

EFEK TERAPI PERILAKU, TERAPI KOGNITIF PERILAKU DAN PSIKOEDUKASI KELUARGA PADA KLIEN HALUSINASI MENGGUNAKAN PENDEKATAN TEORI BERUBAH KURT LEWIN

Denny Paul Ricky¹, Budi Anna Keliat², dan Novy Helena C Daulima³

1. Mahasiswa Program Spesialis Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu keperawatan, Universitas Indonesia.
2. Departemen Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia.
3. Departemen Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia.

E-mail: ricky_denny@yahoo.com

ABSTRAK

Halusinasi merupakan diagnosa keperawatan yang terbanyak ditemukan di rumah sakit jiwa. Tujuan karya ilmiah akhir ini untuk mengetahui efek terapi perilaku, terapi kognitif perilaku dan terapi psikoedukasi keluarga pada kemampuan klien dan kemampuan keluarga serta tanda dan gejala klien halusinasi dengan menggunakan pendekatan Model Teori Berubah Kurt Lewin. Metode yang digunakan adalah penerapan terapi perilaku, terapi kognitif perilaku dan psikoedukasi keluarga pada 16 klien. Klien dikelompokkan menjadi tiga kelompok yaitu 8 klien dengan terapi perilaku, 4 klien dengan terapi perilaku dan psikoedukasi keluarga, dan 4 klien dengan terapi kognitif perilaku. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tanda dan gejala yang paling tinggi berkurang serta peningkatan kemampuan klien dan keluarga terlihat pada klien yang mendapatkan terapi kognitif perilaku, diikuti dengan klien yang mendapatkan terapi perilaku dan psikoedukasi pada keluarga dan terakhir pada klien yang mendapatkan terapi perilaku. Terapi kognitif perilaku disarankan menjadi pilihan dalam pemberian terapi spesialis keperawatan jiwa pada klien halusinasi.

Kata kunci:

Halusinasi; Model Teori Berubah Kurt Lewin; Terapi perilaku; terapi kognitif perilaku; terapi psikoedukasi keluarga.

ABSTRACT

Hallucination is the most nursing diagnose found in mental health hospital. The purpose of this scientific report is to determine the effect of behavioral therapy, cognitive behavioral therapy and family psychoeducation therapy on client's skill and signs and symptoms of hallucination using Kurt Lewin's Change Theory Model approach. The method used is the application of behavioral therapy, cognitive behavioral therapy and family psychoeducation to 16 clients with hallucination. Clients are grouped into three groups: 8 clients were given behavioral therapy, 4 clients were given behavioral therapy and family psychoeducation, and 4 clients were given cognitive behavioral therapy. The results showed cognitive behavior therapy increases client's skills and family's skills but reduces most signs and symptoms of hallucination than clients who received behavioral therapy and psychoeducation or client who received behavior therapy only. Cognitive behavior therapy is strongly recommended in treating client with hallucination.

Key words:

Hallucination; Kurt Lewin's Change Theory Model; behavior therapy; cognitive behavior therapy; family psychoeducation therapy.

PENDAHULUAN

Skizofrenia merupakan salah satu bentuk gangguan mental berat yang sering terjadi. Badan Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (2014) mengatakan bahwa 7 per seribu orang mengalami skizofrenia atau sebanyak 24 juta penduduk di dunia menderita skizofrenia. Kelompok usia terbanyak yang menderita skizofrenia adalah kelompok usia 15-35 tahun. Kelompok usia ini termasuk dalam kelompok usia produktif. Klien skizofrenia terbanyak (90%) yang tidak tertangani terdapat di negara-negara berkembang dan lebih dari setengahnya tidak mendapatkan penanganan yang tepat. Data di atas menunjukkan Indonesia sebagai negara berkembang perlu memberikan perhatian khusus dalam penanganan masalah skizofrenia.

Kementerian Kesehatan (2014) dalam Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menuliskan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat, termasuk skizofrenia di Indonesia adalah 1,7 per mil. Propinsi Jawa Barat memiliki prevalensi gangguan jiwa berat sebesar 1,6 per mil sedangkan propinsi DKI Jakarta memiliki prevalensi gangguan jiwa berat sebesar 1,1 per mil. Bila dibandingkan dengan prevalensi propinsi DKI Jakarta dan prevalensi keseluruhan Indonesia, prevalensi di Jawa Barat cukup tinggi sehingga perlu ada upaya untuk menemukan dan merawat klien yang mengalami gangguan jiwa berat di Jawa Barat.

Dampak dari skizofrenia bukan hanya kepada klien sendiri, tetapi hingga kepada negara. Badan kesehatan dunia atau *World Health Organization* (2009) mengatakan bahwa gangguan jiwa memberikan kontribusi sebesar 13% beban secara global. Rata-rata kehilangan hari produktif pada klien dengan gangguan jiwa berat mencapai 31,12 hari. Jumlah penderita gangguan jiwa dan hilangnya hari produktif berdampak kepada peningkatan beban yang harus ditanggung oleh negara. Kerugian ekonomi akibat masalah kesehatan jiwa mencapai angka Rp. 20 triliun dibandingkan dengan jumlah kerugian akibat TBC yang hanya mencapai Rp. 6,2 triliun (Maslim, 2012). Skizofrenia memberikan dampak terhadap

keluarga yaitu timbulnya beban ekonomi, stres emosional dan menimbulkan perasaan tidak pasti/menentu (Fontaine, 2009). Dampak-dampak skizofrenia pada klien dan keluarga memerlukan penanganan yang tepat sehingga klien dapat produktif dan dan mengurangi beban di keluarga bahkan beban negara.

Gejala skizofrenia terbagi menjadi tiga kelompok yaitu gejala positif, gejala negatif dan gejala tak beraturan (*disorganized*). Gejala positif skizofrenia adalah halusinasi, delusi, ataupun curiga. Gejala negatif skizofrenia adalah afek datar, anhedonia, atau kurang perhatian. Gejala tidak beraturan di antaranya bicara inkoheren, atau perilaku yang tidak beraturan seperti pengulangan gerakan tertentu. Gejala ini dapat timbul secara bersamaan. Halusinasi adalah salah satu gejala positif yang paling sering muncul pada klien skizofrenia. Sebanyak 70% klien skizofrenia mengalami halusinasi. Halusinasi yang dialami oleh klien skizofrenia dapat mengancam diri klien atau lingkungan sekitar klien (Salma, 2012; Shieves, 2012). Dari paparan di atas dapat disimpulkan bahwa penanganan halusinasi haruslah tepat sehingga resiko yang diakibatkan oleh halusinasi itu sendiri dapat diminimalkan.

Penanganan klien yang mengalami halusinasi mencakup pengobatan dan psikoterapi. Pengobatan diberikan untuk mengurangi gejala sedangkan psikoterapi diberikan untuk membantu klien memahami, menerima dan menjalani penyakitnya sehingga kualitas hidup klien meningkat (Tribunews, 2013). Obat antipsikotik yang diberikan adalah jenis atipikal dan non atipikal. Psikoterapi meliputi latihan keterampilan, latihan bekerja, psikoterapi pikiran dan perilaku, modifikasi perilaku, program sosial dan upaya keterlibatan masyarakat. Kombinasi antara pengobatan dan psikoterapi dalam penanganan klien halusinasi akan memberikan dampak pada peningkatan kualitas hidup klien dan penurunan gejala (Stuart, 2009). Gambaran penanganan klien halusinasi di atas menunjukkan adanya keterlibatan semua pemberi pelayanan kesehatan jiwa, termasuk keterlibatan keperawatan.

