menurut adiknya adalah ketakutan kalau AI masuk kembali ke dalam kondisi gaduh gelisah. Ia takut AI akan mengganggu keluarganya ataupun lingkungannya.
Sesi 4 (Individual)	A masih dapat mengingat apa yang dibicarakan dalam sesi-sesi sebelumnya. <i>"ngebuang-buang itu soalnya stres"</i> AI mengatakan bahwa ia tidak memiliki cara yang spesifik untuk menghadapi stressnya. biasanya ketika ia mengalami situasi yang menekan, ia akan diam atau menjadi pusing. AI dapat mengidentifikasi dan menyebutkan apa-apa saja yang sudah diberikan oleh dokter dan perawat kepadanya. ia sudah mendapat latihan menghardik, tarik napas dalam-dalam, memukul bantal, dan hipnotis 5 jari. AI dengan jujur mengatakan ia tidak tahu kapan hal-hal tersebut perlu untuk dilakukan. AI dapat memahami bahwa obat merupakan salah satu cara untuk membantunya. Ia juga dapat menyebutkan alasan yang memperkuat hal tersebut. Pengalamannya dalam meminum obat mencegah suara-suara yang memaksanya datang. Ia juga merasa bahwa obat membuatnya lebih bisa untuk tidur. Perbedaan antara ia minum obat dengan tidak minum obat sangat menonjol baginya. Hal yang menghambatnya minum obat biasanya ketika tidak ada biaya.
Sesi 5 (Individual)	AI mengatakan bahwa ia mau untuk minum obat sehingga kondisinya membaik. Ia akan mencoba lebih tenang karena mengetahui perampoknya tidak tinggal di daerahnya.
	Rencana aktivitas yang akan dilakukan setelah pulang adalah : 1. Kerja (jaga warung sama jual rokok) 2. Rajin kontrol sama minum obat 3. Jika takut, tarik napas dalam-dalam dan tidak sendirian 4. Jika suaranya muncul kembali, harus di hardik.

AI mengatakan bahwa ia sangat menyukai sesi yang sudah dilalui. Menurutnya ia senang bisa mengobrol tanpa harus ditanya sesuatu yang sama. Ia juga merasa sesi yang diberikan membantu untuk persiapan pulang.

c. Post Test

Grafik 5.5. *Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan AI*



Analisis

AI mengalami peningkatan pada area tilikan terhadap kondisinya. Akan tetapi sikapnya tidak mengalami perubahan (+26) dari sebelum terapi. Hal ini dapat disebabkan pada dasarnya ia sudah memiliki sikap yang positif terhadap pengobatan. Selama sebelum di Rumah Sakit ia rajin kontrol dan meminum obatnya. Bagi AI, perbedaan antara minum obat dan tidak sangat menonjol, sehingga ia akan lebih memilih untuk minum obat. Kondisi saat ia tidak minum obat tidak menyenangkan untuknya. Hal ini membantunya untuk patuh dalam mengikuti perawatan yang diberikan oleh dokter.

5.2.1.6. Partisipan 6 : AS

a. Hasil Observasi

AS mengikuti 5 sesi terapi, dengan 1 sesi kelompok dan 4 sesi individual. Pada awal sesi AS sangat resisten terhadap ide untuk terus berobat setelah ia keluar dari Rumah Sakit. Ia merasa tidak sakit apapun dan hanya dibawa ke RS karena mengamuk. Selama sesi ia kooperatif dengan peneliti. Ia bisa membicarakan mengenai ketidaknyamanannya terhadap obat dengan terbuka. Hal yang menonjol selama sesi, adalah tangannya cenderung kaku

dengan posisi 90 derajat dari lengan. Kekakuan ini bisa jadi merupakan efek samping dari obat yang diminum. Selama sesi, AS tidak menunjukkan adanya halusinasi yang masih menonjol.

b. Rincian Pelaksanaan Penelitian

Tabel 5.6. Rincian Pelaksanaan Sesi Partisipan AS

Sesi	Pencapaian Partisipan
Sesi 1 (Kelompok)	Partisipan dapat mengenalkan dirinya sendiri di depan peserta lain. Ia bisa menyebutkan nama, daerah asal, dan hobi.
	Partisipan dapat menyebutkan harapannya yaitu : “ <i>saya ingin cepet pulang, baru kemaren saya pulang, udah dibawa kesini lagi</i> ”. AS juga memahami bahwa dengan ia ada di Rumah Sakit, ia tidak bisa meraih tujuannya.
	AS mengatakan bahwa ia dibawa ke Rumah Sakit karena mengamuk. Ia tidak diperbolehkan oleh orangtuanya bertemu dengan pacarnya. Hal ini membuatnya kesal dan sering ia tahan. Menurutnya mengamuk yang dilakukannya disebabkan ia sudah tidak bisa lagi menahan. AS sebenarnya sudah sempat pulang ke rumahnya, namun 3 hari kemudian dibawa lagi oleh kader desa karena tidak mau minum obat. Ia mengatakan seharusnya ia tidak lagi harus minum obat ketika ia sudah keluar dan sembuh.
	Progress and Plan AS berada pada tahap menolak obat. Ia merasa bahwa ketika ia pulang ia seharusnya tidak lagi minum obat. AS juga nampaknya belum memiliki kesadaran dan tilikan bahwa kondisinya membutuhkan pengobatan dan perawatan dalam jangka waktu lama. Oleh sebab itu, rencana sesi selanjutnya lebih menargetkan peningkatan tilikan AS terhadap kondisinya.
Peristiwa di Luar Sesi	Kader dari desa tempat AS tinggal datang, sehingga pemeriksa bisa melakukan alloanamnesa. Sebelum bertemu dengan kader, AS sudah menekankan bahwa pemeriksa tidak boleh bilang kepada kader bahwa ia tidak ingin minum obat. Dari hasil alloanamnesa diketahui bahwa kondisi AS mulai ketika ia ditinggal menikah oleh gadis yang disukainya. AS kemudian menjadi sering ke rumah gadis tersebut dan hanya diam disana sepanjang waktu. Hal ini mengakibatkan gadis tersebut dan keluarganya menjadi takut. AS juga menampakkan gejala mengamuk, mudah tersinggung, dan berbicara sendiri. Kader dan keluarga AS kemudian berinisiatif membawa AS ke Rumah Sakit. Selang 3 bulan, AS diperbolehkan pulang oleh dokter. Akan tetapi sepulangnya ke rumah, AS menolak untuk minum obat. Ia juga mulai kembali ke rumah gadis tersebut dan diam kembali. Hal ini membuat AS dibawa kembali ke Rumah Sakit. Semua keluarga AS tidak ada yang bisa membaca maupun menulis. Hanya AS yang lulus SD. Oleh sebab itu semua urusan AS si Rumah Sakit ditangani oleh kader desa. Kader desa mengatakan bahwa jika ada hal-hal yang ingin disampaikan kepada keluarganya bisa dibicarakan dengan kader desa.

Sesi 2 (Individual)	<p>Saat sesi individual, AS lebih terbuka terhadap pemeriksa. Ia mengatakan harapannya adalah pulang ke rumah dan tidak minum obat lagi. Menurutnya ibunya tidak mau jika ia minum obat lagi. Ia merasa sudah sembuh dan tidak membutuhkan perawatan lagi di Rumah Sakit.</p> <p>AS juga menceritakan kondisinya setelah mendapat berita mengenai gadis yang disukainya akan menikah. AS mengatakan perilakunya yang datang ke rumah gadis tersebut merupakan sesuatu yang wajar. Ia disuruh masuk oleh ibu gadis tersebut ke dalam rumah. Menurut AS, ia hanya diam di rumah gadis tersebut selama 3 kali, itu pun karena gadis tersebut memanggilnya. AS mengakui bahwa ia memiliki kontak batin dengan gadis tersebut. Ia bisa berbicara dengan gadis tersebut walaupun gadis tersebut sedang berada jauh darinya.</p> <p>AS sering melakukan <i>kontak batin</i> di kamarnya sendirian. Ia mengatakan bayangan gadis itu sangat nyata sehingga hampir seperti bicara langsung. Ibunya sebenarnya tidak menyetujui dirinya dengan gadis tersebut karena usianya yang lebih tua, terlebih lagi gadis itu sudah akan menikah dengan pria lain.</p> <p>AS sendiri mengatakan gadis itu minta tolong kepadanya di dalam kontak batin, bahwa ia ingin menikah dengan AS dan tidak dengan pria tersebut.</p>
Sesi 3 (Individual)	<p>Rencana : Meningkatkan tilikan AS terhadap kondisinya dengan membantunya melihat alternatif realitas yang ada.</p> <p>Catatan Khusus :</p> <p>Pada kasus AS dimana keyakinan terhadap apa yang dialami sangat kuat, maka pemeriksa perlu untuk berhati-hati dengan pendekatannya. Pemahaman dan empati terhadap pola pikir dan perasaan yang dialami merupakan sesuatu yang penting, sehingga memudahkan untuk membantu AS melihat alternatif lain dari realitas yang dialaminya. Realitas yang dialami oleh AS tidak di sangkal atau dipatahkan namun hanya di restrukturisasi tanpa mengesampingkan apa yang penting baginya.</p> <hr/> <p>Sesi 3 (Individual)</p> <p>Eksplorasi dan pertanyaan pemeriksa memandu AS sampai pada pemahaman bahwa perilakunya (jika memungkinkan) dikonfirmasi dengan gadisnya secara langsung. AS juga mampu melihat perilakunya dari sudut pandang orang lain dan mengatakan bahwa perilakunya terlihat aneh. Terutama ketika ia bicara <i>kontak batin</i> dengan pasangannya.</p> <p><i>“he euh nyak, araraneh ningalina, ngomong sorangan. pan apa teu tiasa ningali si eta”</i></p> <p>AS semakin bisa memahami ketika psikoedukasi mengenai kondisinya diberikan dalam bentuk gambar. Bahwa ketika stress, orang dapat bereaksi dengan berbeda-beda, salah satunya adalah melihat hal-hal yang tidak nyata.</p> <p>AS juga baru mengetahui di sesi ini bahwa obat merupakan salah satu cara yang dapat membantunya untuk menjadi baik.</p> <p>Agenda selanjutnya adalah membicarakan pengalamannya dalam minum obat.</p>
Sesi 4 (Individual)	<p>AS menunjukkan keinginan yang cukup besar untuk membaik. Ia mengatakan bahwa sesi sebelumnya membuatnya malas untuk kembali dalam keadaan dimana ia bisa <i>kontak batin</i>. Menurutnya lebih baik ia mencari gadis lain, dibandingkan harus terus menunggu gadis yang sudah akan menikah dengan orang lain.</p> <p>Pada sesi ini AS dapat menyebutkan keuntungan dan kerugian subjektif dalam meminum obat :</p> <p>(+)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bisa tidur 2. lebih tenang <p>(-)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>nyemplong</i> (lebih sensitif otaknya, semua perasaan jadi di rasa) 2. pusing (hanya 1 kali) 3. mengantuk 4. Kaku

Pada sesi ini, meskipun keinginannya untuk membaik sangat besar, namun AS masih ragu untuk minum obat dengan teratur. Wawancara lebih dalam menemukan bahwa ia takut biaya obatnya akan membengkak. Dengan tingkat sosio ekonominya yang rendah, ia tidak mau memberatkan orangtuanya.

**Sesi 5
(Individual)**

Pada sesi ini, pemeriksa memberitahu informasi dari RS bahwa obat yang diminum dijamin oleh pemerintah. Ia tidak perlu membayar sendiri obatnya. Hal ini membuat AS nampak lebih senang dan tenang.

Rencana yang dibuat AS adalah :

1. Mencari pekerjaan (pabrik atau tukang)
2. Minum obat teratur
3. Jika marah, tarik napas dalam-dalam
4. Jika masih marah, keluar rumah dan teriak di lahan kosong
5. Cari pacar baru kalau udah kerja

Menurut AS, sesi yang sudah dilakukan sangat membantunya terutama untuk memahami kondisinya.

“jadi ngerti gitu, kumaha-kumaha na”

c. Post Test

Grafik 5.6. *Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan AS*

Tilikan

Sikap



Analisis

AS mengalami perubahan yang cukup besar baik dari tilikan maupun sikap terhadap pengobatan. Sebelum terapi ia sangat resisten dengan obat, di akhir sesi ia menunjukkan kesediaan untuk pengobatan yang cukup besar. Perubahan ini bisa terjadi karena meningkatnya pemahaman mengenai kondisi dirinya dan kebutuhan akan pengobatan. Obat tidak lagi dilihat sebagai sesuatu yang terpaksa ia minum, namun merupakan pilihan bebasnya dalam meningkatkan kualitas hidupnya. Melanjutkan hidup dan berdaya merupakan sesuatu yang penting baginya untuk melupakan gadis yang meninggalkannya. Untuk itu, ia perlu berada dalam kondisi baik yang bisa difasilitasi oleh obat.

5.2.2. Hasil Penelitian pada Kelompok Eksperimen

Di bawah ini hasil akhir yang terlihat setelah peneliti memberikan terapi kepatuhan terhadap kelompok eksperimen.

Tabel 5.7. *Perubahan Kondisi Klien Sebelum dan Sesudah Terapi Berkaitan dengan Tilikan, Sikap, dan ketidakpatuhan Terhadap Pengobatan*

Partisipan	Kondisi Sebelum Terapi	Kondisi Setelah Terapi
AA	Tahap : prekontemplasi AA menunjukkan kesediaan untuk minum obat namun tidak disertai dengan pemahaman mengenai kondisinya. AA juga menunjukkan adanya ketidaknyamanan saat mengonsumsi obat.	Tahap : Aksi AA menyadari, memahami, dan menerima bahwa minum obat dapat muembantunya dekat dengan keluarga, sesuatu yang ia inginkan. Ia mau minum obat meskipun konsekuensi minum obat sangat tidak menyenangkan bagi dirinya.
A	Tahap : prekontemplasi A tidak melihat obat penting untuknya terutama setelah keluar dari Rumah Sakit. Tilikan terhadap kondisinya bersifat selektif. Allo anamnesa menyebutkan bahwa ia bisa pura-pura minum obat dan membuangnya ke tempat lain.	Tahap : Aksi A mampu untuk memahami pentingnya obat bagi dirinya, terutama terhadap tujuan yang ingin dicapainya. Ia juga sampai pada pemahaman mengenai konsekuensi tindakannya pada keluarganya. Hal ini mendorongnya untuk bisa sampai menspesifikan rencana minum obat sesampainya di rumah.
Y	Tahap : prekontemplasi Y memiliki tilikan akan kebutuhan minum obat namun tidak memiliki pemahaman mengenai gejala dan kondisinya. Ia juga belum bisa melihat adanya keuntungan maupun kerugian subjektif dengan minum obat	Tahap : Persiapan Y mampu untuk memahami peran obat dalam kondisinya yang berpengaruh terhadap peningkatan pada sikap terhadap obat. Akan tetapi ia nampak masih memiliki keraguan mengenai komitmen jangka panjang dengan obat.
TA	Tahap : Prekontemplasi TA memperlihatkan tidak adanya tilikan terhadap kondisinya namun memiliki sikap yang positif terhadap obat.	Tahap : Aksi TA mampu menempatkan obat sebagai salah satu hal yang bisa membantunya mencapai tujuannya, yaitu bertemu dengan anaknya. Ia mampu untuk membuat rencana untuk minum obat dengan teratur. Hal ini menyebabkan adanya peningkatan pada sikapnya namun tidak diiringin dengan peningkatan tilikan yang signifikan.
AI	Tahap : <i>relapse</i> AI memperlihatkan sikap yang sangat positif terhadap obat dan memperlihatkan kesediaan untuk meminum obat. Tilikan terhadap gejala termasuk tinggi, walaupun ia tidak memahami penyebabnya.	Tahap : Aksi AI memperlihatkan peningkatan tilikan yang disertai dengan pemahaman mengenai gejala yang dialami. Sikap terhadap obat tidak menunjukkan perubahan appaun yang bisa disebabkan sikapnya sudah sangat positif terhadap obat sebelum terapi dimulai. Ia juga bisa menspesifikan rencana untuk minum obat setelah pulang.

