

PENERAPAN *COGNITIF BEHAVIOR THERAPY* PADA KLIEN HALUSINASI DAN PERILAKU KEKERASAN DENGAN PENDEKATAN MODEL STRESS ADAPTASI STUART DAN MODEL HUBUNGAN INTERPERSONAL PEPLAU DI RS DR MARZOEKI MAHDI BOGOR

Firman Hidayat¹⁾, Budi Anna Keliat²⁾, Mustikasari³⁾

¹⁾ Jurusan Keperawatan, STIKES Bhakti Mandala Husada Slawi 52416, Tegal, Indonesia

^{2),3)} Departemen Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

Email: abiyayat@yahoo.com

ABSTRACT

Cognitive Behavior Therapy (CBT) was designed to improve kognitif and behaviour for people having automatic negative thinking and negative behaviour. Application of CBT will change mind status and behavior of client, therefore negative behavior will be positive behavior. The objective of the final scientific paper was obtaining result description of Application of CBT on hallucinating clients and violence behaviour by using approach model of Peplau interpersonal relation in Utari room RS Dr Marzoeki Mahdi Bogor. CBT was applied on 28 clients in Utari room on 9 September-12 November 2013. CBT was appropriate therapy and can be applied to clients with hallucination and violence behavior, in which all clients can do each session of CBT. Based on the research it is recommended that CBT can be used as a therapy standard mental health nursing specialist, that can be applied on clients with hallucination and violence behavior.

Key words: *Cognitive Behavior Therapy*, hallucination, Violence Risk, Peplau interpersonal model.

Latar Belakang

Kesejahteraan Mental adalah komponen fundamental dari definisi WHO tentang kesehatan. Kesehatan mental yang baik memungkinkan orang untuk menyadari potensi mereka, mengatasi tekanan yang normal dalam kehidupan, mampu bekerja secara produktif, dan memberikan kontribusi kepada komunitas mereka (WHO, 2013). Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan koping yang efektif, konsep diri yang positif dan kestabilan emosional (Johnson, 1997, dalam Videbeck, 2008). *World Health Organization* (WHO) (2001) menyatakan kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi sejahtera dimana individu menyadari kemampuan yang dimilikinya, dapat mengatasi stres dalam kehidupannya, dapat bekerja secara produktif, dan mempunyai kontribusi dalam kehidupan bermasyarakat. Berdasarkan beberapa pendapat diatas, dapat disimpulkan bahwa kesehatan jiwa merupakan kondisi sehat

dari aspek emosional, psikologis dan sosial yang ditunjukkan melalui hubungan interpersonal, perilaku dan koping efektif, konsep diri positif, emosi stabil, produktif dan mempunyai kontribusi dalam kehidupan bermasyarakat. Untuk mencapai tingkat kesehatan jiwa secara optimal, pemerintah Indonesia menegaskan perlunya upaya peningkatan kesehatan jiwa, seperti yang dituangkan dalam Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan Bab IX pasal 144 yang menyatakan bahwa upaya kesehatan jiwa ditujukan untuk menjamin setiap orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa.

Penduduk Dunia sebanyak 450 juta orang diperkirakan WHO (2009) akan mengalami gangguan mental, terdapat sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa saat ini dan 25% penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya. Gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan

berkembang menjadi 25% di tahun 2030, gangguan jiwa juga berhubungan dengan bunuh diri, lebih dari 90% dari satu juta kasus bunuh diri setiap tahunnya akibat gangguan jiwa. Gangguan jiwa ditemukan di semua negara, pada perempuan dan laki-laki, pada semua tahap kehidupan, orang miskin maupun kaya baik di pedesaan maupun perkotaan mulai dari yang ringan sampai berat (Maramis, 2006). Masalah kesehatan jiwa sangat mempengaruhi produktivitas dan kualitas kesehatan perseorangan maupun masyarakat, menimbulkan penderitaan yang mendalam bagi individu dan beban berat bagi keluarga baik mental maupun materi karena penderita menjadi tidak produktif.

Penduduk Indonesia sebanyak 26 juta diungkapkan oleh WHO (2009) akan mengalami gangguan jiwa, dimana panik dan cemas adalah gejala paling ringan. Gambaran gangguan jiwa berat di Indonesia pada tahun 2007 memiliki prevalensi sebesar 4.6 permil, artinya bahwa dari 1000 penduduk Indonesia terdapat empat sampai lima diantaranya menderita gangguan jiwa berat (Puslitbang Depkes RI, 2008). Penduduk Indonesia pada tahun 2007 (Pusat Data dan Informasi Depkes RI, 2009) sebanyak 225.642.124 sehingga klien gangguan jiwa di Indonesia pada tahun 2007 diperkirakan 1.037.454 orang. Provinsi Jawa Barat didapatkan data individu yang mengalami gangguan jiwa sebesar 0,22 % (Riskesdas, 2013). Angka ini menunjukkan bahwa anggota masyarakat yang mengalami gangguan jiwa berat cukup besar atau dapat dikatakan cukup banyak. Gangguan jiwa berat yang paling banyak adalah skizofrenia.