Berbagai penelitian di bidang keperawatan dengan menggunakan tindakan keperawatan spesialis jiwa menunjukkan perbaikan pada kondisi klien halusinasi yang dirawat di rumah sakit. Penelitian yang dilakukan Wahyuni, Keliat dan Yusron (2010) menunjukkan bahwa *cognitive behavior therapy* (CBT) menurunkan tanda dan gejala pada kelompok klien halusinasi yang mendapatkan CBT secara bermakna dibandingkan dengan dengan kelompok klien halusinasi yang tidak mendapatkan CBT. Lelono, Keliat dan Besral (2011) melakukan penelitian tentang efektifitas *cognitive behavior therapy* (CBT) dan *rational emotive behavior therapy* (REBT) terhadap klien dengan diagnosa keperawatan halusinasi, resiko perilaku kekerasan, dan harga diri rendah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi penurunan tanda dan gejala pada kelompok klien yang mendapatkan terapi CBT dan REBT. Tanda dan gejala halusinasi menurun sebesar 52,1% sedangkan kemampuan klien mengatasi halusinasi meningkat mencapai 74,53%. Sudiatmika, Keliat dan Wardani (2011) melakukan penelitian tentang penerapan CBT dan REBT pada klien dengan dignosa keperawatan perilaku kekerasan dan halusinasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi CBT dan REBT menurunkan tanda dan gejala halusinasi sampai 85% serta meningkatkan kemampuan klien hingga 75%. Penelitian-penelitian di atas menunjukkan bahwa terapi spesialis yang dilakukan oleh perawat spesialis jiwa memberikan makna terhadap penurunan tanda dan gejala serta peningkatan kemampuan klien dengan diagnosa halusinasi. Imelisa, Keliat dan Hastono (2012) melakukan penelitian tentang pengaruh asuhan keperawatan pada klien, keluarga dan peran pengawas minum obat terhadap kemandirian dan kepatuhan berobat klien skizofrenia di Kersamanah Garut. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi psikoedukasi keluarga yang diberikan kepada keluarga meningkatkan kemandirian klien skizofrenia. Sari dan Keliat (2009) melakukan penelitian tentang pengaruh *family psychoeducation therapy* terhadap

beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di Kabupaten Bireun Nanggroe Aceh Darussalam. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien serta peningkatan kemandirian klien yang bermakna setelah diberikan terapi psikoedukasi keluarga.

Perawatan yang diberikan oleh penulis selama sembilan minggu di Ruang Perawatan Sadewa RS Marzuki Mahdi Bogor menunjukkan bahwa sebanyak 81,25% klien yang dirawat menderita skizofrenia paranoid dan gejala yang terbanyak adalah halusinasi (81%). Tindakan keperawatan spesialis jiwa yang dilakukan oleh penulis adalah terapi perilaku (*behavior therapy*), terapi kognitif perilaku (*cognitive behavior therapy*) dan terapi psikoedukasi keluarga (*family psychoeducation*). Penurunan tanda dan gejala serta peningkatan kemampuan klien terlihat setelah mendapatkan terapi-terapi tersebut. Penulis ingin menganalisa efek terapi perilaku (*behavior therapy*), terapi kognitif perilaku (*cognitive behavior therapy*) dan terapi psikoedukasi keluarga (*family psychoeducation*) terhadap kemampuan klien, kemampuan keluarga serta tanda dan gejala klien halusinasi.

Tinjauan Teoritis

Model asuhan keperawatan jiwa Stres-Adaptasi Stuart memandang perilaku manusia sebagai intergrasi atau gabungan dari aspek biologis, psikologis dan sosial budaya. Asuhan keperawatan yang menyeluruh selalu melihat dari seluruh aspek individu dan lingkungannya. Gambar model asuhan keperawatan jiwa Stres-Adaptasi Stuart dapat dilihat pada gambar 2.1. Komponen-komponen biopsikososial Model Stres-Adaptasi Stuart terdiri dari faktor predisposisi, stresor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping, mekanisme koping (Stuart, 2009).

Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor-faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan sumber yang dimiliki oleh klien untuk mengatasi stres. Faktor ini dapat bersumber dari biologis, psikologis dan sosial budaya. Faktor-faktor ini saling berkaitan satu dengan yang lainnya dan mendasari nilai

dan arti yang dianut oleh klien terhadap pengalaman-pengalaman yang dialaminya. Faktor predisposisi biologis meliputi latar belakang genetik, status nutrisi, sensitivitas biologis, kondisi kesehatan umum dan paparan terhadap zat racun. Faktor predisposisi psikologis meliputi tingkat kecerdasan, kemampuan berkomunikasi, moral, kepribadian, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pola pertahanan psikologis, *locus of control* atau kemampuan mengontrol diri. Faktor predisposisi sosial budaya meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan, pekerjaan, status sosial, latar belakang budaya, nilai kepercayaan dan agama yang dianut, keterlibatan dalam politik, pengalaman dalam bersosialisasi dan tingkatan hubungan sosial.

Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai suatu kesempatan, tantangan, ancaman/tuntutan. Stimulus tersebut memerlukan lebih banyak energi sehingga menyebabkan ketegangan dan stres. Faktor presipitasi ini dapat bersifat biologis, psikologis ataupun sosial budaya dan dapat berasal dari lingkungan dalam klien atau lingkungan luar klien. Stresor presipitasi harus dikaji lebih dalam lagi seperti kapan terjadinya, berapa lama klien mengalami stresor, frekwensi terjadinya stresor, dan jumlah stresor yang dialami oleh klien dalam satu kurun waktu tertentu (Stuart, 2009).

Penilaian terhadap stresor

Penilaian terhadap stresor menentukan arti dan pemahaman individu terhadap dampak stresor dalam kehidupannya. Penilaian terhadap stresor merupakan evaluasi terhadap situasi tertentu yang berhubungan dengan kehidupan klien. Penilaian terhadap stresor meliputi lima bagian yaitu respon kognitif, respon afektif, respon fisiologis, respon perilaku dan respon sosial (Stuart, 2009).

Respon kognitif merupakan bagianterpenting dari model ini. Faktor kognitif sangat mempengaruhi bentuk adaptasi yang akan muncul pada klien. Respon kognitif terhadap stresor dapat berupa kehilangan, ancaman ataupun

kesempatan. Individu yang mempersepsikan stresor sebagai kesempatan memiliki kemampuan untuk bertahan dalam menghadapi stresor.

Respon afektif merupakan respon yang terlihat pada perasaan seseorang. Respon individu terhadap stresor dapat bermacam-macam seperti senang, sedih, marah, ketakutan, sikap menerima, sikap tidak percaya, ataupun melakukan antisipasi. Respon emosi juga dijabarkan sesuai karakteristiknya seperti jenis, durasi, dan intensitasnya. Stuart (2009) menuliskan bahwa individu yang memiliki daya tilik yang baik, optimis dan memiliki pemikiran yang positif dalam menghadapi stresor akan mampu mempertahankan perasaannya dan mencapai hidup yang lebih lama.

Respon perilaku merupakan suatu reflek dari respon emosi dan perubahan fisiologis sebagai suatu kemampuan analisis kognitif dalam menghadapi situasi yang *stressful* (Stuart, 2009). Respon perilaku yang dapat ditampilkan oleh individu dalam menghadapi stresor terlihat dalam empat fase yaitu menghindar, mengubah situasi atau lingkungan, timbulnya emosi yang kurang menyenangkan dan penyesuaian perilaku terhadap kejadian atau stresor.

Stuart (2009) menuliskan ada 3 respon sosial yang ditampilkan saat individu menghadapi stresor yaitu mencari arti, *social attribution* dan membandingkan. Saat klien mencari arti, klien akan mencari informasi terkait dengan masalah yang dihadapinya sehingga klien menemukan mekanisme kopingnya yang sesuai dengan masalah yang dihadapinya. *Social attribution* berarti individu mencari informasi tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan situasi tersebut. Individu yang merasa bahwa dia tidak mampu mengatasi masalah yang dihadapinya akan menilai bahwa masalah tersebut menyebabkan kegagalan, menyalahkan dirinya dan pada akhirnya menarik diri dari hubungan sosial. Klien juga dapat membandingkan apa yang dilakukan oleh orang lain pada situasi yang sama dengan yang dihadapinya. Hal ini membutuhkan adanya hubungan interpersonal dengan orang lain.