Partisipan	Kondisi Sebelum Terapi	Kondisi Setelah Terapi
AS	<p>Tahap : Prekontemplasi</p> <p>AS menunjukkan sikap resisten terhadap obat. Ia merasa tidak membutuhkan obat dan perawatannya di Rumah Sakit tidak penting.</p> <p>AS tidak memiliki tilikan baik terhadap gejala psikotik yang dialami maupun gangguannya. Halusinasinya dianggap sebagai kekuatan super dan istimewa pada dirinya.</p>	<p>Tahap : Aksi</p> <p>AS memperlihatkan peningkatan tilikan terhadap kondisinya. Ia dapat mengkaitkan dan menerima bahwa kekuatan gaibnya bisa jadi merupakan gejala dari kondisi yang dialami.</p> <p>Sejalan dengan pemahaman terhadap dirinya sendiri, terjadi peningkatan yang tinggi dari tilikan dan sikap terhadap pengobatan. Selesai sesi, ia bersedia untuk minum obat untuk menjaga kondisinya tetap baik.</p>

Dari hasil penelitian terhadap pemberian terapi kepatuhan terhadap kelompok eksperimen, hampir setiap individu memiliki peningkatan baik dari aspek tilikan maupun sikap terhadap pengobatan. Dari hasil proses terapi terhadap ke enam partisipan, peneliti juga menemukan bahwa kondisi partisipan sangat mempengaruhi bagaimana terapi berjalan dan hasil yang diterima oleh masing-masing individu. Kondisi partisipan yang dimaksud adalah gejala gangguan yang dialami oleh partisipan, seberapa dominan gejala tersebut mempengaruhi partisipan, makna gejala psikotik itu sendiri bagi partisipan, onset, latar belakang partisipan (usia, pekerjaan, suku, dan lain-lain), serta konteks lingkungan sosial dari partisipan.

Pemahaman yang jelas mengenai kondisi partisipan secara utuh merupakan kunci dari pelaksanaan terapi kepatuhan ini bagi partisipan. Prinsip-prinsip MI yaitu kolaboratif, evokatif, dan menghargai kebebasan partisipan untuk memilih, ditemukan sangat membantu dalam menjalin hubungan terapeutik yang baik antara peneliti dan partisipan.

Di bawah ini, peneliti memaparkan ringkasan aspek-aspek dari seluruh partisipan dalam kelompok eksperimen yang berkontribusi pada jalannya terapi. Data ini berupa tabel yang dibagi menjadi 3 bagian, yaitu data mengenai kondisi partisipan, data mengenai hal-hal yang berkaitan dengan pengobatan, serta aspek-aspek lain.

Tabel 5.8. *Data yang Berkaitan dengan Kondisi Partisipan Kelompok Eksperimen*

Aspek	AA	A	Y	TA	AI	AS
Latar Belakang	28 tahun, Cirebon, suku Jawa, tidak bekerja, pendidikan SMP	45 tahun, Jakarta, suku Padang, tidak bekerja, pendidikan SMA	24 tahun, Sukabumi, Suku Sunda, tukang ojeg, pendidikan SMP	46 tahun, Jakarta, suku Betawi, tidak bekerja, pendidikan SMP	36 tahun, Bogor, suku Sunda, penjaga warung, pendidikan SMP	20 tahun, Bogor, Suku Sunda, tidak bekerja, Pendidikan SD
Peristiwa Pencetus Pertama kali	ayah meninggal	Usahanya bangkrut, cerai dengan istri	Tidak diketahui	Tidak diketahui	dirampok dan dipukuli saat bekerja	Ditinggal menikah oleh wanita yang disukai
Frekuensi kekambuhan	3x	2x	Episode pertama	7x	1x (pertama kali di rawat di RS)	Episode pertama (kambuh 3hari setelah pulang)
Alasan subjek dibawa ke RS (Rekam medis, keluarga)	Marah-marrah, memukul ibunya, bicara dan tertawa sendiri, tidak mau minum obat selama 2 minggu	Perilaku kekerasan pada keluarga, curiga, tidak mau minum obat	Mengganggu lingkungan, marah-marrah, merusak alat rumah tangga	Dibawa dengan alasan mengamuk di jalan, berbicara sendiri	Mengganggu lingkungan, memukul orang (dewasa dan anak), tidak mau minum obat	Perilaku mengganggu warga, tidak mau minum obat
Gejala psikotik yang dialami	Halusinasi (wanita cantik, bayangan hitam)	Mudah curiga, impulsif, mudah meledak marah	Halusinasi auditori (suara yang memintanya melakukan banyak hal)	Halusinasi dan delusi bahwa ia diutus Tuhan untuk berperang melawan siluman	Sangat gelisah dan takut. Halusinasi auditori yang bersifat mengancam dan menakutkan	Halusinasi visual dan auditori wanita yang disukai. Dipersepsikan sebagai kekuatan kontak batin
Penghayatan Subjektif mengenai Kondisinya	Marah-marrah, memukul ibu	Melempar piring kepada adiknya	Marah-marrah hingga memukul kaca di Rumah	Di bawa oleh polisi karena habis berperang dengan setan	Dibawa karena marah-marrah dan membuang barang-barang	Dibawa ke RS karena menahan marah

Tabel 5.9. *Data yang Berkaitan dengan Pengobatan pada Kelompok Eksperimen*

Aspek	AA	A	Y	TA	AI	AS
Pengobatan Medis	Haloperidol, Chlorpormazine, Risperidon	Chlorpormazine, Haloperidol, Trihexilpenidyl	Chlorpormazine, THP, Haloperidol	Haloperidol, THP, CPZ, Risperidon	Chlorpormazine, Haloperidol, Trihexilpenidyl	Trifluoperazine, THP, Chlorpormazine
Kondisi setelah minum obat	Halusinasi masih ada	Tidak terlihat tanda adanya halusinasi dan delusi	Halusinasi menghilang	Simtom positif masih dominan	Halusinasi menghilang	Halusinasi menghilang
Efek Samping Obat (observasi)	Tremor pada tangan dan bibir, peradangan pada selaput mata, penurunan pada fungsi kognitif	-	Mengantuk terus menerus	-	<i>Tardive dyskinesia</i>	Kekakuan (terutama pada tangan)
Penghayatan Partisipan mengenai dampak obat	-halusinasinya menjadi lebih sedikit namun lebih menenangkan -ada bayang-bayang -perasaan hitam -dikerubungin perasaan ga tenang	- rasa tidak enak di badan - sakit kepala	- lelah, lesu	sesak napas, bisa tidur	- membuat menjadi lebih normal - lebih senang dan bahagia - bisa behubungan dengan orang lain dengan lebih baik - halusinasinya hilang	- lebih tenang - bisa tidur - <i>nyemplong</i> - pusing - mengantuk - kaku (terutama saat awal minum obat)

Dari tabel di atas, dapat diketahui bahwa meskipun konsumsi obat dilakukan secara teratur dalam kondisi yang terkontrol seperti Rumah Sakit, belum tentu bisa menghilangkan atau mereduksi gejala yang dialami oleh partisipan. Pada kasus TA dan AA, halusinasi masih muncul di bawah pengaruh pengobatan. Selain itu efek samping yang terlihat nyata pada partisipan, belum tentu bisa dikaitkan oleh partisipan dengan obat yang mereka minum. Efek atau dampak obat dihayati berbeda-beda oleh setiap pasien. Selain itu, harapan partisipan, makna gejala psikotik pada partisipan, dan masalah lain di luar kepatuhan obat, juga ditemukan memiliki kontribusi dalam mempengaruhi sikap dan tilikan mereka terhadap terapi, dan juga kelangsungan proses terapi yang diberikan.

Tabel 5.10. Aspek Harapan, Proses Psikologis, dan Masalah Lain

Aspek	AA	A	Y	TA	AI	AS
Harapan	<i>“ingin cari uang sendiri, bantu ibu, sholat yang rajin”</i>	Ingin membuka usaha kembali, menjadi berharga untuk anak	Ingin kembali menjadi tukang ojeg	Ingin pulang. Ingin bertemu dengan anak, bekerja untuk anak	Ingin pulang, ingin berhenti untuk menjadi takut	<i>“ingin cepat pulang, tidak usah minum obat lagi”</i>
Special Issue	<ol style="list-style-type: none"> menerima ejekan dari lingkungan masyarakat mengenai kondisinya (<i>“gila”</i>) Mengaku tidak memiliki teman predisposisi kepribadian yang cenderung pemalu dan tidak percaya diri 	<ol style="list-style-type: none"> Adanya rasa takut pada keluarga akan perilaku A, yang menyebabkan adanya penolakan selama di RS menunjukkan penolakan untuk bergabung dengan orang lain 	Adanya masalah keluarga yang membuat ia tertekan	halusinasi dan delusinya masih dominan meskipun sudah dengan pengobatan	Adanya rasa takut dan cemas yang berlebihan berkaitan dengan pengalaman traumatisnya saat dirampok	-
Peran proses psikologi (peran dan fungsi gejala psikotik bagi klien)	Gejala psikotik yang dialami oleh AA merupakan sesuatu yang menyenangkan dan melindunginya dari realitas. Gejalanya ini membuatnya nyaman dengan dirinya, ditengah dunia sosialnya yang tidak menyenangkan	Ketidakpatuhan terhadap obat merupakan usahanya untuk kembali mengontrol hidupnya	Gejala psikotiknya berfungsi untuk menyuarakan apa yang tidak bisa ia capai, namun sekaligus memaksanya.	Gejala psikotik memberinya <i>self image</i> yang positif dibandingkan dengan yang realitas bisa berikan	Gejala psikotik yang dialaminya membuatnya gelisah dan takut, sehingga ia ingin segera menghilangkannya	Gejala psikotik yang dialami merupakan sesuatu yang membuatnya merasa diperlukan, diinginkan, dan berharga

5.2.2. Rincian Sesi Kelompok Kontrol

1. Partisipan 1 : RG

a. Hasil Observasi

RG mengikuti 5 sesi konseling secara individual. Pada awalnya RG dapat merespons dengan cukup cepat dan tepat dalam berbicara. Akan tetapi semakin lama, responsnya semakin lambat. Ia harus berpikir dahulu selama 10 detik, baru kemudian ia bisa menjawab. Oleh karena itu target konseling setiap sesinya hanya hal-hal sederhana yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi RG. Tidak ada indikasi bahwa halusinasinya atau waham masih dominan dalam dirinya. Hal yang paling menonjol pada dirinya adalah tubuhnya yang kaku, terutama pada sesi 4. Ia nampak tidak bisa bicara dan sulit untuk bergerak. Akan tetapi di sesi sebelum dan sesudahnya kekakuannya tidak sampai menghambatnya dalam beraktivitas.

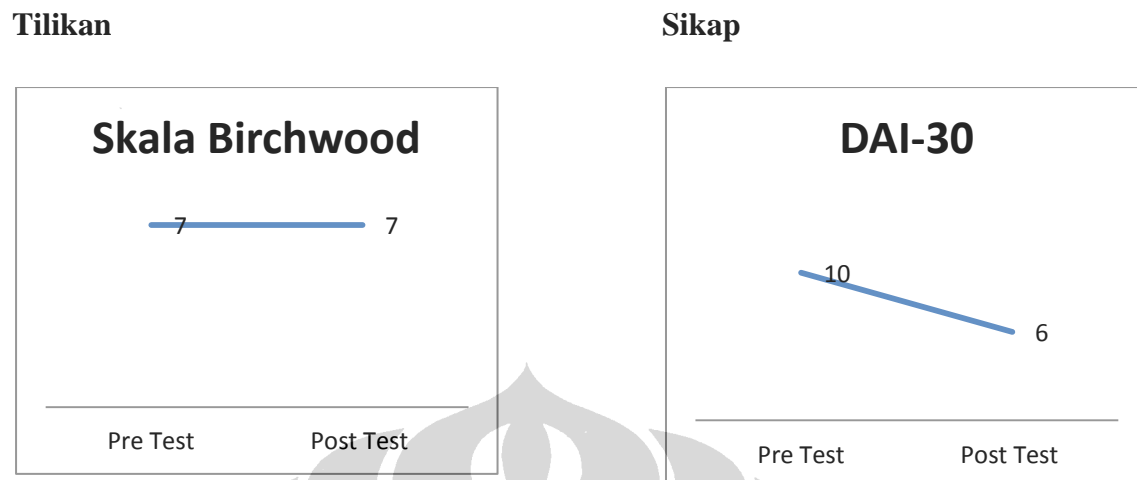
b. Rincian Pelaksanaan Penelitian

Tabel 5.11 Rincian Pelaksanaan Sesi pada Partisipan RG

Sesi	Pelaksanaan
Sesi 1	RG dapat menjalin <i>rapport</i> dengan pemeriksa. Ia bisa berkenalan dengan menyebutkan nama dan daerah asalnya. Ia mengatakan ingin mengetahui kenapa ia selalu dikirim ke rumah sakit setiap marah. Jika ia marah ia ingin memukul orang lain dan memecahkan barang yang ada di dekatnya. Ia ingin belajar cara untuk tidak merusak setiap kali ia marah
Sesi 2	Hal-hal yang bisa membuatnya marah adalah : 1. dipaksa nyapu sama kakak 2. diejek bodoh 3. ditanya-tanya sama perawat
Sesi 3	Hal yang biasa ia lakukan adalah diam dan marah di kamar. RG sudah diberikan perawat Rumah Sakit cara-cara untuk tidak marah adalah memukul bantal, tarik napas, membuat aktivitas harian, dan menghardik.
Sesi 4	Pada sesi ini, RG nampak sulit untuk berinteraksi. Ia banyak diam dan tangannya selalu dalam posisi tegak. Sesi hanya berlangsung selama 5 menit, kemudian pemeriksa meminta RG untuk beristirahat.
Sesi 5	RG bisa menyebutkan hal-hal apa yang membuat ia marah dan hal yang akan dilakukan saat ia marah

c. Post Test

Grafik 5.7. *Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan RG*



Analisis

Pada RG, tidak terdapat perubahan pada tilikan, namun terjadi penurunan terhadap sikap terhadap pengobatan. Dari hasil wawancara RG mengatakan bahwa semakin lama ia merasa tidak enak setiap kali minum obat. Rasanya pusing dan merasa badannya menjadi kaku. Ketidaknyamanan yang dirasakan oleh RG dapat mempengaruhi penurunan sikapnya terhadap pengobatan.