American Association Psychiatric (2000) menyebutkan beberapa penelitian telah melaporkan bahwa kelompok individu yang didiagnosa skizofrenia mempunyai insiden lebih tinggi untuk mengalami perilaku kekerasan (APA, 2000 dalam Sadino, 2007). Wahyuningsih (2009) menyatakan bahwa klien skizofrenia memiliki riwayat kekerasan baik sebagai pelaku, korban, atau saksi sebanyak 62,5%. Stuart dan Laraia (2005) menyatakan bahwa klien dengan

skizofrenia sebanyak 20% mengalami halusinasi pendengaran dan penglihatan secara bersamaan, 70% mengalami halusinasi pendengaran, 20% mengalami halusinasi penglihatan, dan 10% mengalami halusinasi lainnya. Kejadian tersebut menggambarkan bahwa 90% halusinasi pendengaran ditemukan pada klien skizofrenia. Halusinasi yang dialami klien juga berkontribusi dalam perilaku kekerasan yang dilakukannya. Isi halusinasi sering berupa perintah untuk melukai dirinya sendiri atau orang lain (Rogers dkk, 1990 dalam Birchwood, 2009). Penjelasan tersebut menggambarkan bahwa perilaku kekerasan sering berkaitan dengan halusinasi yang dialami oleh klien, terutama paling banyak ditemukan pada klien dengan skizofrenia.

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

Perilaku kekerasan sesungguhnya merupakan respon maladaptif dari marah. Perasaan marah biasa dialami oleh setiap individu dan merupakan respon yang normal ketika mendapatkan stresor atau ada kebutuhan yang tidak terpenuhi.

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

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

pengobatan dan perawatan di rumah sakit. Upaya-upaya yang dilakukan di rumah sakit baik medis maupun keperawatan diharapkan mampu menurunkan perilaku kekerasan yang dialami klien.

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

Tindakan keperawatan spesialis pada klien halusinasi adalah *cognitive remediation*, *cognitive adaptation training*, *cognitive behavior therapy*, *group therapy* dan *family therapy* (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006). Terapi tersebut sudah dilaksanakan di RSMM Bogor terutama oleh mahasiswa Magister dan Spesialis Keperawatan Jiwa yang sedang melaksanakan praktik aplikasi maupun residensi. Tindakan keperawatan spesialis tersebut sebagian telah dilakukan

penelitian, namun masih terbatas pada satu terapi spesialis untuk satu diagnosis keperawatan.

Tindakan keperawatan spesialis pada klien dengan perilaku kekerasan adalah terapi kognitif, logoterapi, terapi realita dan psikoedukasi keluarga (Vedebeck, 2008). Stuart dan Laraia (2005) menyebutkan tindakan keperawatan spesialis untuk klien perilaku kekerasan adalah terapi asertif, *time outs*, dan *token economy*. Tindakan keperawatan spesialis lainnya untuk mengurangi perilaku impulsif pada klien perilaku kekerasan adalah teknik manajemen marah, terapi drama, terapi musik dan terapi dansa (Cleven, 2006 dalam Choi, 2008).

Karya tulis ilmiah ini menggabungkan tindakan keperawatan dengan salah satu teori model keperawatan yang sesuai dengan kondisi klien halusinasi dan resiko perilaku kekerasan yaitu teori keperawatan Hildegard Peplau's. Teori model ini menjelaskan tentang kemampuan dalam memahami diri sendiri dan orang lain dengan menggunakan dasar hubungan antar manusia untuk mencapai tujuan bersama (Peplau 1952 dalam Leddy & Pepper, 1993). Teori Peplau sangat tepat diaplikasikan pada klien yang mengalami halusinasi dan resiko perilaku kekerasan karena menjelaskan proses hubungan antara perawat dan klien dimulai dari tahap orientasi dimana perawat merupakan orang asing yang baru dikenal oleh klien, selanjutnya masuk ke dalam tahap identifikasi dan eksploitasi dimana terjadi proses hubungan terapeutik untuk membantu menyelesaikan permasalahan yang dihadapi oleh klien dan diakhiri dengan tahap resolusi dimana klien diupayakan untuk tidak tergantung kepada perawat karena telah dilakukan latihan mengatasi masalah oleh perawat. Tujuan dari pemilihan teori ini adalah untuk meningkatkan hubungan antara pasien dan perawat yang bekerjasama sebagai sebuah tim untuk meningkatkan kesadaran diri, tingkat kematangan, dan pengetahuan selama proses perawatan. Dasar teori hubungan interpersonal adalah hubungan

antara perawat dengan klien untuk dapat menjalin hubungan dengan orang lain di luar dari perawat, hal inilah yang mendasari penulis dalam menggabungkan antara tindakan keperawatan dengan teori keperawatan.

Tujuan Penelitian

Menganalisis manajemen asuhan keperawatan diagnosis halusinasi dan resiko perilaku kekerasan yang mendapat CBT menggunakan pendekatan Stuart dan model hubungan interpersonal Peplau di ruang Utari RSMM Bogor.