Sumber Koping

Sumber koping merupakan kekuatan yang dimiliki individu dalam berepon terhadap berbagai stresor yang dihadapi. Dengan mengetahui sumber koping yang dimiliki klien perawat dapat menentukan tindakan yang tepat dalam melakukan asuhan keperawatan. Sumber koping terdiri dari kemampuan individu (*personal abilities*), dukungan sosial (*social support*), ketersediaan materi (*material assets*), dan kepercayaan atau *positive beliefs* (Stuart, 2009).

Kemampuan individu (*personal abilities*) merupakan hal-hal yang terkait individu itu sendiri dalam memecahkan masalah, seperti motivasi, pengetahuan, kemampuan memecahkan masalah dan lain-lain. Kemampuan yang diharapkan pada klien dengan ketidakberdayaan nantinya yaitu kemampuan klien tersebut dalam mengenal dan mengontrol rasa tidak berdaya yang dialaminya. Dukungan sosial (*social support*) adalah dukungan untuk individu yang didapat dari keluarga, teman, kelompok atau orang-orang disekitar klien dan dukungan terbaik yang diperlukan oleh klien adalah dukungan dari keluarga. Ketersediaan materi (*material assets*) antara lain yaitu akses pelayanan kesehatan, dana atau finansial yang memadai, asuransi, jaminan pelayanan kesehatan dan lain-lain. Kepercayaan (*positive beliefs*) merupakan keyakinan spiritual dan gambaran positif seseorang sehingga dapat menjadi dasar dari harapan yang dapat mempertahankan koping adaptif walaupun dalam kondisi penuh stresor.

Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah beberapa usaha yang secara langsung dilakukan individu untuk manajemen stress yang dihadapi. Ada 3 (tiga) tipe mekanisme koping menurut Stuart (2009), yaitu koping mekanisme yang berfokus pada masalah, koping mekanisme yang berfokus pada kognitif dan koping mekanisme yang berfokus pada emosi. Mekanisme koping dapat bersifat konstruktif dan destruktif. Dikatakan konstruktif apabila seseorang menerima stresor tersebut sebagai suatu tantangan untuk dapat menyelesaikannya.

Dikatakan destruktif apabila upaya yang dilakukan tidak untuk menyelesaikan masalah bahkan menghindar (Stuart, 2009).

Teori Berubah Kurt Lewin (*Change Theory*)

Teori ini mengemukakan tiga tahapan model dalam berubah yaitu *unfreezing*, *change*, dan *refreezing*. *Unfreezing* adalah proses menemukan metode baru untuk mengubah cara-cara lama yang tidak berhasil atau memberikan hasil. Tahapan ini diperlukan untuk mengurangi tahanan dari individu atau kelompok untuk berubah. Tahapan ini dapat dicapai dengan menggunakan tiga metode yaitu meningkatkan *driving force*, mengurangi *restraining force* dan kombinasi dari dua metode tersebut. *Change* atau *movement* adalah proses perubahan pikiran, perasaan dan perilaku menjadi lebih produktif atau berhasil. *Refreezing* adalah menetapkan perubahan sebagai kebiasaan baru sehingga tidak kembali ke perilaku yang lama. (Peterson dan Bredow, 2004; McEwen dan Wills, 2011).

Tiga konsep yang dikembangkan oleh Lewin dalam teorinya yaitu *driving force*, *restraining force* dan *equilibrium*. *Driving force* adalah semua upaya yang dilakukan agar terjadi perubahan. Upaya ini membantu terjadinya perubahan karena upaya ini mendorong atau memotivasi klien untuk berubah. Upaya ini menyebabkan keseimbangan bergerak ke arah terjadinya perubahan. *Restraining force* adalah upaya yang menghambat terjadinya perubahan. Upaya ini mendorong klien tidak ke arah perubahan. *Equilibrium* adalah keadaan dimana besaran *driving force* sama dengan besaran *restraining force* sehingga tidak terjadi perubahan. Perubahan dapat terjadi apabila ada perbedaan antara *driving force* dengan *restraining force* (Peterson dan Bredow, 2004; McEwen dan Wills, 2011).

Skizofrenia

Terjadinya skizofrenia tidak semata-mata diakibatkan oleh satu faktor tetapi interaksi beberapa faktor. Faktor yang berkontribusi dalam kejadian skizofrenia terbagi menjadi dua bagian yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi (Stuart, 2009; Shieves,

2012). Selanjutnya akan dibahas faktor predisposisi, faktor presipitasi dan tanda dan gejala skizofrenia.

Faktor Predisposisi Skizofrenia

Faktor predisposisi pada skizofrenia melibatkan gangguan otak yang kompleks pada neurotransmitter, kelainan anatomis, gangguan listrik otak dan regulasi syaraf yang disebabkan oleh berbagai faktor predisposisi yaitu genetik, infeksi virus, dan gangguan perkembangan syaraf (Stuart, 2009; Shieves, 2012).

Genetik

Gen yang menyebabkan terjadinya skizofrenia belum dapat dipastikan tetapi ada tiga hipotesa yang menyebutkan kemungkinan lokasi dan mekanisme yang terlibat dalam terjadinya skizofrenia. Tiga hipotesa tersebut yaitu terjadinya mutasi gen pada deoksiribonucleic acid (DNA) berulang saat proses penggandaan (replikasi) gen-gen; adanya perubahan pada kromosom nomor 6 dan kromosom yang berhubungan dengan kromosom nomor 4, 8, 15 dan 22; dan adanya aktivitas gen GAD1 pada perkembangan korteks prefrontal yang menghasilkan gamma aminobutyric acid/GABA (Stuart, 2009).

Seseorang yang memiliki saudara kandung yang mengalami skizofrenia memiliki resiko secara genetik menderita skizofrenia sebesar 10-20% atau beresiko menderita skizofrenia sebesar 40% apabila memiliki orang tua kandung atau saudara kembar yang mengalami skizofrenia. Peneliti juga menemukan bahwa pada seorang yang menderita satu jenis skizofrenia terdapat delesi pada kromosom 21q1, dan adanya perubahan pada kromosom nomor 13 dan 8 (Shives, 2012). Kelainan genetik baik pada kromosom atau pada proses pembentukan gen memberikan kontribusi seseorang beresiko menderita skizofrenia.

Neurobiologis

Kelainan atau gangguan pada anatomi, fungsi dan kimia syaraf membuat seseorang beresiko menderita skizofrenia. Klien yang menderita skizofrenia sepenuhnya tidak mengalami perkembangan pada korteks prefrontal dan korteks limbik. Terdapat juga penurunan volume otak, fungsi otak yang terganggu dan gangguan pada sistem neurotransmitter. Gangguan perkembangan

dan kerusakan pada korteks tersebut menyebabkan timbulnya gejala dan tanda pada klien skizofrenia. Lesi pada korteks bagian frontal, temporal dan limbik menyebabkan gangguan neurotransmitter pada ketiga korteks tersebut. Gangguan aliran darah pada ketiga bagian korteks otak tersebut menyebabkan terjadinya atrofi sehingga menyebabkan gangguan perkembangan otak (Stuart, 2009).

Gangguan pada lobus frontal juga memberikan dampak pada talamus. Talamus yang berfungsi sebagai penyaring dalam proses informasi di otak menjadi lebih kecil ukurannya dan fungsinya berkurang. Hal ini menyebabkan klien skizofrenia tidak mampu menyaring informasi yang ditangkap oleh panca indera.