5.2.2.2. Partisipan 2 : NM

a. Hasil Observasi

NM mengikuti sesi selama 5 kali secara individual. Selama sesi ia cukup kooperatif dengan peneliti. Ia mau untuk merespons dan menjawab dengan jelas. Alur bicaranya terarah meski kadang-kadang kurang fokus terhadap apa yang dibicarakan. Terkadang ia cenderung berusaha menggoda dan ingin menarik perhatian lingkungannya, terutama perawat wanita.

b. Rincian Pelaksanaan Penelitian

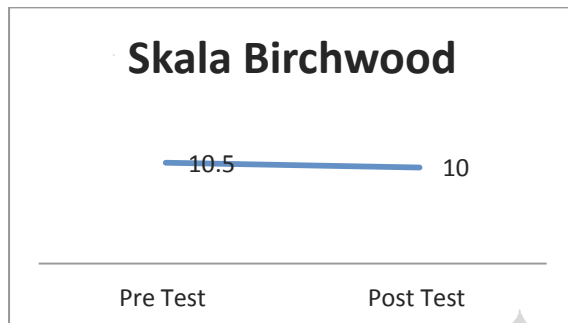
Tabel 5.12 *Tabel Rincian Sesi Partisipan NM*

Sesi 1	NM mengatakan sejak awal ia ingin cepat sembuh dan keluar. Ia ingin bekerja kembali dan memiliki ketakutan bahwa ia harus mengulang pendidikannya.
Sesi 2	Topik yang dibahas oleh NM hari ini adalah pekerjaannya. NM menuliskan di kertas pekerjaan yang ia mau (presiden), pekerjaan yang sesuai pendidikannya (tukang ac), dan pekerjaan yang bisa dikerjakannya jika ia tidak boleh masuk ke sekolahnya lagi (?).
Sesi 3	Pada sesi ini, NM membahas mengenai keluarganya. Ia merasa, di keluarganya hanya ia satu-satunya yang peduli. Jika salah satu anggota keluarganya bertengkar dengan yang lain, ia biasa menjadi tempat bercerita. NM mengakui bahwa hal tersebut merupakan sesuatu yang menekan dirinya. Ia menjadi <i>rungsing</i> dan stress. Ia sendiri merasa tidak ada yang memperhatikan dirinya. Untuk kontrol obat saja, biasanya ia harus sendirian. Orangtuanya tidak ada yang mau menemaninya.
Sesi 4	Pada sesi ini NM terlihat gelisah, ia merasa kesal tidak juga dijemput oleh keluarganya. Ia kemudian meminta untuk bernyanyi 'ayah' dan menangis sambil bermain gitar. NM mengungkapkan bahwa ia sangat rindu dengan keluarganya dan ingin segera pulang.
Sesi 5	Kondisi NM sudah cukup tenang hari ini. Menurutnya menyanyi membuat ia bisa mengeluarkan apa yang ingin ia ungkapkan dari hati yang paling dalam. NM mengatakan ia sudah siap pulang dan akan menunggu orangtuanya datang untuk hari-hari ke depan. Ia sempat menanyakan kepada pemeriksa untuk memperpanjang pertemuan sesinya. Ia juga mengatakan bahwa ia terbantu dengan membicarakan apa yang ia inginkan. Pemeriksa juga mengajarkan teknik relaksasi dengan bernapas untuk membantunya dalam mengelola emosinya.

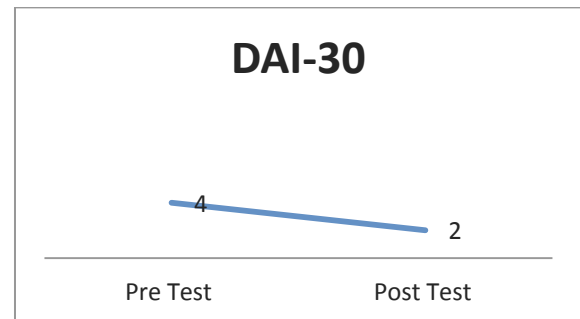
c. Post Test

Grafik 5.8. Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan NM

Tilikan



Sikap



Analisis

Baik dari tilikan maupun sikapnya, terlihat adanya penurunan. Akan tetapi penurunan yang terjadi sangat kecil (0,5 dan 2) yang bisa disebabkan oleh adanya perubahan kondisi yang tidak begitu signifikan. Pada dasarnya NM sudah memiliki tilikan dengan tingkat sedang mengenai kondisinya yang membantunya untuk lebih patuh terhadap obat terutama di lingkungan Rumah Sakit.

5.2.2.3. Partisipan 3 : MS

a. Hasil Observasi

MS mengikuti 5 sesi individual. MS sangat kooperatif selama sesi dilakukan. Fokus topik yang dibicarakan berkaitan dengan keinginan untuk memperoleh pasangan. Cara bicaranya jelas dan bisa dipahami oleh pemeriksa. Ia terkadang masih sulit untuk fokus dan mudah terdistraksi. Pada beberapa topik yang kemudian memicu kecemasannya, ia akan langsung mengalihkan ke topik yang lain. Halusinasi terkadang masih muncul berupa siluman.

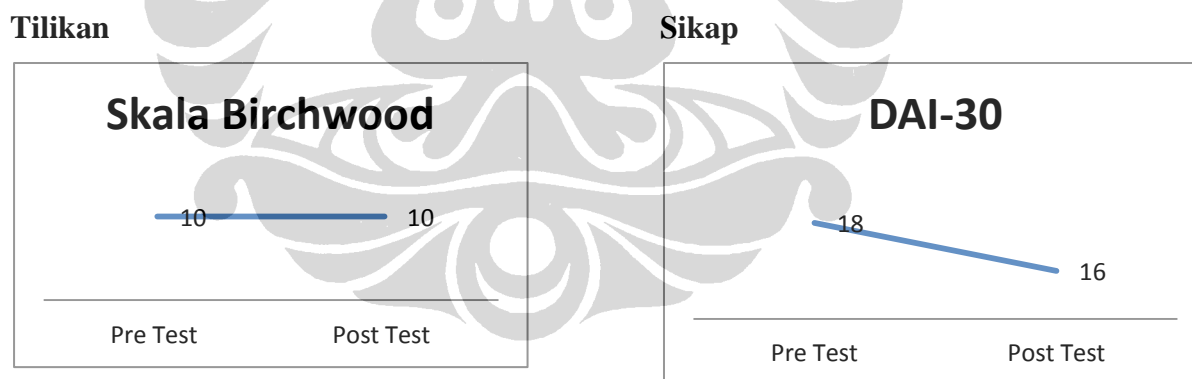
b. Rincian Pelaksanaan Penelitian

Tabel 5.13 Rincian Pelaksanaan Sesi Partisipan MS

Sesi	Pencapaian Subjek
Sesi 1	MS pada sesi pertama bahwa ia ingin membicarakan mengenai dirinya sendiri. Ia dibawa oleh keluarganya ke RS karena berpacaran dengan wanita yang juga memiliki gangguan jiwa.
Sesi 2	Harapan MS adalah ingin memiliki pasangan. Ia sebenarnya sedang berada dalam kebingungan untuk memilih menikahi atau meninggalkan seorang perempuan. Di akhir sesi, MS memiliki kesimpulan ketika ia mau memiliki pacar ia harus bekerja dahulu. Agenda sesi yang bicarakan adalah pekerjaan yang cocok untuknya.
Sesi 3	Cita-cita MS ingin menjadi pegawai negeri di departemen agama, DPR, atau DPRD. Ia mengatakan bahwa kakaknya merupakan anggota partai, sehingga ia mempunyai koneksi untuk bekerja disana. Aktivitas sehari-harinya adalah bangun, mandi, sholat, nonton tv, buka warung, beli lauk.
Sesi 4	Pada sesi ini, topik yang dibicarakan adalah mengenai cara-cara untuk menjalin hubungan dengan lawan jenis. MS belajar bagaimana cara berkenalan dan menjalin komunikasi dengan lawan jenis yang berkesinambungan.
Sesi 5	Pada sesi terakhir, MS menanyakan kepada pemeriksa, apakah kondisi sakit yang dialaminya bisa sembuh atau tidak. Ia nampak khawatir bahwa ia akan terjebak di Rumah Sakit selamanya dan tidak bisa menikah. MS mengatakan bahwa ia selalu minum obat untuk menjaga kondisinya dengan baik, namun tetap saja kondisinya berulang sehingga ia masuk ke Rumah Sakit.

c. Post Test

Grafik 5.9. Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan NM



Analisis

Hasil pengukuran setelah konseling dilakukan tidak menunjukkan adanya peningkatan sikap maupun tilikan dari sebelum terapi dilakukan. Pada MS, tilikan tidak mengalami perubahan dan sikap mengalami penurunan sebesar 2 poin. Akan tetapi penurunan yang terjadi sangat kecil (perbedaan 1 item) yang sulit untuk diinterpretasikan sebagai sesuatu yang cukup signifikan.

5.2.2.4. Partisipan 4 : M

a. Hasil Observasi

M mengikuti sesi sebanyak 5 kali. Dari awal hingga akhir ia fokus pada tema mencari pekerjaan. Cara bicaranya jelas dan dapat dipahami oleh pemeriksa, walaupun terkadang disertai dengan ekspresi kekanak-kanakan. Alur berpikirnya terarah dan tidak meloncat-loncat. Halusinasi dan delusi tidak terlihat dominan pada diri M selama sesi berlangsung. Ia masih mengakui sering berimajinasi, namun tidak sempat pada taraf mengganggu fungsi-fungsi eksekutifnya.

b. Rincian Pelaksanaan Penelitian

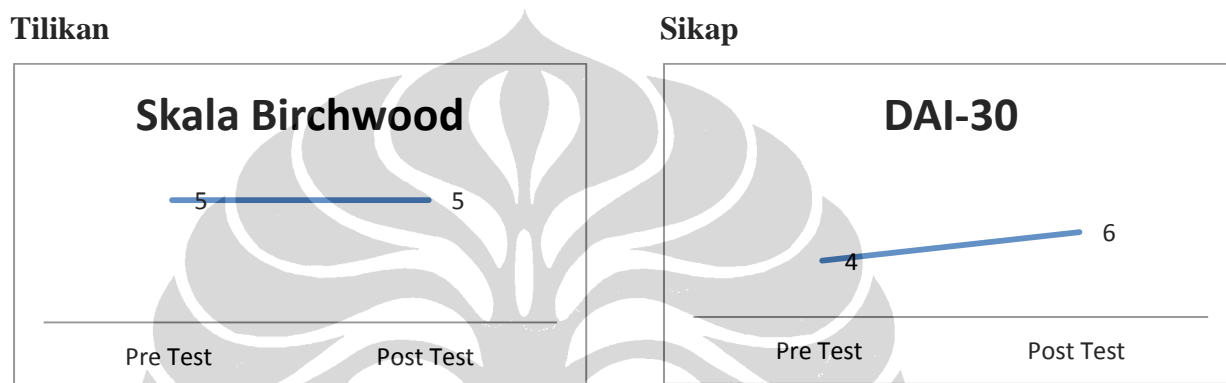
Tabel 5.14 Rincian Pelaksanaan Sesi M

Sesi	Tujuan	Pelaksanaan
Sesi 1 (kelompok)	Identifikasi kebutuhan dan harapan	M dapat memperkenalkan dirinya di hadapan peserta lain. Ia dengan sangat jelas menyebutkan nama, usia, dan hobinya. Sejak awal sesi, ia memiliki keinginan untuk membahas masa depannya. Ia ingin pulang dan bekerja kembali. M mengatakan ia sudah terlalu lama di Rumah Sakit dan tidak ada yang menjemput. Setelah sesi berakhir, M meminta sesi individual. Ia kurang nyaman dengan salah satu peserta yang sering tertawa sendirian. Ia ingin lebih fokus terhadap apa yang menjadi kebutuhannya.
Sesi 2	Identifikasi Kelebihan dan Kekurangan diri	M tidak mengetahui apa yang menjadi kelebihan atau kekurangannya. Ia ingin meminta waktu memikirkannya terlebih dahulu. Pemeriksa lalu menjadikan kelebihan dan kekurangannya menjadi tugas yang harus ia temukan. Ia boleh menanyakan kepada orang lain apa yang menjadi kelebihannya.
Sesi 3	Eksplorasi mengenai Jenis Pekerjaan yang disukai	M berhasil menuliskan kelebihan dan kekurangannya, yaitu : 1. Kelebihan adalah ramah, terlalu baik, dan sabar 2. Kekurangannya adalah malas, sering sakit kepala. Eksplorasi mengenai jenis pekerjaan M mau adalah : 1. Pegawai Negeri 2. Pedagang Sukses 3. Tukang Bangunan 4. Service Elektronik M pada dasarnya menginginkan pekerjaan yang tidak susah, bisa sambil jalan-jalan. Ia ingin pekerjaannya yang tugasnya hanya menandatangani berkas-berkas di kantor. Dari konseling juga diketahui bahwa M memiliki pengalaman kerja yang cukup banyak, diantaranya <i>sales</i> , penjual dvd, dan jual rokok.
Sesi 4	Mengintegrasikan potensi diri dengan peluang	Pada sesi ini, pemeriksa membuat suatu bagan yang berisi potensi M, kesempatan yang dimiliki M, dan kekuatan M. Di bawahnya ditulis pekerjaan yang M mau. M kemudian diminta untuk menentukan pekerjaan apa yang paling bisa ia lakukan setelah keluar dari Rumah Sakit. M kemudian melingkari pekerjaan <i>menjual dvd</i> . Menurutnya tugasnya mudah, sederhana, dan ia memiliki koneksinya.

Sesi 5	Membuat rencana aktivitas yang dilakukan untuk mencari pekerjaan	Rencana yang akan dilakukan M dalam mencari kerja adalah: 1. Pulang ke rumah kakaknya 2. Menghubungi temannya yang biasa menjual dvd 3. Kerja yang rajin sehingga dapat uang sendiri.
--------	--	--

c. Post Test

Grafik 5.10. Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan M



Analisis

Pada diri M tidak terlihat adanya perubahan yang signifikan pada skor tilikan maupun sikap terhadap obat. Terdapat perubahan dua poin pada DAI-30, namun terlalu kecil untuk bisa diinterpretasikan. Hal ini dapat terjadi karena memang tidak ada perubahan yang mendasar bagi M mengenai sikap dan tilikannya terhadap obat. Ia tidak menemukan pemahaman baru sepanjang periode penelitian dilakukan. Sikapnya sendiri sudah pada dasarnya positif terhadap pengobatan.