Hasil

Tabel 1

Distribusi Karakteristik Klien Dengan Masalah Halusinasi dan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Utari Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor
Periode 9 September-12 November 2013
(n=28)

No	Karakteristik	Jumlah	%
1	Usia		
	a. 18 – 24 tahun	8	28,57
	b. 25 – 65 tahun	20	71,43
2	Jenis kelamin		
	Laki-laki	0	0
	Perempuan	18	100,0
3	Pendidikan		
	a. Menengah (SMP-SMA)	17 11	60,71 39,29
	b. Tinggi (PT)		
4	Pekerjaan		
	a. Bekerja	14	50,0
	b. Tidak bekerja	14	50,0
5	Status perkawinan		
	a. Belum menikah	9	32,14
	b. Menikah	19	67,86
6	Penanggung jawab biaya		
	a. Umum	3	10,71
	b. Jamkesmas	16	57,14
	c. Jamkesda	9	32,14

Berdasarkan table 1 dapat dijelaskan bahwa mayoritas klien pada rentang usia 25-65 tahun atau pada masa dewasa 71.43% dan berjenis kelamin perempuan (100%). Mayoritas klien memiliki latar belakang pendidikan sekolah menengah (SMP-SMA

(60,71%, 50% memiliki pekerjaan, 67,86%) sudah menikah dan 57,14% biaya perawatan ditanggung oleh Jamkesmas.

Tabel 2
Distribusi Faktor Predisposisi Pada Klien dengan masalah halusinasi dan resiko perilaku kekerasan di Ruang Utari Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor Periode 9 September-12 November 2012 (n=28)

No	Faktor Predisposisi	Jml	%
1	Biologis		
a.	Trauma/penyakit fisik	9	2,14
		19	7,86
b.	Genetik	14	50,0
c.	Riwayat gangguan jiwa sebelumnya	5	7,86
d.	Penyalahgunaan NAPZA		

2	Psikologis		
a.	Introvert	20	1,43
b.	Riwayat kegagalan/kehilangan	22	8,57
		14	50,0
c.	Riwayat kekerasan		
3	Sosial cultural		
a.	Pendidikan menengah	17	0,71
		17	0,71
b.	Status ekonomi rendah	4	4,29
c.	Jarang terlibat kegiatan sosial		

Berdasarkan tabel 2 dapat dijelaskan bahwa pada faktor predisposisi biologis terbanyak yaitu adanya riwayat genetik yaitu sebanyak 67,86%. Sebanyak 77,8% mengalami riwayat kegagalan, serta dari sosial ekonomi rendah sebanyak 60,71% merupakan faktor sosial budaya.

Tabel 3
Distribusi Faktor Presipitasi Pada Klien dengan masalah halusinasi dan resiko perilaku kekerasan di Ruang Utari Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor Periode 9 September-12 November 2013 (n=28)

No	Faktor Presipitasi	Jumlah	Prosentase
1	Biologis		
	Putus obat	19	67,8
2	Psikologis		
	1. Keinginan tidak terpenuhi	22	78,57
	2. Gagal membina hubungan dengan lawan jenis	14	50,0
	3. Gagal bekerja	19	67,86
	4. Merasa tak berguna	19	67,86
3	Sosial Kultural		
	1. Ekonomi	17	60,71
	2. Masalah pekerjaan	19	67,86
	3. Konflik keluarga	17	60,71
4	Asal stresor		
	1. Internal	28	100,0
	2. Eksternal	22	78,57
5	Waktu stresor		
	1. < 6 bulan	9	32,14
	2. > 6 bulan	19	67,86
6	Jumlah stresor		
	1. >1 stresor	28	100,0

Berdasarkan tabel 3 dapat dijelaskan bahwa pada faktor presipitasi aspek biologis yaitu putus obat sebanyak 19 klien (67,86%), dan secara psikologis 78,57% klien memiliki

keinginan yang tidak terpenuhi, pada faktor sosial budaya didapatkan masalah pekerjaan sebanyak 67,86%, asal stressor seluruhnya berasal dari internal tetapi ada

juga stresor ekstrernal yang menyertainya yang didapatkan pada 22 klien (78,57%). Waktu stressor paling banyak pada waktu

>6 bulan sebanyak 19 klien (67,86%) dan jumlah stresor seluruhnya lebih dari 1 stresor.

Tabel 4.