Gangguan pada neurotransmitter atau regulasi yang mengatur neurotransmitter di otak menyebabkan seseorang mengalami skizofrenia. Neurotransmitter yang sangat berperan adalah dopamin dan serotonin. Dopamin merupakan neurotransmitter yang sangat penting saat individu menghadapi stres dan neurotransmitter ini berhubungan dengan sistem limbik. Dopamin yang berlebihan menyebabkan impuls syaraf yang berlebihan dan menyebabkan terjadinya halusinasi dan delusi. Serotonin adalah neurotransmitter yang mengatur efek dopamin. Neurotransmitter lainnya adalah glutamat. Reseptor glutamat terdapat hampir di seluruh area otak. Gangguan pada reseptor ini menyebabkan timbulnya berbagai kelainan neurologis dan psikiatrik (Stuart, 2009; Shieves, 2012).

Infeksi virus

Penyakit yang diakibatkan oleh virus seperti virus influenza yang didapati pada kehamilan trimester pertama memberikan resiko janin mengalami skizofrenia di kemudian hari walaupun tidak terjadi pada setiap orang (Stuart, 2009).

Gangguan perkembangan syaraf

Perkembangan sel syaraf dan sistem syaraf terjadi pada trimester pertama kehamilan. Gangguan perkembangan syaraf dapat terjadi saat masa kandungan. Kekurangan oksigenasi pada otak, infeksi, keracunan zat toksin, malnutrisi pada trimester pertama kehamilan menyebabkan gangguan

perkembangan syaraf. Trauma dan jejas yang terjadi pada trimester kedua sampai saat lahir juga memberikan dampak seseorang beresiko mengalami kerusakan sel syaraf. Gangguan perkembangan sel syaraf di atas menyebabkan terjadinya gangguan pematangan otak selama masa kanak-kanak hingga dewasa (Shives, 2012; Stuart, 2009).

Faktor Presipitasi Skizofrenia

Stresor presipitasi skizofrenia dapat berhubungan dengan kondisi kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku (Stuart, 2009). Stresor tersebut dapat dilihat pada tabel 2.1.

Tabel 1 Stresor presipitasi skizofrenia

Kondisi Kesehatan:	Lingkungan:	Sikap/Perilaku:
Kekurangan nutrisi	Lingkungan yang bermasalah	Konsep diri yang rendah
Kurang istirahat	Masalah perumahan	Kurang percaya diri
Irama sirkadia yang terganggu	Perubahan dalam hidup, pola aktivitas harian	Kurangnya kemampuan memotivasi diri
Kelelahan	Masalah interpersonal	Tidak mampu memenuhi kebutuhan spiritual
Infeksi	Isolasi sosial	Tidak memiliki kemampuan bersosialisasi
Obat-obat pada sistem syaraf	Kurangnya dukungan sosial	Perilaku kekerasan
Kurang berolah raga	Tekanan pekerjaan	Tidak taat dalam pengobatan
Hambatan dalam mengakses layanan kesehatan	Stigma	
	Masalah ekonomi	
	pengangguran	

Sumber: Shieves, L. R. (2012).

Tanda dan Gejala Skizofrenia

Tanda dan gejala skizofrenia terbagi menjadi dua bagian yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif merujuk kepada perilaku yang berlebihan dan tidak ditemukan sebelumnya pada klien. Gejala negatif merujuk kepada hilangnya fungsi

seseorang yang sebelumnya ditemukan pada klien (Fontaine, 2009; Shieves, 2012). Gejala positif dan gejala negatif dari skizofrenia dapat dilihat pada tabel 2. 2. Halusinasi merupakan salah satu gejala positif yang ditampilkan oleh klien yang mengalami skizofrenia.

Tabel 2 Gejala positif dan gejala negatif Skizofrenia

Gejala Positif	Gejala Negatif
Delusi	Anhedonia
Halusinasi	Anergia
Hiperaktif	Kontak mata kurang
Perilaku kekerasan	Kurang mampu melakukan aktivitas harian
Disorganisasi pikiran	Afek tumpul/datar
Agitasi	Sulit memulai pembicaraan
Keinginan melakukan bunuh diri	Isolasi sosial
	Kurang motivasi

Sumber: Fontaine, (2009); Shieves, L. R. (2012). Telah diolah kembali.

Halusinasi

Halusinasi adalah timbulnya penglihatan, pendengaran, perabaan, penciuman dan pengecapan pada organ sensori tanpa adanya stimulus eksternal. Apa yang dirasakan oleh klien merupakan hal yang nyata (Fontaine, 2009). Halusinasi adalah persepsi sensori yang timbul tanpa

adanyanya stimulus eksternal (Shieves, 2012). Halusinasi adalah pengalaman sensori yang salah, distorsi persepsi yang salah yang terjadi sebagai respon neurobiologis yang maladaptif (Stuart, 2009). Penulis menyimpulkan dari tiga sumber di atas bahwa halusinasi adalah kesalahan persepsi sensori seseorang yang

muncul tanpa adanya stimulus eksternal pada panca indera

Faktor Predisposisi halusinasi

Faktor predisposisi terjadinya halusinasi terdiri dari faktor biologi, psikologis dan sosial budaya (Stuart & Laraia, 2005; Fontaine, 2009; Shieves, 2012).

a. Biologis

- Latar belakang genetik
- Riwayat prenatal karena trauma, infeksi virus, intoksikasi obat, alkohol, penyakit, premature, malnutrisi

b. Psikologis

- Riwayat konflik keluarga (*Lapas, broken home*)
- Kepribadian (mudah kecewa, mudah putus asa, kecemasan tinggi, menutup diri)
- Penolakan masa lalu yang buruk
- Gangguan konsep diri
- Riwayat kegagalan & kurang penghargaan
- Pertahanan psikologi rendah
- Riwayat tidak bisa mengontrol stimulus yang datang (suara, rabaan, penglihatan, penciuman, pengecap, gerakan)

c. Sosial budaya

- Tugas perkembangan yang tidak selesai
- Riwayat putus/ gagal sekolah
- Riwayat ketidakjelasan identitas & peran

- Pekerjaan *stressfull*
- Kehidupan terisolasi
- Stigma masyarakat
- Riwayat tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin
- Perubahan dalam kehidupan (bencana, kerusuhan, dll)
- Riwayat sulit mempertahankan hubungan interpersonal

Faktor presipitasi

- Semua factor biologis, psikologis dan social budaya yang ada pada factor predisposisi terjadi pada saat ini dan pada kondisi yang tidak tepat serta berulang
- Support system* kurang
- Jumlah stressor dan kualitas stressor tinggi

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah kuasi eksperimen dengan menggunakan tiga kelompok klien halusinasi. Klien yang terlibat dalam penelitian ini adalah sebanyak 16 orang dan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu kelompok klien yang mendapatkan terapi perilaku sebanyak 8 orang, kelompok klien yang mendapatkan terapi perilaku dan psikoedukasi keluarga sebanyak 4 orang dan kelompok klien yang mendapatkan terapi kognitif perilaku sebanyak 4 orang. Penelitian dilakukan selama sembilan minggu di Ruang Sadewa RSMM Bogor.

HASIL PENELITIAN

Tabel 3 Usia klien halusinasi di Ruang Sadewa RSMM Bogor

Variabel	Kelompok	Mean	Median	SD	SE	Min-Maks	t	df	<i>p-value</i>
Usia Klien	BT	36	33	15.08	5.33	20-59	-	16	0.200
	BT+FPE	40	40.5	11.57	5.78	29-50			
	CBT	33	34	9.21	4.6	22-43			
	Total	36	33	12.49	3.12	20-59			

Tabel 3 menunjukkan bahwa rata-rata usia klien adalah 36 tahun (MD: -0.048; 95% CI: 3.41-3.79) dengan standar deviasi: 12.49 tahun. Usia termuda klien adalah 20 tahun dan tertua adalah 59 tahun.