5.2.2.5. Partisipan 5 : H

a. Hasil Observasi

H mengikuti 5 sesi dengan 1 sesi kelompok dan 4 sesi individual. Selama pelaksanaan sesi, H memperlihatkan sikap yang kooperatif dengan peneliti. Ia tidak banyak bicara namun terlihat nyaman baik pada sesi individual maupun kelompok. Respons terhadap pertanyaan cenderung lambat. Ia akan diam terlebih dahulu selama kurang lebih 10 detik, sebelum kemudian bisa untuk merespons. Responsnya sendiri tepat dan koheren. Sesi dengan H harus dilakukan dengan lambat dan sederhana. Akan tetapi H terlihat lebih akif dan lebih lancar

berbahasa ketika ia bernyanyi. Topik yang dibahas selama sesi adalah mengenai keinginan dirinya untuk menjadi pengamen.

b. Rincian Pelaksanaan Penelitian

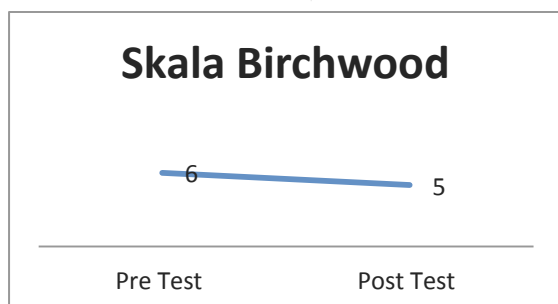
Tabel 5.15 Rincian Pelaksanaan Sesi Partisipan H

Sesi 1	Dalam sesi kelompok, H termasuk yang pendiam. Meskipun begitu, H mampu untuk memperkenalkan diri di depan peserta lain. Saat ditanya harapan, H menggeleng. Ia mengatakan tidak tahu apa yang harus di diharapkan. Saat ditanya cita-cita, ia baru menjawab dengan antusias. Ia ingin kembali menjadi pengamen di jalanan.
Sesi 2	Topik yang dibahas pada sesi ini masih seputar keinginan H untuk menjadi pengamen. Ia sudah mengamen di jalan sejak SD. Berbeda dengan kakak-kakaknya yang sekolah, H selalu tidak naik. Ia kemudian menjadi bosan sekolah dan mengamen di jalanan. Dengan mengamen ia bisa mendapat uang sendiri dan membuat bangga orangtuanya.
Sesi 3	Pada sesi H menunjukkan kemampuannya dalam bernyanyi. Berbeda dengan saat ia bicara yang cenderung lambat, ia bisa bernyanyi dengan sangat lancar. Ekspresinya antusias saat bernyanyi, dan ia sangat percaya diri dengan nyanyiannya.
Sesi 4	Topik yang dibahas pada sesi ini adalah keluarganya. Ia ingin sekali pulang dan mengamen, sementara ia tidak juga dijemput. Menurut H, hal ini sudah berkali-kali terjadi. Ia biasanya keluar dari Rumah Sakit dengan cara kabur, karena tidak ada yang menjemput. Ia masih memiliki kakak dan adik, serta masih sering mengunjungi mereka. H merasa dibuang dan sudah tidak dianggap oleh anggota keluarganya lagi. H sendiri tidak mengingat kenapa ia bisa sampai ke Rumah Sakit.
Sesi 5	H pada sesi terakhir ini membuat rencana lagu-lagu yang akan ia nyanyikan saat ia boleh mengamen lagi. Ia menyukai lagu-lagu dahulu yang suka dibawakan oleh dewa 19. Rencana untuk mengamen lagi sudah bulat dan tidak akan berubah.

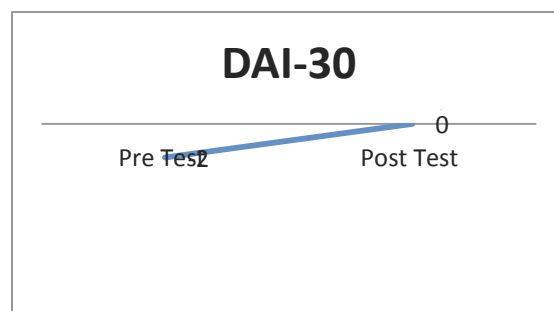
c. Post Test

Grafik 5.11. Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan H

Tilikan



Sikap



Analisa

H pada dasarnya memiliki sikap yang negatif terhadap pengobatan. Baginya obat bukan sesuatu yang penting untungnya. Hal ini diperkuat dengan fakta bahwa ia selalu keluar dari Rumah Sakit dengan cara kabur, yang artinya ia selalu tidak minum obat setiap kali di luar Rumah Sakit. Dengan konseling yang diberikan terlihat tidak menunjukkan suatu peningkatan yang signifikan baik pada sikap maupun tilikan terhadap obat.

5.2.2.6. Partisipan 6 : FY

a. Hasil Observasi

FY mengikuti sesi sebanyak 5 kali dengan rincian 1 kali sesi kelompok, dan 4 sesi individual. Hal yang menonjol dari FY adalah ia masih sering berubah-ubah kondisinya. Ia bisa terlihat diam di satu waktu dan kemudian tertawa sendiri di lain waktu. Secara sekilas ia sudah bisa mengendalikan dirinya. Verbalnya sudah bisa diarahkan dan koheren. Hanya saja ini tidak berlangsung lama. Isi pikirannya masih meloncat-loncat dan sulit untuk fokus pada topik pembicaraan. Indikasi masih adanya halusinasi dan delusi terlihat jelas dari perilaku berbicara dan tertawa sendiri. FY sendiri tidak mau mengakui hal tersebut di hadapan orang lain.

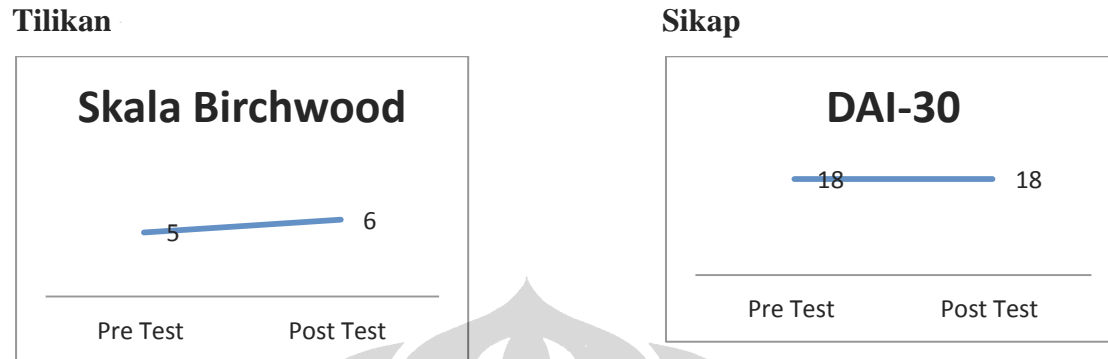
b. Rincian Pelaksanaan Penelitian

Tabel 5.16 Rincian Pelaksanaan Sesi Partisipan FY

Sesi 1	Pada sesi kelompok yang diberikan, FY dapat mengenalkan diri di hadapan kelompoknya dengan baik. Ia bisa menyebutkan nama, usia, dan hobinya kepada pemeriksa dan peserta lain. Akan tetapi saat pemeriksa menanyakan apa yang diharapkan dari sesi, FY tiba-tiba tertawa sendiri dengan mata melihat ke samping. Ia berhenti tertawa ketika semua peserta melihat ke arahnya dengan tatapan bingung. FY kemudian menjadi diam, dan tegang. Usaha-usaha untuk mencairkan situasi berhasil dilakukan. Hanya saja FY tampak kurang bisa terhubung secara terus menerus dengan kelompoknya. Ia seringkali tertawa atau tiba-tiba terdiam sendiri.
Sesi 2	Pada sesi individual pertama, FY ingin membicarakan soal tempat tinggalnya. Ia mengatakan bahwa tempat tinggalnya merupakan rumah yang menyenangkan. Ia mempunyai adik yang baru melahirkan dan bayinya sangat lucu
Sesi 3	Topik yang dibahas di sesi ke dua adalah mengenai keluarga FY. Bagi FY, keluarga terdekatnya adalah ibunya. Ia sangat sayang ibu dan takut dengan ayahnya. Ayahnya seringkali memukulnya, sementara ibunya sangat baik.
Sesi 4	Topik yang dibahas di sesi ini mengenai teh botol. Ia menemukan kertas di pagi hari dan ingin mendiskusikannya. Menurutnya tulisan teh botol di kertas itu sangat lucu sehingga ia tidak bisa berhenti tertawa.
Sesi 5	Saat pemeriksa mengatakan ini merupakan sesi terakhir, mata FY langsung berkaca-kaca. FY mengatakan terima kasih terus menerus karena pemeriksa mau mendengarkan apa yang ingin dibicarakan oleh FY. Ia janji bahwa setelah keluar dari rumah sakit, ia akan menyayangi ibunya.

c. Post Test

Grafik 5.12. Perubahan Skor Sikap dan Tilikan setelah Terapi pada Partisipan FY



Analisis

Pada kasus FY dimana halusinasi dan delusi masih dominan dan mempengaruhi tingkah lakunya, konseling kurang efektif digunakan. Teknik ini juga terbukti tidak menyebabkan adanya perubahan yang signifikan baik pada sikap dan tilikan terhadap pengobatan. Tingginya sikap terhadap pengobatan pada diri FY dikarenakan ia memiliki persepsi yang positif terhadap obat. Ia merasa obat dapat membantunya dalam menghadapi kondisi-kondisi yang tidak menyenangkan.

5.3. Hasil Penelitian Perbandingan antara Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol

Berikut merupakan hasil tabulasi data perbandingan kondisi partisipan sebelum dan sesudah terapi.

Tabel 5.17. Perbandingan Pretest dan Post Test Kelompok Eksperimen

No	Inisial	Usia	(f) k*	Hasil Pretest		Hasil Posttest	
				B**	DAI-30	B	DAI-30
1	AA	28 th	3	7,5	+ 18	10	+ 22
2	A	45 th	2	7,5	+ 16	9*	+18*
3	Y	24 th	-	10	0	10*	+18
4	TA	40 th	7	2,5	+8	3	+16
5	AI	38 th	1	8	+26	9	+26
6	AS	16 th	-	2,5	-8	8	+20

*(f)k : frekuensi kambuh

** B : Skala Birchwood (Tilikan)

DAI-30 : *Hogan Drug Attitude Inventory* (Sikap)

Tabel 5.18. Perbandingan Hasil Pretest dan Posttest Kelompok Kontrol

No	Inisial	Usia	(f) k*	Hasil Pretest		Hasil Posttest	
				B**	DAI-30	B	DAI-30
1	RG	31 th	2	7	+10	7	+6
2	NM	19 th	-	10,5	+4	10	+2
3	MS	28 th	7	10	+18	10	+16
4	M	29 th	-	5	+4	5	+6
5	H	35 th	3	6	-2	5	0
6	FY	30 th	1	5	+18	6	+18

*(f)k : frekuensi kambuh

** B : Skala Birchwood (Tilikan)

DAI-30 : *Hogan Drug Attitude Inventory* (Sikap)

Dilihat dari tabel di atas, dibandingkan dengan kelompok eksperimen, kelompok kontrol tidak menunjukkan adanya peningkatan yang berarti pada tilikan dan sikap mengenai obat. Pada beberapa partisipan dalam kelompok kontrol juga menunjukkan adanya peningkatan pada sikap terhadap pengobatan, yaitu pada H dan M. Peningkatan yang dialami sama-sama berada pada angka +2. Pada RG, NM, dan MS diketahui menunjukkan adanya penurunan terhadap pada sikap.

Pada aspek tilikan terlihat adanya peningkatan dan juga penurunan terhadap kelompok kontrol. Untuk melihat signifikansi dari perubahan yang terjadi antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol maka peneliti bermaksud melakukan analisa kualitatif.

5.2.1. Analisa Kuantitatif

Analisa kuantitatif ini dilakukan dengan tujuan untuk melihat efektivitas dari terapi kepatuhan terhadap sikap dan tilikan pada pengobatan. Efektivitas ini dilihat dari signifikansi perbedaan skor perubahan (Y2-Y1) antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Uji normalitas digunakan untuk melihat distribusi data yang di dapat merupakan distribusi normal atau tidak. Uji normalitas ini menggunakan Kolmogorov-Smirnov, yang dianalisis dengan memakai SPSS 15.

Tabel 5.19 *Test of Normality*

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	Df	Sig.
Skor Birchwood Pre	0.132	12	0.200*
Skor Birchwood Post	0.209	12	0.156
Skor DAI-30 Pre	0.162	12	0.200
Skor DAI-30 Post	0.261	12	0.23

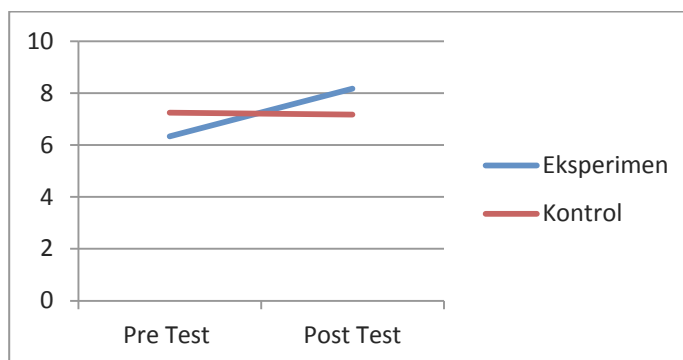
*this is alower bound of the true significance
a. Lilliefors Significance Correction

Dapat dilihat bahwa p value tidak ada yang lebih kecil dari <0.05 maka H_0 ditolak. Distribusi data statistik baik pre maupun post skala Birchwood serta Skor DAI-30 tidak normal. Hal ini kemudian berpengaruh terhadap pendekatan yang digunakan dalam melakukan uji beda. Pendekatan yang diambil adalah pendekatan non parametrik.

Uji beda yang digunakan untuk melihat perbedaan perubahan skor tilikan dan sikap adalah tes *mann whitney*. Tes *Mann whitney* ini berfungsi untuk menentukan apakah terdapat perbedaan yang signifikan dalam suatu variabel dalam dua kelompok.

5.2.1.1. Uji Beda Perubahan Skor Tilikan Sebelum dan Sesudah Terapi antara Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol

Dari grafik perbandingan rata-rata nilai skor skala *birchwood* antara kelompok kontrol dan kelompok eksperimen, terlihat bahwa rata-rata skor tilikan pada kelompok eksperimen cenderung naik dibandingkan dengan kelompok kontrol. Rata-rata skor tilikan pada kelompok eksperimen sesudah terapi lebih tinggi dibandingkan sebelum terapi diberikan.

Grafik 5.13. Grafik Perbandingan Rata-rata Nilai Skor Skala Birchwood

Uji beda yang dilakukan menunjukkan p value = 0.022. Dengan kriteria $p < 0.05$ dengan tingkat kepercayaan 95%, maka H_0 ditolak. Hal ini berarti bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara perubahan skor tilikan antara kelompok kontrol dan kelompok eksperimen. Dilihat dari rata-rata skor kelompok eksperimen yang lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol, maka dapat disimpulkan bahwa terapi kepatuhan efektif dalam meningkatkan tilikan terhadap pengobatan pada individu dengan skizofrenia.