Distribusi Penilaian Stressor terhadap masalah halusinasi dan resiko perilaku kekerasan di Ruang Utari Rumah Sakit Dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor Periode 09 September - 12 November 2013 (n=28)

No	Penilaian Terhadap Stressor	Halusinasi				Resiko Perilaku Kekerasan		
		n	Mean	SD	Min-maks	Mean	SD	Min-maks
1	Respon Kognitif	28	27,50	7,548	16-39	16,06	4,795	7-23
2	Respon Afektif	28	15,89	5,368	8-27	13,61	3,567	8-23
3	Respon Perilaku	28	14,94	2,711	9-19	17,61	5,248	10-27
4	Respon Sosial	28	19,61	3,109	13-24	13,44	4,162	8-20
5	Respon Fisiologis	28	15,17	3,536	9-21	7,94	1,305	6-10
Jumlah		28	93,11	16,970	69-130	60,92	15,579	46-99

Berdasarkan tabel 4 dapat dijelaskan bahwa rata-rata penilaian terhadap stressor pada 28 klien halusinasi pada respon kognitif 27,50, respon afektif sebesar 15,89, respon perilaku sebesar 14,94, respon sosial sebesar 19,61, respon fisiologis sebesar 15,17 dan secara keseluruhan respon klien perawatan klien. Terutama pada klien yang biaya perawatannya ditanggung oleh

h Jamkesmas atau Jamkesda, keluarga kan bersikap acuh karena tidak memiliki tanggungan finansial terhadap perawatan n. pi CBT pada Klieespon sosial sebesar respon fisik sebesar 7,94 dan secara komposit didapatkan respon klien Resiko Perilaku Kekerasan sebesar 60,92.

Tabel 5

Distribusi sumber koping pada klien dengan masalah halusinasi dan resiko perilaku kekerasan di Ruang Utari Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor 09 September - 12 November 2013 (n=28)

No	Sumber Koping	Σ	%
1	Kemampuan personal		
	a. Tidak tahu dan tidak mampu cara mengatasi halusinasi dan resiko perilaku kekerasan	17	60,71
	b. Tahu dan mampu cara mengatasi halusinasi dan resiko perilaku kekerasan	10	35,71
2	Dukungan sosial		
	a. Keluarga tidak tahu dan tidak mampu cara mengatasi halusinasi dan resiko perilaku kekerasan	17	60,71
	b. Keluarga tahu cara mengatasi halusinasi dan resiko perilaku kekerasan	5	17,86
	c. Kader Kesehatan Jiwa aktif	3	10,71
3	Ketersediaan material asset		
	a. Memiliki penghasilan	12	42,86
	b. Penghasilan keluarga mencukupi	6	21,43
	c. Puskesmas terjangkau	6	21,43
	d. Memiliki Jamkesmas/SKTM	25	89,29
4	Keyakinan positif		
	a. Yakin akan sembuh	20	71,43
	b. Tidak yakin akan sembuh	8	28,57

Berdasarkan tabel 3.7 di atas maka dapat dijelaskan bahwa 17 klien (60,71%) tidak tahu dan tidak mampu mengatasi halusinasi dan resiko perilaku kekerasan, demikian juga dengan keluarganya sebanyak 60,71% tidak memiliki pengetahuan dan kemampuan merawat anggota keluarga dengan halusinasi dan resiko perilaku kekerasan. Kader yang aktif hanya 10,71% atau 3 kader. Klien yang memiliki penghasilan sendiri sebanyak 42,86%, penghasilan keluarga yang mencukupi kebutuhan hidup sebanyak 21,43%. Keluarga dapat menjangkau puskesmas hanya 21,43% serta sebanyak 89,29% klien memiliki jamkesmas. Sebagian besar klien (71,43%) memiliki keyakinan bahwa dirinya akan sembuh setelah menjalani perawatan di rumah sakit.

PEMBAHASAN

Penerapan terapi spesialis CBT pada klien halusinasi dan resiko perilaku kekerasan menggunakan pendekatan Model Stres Adaptasi Stuart dan model hubungan interpersonal Peplau. Model Stuart digunakan dalam melakukan pengkajian dalam bentuk scanning, sedangkan model hubungan interpersonal Peplau digunakan untuk melihat ketepatan penerapan terapi CBT pada klien halusinasi perilaku kekerasan.

1. Karakteristik Klien

a. Usia

Klien yang dirawat dengan masalah halusinasi dan resiko perilaku kekerasan di ruang Utari sebagian besar berada dalam rentang usia 25-65 tahun atau pada masa dewasa yaitu 20 klien (71,43%). Masa dewasa merupakan masa kematangan dari aspek kognitif, emosi, dan perilaku. Kegagalan yang dialami seseorang untuk mencapai tingkat kematangan tersebut akan sulit memenuhi tuntutan perkembangan pada usia tersebut dapat berdampak terjadinya gangguan jiwa (Yusuf, 2010). Pendapat tersebut didukung oleh Stuart (2009) yang menyatakan bahwa usia merupakan aspek sosial budaya terjadinya

gangguan jiwa dengan risiko frekuensi tertinggi mengalami gangguan jiwa yaitu pada usia dewasa.