Tabel 4 menunjukkan bahwa jenis kelamin klien terbanyak adalah wanita (68.75%), klien tidak bekerja (62.5%), klien belum menikah (62.5%), pendidikan terakhir klien terbanyak adalah SMA (56.25%). Agama klien terbanyak adalah islam (81.25%),

suku terbanyak adalah sunda (43.75%), domisili terbanyak klien adalah berasal dari luar Bogor (62.5%) dan diagnosa medis terbanyak pada klien adalah skizofrenia paranoid (93.75%). Diagnosa keperawatan terbanyak adalah halusinasi (100%). Data klien didapatkan dari rekam medis klien,

hasil wawancara dengan klien, wawancara dengan keluarga klien serta wawancara dengan psikiater yang merawat klien. Informasi diagnosa medis klien sebagian besar didapatkan dari psikiater yang merawat klien dan catatan rekam medis klien yang paling terkini.

Tabel 4 Jenis kelamin, pekerjaan, status pernikahan, pendidikan, agama, suku, domisili klien halusinasi di Ruang Sadewa RSMM Bogor

No	Karakteristik	Jumlah	Persentasi (%)
1	Jenis kelamin		
	a. Laki-laki	5	31.25
	b. Wanita	11	68.75
2	Pekerjaan		
	a. Bekerja	6	37.5
	b. Tidak bekerja	10	62.5
3	Status perkawinan		
	a. Menikah	3	18.75
	b. Belum menikah	10	62.5
	c. Cerai/Duda/Janda	3	18.75
4	Pendidikan		
	a. SD	2	12.5
	b. SLTP	3	18.75
	c. SLTA	9	56.25
	d. PT	2	12.5
5	Agama		
	a. Islam	13	81.25
	b. Kristen	1	6.25
	c. Budha	2	12.5
6	Suku		
	a. Sunda	7	43.75
	b. Tionghoa	2	12.5
	c. Batak	1	6.25
	d. Jawa	4	25
	e. Dayak	1	6.25
	f. Padang	1	6.25
7	Domisili		
	a. Kota/Kabupaten Bogor	6	37.5
	b. Luar kota/Kabupaten Bogor	10	62.5
8	Diagnosa Medis		
	a. Skizofrenia Paranoid	15	93.75
	b. Skizofrenia Afektif	1	6.25
9	Diagnosa Keperawatan:		
	a. Halusinasi	16	100
	b. Resiko perilaku kekerasan	9	56.25
	c. Isolasi sosial	8	50
	d. Waham	2	12.5
	e. Defisit perawatan diri	5	31.25

Faktor Predisposisi Klien Halusinasi

Tabel 5 Faktor predisposisi klien dengan halusinasi di Ruang Sadewa RS Marzoeki Mahdi Bogor

Faktor Predisposisi	Jumlah	Persentasi (%)
Biologis:		
a. Riwayat gangguan jiwa	13	81.25
b. Trauma kepala	2	12.5
c. Penggunaan napza	1	6.25
d. Riwayat herediter	5	31.25
Psikologis:		
a. Perasaan kehilangan	9	56.25
b. Perasaan gagal; rendah diri	7	43.75
Sosial Budaya:		
a. Masalah ekonomi	10	62.5
b. Tidak menikah	10	62.5
c. Konflik keluarga	3	18.75
d. Masalah pendidikan	5	31.25

Tabel 5 menunjukkan faktor predisposisi terbanyak secara keseluruhan adalah adanya riwayat gangguan jiwa sebelumnya (81.25%) sekaligus menjadi faktor presipitasi biologis terbanyak. Perasaan kehilangan merupakan faktor predisposisi

psikologis terbanyak (56.25%) pada klien halusinasi sedangkan masalah ekonomi dan tidak menikah (62.5%) merupakan faktor predisposisi sosial budaya terbanyak pada klien halusinasi.

Faktor Presipitasi

Tabel 6 Faktor presipitasi klien dengan halusinasi di Ruang Sadewa RS Marzoeki Mahdi Bogor

Faktor Presipitasi	Jumlah	Persentasi (%)
Biologis:		
a. Putus obat	16	100
b. Penyakit fisik	1	6.25
Psikologis:		
a. Merasa tidak dihargai	6	37.5
b. Keinginan tidak tercapai	1	6.25
c. Merasa tidak mampu	5	31.25
Sosial Budaya:		
a. Masalah ekonomi	9	56.25
b. Konflik dengan orang lain	5	31.25
c. Kehilangan orangtua/Perceraian	2	12.5

Tabel 6 menunjukkan faktor presipitasi terbanyak secara keseluruhan adalah putus obat (100%) sekaligus menjadi faktor presipitasi biologis terbanyak. Perasaan tidak dihargai merupakan faktor presipitasi

psikologis terbanyak (37.5%) pada klien halusinasi sedangkan masalah ekonomi (56.25%) merupakan faktor predisposisi sosial budaya terbanyak pada klien halusinasi.

Tabel 7
Rata-rata Respon Terhadap Stresor
Setelah Asuhan Keperawatan Spesialis

Respon	Terapi Perilaku	Terapi Perilaku dan Psikoedukasi Keluarga	Terapi kognitif Perilaku
Kognitif	6.75	1.75	0.25
Afektif	1.25	0.25	0.00
Fisiologis	0.6	0.0	0.0
Perilaku	3.0	0.5	0.25
Sosial	2.75	0.25	0.0

Tabel 7 menunjukkan perubahan rata-rata respon terhadap stresor pada setiap kelompok klien. Kelompok klien yang mendapatkan terapi kognitif perilaku menunjukkan rata-rata respon terhadap stresor lebih rendah dibandingkan kelompok klien yang mendapatkan terapi perilaku atau gabungan terapi perilaku dan psikoedukasi keluarga.

PEMBAHASAN

Rata-rata usia klien yang mengalami halusinasi adalah usia 36 tahun dan berjenis kelamin wanita. Penelitian yang dilakukan oleh Ranjan et al (2010) pada klien skizofrenia yang mengalami halusinasi di India menunjukkan bahwa sebagian besar klien berusia antara 21-40 tahun. Penelitian yang dilakukan oleh Koeda et al (2012) pada klien skizofrenia yang mengalami halusinasi menunjukkan bahwa usia klien berada pada rentang usia 25-44 tahun dan berjenis kelamin perempuan. Gejala skizofrenia terjadi pada awal usia dewasa lanjut (Fontaine, 2009; Shives, 2012). Klien yang mengalami halusinasi termasuk dalam tahap dewasa akhir dengan rentang usia 36-45 tahun.

Status pekerjaan klien terbanyak adalah belum bekerja. Penelitian yang dilakukan oleh Koeda et al (2012) juga menunjukkan bahwa klien skizofrenia yang bunuh diri umumnya melakukan tindakan bunuh diri akibat halusinasi dan sebagian besar klien tidak bekerja. Penelitian Pacheco (2009) memberikan gambaran bahwa 50% klien skizofrenia tidak bekerja atau berhenti bekerja karena penyakitnya. Paparan di atas menunjukkan bahwa klien halusinasi secara

umum tidak bekerja atau sudah berhenti dari pekerjaannya.

Status pernikahan klien terbanyak adalah tidak menikah. Xiang et al (2011) mengadakan penelitian tentang profil demografi pada klien skizofrenia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa status pernikahan sangat erat hubungannya dengan prevalensi skizofrenia. Penelitian yang dilakukan oleh Pacheco et al (2009) menunjukkan bahwa klien skizofrenia kebanyakan tidak menikah atau hidup sendiri tanpa pasangan hidup. Kedua hasil di atas menunjukkan bahwa belum menikah atau tidak memiliki pasangan hidup merupakan salah satu ciri klien yang mengalami skizofrenia. Tidak menikah dan memiliki kepribadian tertutup membuat klien merasa sendiri dan hidup dalam dunianya. Masalah yang dihadapi tidak dapat dibagikan kepada orang lain. Hal ini membuat klien menarik diri dari kegiatan atau interaksi sosial dan membuat klien mengalami halusinasi.