Tabel 5.20 Mann Whitney Test pada Skor Tilikan

	Kelompok Eksperimen	Kelompok Kontrol
N	6	6
Mean Rank.	8.83	4.17
Z		-2.286
Asymp. Sig (2-tailed)		0.022

5.2.1.2. Uji Beda Perubahan Skor Sikap terhadap Pengobatan Sebelum dan Sesudah Terapi antara Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol

Tabel 5.21 Mann Whitney Test Pada Skor Sikap

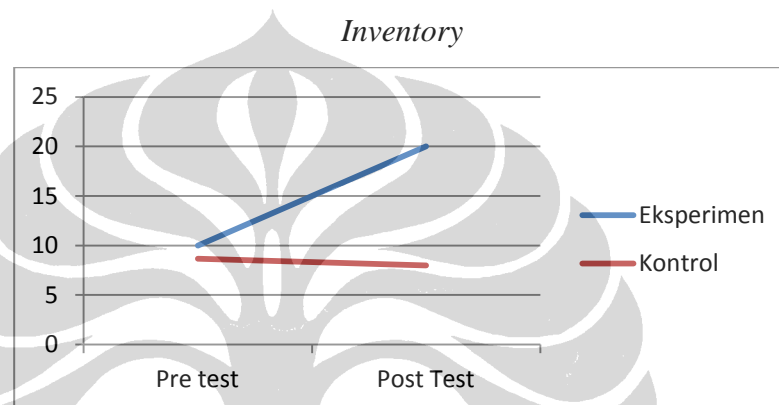
	Kelompok Eksperimen	Kelompok Kontrol
N	6	6
Mean Rank.	8.92	4.08
Z		-2.347
Asymp. Sig (2-tailed)		0.019

Hasil uji beda menunjukkan p value = 0.019. Dengan kriteria $p < 0.05$ dengan tingkat kepercayaan 95%, maka H_0 ditolak. Artinya terdapat perbedaan perubahan

skor sikap antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Dengan mean perubahan kelompok eksperimen (8.92) yang lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol (4.08), menunjukkan perubahan yang meningkat pada kelompok eksperimen. Oleh sebab itu dapat diambil kesimpulan bahwa Terapi kepatuhan yang diberikan efektif dalam meningkatkan sikap terhadap pengobatan pada individu dengan skizofrenia.

Hal ini didukung dengan mean skor sebelum terapi dan sesudah terapi seperti yang terlihat di grafik di bawah ini.

Grafik 5.14. *Grafik Perbandingan Rata-rata Nilai Skor Hogan Drug Attitude*



Pada grafik di atas, rata-rata skor pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol tidak berbeda jauh. Akan tetapi jika dibandingkan skor sesudah terapi menunjukkan perbedaan yang cukup jauh antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Terlihat dari grafik bahwa kelompok eksperimen memiliki grafik naik, sedangkan skor pada kelompok kontrol terlihat sama, bahkan hampir menurun.

Analisa kuantitatif ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan pada perubahan tilikan dan sikap antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Hasil ini membuktikan bahwa terapi kepatuhan merupakan terapi yang efektif dalam meningkatkan tilikan dan sikap terhadap pengobatan pada individu dengan skizofrenia.

BAB VI

DISKUSI

Pada bab ini, peneliti akan mendiskusikan efektivitas intervensi, evaluasi pelaksanaan sesi, dan juga keterbatasan penelitian.

6.1. Efektivitas Intervensi

Penelitian ini bertujuan untuk melihat efektivitas dari terapi kepatuhan dalam meningkatkan tilikan dan sikap terhadap pengobatan pada individu dengan skizofrenia. Uji beda yang dilakukan oleh peneliti memperlihatkan bahwa kelompok individu yang diberikan terapi kepatuhan mengalami peningkatan baik dalam tilikan maupun sikap terhadap pengobatan dibandingkan dengan kelompok yang mendapat konseling non spesifik. Hal ini sejalan dengan penelitian yang sudah dilakukan sebelumnya oleh Kemp, Hayward, Applewhaite, Everitt, & David (1996) dan kemudian oleh Tay (2007) bahwa terapi kepatuhan dapat meningkatkan sikap, tilikan, dan kepatuhan terhadap obat.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa terapi ini efektif meskipun pada pasien yang masih memiliki halusinasi dan delusi yang dominan. Dilihat dari latar belakang pendidikan partisipan yang mengikuti terapi ini (SD-SMA), dapat disimpulkan bahwa terapi ini dapat diaplikasikan pada individu dengan latar belakang pendidikan yang beragam.

Penelitian menunjukkan perubahan yang sangat besar terjadi pada individu yang sebelum terapi menunjukkan adanya resistensi terhadap obat. misalnya pada kasus AS. Pada individu yang sudah memiliki sikap yang sangat positif terhadap pengobatan, tidak menunjukkan peningkatan sebesar individu yang resisten (Y,AA,A, dan TA. Bahkan, pada individu yang sudah memiliki sikap yang sangat positif terhadap pengobatan tidak menunjukkan perubahan pada sikapnya (AI). Hal ini mengindikasikan bahwa terapi ini paling efektif pada individu yang resisten, namun jika diberikan pada individu yang tidak resisten pun tetap bisa dirasakan membantu.

Tilikan yang sangat kecil peningkatannya ditemukan pada TA, yang memiliki karakteristik simptom positif dan dominan. Hal ini dapat disebabkan makna dan fungsi gejala psikotik yang ia punya menyebabkan ia cenderung menolak untuk memahami kondisinya. Selama proses pelaksanaan penelitian, peneliti menemukan bahwa makna dan fungsi dari gejala psikotik pada partisipan cukup berpengaruh terhadap keinginan

mereka untuk menjalani pengobatan. Hal ini sesuai dengan penemuan Fenton dan koleganya (1997) yang mengidentifikasi adanya peran proses psikologis dalam kepatuhan individu dengan skizofrenia untuk menjalani pengobatan. Peran psikologis yang telah diidentifikasi secara konsisten muncul dari hasil observasi para klinisi adalah makna pengobatan bagi individu tersebut dan makna dari gejala psikotik itu sendiri.. Pada penelitian ini, diketahui ketika gejala psikotik tersebut merupakan sesuatu yang tidak menyenangkan, maka partisipan akan cenderung mencari cara yang dirasa efektif untuk menghilangkan gejala tersebut, dalam hal ini minum obat secara teratur. Hal ini terjadi pada kasus AI dimana halusinasinya dipersepsikan tidak menyenangkan bahkan menakutkan untuknya, sehingga ia cenderung patuh dalam mengkonsumsi obatnya.

Hal ini berbeda dengan individu dengan skizofrenia yang menganggap gejalanya merupakan sesuatu yang menyenangkan atau memiliki fungsi tertentu yang penting bagi dirinya. Ketika gejala psikotik seperti halusinasi dan delusi yang dimiliki memberikan *self image* yang lebih positif dan ‘dunia’ yang lebih menyenangkan dibandingkan dengan yang realitas bisa berikan, maka individu akan berpegang pada delusinya dan cenderung menolak usaha-usaha untuk menghilangkan hal tersebut (Van Putten dkk, 1976; Corrigan dkk, 1990). Hal ini terjadi pada kasus TA, yang percaya bahwa ia adalah seseorang yang di utus Tuhan untuk berperang melawan siluman. Delusinya membuat ia istimewa, penting, berkuasa, dibandingkan dengan peran dirinya di dunia nyata. Hal ini kemudian yang menyebabkan usaha-usaha untuk menyamakan realitas atau meningkatkan tilikan, cenderung tidak berhasil pada diri TA..

Perilaku ketidakpatuhan sendiri juga bisa memiliki makna tertentu pada individu. Pada salah satu pasien, yaitu A, ketidakpatuhannya dalam pengobatan merupakan usahanya untuk meraih kontrol terhadap hidupnya kembali. Ia merasa semenjak usahanya bangkrut ia menjadi ‘pengemis’ di antara keluarganya. Gejala psikotik dan ketidakpatuhannya merupakan simbol dari usahanya untuk kembali bermakna, mengontrol kembali hidupnya tanpa harus meminta bantuan kepada siapapun.

Hal tersebut memperlihatkan bahwa setiap individu memiliki makna unik dan berbeda mengenai kondisinya yang dipengaruhi oleh pengalaman dan latar belakangnya. Pengalaman dan latar belakang partisipan yang berbeda-beda membuat pemahaman terapis terhadap partisipan secara keseluruhan sangat penting. Terapis

tidak hanya harus melihat makna gejala psikotik yang dialami partisipan, tetapi juga mencoba untuk melihat realitas yang ada di sekitar partisipan. Terapis harus mampu untuk memahami individu secara utuh dalam konteks individu maupun sosialnya.

Apa yang membuat terapi ini dapat bekerja secara efektif dengan mempertimbangkan kondisi partisipan di atas adalah penekanan pada tujuan pribadi (*personal goals*). Dengan berfokus untuk mengetahui dan mengeksplorasi tujuan pribadi partisipan, maka mereka akan lebih mengenali aspirasi, kebutuhan mereka sendiri untuk menemukan makna dalam realitasnya kembali. Penekanan pada tujuan individu juga membuat proses terapi berfokus pada apa yang penting bagi partisipan bukan apa yang penting bagi terapis.

Membicarakan hal-hal yang berkaitan dengan diri partisipan sendiri, juga sangat membantu terutama bagi individu yang mengalami penurunan fungsi kognisi. Dengan membicarakan sesuatu yang sudah ada di dalam diri mereka akan lebih mudah untuk ditangkap dibandingkan peneliti memberikan sesuatu yang baru dan kompleks. Rusch dan Corrigan (2002) mengatakan Pendekatan ini efektif dalam menghadapi individu dengan penurunan fungsi kognitif karena fokus pada masalah yang familiar dan tujuan pribadi dibandingkan dengan konsep yang abstrak

Salah satu teknik yang digunakan dalam terapi adalah membuat jarak antara nilai, tujuan, atau keinginan pribadi partisipan dengan kondisinya saat ini. Jarak ini berfungsi untuk memunculkan motivasi individu untuk meraih hal yang penting baginya. Saat jarak antara tujuan dan kondisi saat ini sudah dipahami oleh partisipan, ia akan lebih mudah memahami pentingnya kondisi 'baik' dalam mencapai tujuannya. Peran obat pada terapi ini ditekankan sebagai salah satu cara yang bisa ia lakukan untuk mencapai tujuannya.

Hal ini cukup penting karena biasanya pasien dengan skizofrenia diberikan edukasi mengenai obat sebagai cara untuk menjadi sembuh. Kondisi sembuh sendiri memiliki implikasi bahwa mereka 'sakit' atau yang biasa disebut dengan gangguan jiwa atau gangguan mental. Sementara gangguan jiwa sendiri memiliki stigma sendiri yang tidak menyenangkan baik di pandangan masyarakat umum maupun dirinya sendiri. Dilihat dari hasil assesmen awal pun terlihat bahwa sebagian besar partisipan tidak menyetujui untuk dinilai mempunyai gangguan jiwa. Label 'sakit jiwa' bisa menjadi ancaman tersendiri bagi harga diri para individu dengan skizofrenia

Hal yang perlu dipahami oleh individu yang berniat untuk membantu individu dengan skizofrenia, adalah terkadang halusinasi yang tidak nyata itu terasa nyata bagi

mereka. Ketika mereka harus menerima bahwa pengalaman yang mereka alami merupakan kondisi sakit, maka itu akan mengancam organisasi diri mereka, yang bisa menimbulkan mekanisme pertahanan lain seperti denial. Belum lagi gejala psikotik yang dialami oleh pasien, tidak selalu menghilang dengan konsumsi obat. Pada kasus TA dan AA, halusinasi dan delusi masih ada meskipun dengan pengobatan yang teratur. Oleh sebab itu pada terapi ini, tilikan dan pemahaman mengenai kondisi mereka tidak ditekankan pada penerimaan akan diagnosis mereka (skizofrenia, atau sakit jiwa), akan tetapi lebih pada perilaku atau kondisi mereka saat ini memiliki pengaruh atau menghambat pencapaian tujuan mereka.

Metode yang diberikan pada terapi ini juga memegang prinsip MI, yaitu hubungan kolaboratif serta tidak konfrontatif, evokatif, dan menghargai otonomi dari partisipan. Metode yang bersifat non konfrontatif memudahkan hubungan terapeutik yang baik antara terapis dan klien yang sangat membantu dalam pelaksanaan proses terapi. Penerimaan terhadap pengalaman psikotik partisipan, akan membuat mereka lebih tenang dan terbuka sepanjang proses terapi.

Setelah partisipan dapat mengidentifikasi tujuan pribadinya, dapat melihat jarak dengan kondisinya saat ini, dan kemudian mampu untuk memberikan obat peran dalam meraih tujuannya, maka sikap terhadap pengobatan akan lebih positif. Sikap menurut Fishbein (1993) merupakan fungsi dari suatu set keyakinan mengenai perilaku dan konsekuensi dari perilaku tersebut. Ketika partisipan dapat mengaitkan peran obat sebagai sesuatu yang membantunya meraih tujuannya, maka ia menginternalisasi keyakinan bahwa obat akan menghasilkan sesuatu yang positif. Keyakinan ini berinteraksi dengan evaluasi terhadap pengalamannya minum obat.

Pada beberapa partisipan, evaluasi terhadap pengalaman minum obat lebih banyak yang negatif dibandingkan dengan evaluasi positif. Ketika tujuan yang diidentifikasi oleh partisipan tidak begitu bermakna dan penting baginya, maka ia cenderung akan menghindari minum obat meskipun hal tersebut dipahami dapat membantunya. Oleh sebab itu, eksplorasi tujuan pribadi individu merupakan hal yang penting. Apakah tujuan tersebut cukup memiliki makna bagi partisipan untuk berjuang kembali ke realitasnya dan mau menghadapi konsekuensi negatif dari minum obat yang tidak sedikit. Tujuan ini juga perlu dilihat dari segi realistik dengan latar belakang dan kondisi dirinya. Identifikasi tujuan, aspirasi, atau keinginan pribadi ini sangat penting. Mc Cracken dan Corrigan (2008) mengatakan identifikasi tujuan

merupakan hal yang paling esensial dari terapi dengan menggunakan *motivational interviewing*.

Berkaitan dengan efektivitas terhadap peningkatan tilikan, teknik *motivational interviewing* yang dikombinasikan dengan pendekatan kognitif ini mampu untuk membantu partisipan memahami kondisinya. Pada dasarnya para partisipan mengetahui dengan mereka berada di Rumah Sakit Jiwa, ada gangguan pada kondisi mental mereka. Akan tetapi kembali ke stigma yang sudah dibahas, penerimaan bahwa mereka dalam kondisi sakit bukan sesuatu yang menyenangkan untuk mereka. Teknik yang ada dalam terapi kepatuhan memfasilitasi individu untuk melihat dan memahami kondisinya dalam kondisi yang tidak mengancam. Pendekatan terapi yang kolaboratif, empati, dan menghormati otonomi partisipan sangat membantu menciptakan suasana yang nyaman bagi partisipan untuk terbuka. Salah satu teknik yang diberikan untuk meningkatkan tilikan partisipan adalah dengan mengajak mereka mengubah perspektif menjadi orang ketiga. Dengan melihat kondisi mereka dari sudut pandang orang lain, mereka lebih memiliki tilikan pada dirinya. Hal ini didukung oleh penemuan Gambini dan koleganya (2004) yang mengatakan bahwa individu dengan skizofrenia bisa lebih mudah untuk memiliki kesadaran akan gejalanya ketika perspektifnya diubah menjadi orang ketiga. Pada partisipan yang diberikan teknik ini, dapat melihat bahwa perilaku yang ia keluarkan aneh, tidak wajar, atau mengganggu orang lain.

Meningkatnya tilikan pada partisipan juga didukung dengan pemberian psikoedukasi mengenai *diathesis stress*, bahwa kondisinya merupakan reaksi dari stress yang dialami dan kerentanan biologis. Psikoedukasi berfungsi sebagai normalisasi dari gejala mereka, sehingga mereka mau lebih terbuka menerima kondisi mereka. Dengan mengetahui bahwa kondisi mereka merupakan hasil dari proses yang juga bisa didapat oleh orang lain, membuat penerimaan bahwa kondisi mereka yang tidak biasa, bukan merupakan sesuatu yang mengancam. Meningkatnya tilikan bahwa kondisinya tidak biasa, kemudian dapat memunculkan kebutuhan untuk minum obat, yang membantu sikapnya untuk menjadi lebih positif terhadap obat.