Usia dewasa merupakan usia produktif dimana klien memiliki tuntutan untuk mengembangkan aktualisasi diri, baik dari diri sendiri, keluarga, maupun lingkungan. Aktualisasi diri dapat dicapai dengan terlebih dulu mencapai harga diri yang positif (Maslow, 1970 dalam Townsend, 2009). Individu yang merasa gagal, merasa tidak berguna ditambah lagi adanya stressor lain seperti gagal menemukan pasangan sehingga dampaknya klien menjadi malu untuk bersosialisasi merupakan akibat dari ketidakmampuan klien dalam mencapai aktualisasi diri. Menurut Erikson (2000 dalam Stuart & Laraia, 2005), pada usia ini individu mulai mempertahankan hubungan saling ketergantungan, memilih pekerjaan, memilih karir, melangsungkan perkawinan.

Individu dalam kehidupannya memiliki tugas-tugas perkembangan sesuai tingkat usianya. Tugas perkembangan yang tidak dapat diselesaikan dengan baik dapat menjadi stresor untuk perkembangan berikutnya dan jika stresor tersebut menumpuk sangat berisiko mengalami gangguan jiwa. Kondisi tersebut akan menyebabkan individu merasa rendah diri dan apabila berlangsung lama akan menjadi resiko perilaku kekerasan kronis.

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan bagian dari aspek sosial budaya faktor predisposisi dan presipitasi terjadinya gangguan jiwa. Seluruh klien adalah perempuan karena di ruangan Utari merupakan ruang perawatan klien perempuan. Terlepas dari kondisi tersebut, Kaplan, Sadock, dan Grebb (1999); Davison dan Neale (2001), dalam Fauziah dan Widury, (2005) dalam penelitiannya yang menunjukkan bahwa laki-laki

lebih mungkin memunculkan gejala negatif dibandingkan wanita dan wanita tampaknya memiliki fungsi sosial yang lebih baik daripada laki-laki. Didukung pula oleh pendapat Sinaga (2007), yang menyatakan prevalensi Skizofrenia berdasarkan jenis kelamin, ras dan budaya adalah sama. Dimana wanita cenderung mengalami gejala yang lebih ringan, lebih sedikit rawat inap dan fungsi sosial yang lebih baik di komunitas dibandingkan dengan laki-laki. Laki-laki lebih banyak mengalami resiko perilaku kekerasan dan halusinasi karena disebabkan tuntutan terhadap tanggung jawab atau peran yang harus dipenuhi seorang laki-laki didalam keluarga lebih tinggi dibanding perempuan, sehingga stresor yang dialami juga lebih banyak.

c. Pendidikan

Klien yang dirawat dengan masalah halusinasi dan resiko perilaku kekerasan sebagian besar memiliki latar belakang pendidikan sekolah menengah (SMP-SMA), yaitu 11 klien (61,1%). Hal ini menunjukkan bahwa klien mempunyai latar belakang pendidikan yang cukup memenuhi syarat dalam menerima informasi baru. Klien sebagian besar mampu memahami penjelasan, pengarahan, melakukan latihan seperti yang disampaikan oleh perawat dalam pelaksanaan terapi CBT. Hal ini sesuai dengan pendapat Siagian (1995) yang menyatakan semakin tinggi pendidikan seseorang semakin besar untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan. Tingkat pendidikan sangat mempengaruhi cara individu berperilaku, membuat keputusan dan memecahkan masalah, serta mempengaruhi cara penilaian klien terhadap stresor. Faktor pendidikan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalah yang dihadapinya. Hal ini senada dengan pendapat Kopelowicz (2002) yang menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan dan pengetahuan seseorang

akan berkorelasi positif dengan keterampilan koping yang dimiliki. Pendidikan sebagai sumber koping berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk menerima informasi yang dapat membantu mengatasi masalah yang dihadapi seseorang. Pada klien kelolaan, pendidikan klien termasuk dalam pendidikan menengah sehingga mampu menerima informasi pembelajaran yang disampaikan oleh perawat. Hal ini dapat diamati pada saat perawat melakukan terapi CBT, pasien mudah menangkap informasi yang disampaikan mengenai penjelasan terapi dan sesi-sesi yang akan dilakukan sebelum melakukan terapi.

d. Status Pekerjaan

Klien yang dirawat dengan masalah halusinasi dan resiko perilaku kekerasan sebagian besar memiliki pekerjaan sebelum dirawat yaitu (50,0%). Hal ini memberikan gambaran bahwa klien sebelum masuk ke rumah sakit, mampu terlibat aktif dan produktif dalam menjalankan peran sehari-hari di lingkungannya. Pekerjaan juga mencerminkan produktivitas dan penghasilan seseorang. Hal ini sesuai dengan fungsi ekonomi keluarga yang memberikan tugas anggota, terutama kepala keluarga untuk mencari sumber-sumber kehidupan dalam memenuhi fungsi-fungsi keluarga yang lain terutama memenuhi kebutuhan keluarga (WHO, 1978, dalam Effendy, 1998). Pekerjaan merupakan salah satu faktor predisposisi dan presipitasi sosial budaya proses terjadinya gangguan jiwa. Faktor status social ekonomi yang rendah lebih banyak mengalami gangguan jiwa dibanding pada tingkat social ekonomi tinggi. Pendapat tersebut juga didukung oleh Townsend (2009) yang menyatakan bahwa salah satu faktor sosial yang menyebabkan tingginya angka gangguan jiwa termasuk skizofrenia adalah tingkat social ekonomi rendah.