Faktor Predisposisi dan Presipitasi

Faktor predisposisi terbanyak pada klien halusinasi adalah adanya riwayat gangguan jiwa sebelumnya. Xiang et al (2010) mengadakan penelitian kepada klien skizofrenia yang klien skizofrenia yang masuk kembali ke rumah sakit (kambuh). Hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya riwayat penyakit jiwa sebelumnya merupakan salah satu faktor yang membuat klien dirawat kembali di rumah sakit. Hasil penelitian ini juga menegaskan bahwa kekambuhan klien juga dipengaruhi oleh ketidaktaatan klien dalam pengobatan, adanya efek samping obat yang dirasakan oleh klien dan sikap klien skizofrenia itu

sendiri. Beberapa klien yang dirawat mengeluhkan efek samping yang dirasakan seperti kekakuan pada lidah serta air liur yang keluar terus menerus. Hal ini menimbulkan pemikiran negatif pada klien bahwa obat yang diberikan malah memberikan dampak negatif bagi klien. Efek samping yang dirasakan oleh klien jarang disampaikan pada psikiater saat klien berobat jalan. Selain itu juga klien jarang dibawa ke rumah sakit saat jadwal kontrol oleh keluarga karena jarak yang jauh dan keluarga merasa repot membawa klien ke rumah sakit.

Faktor presipitasi terbanyak adalah putus obat. Hasil penelitian Schmidt-Kraepelin, Janssen, dan Gaebel (2009) tentang pencegahan berulangnya klien skizofrenia menunjukkan bahwa penyebab kekambuhan klien dalam waktu kurang dari satu tahun adalah ketidaktaatan klien dalam pengobatan dan terapi. Ketidaktaatan dalam pengobatan disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor yang berhubungan dengan klien, faktor yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan, faktor yang berhubungan dengan sosioekonomi dan faktor yang berhubungan dengan pengobatan. Faktor yang berhubungan dengan klien seperti penyalahgunaan obat, lupa, cemas akibat efek samping obat, kurang pengetahuan, kurangnya *insight*, kurang motivasi dan ketakutan terhadap stigma. Faktor yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan meliputi hubungan yang kurang baik antara klien dan petugas kesehatan, buruknya layanan dan akses ke layanan kesehatan, dan kurangnya petugas kesehatan yang terlatih. Faktor yang berhubungan dengan sosioekonomi meliputi buta huruf dan rendahnya tingkat pendidikan. Faktor yang berhubungan dengan pengobatan meliputi jumlah obat yang banyak dan kompleksitas pengobatan (Rababa'h & Alhmoud, 2013). Penelitian yang dilakukan oleh Faktor klien yang sangat berpengaruh dengan ketaatan pengobatan yaitu penyangkalan terhadap penyakit yang dideritadan kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan pengobatan. penolakan terhadap Klien umumnya menghentikan pengobatan atau tidak mengikuti terapi setelah pulang dari

rumah sakit. Markowitz et al (2013) menuliskan bahwa kebanyakan klien mengalami kekambuhan kurang dari 60 hari dikarenakan klien tinggal sendirian dan mengatur pengobatan sendirian. Kekambuhan diakibatkan oleh ketidaktaatan klien dalam pengobatan antipsikotik dan beban ekonomi yang harus ditanggung oleh klien setelah klien keluar dari rumah sakit. Kebanyakan faktor yang mempengaruhi klien putus obat adalah masalah ekonomi. Walaupun klien menggunakan BPJS dalam pembiayaan, biaya transportasi dari rumah klien ke rumah sakit memerlukan biaya yang tidak sedikit. Beberapa keluarga mengeluhkan ketersediaan obat-obat di tempat tinggal klien sehingga keluarga memutuskan untuk tidak melanjutkan pengobatan. Faktor lain adalah faktor somatik. Seorang klien akan memutuskan pengobatan bila gejala tidak dirasakan lagi (Lubkin dan Larsen, 2009). Kebanyakan keluarga tidak mengetahui tanda dan gejala kekambuhan dan menganggap bahwa bila gejala tidak muncul berarti pengobatan tidak perlu dilanjutkan lagi. Model Teori Berubah Kurt Lewin menunjukkan pengaruh status ekonomi sebagai *driving force* memberikan dampak pada terjadinya perubahan. Kurangnya daya dorong *driving force* menyebabkan tidak terjadi adanya perubahan atau malah bergeser ke arah perburukan.

Keterlibatan layanan kesehatan lanjutan di masyarakat sangat diperlukan dalam mengatasi kekambuhan ini. Badan Kesehatan Dunia menegaskan bahwa pelayanan kesehatan primer harus menjadi ujung tombak dalam pemberian pelayanan kesehatan jiwa. Artinya, masyarakat, keluarga atau individu harus mempunyai akses terhadap layanan kesehatan jiwa di tingkat dasar sehingga perawatan dan pengobatan dapat berjalan secara berkesinambungan (WHO, 2009).

Keluarga memiliki peran dalam pencegahan kekambuhan. Keluarga klien halusinasi belum memiliki kemampuan dalam merawat klien walaupun klien sudah berulang dirawat di rumah sakit. Hasil wawancara dengan keluarga menunjukkan bahwa keluarga sering lupa cara merawat klien di

rumah, jarang melakukan kunjungan ke rumah sakit dan *leaflet* yang diberikan oleh perawat di ruangan hilang. Hal ini menyebabkan keluarga tidak tahu saat klien berada di rumah, adanya perasaan takut bila klien di rumah, tidak tahu tanda kekambuhan serta tidak tahu menciptakan lingkungan yang kondusif bagi perawatan lanjutan klien di rumah. Sebagian besar perawat pelaksana belum melakukan edukasi kepada keluarga saat keluarga datang ke rumah sakit tetapi lebih banyak menitikberatkan pada perawatan yang telah dilakukan di rumah sakit dan kondisi klien saat ini. Peran perawat dalam edukasi keluarga sangat penting. Hal ini dapat dilihat dari naiknya kemampuan generalis keluarga dan kemampuan spesialis keluarga setelah dilakukan terapi kepada keluarga.

Pencapaian kemampuan klien dengan halusinasi sebelum dan sesudah diberikan terapi perilaku (*behavior therapy*)

Pencapaian kemampuan klien dalam terapi perilaku mengalami peningkatan sebesar 1.625 poin. Pemberian latihan identifikasi perilaku maladaptif yang ditimbulkan akibat pengalaman halusinasinya, membantu klien mengenali perilaku yang tidak tepat. Hal ini membantu klien untuk membuat kesepakatan merubah perilaku yang akan dirubah. Pada teori berubah, khususnya pada fase *unfreezing*, klien diharapkan menyadari kebutuhan untuk berubah terkait dengan perilaku yang tidak tepat (Lewin, 1951 dalam Peterson dan Bredow, 2004). Klien dengan halusinasi pada kasus kelolaan ini sebagian besar menunjukkan perilaku bicara sendiri. Pengenalan klien terhadap perilaku yang tidak tepat yang akan dirubah meningkatkan kebutuhan klien untuk mengganti perilaku yang tidak tepat tersebut dengan perilaku baru dan mempermudah klien membuat kesepakatan. Kesepakatan antara klien dan terapis terhadap perilaku yang akan dirubah adalah kunci keberhasilan untuk belajar perilaku baru (Parendrawati, Keliat dan Haryati; 2008). Kesepakatan dengan klien akan membantu klien latihan perilaku baru untuk mengatasi halusinasi. Perilaku baru yang diajarkan klien untuk mengendalikan halusinasi adalah melakukan aktivitas

harian dan bercakap-cakap. Pembudayaan perilaku baru tersebut mampu mendistraksi halusinasinya sehingga menurunkan tanda dan gejala halusinasi.