Kemp,dkk (1998) mengatakan bahwa ketidakpatuhan terhadap obat bisa disebabkan oleh efek samping obat, terutama efek samping ekstrapiramidal. Hampir semua partisipan yang mengikuti penelitian ini, mengalami efek samping obat baik dari hasil observasi peneliti maupun pengakuan partisipan sendiri, seperti tremor, sakit kepala, sesak napas, maupun *tardive dyskinesia* yaitu gerakan tak terkendali terutama pada mulut dan wajah. Walaupun pada partisipan penelitian ini menunjukkan efek

samping obat yang cukup nyata, akan tetapi jarang yang dikaitkan dengan obat itu sendiri. Tremor dan *tardive dyskinesia* dianggap sesuatu yang memang ada pada diri pasien, seperti yang terjadi pada A dan AI. Hanya efek samping yang terjadi secara segera seperti pusing dan sesak napas, yang dapat dikaitkan dengan obat secara langsung. Hal ini sesuai dengan apa yang ditemukan oleh Day dan koleganya (2005) bahwa efek samping terhadap obat belum tentu berpengaruh terhadap sikap seseorang. Dari proses penelitian yang dilakukan, menunjukkan bahwa hal yang lebih penting bagi pasien untuk minum obat bukanlah efek samping dari obat, akan tetapi penghayatan subjektif dalam minum obat.

Salah satu teknik yang disarankan oleh Kemp (1998) adalah menggunakan metafora untuk membuat disonansi kognitif bagi pasien. Akan tetapi pada penelitian ini, metafora tidak menunjukkan adanya pengaruh pada sikap maupun tilikan pada partisipan. Hal ini bisa jadi disebabkan keterbatasan peneliti dalam menstimulasi pasien yang disertai dengan keterbatasan verbalisasi pasien.

Keefektifan terapi ini juga ditunjang pelaksanaan sesi yang tidak kompleks dan disesuaikan dengan kondisi masing-masing partisipan. Hal ini didukung dengan kesediaan partisipan untuk hadir dalam 5 sesi yang diminta. Tay (2007) menemukan bahwa pasien yang menghadiri lebih dari 3 sesi dari terapi kepatuhan menunjukkan kemajuan yang lebih besar dibandingkan dengan yang hadir kurang dari 3 sesi.

Keefektifan terapi ini dalam meningkatkan sikap dan tilikan, tidak berarti dapat menyelesaikan masalah-masalah lain yang berkaitan dengan gangguan skizofrenia. Pada partisipan yang mengikuti terapi ini, peneliti menemukan adanya masalah-masalah lain yang perlu segera ditangani pada pasien. Masalah lain ini berbeda-beda pada setiap pasien, dari penolakan keluarga hingga kesulitan untuk memiliki teman di lingkungannya. Oleh sebab itu, untuk meningkatkan kondisi pasien secara menyeluruh peneliti melihat adanya kebutuhan untuk mengkombinasikan dengan terapi lain, seperti terapi keluarga atau pelatihan kemampuan sosial.

Dari hasil penelitian terlihat pada beberapa partisipan kelompok kontrol yang menerima konseling non spesifik terdapat penurunan baik pada tilikan maupun sikap terhadap pengobatan. Hal ini bukan berarti konseling tidak bermanfaat sepenuhnya bagi penanganan pasien dengan skizofrenia. Konseling ini tidak efektif hanya pada area tilikan dan sikap terhadap pengobatan. Hal ini bisa terjadi karena dalam prosesnya tidak sedikit pun dibahas mengenai pengobatan bagi individu dengan skizofrenia. Pengalaman yang tidak menyenangkan mengenai obat tidak dibahas atau di elaborasi

dalam pertemuan. Berbeda dengan partisipan di kelompok eksperimen yang kemudian mampu mengkaitkan antara peran obat dan harapannya, kelompok kontrol tidak membahas secara dalam peran obat bagi mereka. Oleh sebab itu pengalaman tidak meyenangkan tidak bisa diolah menjadi sesuatu yang bermakna dan kemudian berpengaruh terhadap penurunan sikap dan tilikan terhadap pengobatan.

Dampak intervensi kelompok kontrol pada area yang menjadi tema konseling masih inkonklusif. Partisipan memang memberikan respons positif bagi keberlangsungan sesi, namun dampaknya sendiri dalam area masalahnya tidak peneliti ukur.

6.2. Evaluasi Pelaksanaan Intervensi

Dalam pelaksanaan intervensi terhadap individu dengan skizofrenia dalam kondisi Rumah Sakit, terdapat hal-hal yang bisa memudahkan dan menghambat jalannya terapi. Hal-hal yang memudahkan jalannya terapi adalah :

1. Penggunaan bahasa daerah sesuai dengan daerah partisipan sangat membantu dalam penelitian kali ini. Dengan menggunakan bahasa daerah, partisipan terlihat lebih santai dan terbuka dalam menjelaskan kondisinya. Hal ini dipengaruhi oleh kebiasaan penggunaan bahasa dan kondisi sosio ekonomi. Peneliti menemukan untuk beberapa orang yang sangat sering menggunakan bahasa daerahnya, menjadi lebih kaku ketika menggunakan bahasa Indonesia. Bahasa daerah yang digunakan terbatas pada kemampuan peneliti yaitu bahasa Sunda dan Jawa.
2. Dengan pertimbangan karakteristik partisipan yang memiliki latar belakang pendidikan yang rendah, kondisi pengobatan dan perawatan di Rumah Sakit, serta riwayat gangguan pasien, materi yang diberikan harus sederhana dan tidak membingungkan. Pada pasien psikotik, peneliti menemukan lebih mudah untuk memberikan materi dengan media gambar. Jika ada tugas yang harus diberikan pun, berikan tugas yang mudah, sederhana, tidak terlalu banyak dan detail.
3. Kerjasama dengan pihak Rumah Sakit dan Bangsal sangat penting bagi kelancaran penelitian. Integrasi dengan perawatan yang sudah diberikan perlu untuk dilakukan. Pada beberapa partisipan peneliti menemukan terdapat miskonsepsi mengenai hal-hal yang sudah diberikan. Misalnya ada yang menggunakan menghardik sebagai cara menahan marah, walaupun tidak ada halusinasi.

Selain hal-hal yang memudahkan terapi terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam menjalankan terapi, yaitu :

1. Tidak terdapat ruangan khusus untuk melakukan terapi pada bangsal. Hal ini menyulitkan dalam segi privasi klien. Oleh sebab itu, waktu dan tempat harus dipilih sedemikian rupa, sehingga saat terapi dilakukan tidak banyak orang yang di sekeliling tempat terapi.
2. Walaupun kondisi pasien sudah masuk fase tenang/stabil, mereka masih memiliki bisa berubah kondisinya menjadi gaduh gelisah. Efek samping obat dan aktivitas yang dilakukan di Rumah Sakit juga mempengaruhi kondisi mereka. Hal ini mengakibatkan terapis harus siap dengan segala perubahan yang terjadi, termasuk pembatalan sesi. Perubahan kondisi pasien ini juga yang membuat sulitnya terapi kelompok yang dilakukan. Terutama dengan waktu penelitian yang singkat.
3. Pada bangsal tempat penelitian, banyak individu yang dibiayai oleh Jaminan Kesehatan Masyarakat ataupun Daerah. Hal ini menyebabkan pasien bisa sewaktu-waktu keluar dari Rumah Sakit karena jaminannya habis, walaupun dokter belum menyarankan untuk pulang. Biasanya keluarga terpaksa membawa pulang karena tidak ada biaya untuk membayar.
4. Terdapat peristiwa-peristiwa di luar sesi yang bisa menjadi stressor sendiri bagi partisipan dan mempengaruhi kondisi partisipan saat sesi. Biasanya berkaitan dengan keluarga yang belum menengok ataupun masalah dengan pasien lain.

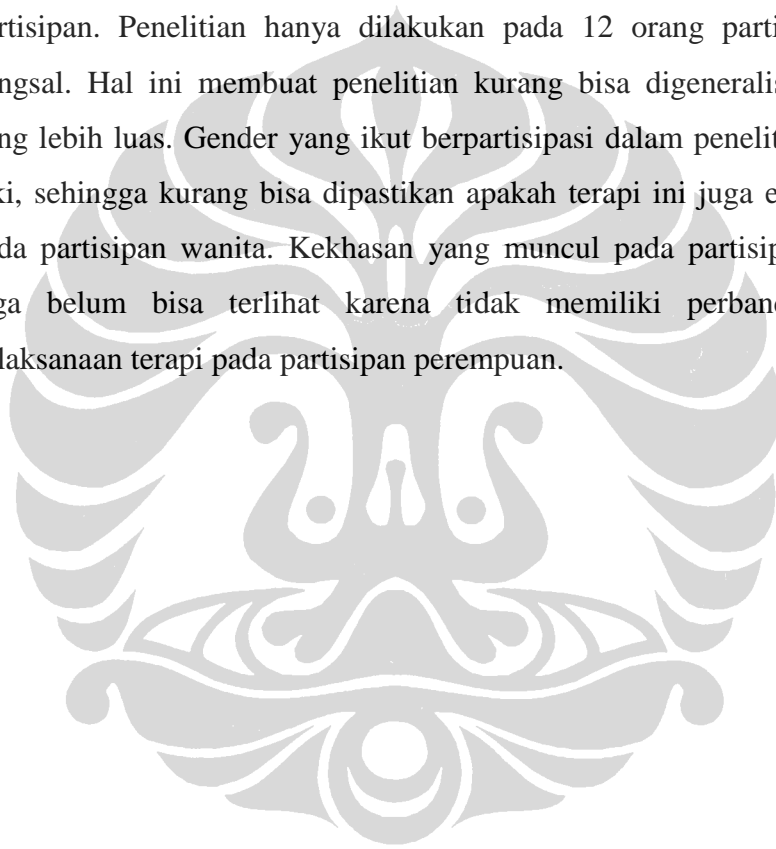
6.3. Keterbatasan Intervensi

Berdasarkan hasil yang diperoleh dari penelitian mengenai realisasi terapi kepatuhan pada individu dengan skizofrenia, peneliti menemukan adanya sejumlah faktor yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini. Pertama tidak adanya *follow up* terhadap partisipan setelah keluar dari Rumah Sakit. Walaupun hasil penelitian menunjukkan peningkatan sikap dan tilikan yang signifikan, akan tetapi perlu untuk dipastikan apakah peningkatan ini sejalan dengan perilaku bersedia untuk minum obat setelah kembali ke lingkungan rumahnya. Hal ini juga diperkuat dengan alat ukur yang digunakan oleh peneliti masih perlu diuji reliabilitas dan validitasnya dengan jumlah

subjek yang lebih luas dan representatif. Keterbatasan ini membuat peneliti tidak memiliki *cut off score* mengenai skor sikap dan tilikan yang biasanya dimiliki oleh individu dengan kepatuhan yang tinggi pada pengobatan. Untuk mengatasi hal ini *follow up* menjadi penting untuk dilakukan.

Follow up terhadap partisipan juga perlu untuk melihat pengaruh pemahaman keluarga mengenai pentingnya obat dengan perilaku kepatuhan terhadap pengobatan pada pasien. Pada penelitian ini, sesi keluarga hanya diberikan kepada dua partisipan dengan keterbatasan yang ada.

Keterbatasan penelitian ini juga berkaitan dengan jumlah dan karakteristik partisipan. Penelitian hanya dilakukan pada 12 orang partisipan laki-laki di satu bangsal. Hal ini membuat penelitian kurang bisa digeneralisasikan dalam populasi yang lebih luas. Gender yang ikut berpartisipasi dalam penelitian ini juga hanya laki-laki, sehingga kurang bisa dipastikan apakah terapi ini juga efektif apabila diberikan pada partisipan wanita. Kekhasan yang muncul pada partisipan dengan gender pria juga belum bisa terlihat karena tidak memiliki perbandingan dengan proses pelaksanaan terapi pada partisipan perempuan.



BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa :

1. Terapi kepatuhan efektif untuk meningkatkan tilikan terhadap kondisi dan kebutuhan akan pengobatan pada individu dengan skizofrenia. Hal ini terlihat dari peningkatan skor *Birchwood Insight Scale* pada kelompok individu yang diberikan intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol.
2. Terapi kepatuhan efektif untuk meningkatkan sikap terhadap pengobatan pada individu dengan skizofrenia. Peningkatan sikap ini tidak selalu sejalan dengan peningkatan tilikan terhadap kondisi individu. Makna dan penghayatan subjektif mengenai pengalaman minum obat selama proses pelaksanaan sesi lebih penting bagi pasien dibandingkan dengan efek samping obat itu sendiri.

7.2. Saran

Berdasarkan diskusi dan kesimpulan, terdapat beberapa saran metodologis dan saran praktis yang dapat digunakan bagi praktisi maupun peneliti yang tertarik mendalami topik ini

7.2.1. Saran Metodologis

- a. Sebaiknya dilakukan *follow up* satu bulan dan enam bulan selanjutnya untuk mengetahui efektivitas terapi ini dalam meningkatkan perilaku kepatuhan dalam minum obat
- b. Pada penelitian selanjutnya akan lebih baik untuk memperbanyak dan memperluas karakteristik sampel, sehingga hasil penelitian lebih bisa merepresentasikan populasi.
- c. Perlu dilakukan penelitian mengenai alat ukur sikap dan tilikan yang sudah diadaptasi dalam budaya Indonesia dengan sampel yang lebih representatif, sehingga bisa dibuat norma yang sesuai dengan kondisi di Indonesia.

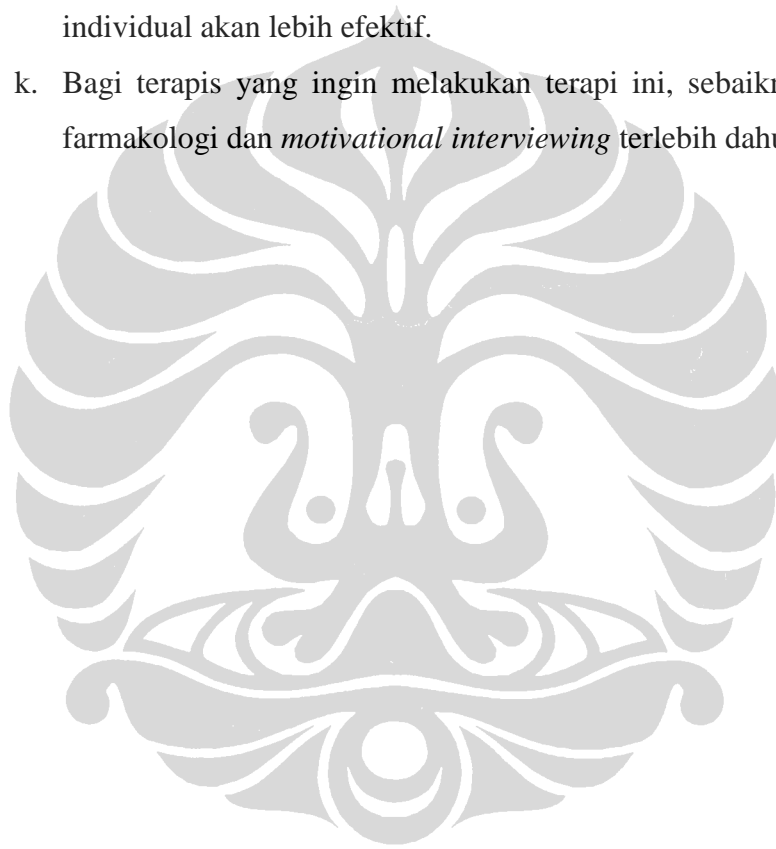
- d. Penelitian selanjutnya disarankan untuk melakukan teknik *matching* sehingga karakteristik partisipan dari segi usia, latar belakang pendidikan dan jenis kelamin sama.