Penjelasan tersebut menjelaskan bahwa seseorang yang berada dalam sosial ekonomi rendah dan tidak memiliki pekerjaan lebih berisiko untuk mengalami berbagai masalah terutama kurangnya rasa percaya diri dalam menjalankan aktivitas hidup sehari-hari. Terapi *CBT* sangat tepat dilakukan terhadap individu yang mengalami masalah kurang percaya diri sehingga klien memiliki pengetahuan bagaimana cara membina hubungan dengan orang lain, cara melakukan kerja sama dengan orang lain yang dapat dijadikan sebagai mekanisme koping konstruktif.

e. Status Perkawinan

Klien halusinasi dan resiko perilaku kekerasan yang dirawat sebagian besar sudah menikah yaitu sebanyak 19 klien (67,86,7%). Hal ini didukung dengan pendapat Hawari (2001) dan Kintono (2010) yang menyatakan bahwa berbagai masalah perkawinan dapat menjadi sumber stress bagi seseorang dan merupakan salah satu penyebab umum gangguan jiwa. Masalah umum yang sering terjadi selama menjalani perkawinan adalah pertengkaran, ketidaksetiaan, kematian salah satu pasangan, dan perceraian yang jika tidak dapat diatasi dapat menjadi sumber stres yang menyebabkan masalah kejiwaan. Cara seseorang mengatasi permasalahan yang muncul merupakan mekanisme koping dalam menjalankan 5 (lima) fungsi dalam sebuah keluarga, yaitu fungsi afektif, fungsi sosialisasi dan penempatan sosial, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, serta memberikan pelayanan kesehatan bagi seluruh anggota keluarga (Friedman, 1998). Beberapa fungsi keluarga tersebut merupakan stresor bagi setiap orang yang sudah melangsungkan pernikahan sehingga apabila salah satu atau beberapa fungsi tersebut tidak terpenuhi dapat menyebabkan terjadinya resiko perilaku kekerasan. Resiko perilaku kekerasanyang dialami seseorang dapat menyebabkan seseorang

mengalami penurunan minat dan merasa tidak mampu menjalani interaksi dengan orang lain karena merasa tidak percaya diri.

2. Faktor Predisposisi

a. Aspek Biologis

Sebagian besar faktor predisposisi pada klien yang diberikan terapi *CBT* adalah adanya riwayat genetik yaitu sebanyak 67,86%. Faktor genetik memiliki peran terjadinya gangguan jiwa pada klien yang menderita skizofrenia (Sadock dan Sadock, 2007). Jika salah satu orang tua menderita gangguan jiwa, keturunannya memiliki resiko 10%, dan resiko sebesar 40% jika kedua orang tua memiliki riwayat gangguan jiwa. Pada klien halusinasi dan resiko perilaku kekerasan yang dilakukan pengelolaan, dapat dilihat bahwa faktor genetik merupakan faktor yang lebih besar dibandingkan dengan faktor predisposisi lainnya seperti trauma fisik, riwayat napza, ataupun riwayat gangguan jiwa sebelumnya.

Pemberian terapi *CBT* dapat membantu klien mengembangkan cara berpikir bahwa klien yang memiliki riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa akan dapat melangsungkan proses kehidupannya tanpa harus merasa minder, tidak percaya diri serta masih tetap dapat melakukan interaksi terhadap orang lain.

b. Aspek Psikologis

Faktor predisposisi pada aspek psikologis sebagian besar akibat adanya riwayat kegagalan/kehilangan (78,57%). Pengalaman kehilangan dan kegagalan akan mempengaruhi respon individu dalam mengatasi stresornya. Hal ini sesuai dengan teori psikoanalisa Freud (1994) yang menyampaikan bahwa ketidakmampuan menyelesaikan masalah, konflik yang tidak disadari antara impuls agresif atau kepuasan libido serta pengakuan terhadap ego

dari kerusakan eksternal yang berasal dari kepuasan. Hal ini senada dengan yang disampaikan Erickson (1963, dalam Townsend, 2009) yang menyatakan bahwa pengalaman penolakan orang tua pada masa bayi akan membuat anak menjadi tidak percaya diri dalam berhubungan dengan orang lain. Kondisi ini akan membuat individu lebih cenderung merasa marah dan melakukan tindakan kekerasan.

Pemberian terapi CBT dapat membantu klien mengembangkan mekanisme koping dalam memecahkan masalah terkait masa lalu yang tidak menyenangkan. Klien dilatih untuk mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan sehingga tidak akan melakukan perilaku kekerasan.

c. Aspek Sosial Budaya

Faktor predisposisi selanjutnya adalah aspek sosial budaya, dimana pada klien kelolaan didapatkan aspek sosial budaya sebagian besar adalah pendidikan menengah dan sosial ekonomi rendah masing-masing sebanyak 17 klien (60,71%). Menurut Townsend (2009) status sosioekonomi yang rendah lebih rentan mengalami gangguan jiwa dibanding pada tingkat sosioekonomi tinggi. Kemiskinan yang dialami oleh seseorang menjadikan terjadinya keterbatasan dalam pemenuhan kebutuhan pokok seperti nutrisi, pemenuhan kesehatan, kurangnya perhatian terhadap pemecahan masalah yang dapat menimbulkan munculnya stres.