Pencapaian kemampuan klien dengan halusinasi sebelum dan sesudah diberikan terapi kognitif-perilaku (*Cognitive Behavior Therapy*)

Halusinasi yang dialami klien dapat menjadi pengalaman yang tidak menyenangkan. Pengalaman yang tidak menyenangkan ini bisa mengganggu pelaksanaan aktivitas harian klien, selain bisa mengganggu pemenuhan kebutuhan tidur, perawatan diri dan serta nutrisi klien. Halusinasi yang isinya menyenangkan juga bisa menjadi pengalaman yang tidak menyenangkan karena terganggunya fungsi sosial klien. Kondisi tersebut diatas dapat menimbulkan atau berdampak pada munculnya labeling diri, bahwa klien tidak sanggup mengatasi masalah halusinasi yang sedang dialami. Ketidakberdayaan klien sering berdampak pada munculnya pikiran otomatis negatif. Pikiran otomatis negatif berdampak perilaku maladaptif lain yang akan memperparah halusinasinya. Pemberian *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) pada klien halusinasi yang disertai pikiran otomatis negatif sangat tepat. Selain mengajarkan perilaku baru untuk mengendalikan halusinasi juga diajarkan cara melawan pikiran otomatis negatif yang ditimbulkan akibat pengalaman halusinasinya. Hasil pemberian CBT menunjukkan adanya peningkatan kemampuan mengontrol halusinasi. Pencapaian kemampuan klien dalam terapi kognitif perilaku mengalami peningkatan sebesar 2.75 poin. Penelitian yang dilakukan oleh Sudiatmika, Keliat, dan Wardani (2011) menunjukkan terjadi peningkatan kemampuan klien dalam mengatasi halusinasi setelah diberikan terapi kognitif perilaku (CBT) dan REBT. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lelono, Keliat dan Besral (2011) menunjukkan terjadi peningkatan kemampuan pada klien halusinasi setelah diberikan terapi CBT dan REBT. Penelitian yang dilakukan oleh Sivec dan Montesano (2012) menunjukkan adanya perubahan

pada halusinasi setelah dilakukan terapi kognitif perilaku.

Proses latihan perilaku baru pada pemberian terapi kognitif – perilaku ini didahului oleh pemulihan kognitif melalui latihan melawan pikiran otomatis negatif. Dalam teori berubah, hal ini sangat penting, karena perubahan yang diawali dengan kesadaran diri yang baik akan kebutuhan berubah akan menghasilkan perilaku baru yang dapat dipertahankan (Lewin dalam Peterson dan Bredow, 2004). Tahap terapi kognitif dalam pelaksanaan terapi kognitif-perilaku membantu klien memperoleh kesadaran diri akan adanya kebutuhan untuk berubah akibat pikiran otomatis negatif yang dimiliki. Penulis berpendapat bahwa terapi ini memberikan dampak pada penurunan gejala dan peningkatan kemampuan karena adanya perbaikan *insight* pada klien. Terapi kognitif perilaku membantu merubah pola pikir klien yang berpengaruh terhadap tindakan dan perilaku klien. Sivec dan Montesano (2012) menuliskan bahwa salah satu cara agar terapi ini berhasil adalah dengan menghadirkan relaitas pada klien. Misalnya klien mendengar suara-suara yang mengatakan dia jahat. Terapis membantu klien mengatasi suara tersebut dengan cara mencari fakta-fakta yang membuktikan bahwa klien tidak seperti yang didengarkannya.

Pencapaian kemampuan klien dengan halusinasi sebelum dan sesudah diberikan Psikoedukasi Keluarga (*Family Psychoeducation*)

Hasil asuhan keperawatan spesialis menunjukkan terjadi peningkatan kemampuan generalis dan kemampuan spesialis baik pada klien maupun keluarga pada klien yang mendapatkan terapi perilaku dan psikoedukasi. Selisih kenaikan tertinggi kemampuan pada klien adalah pada klien yang mendapatkan terapi perilaku dan terapi psikoedukasi pada keluarga klien (3.75 poin). Model Teori Berubah Kurt Lewin menempatkan sumber koping sebagai driving force bagi perubahan kemampuan koping dan perubahan tanda dan gejala. Dukungan sosial (social support) dari anggota keluarga

berperan penting dalam perubahan perilaku klien. Penelitian yang dilakukan oleh Jaramillo-Gonzalez et al (2014) menunjukkan bahwa klien yang tidak memiliki dukungan keluarga dari keluarga seperti hidup sendiri dan berpisah dari orang yang dicintai meningkat resiko klien dirawat berulang. Dadic-Hero et al (2013) mengadakan penelitian tentang hubungan fungsi keluarga dengan kejadian skizofrenia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan keluarga memberikan dampak pada pengurangan resiko kekambuhan pada klien skizofrenia.

Psikoedukasi keluarga dapat meningkatkan kemampuan keluarga karena dalam pelaksanaan terapi mengandung unsur meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan teknik yang dapat membantu keluarga untuk mengetahui gejala-gejala penyimpangan perilaku serta peningkatan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri. Psikoedukasi keluarga dapat meningkatkan pengetahuan anggota keluarga tentang penyakit dan pengobatan, meningkatkan kemampuan keluarga dalam upaya menurunkan angka kekambuhan, mengurangi beban keluarga, melatih keluarga untuk lebih bisa mengungkapkan perasaan, bertukar pandangan antar anggota keluarga dan orang lain. Terapi psikoedukasi keluarga diberikan kepada 4 keluarga dengan anggotanya yang mengalami halusinasi. Sebelumnya seluruh keluarga juga sudah diberikan terapi generalis. Terapi spesialis psikoedukasi keluarga merupakan terapi untuk mengukur aspek kognitif, afektif dan psikomotor keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan Halusinasi.

Pemberian psikoedukasi keluarga dapat meningkatkan kemampuan keluarga men memberikan dukungan sosial pada anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Hasil penelitian ini sesuai dengan riset yang dilakukan oleh Chien dan Wong (2007) tentang efektifitas psikoedukasi pada 84 keluarga dengan *skizofrenia* di Hongkong yang diikuti selama 12 bulan. Evaluasi hasil pelaksanaan terapi menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga melaporkan adanya perbaikan fungsi keluarga dan klien. Perbaikan fungsi keluarga menjadikan klien

merasa menjadi anggota yang betul-betul diakui keberadaannya. Hal ini akan memunculkan keyakinan klien bahwa keluarga memahami serta menerima apapun kondisi yang dialaminya. Dengan demikian klien tidak merasa dihakimi ataupun dikucilkan sebagai akibat gangguan jiwa yang dialaminya, tetapi justru akan meningkatkan motivasi bagi klien untuk berusaha memperbaiki diri karena banyaknya dukungan dari keluarga.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan yang dapat diambil dari pelaksanaan tindakan keperawatan spesialis pada klien halusinasi di ruang Sadewa RS Marzoeqi Mahdi Bogor adalah:

1. Rata-rata usia klien yang mengalami halusinasi adalah usia 36 tahun, berjenis kelamin wanita, tidak bekerja, belum menikah, kebanyakan berpendidikan SMA, berdomisili di luar Bogor dan terdiagnosa skizofrenia paranoid.
2. Tindakan keperawatan spesialis jiwa melalui terapi perilaku menurunkan tanda dan gejala halusinasi sebanyak 23,54%.
3. Tindakan keperawatan spesialis jiwa melalui penggabungan terapi perilaku dan terapi psikoedukasi keluarga menurunkan tanda dan gejala halusinasi sebanyak 34,43%.
4. Tindakan keperawatan spesialis jiwa melalui terapi kognitif perilaku menurunkan tanda dan gejala halusinasi sebanyak 43,2%.
5. Tindakan keperawatan spesialis jiwa melalui terapi kognitif perilaku menurunkan tanda dan gejala halusinasi lebih besar dibandingkan kelompok yang mendapatkan hanya terapi perilaku dan kelompok yang mendapatkan gabungan terapi perilaku dengan terapi psikoedukasi keluarga.
6. Tindakan keperawatan spesialis jiwa yaitu terapi kognitif perilaku menjadi pilihan pertama dalam mengatasi klien halusinasi.

Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Perawat spesialis jiwa dapat menggunakan tindakan keperawatan spesialis yaitu terapi kognitif perilaku menjadi pilihan pertama dalam menangani klien.
2. Kombinasi terapi perilaku dan terapi psikoedukasi keluarga dapat digunakan oleh perawat spesialis jiwa dalam menangani klien dengan halusinasi.
3. Melakukan kombinasi terapi lain seperti terapi kognitif perilaku dan terapi psikoedukasi keluarga atau kombinasi terapi kognitif perilaku dan terapi *acceptance and commitment therapy* dalam menangani klien dengan halusinasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Chien, W. T., Chan, S. W. C., Thompson, D. R. (2007). *Effects of a Mutual Support Group for Families of Chinese People with Schizophrenia : 18-Months Follow Up*. Diunduh dari [http : //bjp.repsych.org](http://bjp.repsych.org).
- Dadić-Hero, E., Ružić, K., Palija, T. Ž., Graovac, M., Siuc-Valcović, D., Knez, R., Grahovac, T. (2013). Relations between the course of illness, family history of schizophrenia and family functioning in persons with schizophrenia. *Collegium Antropologicum*, 37 (1), 47-55. Diunduh dari: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fb3b4db9-e852-491d-a59d-f93d033b5452%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4114>
- Imelisa, R. Keliat, B. A., Hastono, S. P. (2012). Pengaruh asuhan keperawatan pada klien, keluarga dan peran pengawas minum obat terhadap kemandirian dan kepatuhan berobat klien skizofrenia di kersamanah garut. Tesis. Depok: Perpustakaan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.

- Keliat, B. A. dan Akemat. (2007). *Model praktik keperawatan profesional jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Riskesda 2013 dalam angka. Diunduh dari http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/rkd2013/RKD_dalam_angka_nonkuning.pdf
- Koeda, A., Otsuka, K., Nakamura, H., Yambe, T., Fukumoto, K., Onuma, Y., Saga, Y., Yoshioka, Y., Mita, T., Mizugai, A., Sakai, A., Endo, S. (2012). Characteristics of suicide attempts in patients diagnosed with schizophrenia in comparison with depression: a study of emergency room visit cases in japan. *Schizophrenia Research*, 142, 31-39. Doi: 10.1016/j.schres.2012.08.029
- Lelono, S. K., Keliat, B. A., Besral. (2011). Efektifitas cognitive behavior therapy (CBT) dan rational emotive behavior therapy (REBT) terhadap klien perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah di rs dr. H. Marzoeki mahdi bogor. Tesis. Depok: Perpustakaan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Lubkin, I. L., dan Larsen, P. D. (2009). *Chronic illness: impact and intervention*. 7th edition. Massachusetts: Jones and Publishers.
- Markowitz, M., Karve, S., Panish, J., Candrilli, S.D., Alphas, L. (2013). Antipsychotic adherence patterns and health care utilization and costs among patients discharged after a schizophrenia-related hospitalization. *BMC Psychiatric*, 13, 246. Doi: 10.1186/1471-244X-13-246
- Maslim. (2012). *Minim, pelayanan kesehatan jiwa di indonesia*. Diunduh dari <http://nationalgeographic.co.id/berita/2012/03/minim-pelayanan-kesehatan-jiwa-di-indonesia>.
- McEwen, M dan Wills, E. M. (2011). *Theoretical basis for nursing*. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McMonagle, T dan Sultana, A. (2000). *Token economy for schizophrenia*. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10908499>.
- Pacheco. A., Barguil, M., Contreras, J., Montero, P., Dassori, A., Escamilla, M. A., Raventós, H. (2009). Social and clinical comparison between schizophrenia and bipolar disorder type i with psychosis in costa rica. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 45, 675-680. Doi: 10.107/s00127-009-0118-1
- Parendrawati, D. P., Keliat, B. A., Haryati, R. T. S. (2008). Pengaruh terapi token ekonomi pada klien defisit perawatan diri di rumah sakit dr marzuki mahdi bogor. Tesis. Depok: Perpustakaan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Peterson, S. J., dan Bredow, T. S. (2004). *Middle range theories: application to nursing reseach*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rababa'h, S., dan Alhmoud, N. N. (2013). Partial adherence with antipsychotic medications and factors related to medication relapse in jordanian patients with schizophrenia. *European Scientific Journal*, 9(3). Diunduh dari <http://search.proquest.com/docview/1317037341?accountid=17242>
- Ranjan, J. K., Prakash, J., Sahrma, V. K., Singh, A. R. (2010). Manifestation of auditory hallucination in the case of schizophrenia. Diunduh dari <http://search.proquest.com/docview/22331677/citation/DA2EAA4BC0B644E4PQ/35?accountid=17242>
- Salma. (2012). Mengenali gejala skizofrenia. Diunduh dari <http://majalahkesehatan.com/mengenaligejala-skizofrenia/>
- Sari, H., dan Keliat, B. A. (2009). Pengaruh family psychoeducation therapy terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di kabupaten bireun nanggroe aceh darussalam. Tesis. Depok: Perpustakaan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.

- Schmidt-Kraepelin, C., Janssen, B., Gaebel, W. (2009). Prevention of rehospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in germany. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 259 (Suppl 2), S205-S212. Doi: 10.1007/s00406-009-0056-7
- Shieves, L. R. (2012). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. 8th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart, G.W & Laraia, M.T (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis: Mosby
- Stuart, G. W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. 9th edition. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Sudiatmika, I. K., Keliat, B. A., Wardani, I. Y. (2011). Efektivitas cognitive behavior therapy dan rational behaviour therapy terhadap klien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi di rumah sakit dr.h.marzoeki mahdi bogor. Tesis. Depok: Perpustakaan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Tribunews. (2013). Waspada gejala skizofrenia. Diunduh dari <http://www.tribunnews.com/kesehatan/2013/09/01/waspada-gejala-skizofrenia>
- Wahyuni, S. E., Keliat, B. A., Yusron. (2010). Pengaruh cognitive behavior therapy terhadap halusinasi pasien di rumah sakit jiwa pempropinsi medan. Tesis. Depok: Perpustakaan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Wardani, I. Y., Hamid, A. Y. S., Wiarsih, W. (2009). Pengalaman keluarga menghadapi ketidakpatuhan anggota keluarga dengan skizofrenia dalam mengikuti regimen terapeutik: pengobatan. Tesis. Depok: Perpustakaan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- World Health Organization. (2009). *Improving health systems and services for mental health*. Switzerland: WHO Press.
- WHO. (2014). Mental health. Diunduh dari http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
- Xiang, Y., Wang, C., Chiu, H. F. K., Weng, Y., Bo, Q., Chan, S. S. M., Lee, E. H. M., Ungvari, G. S. (2010). Socio-demographic and clinical profiles of paranoid and nonparanoid schizophrenia: a prospective, multicenter study in china. *Perspective in Psychiatric Care*, 47, 126-130. Doi: 10.1111/j. 1744-6163.2010.00281.x
- Yustinus, S. (2007). *Kesehatan mental 3*. Yogyakarta: Kanisius.