7.2.2. Saran Praktis

- a. Dilihat dari hasil penelitian, terapi kepatuhan dapat digunakan untuk meningkatkan tilikan dan sikap terhadap pengobatan terutama pada individu dengan skizofrenia yang memperlihatkan adanya resistensi terhadap pengobatan.
- b. Dalam melakukan psikoterapi, pemahaman menyeluruh mengenai kondisi pasien merupakan sesuatu yang penting. Oleh sebab itu, terapis harus bisa berempati, menghormati, dan menerima kondisi pasien.
- c. Pada Individu dengan simptom positif yang masih sangat dominan dan dengan frekuensi kekambuhan yang sering, penekanan sesi terhadap peningkatan sikap dirasa akan lebih membantu dibandingkan dengan berkuat pada tilikan individu.
- d. Pada Individu yang pada dasarnya sudah patuh namun memiliki hambatan di luar diri (biaya, dukungan sosial, letak yang jauh dari institusi kesehatan) penekanan sesi dapat lebih berfokus pada cara-cara yang efektif dalam mengatasi hambatannya.
- e. Hal yang paling penting dari pelaksanaan terapi ini adalah penyesuaian terhadap kondisi partisipan. Terapis harus lebih fleksibel dalam melakukan terapi kepatuhan dengan klien skizofrenia.
- f. Efektivitas terapi ini dalam meningkatkan sikap dan tilikan terhadap individu dengan skizofrenia, tidak berarti dapat menyelesaikan semua permasalahan yang muncul. Untuk meningkatkan kondisi pasien secara menyeluruh, perlu dikombinasikan dengan terapi lain yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
- g. Dalam melakukan terapi terhadap individu dengan skizofrenia terutama dengan latar belakang pendidikan yang rendah, gunakan bahasa yang sederhana dan sama dengan mereka. Jangan memberi materi yang terlalu banyak dan detail terutama pada pasien yang berada di dalam Rumah Sakit.
- h. Untuk aplikasi pelaksanaan terapi di Rumah Sakit, terapi ini bisa menjadi terapi awal sebelum memulai terapi lainnya. Peningkatan tilikan terhadap kondisi

pasien memudahkan dan memotivasi pasien untuk menerima perawatan selanjutnya.

- i. Mengintegrasikan hasil psikoterapi atau perawatan sebelumnya dengan terapi yang akan diberikan untuk pasien cukup penting. Hal ini membantu pasien untuk mengaplikasikan hasil terapi secara menyeluruh dan tidak terpecah-pecah.
- j. Dalam melakukan terapi kelompok, berikan jangka waktu yang lebih panjang agar dinamika kelompok bisa lebih terbentuk. Hal ini sulit pada situasi Rumah Sakit dimana *turn over*nya tinggi. Jika jangka waktu terapi hanya sedikit, sesi individual akan lebih efektif.
- k. Bagi terapis yang ingin melakukan terapi ini, sebaiknya mendapat pelatihan farmakologi dan *motivational interviewing* terlebih dahulu.



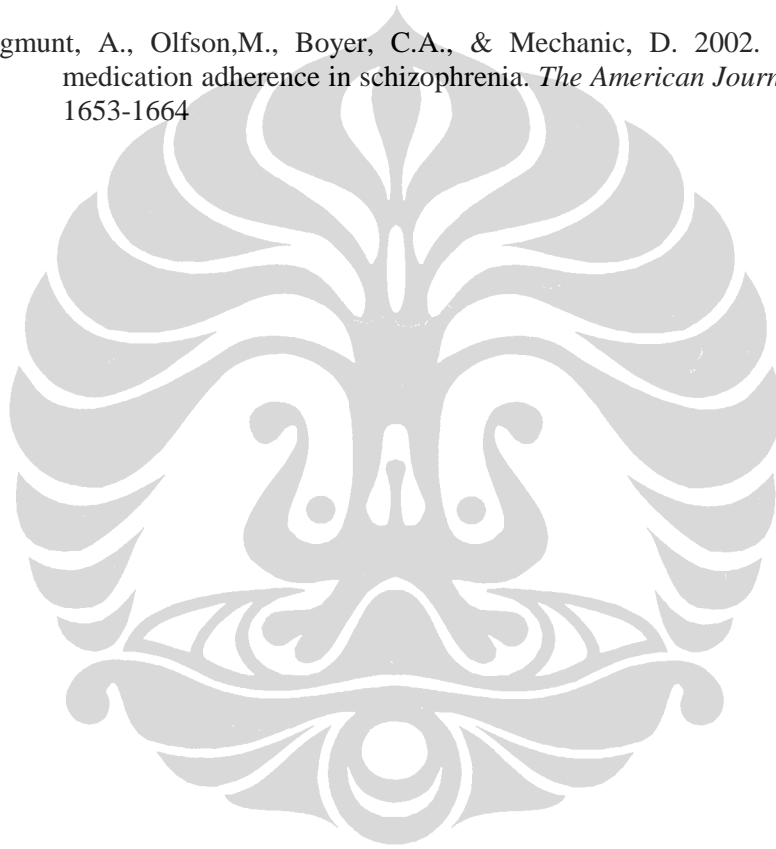
DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-efficacy, Locus of Control, and The Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*.32; 665-683.
- Ajzen, I. (2006). *Constructing a TPB Questionnaires : Conceptual and Methodological Considerations*. Diunduh dari www.people.umass.edu pada tanggal 10 Maret 2012 pukul 13.10 WIB.
- American Psychiatric Association. (2004). *Treating Schizophrenia : a quick reference guide*.
- Arkowitz, H., Westra, H.A., Miller,W.R., & Rollnick, S. (2008). *Applications of motivational interviewing*. New York : Guilford Press
- Birchwood, M., Smith J, Drury V., Healy J., Macmillan E, Slade Ma. (1994). A Self Report Scale for Psychosis; reliability, validity, and sensitivity to change. *British Medical Journal* : 89; 62-67
- Babiker, I.E. (1986). Noncompliance in Schizophrenia. *Psychiatric Developments*, 4:329-337
- Buchanan, A. (1996). *Compliance with Treatment in Schizophrenia*.UK : Psychology Press
- Chakraborty, K. & Basu, D. (2010). *Insight in Schizophrenia – A Comprehensive Update*. Department of Psychiatry : Institute of Medical Education and Research, India.
- Christensen, L.B. (2007).*Experimental Methodology, 10th ed*. United States of America : Allyn and Bacon
- Church, L.A.(2005). *The effect of family psychoeducational therapy and social skills training on burden, coping Skills, and social support of caregivers of patients diagnosed with schizophrenia and/or schizoaffective disorder*. Dissertation : University of Houston
- Coffer, M. (1999). Psychosis and medication : strategies for improving adherence. *British Journal of Nursing* 8(4) :226-230
- McCracken,S.G.& Corrigan, P.W. (2008).Motivational interviewing for medication adherence in individuals with schizophrenia.*Motivational Interviewing in The Treatment of Psychological Problems*. 249-276.
- Crider, A. (1979). *Schizophrenia : a biopsychological perspective*. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers
- Day, J.C., Bentall, R.P., Roberts.C., Randall,F., Rogers, A., Cattell,D., Healy, D., Rae,P., & Power,C. 2005. *Attitudes Toward Antipsychotics Medication*. Arch Gen Psychiatry, 62: 717-724
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2011). Profil Kesehatan Indonesia 2010.
- Djaprie, L M. (2005). *Faktor-faktor pendukung pencegahan relapse pada penderita gangguan jiwa schizophrenia*. Tugas Akhir. Universitas Indonesia

- Fenton, W.S., Blyler, C.R., & Heinssen, R.K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia : empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4) : 637-651
- Flynn, J. (2009). *Effectiveness of compliance therapy for individuals diagnosed with schizophrenia*. Mental health CATs. Paper 5.
- Garety, P.A., Fowler, D.G., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G., & Kuipers, E. (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*; 192; 412-423
- Haddock, G., & Lewis, S. (2005). Psychological intervention in early psychosis. *Schizophrenia Bulletin* : 31(3). p 697-704
- Haynes, R.B. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore, MD : John Hopkins University Press, p 1-10.
- Herz, M.I., Merville, C. (1980). Relapse in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 121: 1091-1094.
- Hogan, T.P., Awad, A.G., Eastwood, R. (1983). A self report scale predictive of drug compliance in schizophrenics : reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine* : 13; 177-183
- Hogarty, G.E., Flesher, S. 1999. Practice principles of cognitive enrichment therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(4); 693-708S.
- Johnson, D.P. (2007). *Therapeutic alliance in group therapy for schizophrenia*. Thesis : University of North Carolina
- Jensen, J., Nilsson, L.L., Levander, S. (2006). Neurocognitive and psychopathological correlates of self-monitoring ability in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 254; 312-317
- Kanas, N. (2003). Nontraditional group therapy approaches for patients with schizophrenia. *International Journal of Psychotherapy*; 53; 388-392.
- Kaplan, H.I & Sadock, B.J. (1996). *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry* 2th ed. Maryland : Williams & Wilkins
- Kaplan, H.I, Sadock, B.J. & Greb, J.A. (2010). *Sinopsis Psikiatri (Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis) Jilid Satu*. Tangerang : Binarupa Aksara
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance Therapy in Psychotic Patients : Randomized Controlled Trial. *British Medical Journal*; 373; 345-349
- Kemp, R., Kirov, G., Hayward, P., David, A. (1998). Randomized Controlled Trial of Compliance Therapy-18 months follow-up. *British Medical Journal*; 172; 413-419
- Kerlinger, F.N. & Lee, H.B. (2000). *Foundation of behavioral research* 4th ed. Orlando : Harcourt College Publisher

- Kring, Johnson, Davison, & Neale. (2011). *Abnormal Psychology 11th* ed. Asia : John Wiley & Sons
- Laing, R.D. (2010). *The Divided Self*. London :Penguin Classics
- Lockword, C., Page, T., & Conroy-Hiller,T. (2004). Effectiveness of Individual Therapy and Group therapy in Treatment of Schizophrenia. *International Journal Evidence Based Health* 2(10); 309-338
- Kingsep, P. & Nathan, P. (2010). *Social Skills Training for Severe Mental Disorders A therapist Manual*. Northbridge. Australia : Centre for Clinical Interventions
- Maslim, R. (2003). *Diagnosis Gangguan Jiwa : Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III*. Direktorat Kesehatan Jiwa, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 37: 129-140
- Mohamed, S., Rosenheck, R., McEvoy,J., Swartz,M., Stroup,S., Lieberman, J. (2009). Cross sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*; 35 (2); 336-346
- Mousa, A., Imam, S.A., & Sharaf, A.Y. (2011). The effect of an assertiveness training program on assertiveness skill and social interaction anxiety of individuals with schizophrenia. *Journal of American Science* 7(12); 454-466
- Nose,M., Barbui,C., & Tansella,M. (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic Review. *Psychological Medicine* 33; 1149-1160.
- O'Brien, C.P.(1975). Group therapy for schizophrenia : a practical approach. *Schizophrenia Bulletin* (13). 119-130
- O'Donnell,C., Donohoe,G., Sharkey,L., Owens,N., Migone,M., Harries, R., Kinsella, A., Larkin,C., O'Callaghan,E. (2003). Compliance therapy : a randomised controlled trial in schizophrenia. *British Medical Journal*; 327; 834
- Rollnick, S. Miller, W. & Butler, C.C. 2008. *Motivational interviewing in health care (helping patients change behavior)*. New York : The Guilford Press
- Rosenbaum, M. (1983). *Handbook of short term therapy groups*. New York : McGraw-Hill
- Roukema,R.W. (2003). *What every patient, family, friend, and caregiver needs to know about Psychiatry 2th* ed. United State : American Psychiatry Publishing, Inc
- Smith, L., Nathan, P., Juniper, U., Kingsep.P., & Lim, L. (2003). *Cognitive behavioral therapy for psychotic symptoms: A Therapist's Manual*. Perth, Australia : Centre for Clinical Intervention
- Stephen,R.M. (2003). Overview of Partial Compliance. *Journal of Clinical Psychiatry*. 64(16); 3-9.

- Tattah, T.M.G , & Creed, F.H. (2001). Negative symptoms of schizophrenia and compliance with medication. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1); 149-155
- Tay, S.C. 2007. Compliance therapy. *Journal of Psychosocial Nursing* 45(6); 29-38
- Van Putten T, Crumpton E, Yale C.1976. Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy. *Arch Gen Psychiatry* 33; 1443-1446
- Yalom, I.D & Leszcz, M. 2005. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy 5th ed.* New York : Basic Books
- Ziguras, S.J., Klimidis, S., Lambert, T.J.R., & Jackson, A.C. 2001. Determinants of anti-psychotic medication compliance in a multicultural population. *Community Mental Health Journal* : 37(3). p273-283
- Zygmunt, A., Olfson,M., Boyer, C.A., & Mechanic, D. 2002. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry* 159 (10); 1653-1664



LAMPIRAN



LAMPIRAN 1. Contoh Alat ukur *Birchwood Insight Scale*

SKALA BIRCHWOOD

	Setuju	Tidak Setuju	Tidak Yakin
1. Beberapa gejala yang muncul hanya dibuat oleh pikiran saya			
2. Saya sedang dan selalu sehat secara mental			
3. Saya tidak membutuhkan pengobatan			

Contoh Skala Tilikan Birchwood (Koding)

	Setuju	Tidak Setuju	Tidak Yakin
1. Beberapa simptom yang muncul disebabkan oleh pikiran saya	2	0	1
2. Saya sedang dan selalu sehat secara mental	0	2	1
3. Saya tidak membutuhkan pengobatan	0	2	1

Skor Maksimum = 12 - Tilikan penuh

Skor Minimum = 0 - Tidak ada tilikan

LAMPIRAN 2 Contoh Alat ukur *Hogan Drug Attitude Inventory*

Inventori Sikap Terhadap Pengobatan (Hogan)

1.	Saya tidak memerlukan obat ketika saya sudah merasa lebih baik	B	S
2.	Untuk saya, hal yang baik mengenai obat-obatan lebih banyak dibandingkan dengan hal buruk	B	S
3.	Saya merasa aneh, seperti kaku ketika dalam pengaruh obat	B	S
4.	Meskipun ketika saya tidak berada di rumah sakit, saya tetap membutuhkan secara berkala	B	S