Klien dengan gangguan jiwa berat yang memiliki status ekonomi rendah sering mendapatkan stigma dari lingkungan sosialnya sehingga akan membuat mereka lebih mudah emosi dan melakukan perilaku kekerasan.

Terapi CBT akan melatih klien dalam meningkatkan persepsi dengan cara memberikan pengetahuan serta

kemampuan bagaimana mengidentifikasi penyebab marah meningkatkan kemampuan asertif.

3. Faktor Presipitasi

Rata-rata klien menyampaikan bahwa mereka merasa bosan dan merasa sudah sembuh sehingga tidak perlu lagi minum obat, disamping itu klien juga menyampaikan bahwa jika minum obat terus menerus menjadikan klien tidak bisa bekerja seperti biasa karena mudah mengantuk dan lemas.

Seluruh klien yang mengalami masalah halusinasi dan resiko perilaku kekerasan memiliki stresor berasal dari diri klien sendiri dan juga ditambah dengan stresor dari luar diri pasien. Hal ini sesuai dengan pendapat Stuart dan Laraia (2005) bahwa stresor dapat berasal dari internal maupun eksternal. Waktu terpaparnya stresor pada klien sebagian besar sudah mengalami gangguan jiwa > 6 bulan dan jumlah stresor yang dialami oleh klien lebih dari 1 stresor. Kondisi ini menunjukkan bahwa rata-rata klien sudah mengalami gangguan jiwa kronis. Jumlah stresor lebih dari satu yang dialami oleh individu dalam satu waktu yang bersamaan akan lebih sulit diselesaikan dibandingkan dengan satu stresor dalam satu waktu. Setiap stresor atau masalah yang muncul membutuhkan penyelesaian sehingga semakin banyak stresor yang dimiliki oleh individu maka individu tersebut makin dituntut untuk memiliki penyelesaian koping yang adekuat dan makin bervariasi dalam mengatasi stresornya (Stuart dan Laraia, 2005).

4. Penilaian Terhadap Stresor

Respon klien dengan halusinasi dan resiko perilaku kekerasan dalam menghadapi stresor tersebut sesuai dengan pendapat Stuart dan Laraia (2009) yang melihatnya dari aspek kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial. Kelima aspek tersebut dijadikan pedoman dalam penilaian terhadap respon klien dengan halusinasi

dan resiko perilaku kekerasan dalam karya ilmiah ini. Didapatkannya penilaian terhadap stresor pada kelima respon tersebut mendorong penulis untuk memberikan terapi *CBT* yang bertujuan untuk membantu meningkatkan respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosialnya.

Terapi *CBT* merupakan proses pembelajaran dengan menggunakan teknik perilaku bermain peran, praktik dan umpan balik untuk meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah (Kneisl, 2004). Proses pembelajaran sosial mengacu kepada kekuatan berpikir tentang bagaimana belajar memberikan pujian dan hukuman, termasuk beberapa pujian dan model yang akan diberikan. Pembelajaran sosial meliputi motivasi, emosi, pikiran, penguatan sosial, penguatan diri. Penguatan sosial bisa berbentuk perhatian, rekomendasi, perhatian dan lainnya yang dapat membuat individu terus berperilaku ke arah yang lebih baik.

3. Sumber Koping

Sumber koping yang dimiliki oleh pasien secara umum belum optimal. Hal ini disebabkan minimnya pendidikan kesehatan tentang perawatan klien gangguan jiwa serta sistem pendukung yang masih terbatas. Pemberian pendidikan kesehatan terhadap klien dan keluarga gangguan jiwa selama ini sebagian besar hanya dilakukan di tatanan rumah sakit saja, sedangkan di puskesmas maupun pada tingkat kelurahan, masih terbatas pada wilayah-wilayah tertentu saja yang sudah menarapkan program kesehatan jiwa. Masyarakat masih memberikan stigma buruk terhadap keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, sehingga anggota keluarga merasa terbebani untuk memberikan dukungan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa untuk mendapatkan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan jiwa. Hal tersebut yang menjadikan sumber

koping bagi klien masih belum optimal. Hal ini sejalan dengan pendapat yang diungkapkan oleh Videbeck (2008) yang menyatakan gangguan jiwa oleh sebagian besar orang dianggap sebagai penyakit yang membahayakan sehingga perlu diasingkan dari masyarakat dan dirawat di rumah sakit.