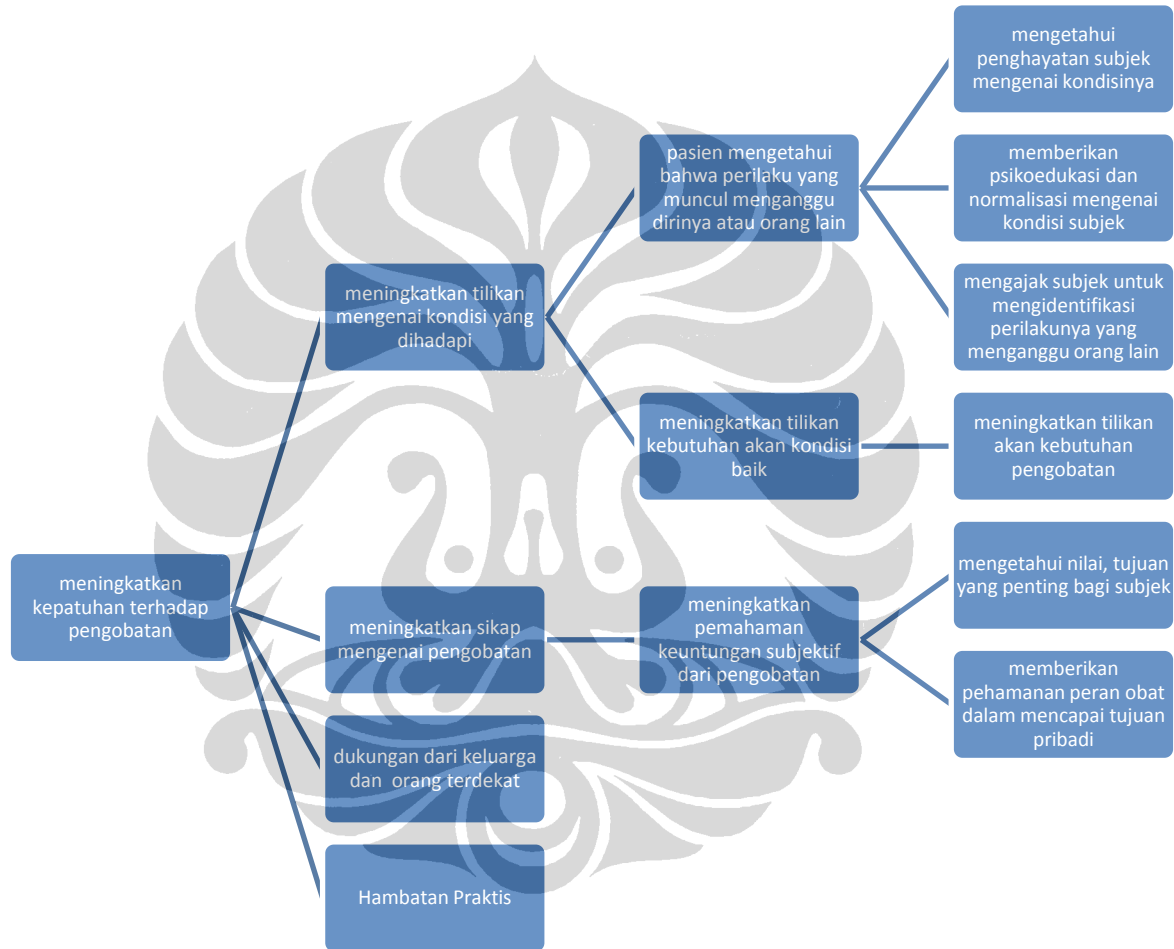
Kriteria Skoring

Skala ini memiliki 15 item yang di harusnya di skor dengan benar, dan 15 item yang harus diskor dengan salah pada respons individu yang sepenuhnya patuh terhadap medikasi. Jawaban yang benar pada item akan di nilai sebagai +1. Jawaban yang salah akan di skor -1. Total skor merupakan jumlah dari plus dan minus. Total skor positif artinya bahwa individu tersebut patuh. Sedangkan skor negatif artinya bahwa individu tersebut tidak patuh.

LAMPIRAN 3

Contoh Rancangan Modul Terapi Kepatuhan

KERANGKA BERPIKIR TERAPI KEPATUHAN



Contoh Modul Terapi Kepatuhan (Revisi)

SESI 1 dan SESI 2

“MEMAHAMI KONDISI SAYA”

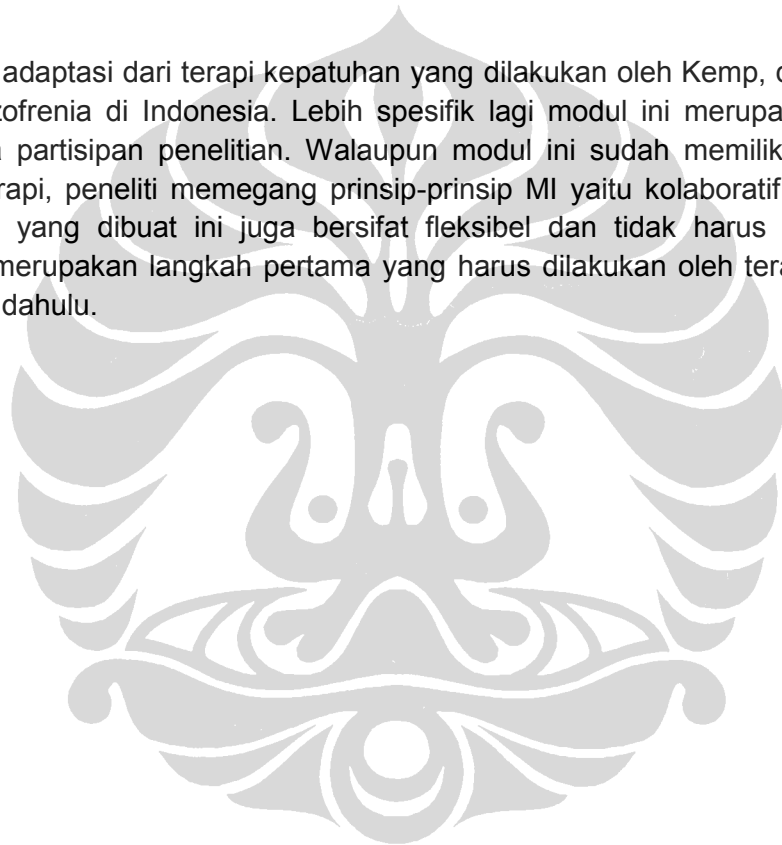
No.	Tujuan	Intervensi	Indikator	Penjelasan
1	Menciptakan atmosfir yang nyaman dan kondusif bagi partisipan	Berkenalan dengan menyebutkan nama, hobi, usia, asal daerah	Partisipan merasa nyaman, bisa berbicara dengan nyaman dan posisi tubuh relaks.	Hal yang bisa membantu dalam membuat atmosfir yang nyaman adalah : <ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan kondisi klien saat sesi dimulai. Kondisi awal klien sangat berpengaruh terhadap kenyamanan klien 2. Perkenalkan diri kepada klien 3. Tanyakan sesuatu yang berhubungan dengan klien, seperti apa yang ia senangi di daerah asalnya 4. Gunakan bahasa daerahnya jika perlu 5. Jaga kontak mata dengan klien, jangan sampai terlalu lama, atau sama sekali tidak menatap
2	Mengetahui keinginan, harapan, atau tujuan yang ingin dicapai oleh partisipan	Menanyakan harapan, keinginan atau tujuan yang ingin dicapai	Partisipan dapat menceritakan mengenai tujuan yang ingin ia capai	Eksplorasi harapan klien, apa yang ia senang dengan harapan/tujuannya, mengapa ia ingin tujuan tersebut, asosiasikan emosi-emosi positif dengan tujuannya. Hal yang penting adalah tuntun klien untuk mencapai harapan yang realistis. Metode yang sangat disarankan adalah <i>reflective listening</i> .
3	Memberikan Jarak antara Harapan dan Kondisi saat ini	Tanyakan dengan hati-hati kepada klien apakah kondisinya saat ini menghambatnya dalam mencapai tujuannya	Partisipan dapat memahami bahwa kondisinya saat ini menghambat tercapainya tujuan	Tujuan lebih dalam mengenai teknik ini adalah untuk memunculkan kesadaran klien bahwa kondisinya saat ini perlu diatasi untuk mencapai tujuannya.
4	Mengetahui penghayatan partisipan mengenai kondisinya	Menanyakan kepada klien apa yang membuat ia masuk ke Rumah Sakit	Partisipan dapat menceritakan mengenai apa yang ia pikir membawanya ke sini	Jawaban klien mengenai penghayatan ia masuk ke Rumah Sakit, cukup menentukan teknik yang berikutnya akan dipakai. Ketika ia menjawab bahwa perilakunya destruktif seperti memukul orang lain, memecahkan kaca, marah-marah, maka terapis bisa melanjutkan ke poin no 5. Akan tetapi ketika ia sendiri kurang memiliki tilikan mengenai kondisinya eksplorasi kembali mengenai jawabannya.

Contoh keadaan dimana pasien perlu eksplorasi lebih jauh ketika pasien menjawab :

“ditipu sama ibu, diajak main, ga taunya kesini”

“ini memang istana saya, udah sering saya kesini”

Modul ini merupakan adaptasi dari terapi kepatuhan yang dilakukan oleh Kemp, dkk (1998) yang sudah disesuaikan dengan kondisi individu dengan skizofrenia di Indonesia. Lebih spesifik lagi modul ini merupakan hasil revisi dari hasil assesmen yang dilakukan oleh peneliti pada partisipan penelitian. Walaupun modul ini sudah memiliki langkah-langkah dalam pelaksanaannya, namun dalam melakukan terapi, peneliti memegang prinsip-prinsip MI yaitu kolaboratif, empati, dan juga menghargai kebebasan partisipan. Langkah-langkah yang dibuat ini juga bersifat fleksibel dan tidak harus dilakukan secara berurutan. Penyesuaian terhadap kondisi partisipan merupakan langkah pertama yang harus dilakukan oleh terapis sebelum menentukan intervensi mana yang akan dilakukan terlebih dahulu.



TAHAP I : ASSESTMENT

Assessment dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan informasi mengenai kondisi pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhannya terhadap pengobatan. Hasil *assessment* ini dapat digunakan oleh terapis sebagai dasar dalam memberikan terapi terhadap pasien. Sebelum intervensi psikologis apapun diberikan kepada pasien, sangat disarankan untuk memberikan lembar kesediaan bagi pasien. Dengan memberikan lembar kesediaan maka terapis menghormati hak pasien untuk memilih apa yang terbaik baginya. Dikarenakan terapi kepatuhan yang dijelaskan dalam modul ini hanya diberikan pada pasien tahap stabilisasi, biasanya persetujuan langsung oleh pasien bisa dilakukan. Akan tetapi jika pasien berada dalam kondisi yang tidak memungkinkan untuk memahami isi dari lembar kesediaan ini, maka terapis wajib meminta kesediaan dari keluarga atau pihak yang bertanggung jawab atas pasien.

General Information

Nama Lengkap :
 Jenis Kelamin :
 Alamat Lengkap :
 Tempat & Tanggal Lahir (Umur) :
 Suku Bangsa :
 Agama :
 Status :
 Pendidikan Terakhir :
 Pekerjaan :
 Diperiksa Atas Permintaan :
 Tanggal Pemeriksaan :

Keluarga

	Ayah	Ibu
Nama*		
Umur		
Suku bangsa		
Agama		
Pendidikan		
Pekerjaan		
Status**		
Perkiraan Sosek		
Keterangan***		

Genogram

Minat/ Hobi :

Bahasa :

Cita-cita :

Aktivitas di Luar Rumah :

Informasi Mengenai Gangguan yang dialami oleh Pasien

Diagnosa :

Onset :

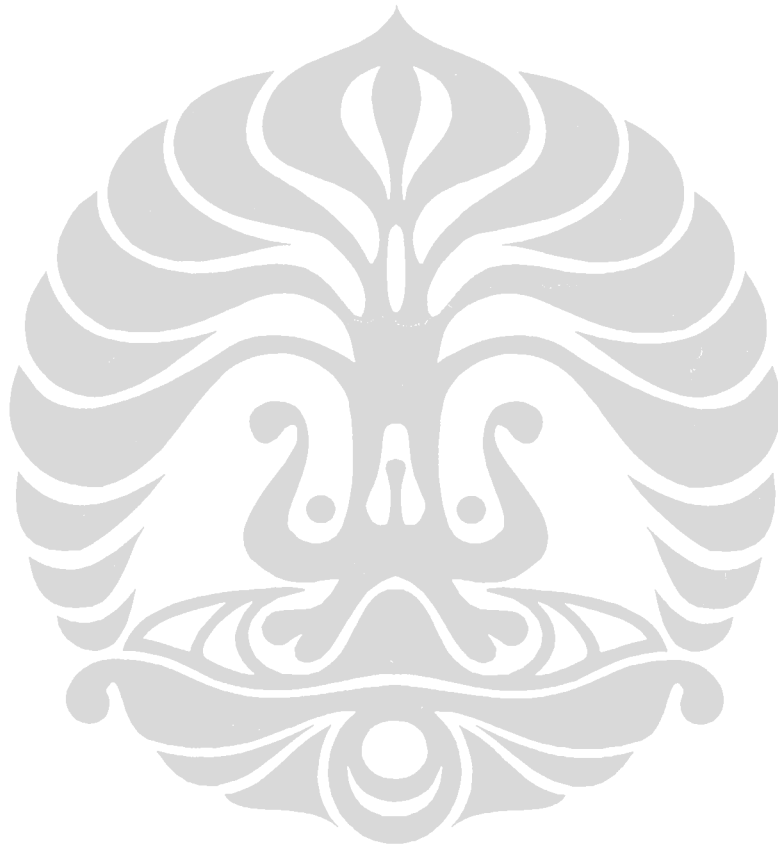
Frekuensi Relaps :

Durasi Rawat Inap Saat ini :

!

Informasi Mengenai Pengobatan dan Perawatan yang diterima oleh pasien

Medikasi (Jenis, efek samping, durasi)



LEMBAR KONTROL

Nama Psikiater/Dokter :

Alamat Dokter :

No Telepon :

Tanggal	Saran Dokter	Jadwal Minum	Tanggal Kontrol Berikutnya

Tanggal	Saran Dokter	Jadwal Minum	Tanggal Kontrol Berikutnya

IDENTITAS

Nama :

Usia :

Jenis Kelamin :

Alamat :

No. Telepon :

Status :

Hobi : 1.

2.

Kelebihan : 1.

2.

3.

Tujuan/Harapan/Cita-cita Saya:

Rencana Untuk Mencapainya :

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Teman Terdekat Saya

Keluarga Terdekat Saya

--	--

Mari Minum Obat.. 😊

Mari Minum Obat.. 😊

	P	S	M	P	S	M	P	S	M
	P	S	M	P	S	M	P	S	M
	P	S	M	P	S	M	P	S	M
	P	S	M	P	S	M	P	S	M
	P	S	M	P	S	M	P	S	M
	P	S	M	P	S	M	P	S	M
	P	S	M	P	S	M	P	S	M

	P	S	M	P	S	M	P	S	M
	P	S	M	P	S	M	P	S	M
	P	S	M	P	S	M	P	S	M
	P	S	M	P	S	M	P	S	M
	P	S	M	P	S	M	P	S	M
	P	S	M	P	S	M	P	S	M
	P	S	M	P	S	M	P	S	M