Adanya keluarga yang belum dapat memaksimalkan akses pelayanan kesehatan jiwa merupakan salah satu fungsi keluarga. Hal ini sesuai dengan konsep Friedman (1998) yang menyebutkan bahwa salah satu fungsi keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan. Sistem pendukung utama yang dibutuhkan oleh klien adalah orang terdekat dengan klien yaitu keluarga, jadi dalam hal ini seharusnya keluarga dapat berperan sebagai *care giver* dengan syarat keluarga telah mengetahui dan menguasai cara perawatan klien. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh Stuart dan Laraia (2009) bahwa keluarga seharusnya menjadi tempat atau lembaga pengasuhan (*care giver*) yang paling dapat memberi kasih sayang, efektif, dan ekonomis.

Pada klien yang dilakukan perawatan di rumah sakit, keluarga tetap memiliki peran penting dalam membantu proses perawatan klien. Dukungan keluarga akan berpengaruh terhadap perawatan klien, tetapi kenyataan yang didapatkan selama dilapangan adalah keluarga tidak secara rutin memberikan dukungan terhadap perawatan klien. Terutama pada klien yang biaya perawatannya ditanggung oleh Jamkesmas atau Jamkesda, keluarga bahkan bersikap acuh karena tidak memiliki tanggungan finansial terhadap perawatan klien.

4. Ketepatan Penerapan Manajemen Terapi CBT pada Klien Halusinasi dan resiko perilaku kekerasan Kronis dengan Menggunakan Pendekatan Model Hubungan Interpersonal Peplau

Penurunan respon tersebut menunjukkan bahwa terapi CBT memiliki pengaruh yang signifikan setelah dilakukan pada klien yang mengalami masalah halusinasi. Pada klien halusinasi, CBT diberikan berdasarkan hasil identifikasi masalah klien yang didapatkan adanya ketidaktahuan dan ketidakmampuan klien dalam identifikasi pikiran dan perilaku negatif. Adanya CBT terbukti dapat membantu meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien yang dapat dilihat pada respon kognitif, afektif, psikomotor, sosial dan fisik.

Pada klien resiko perilaku kekerasan juga didapatkan penurunan respon kognitif, afektif, perilaku, sosial dan fisik. Hal ini diakibatkan karena sebelum diberikan terapi, klien suka menyalahkan orang lain, perubahan proses pikir, bicara kasar dan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan. Setelah diberikan terapi, didapatkan pengaruh yang signifikan terhadap kemampuan kognitif dan perilaku klien.

Penurunan respon pada masalah halusinasi dan resiko perilaku kekerasan tersebut juga dipegaruhi oleh pemberian terapi generalis baik individu maupun kelompok sehingga terdapat saling keterkaitan antara pelaksanaan terapi generalis dengan terapi spesialis yang sama-sama memiliki tujuan untuk menurunkan respon pada masalah klien.

Pelaksanaan terapi CBT yang dilakukan dengan menggunakan pendekatan model hubungan interpersonal Peplau pada klien dengan masalah halusinasi dan resiko perilaku kekerasan. Model interpersonal dapat dilakukan secara efektif karena proses tahap pertama dalam hubungan perawat dengan klien yang disebut tahap orientasi diawali dengan membina hubungan saling percaya dimana perawat dan klien belum saling mengenal dan perawat merupakan orang asing bagi klien. Tahap identifikasi dilakukan oleh

perawat dengan melakukan pengkajian secara mendalam terhadap masalah yang muncul pada klien. Pada tahap ini hubungan perawat dan klien sudah terbina dengan baik sehingga perawat dapat menggali permasalahan yang klien alami.

Setelah mendapatkan berbagai data, perawat dengan klien bersama-sama menentukan tujuan untuk membantu mengatasi masalah yang termasuk dalam tahap eksploitasi. Pada tahap eksploitasi ini perawat melatih klien tentang kemampuan untuk meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku melalui terapi CBT. Terapi CBT terdiri dari 5 sesi dimana pada tiap-tiap sesi dilakukan rata-rata 3 kali pertemuan, dan masing-masing pertemuan dilakukan selama 30-45 menit. Tahap eksploitasi ini dilakukan bersama klien sampai klien benar-benar menguasai baik secara kognitif maupun psikomotor untuk tiap-tiap sesi latihan terapi. Setelah perawat merasa yakin bahwa klien telah mampu menguasai terapi yang dilatihkan, selanjutnya perawat melakukan identifikasi kembali terhadap kemampuan klien dalam melaksanakan kemampuan yang telah dilatihkan serta perawat membantu klien untuk mempersiapkan lepas dari ketergantungan terhadap perawat dalam mengontrol halusinasi dan mengontrol perilaku kekerasan yang termasuk dalam tahap akhir yaitu tahap resolusi.

Simpulan

1. Karakteristik klien dengan masalah halusinasi dan resiko perilaku kekerasan di Ruang Utari mayoritas pada rentang usia 25-65 tahun seluruhnya berjenis kelamin perempuan, mayoritas klien berpendidikan sekolah menengah (SMP-SMA, memiliki pekerjaan, menikah dan biaya perawatan mayoritas perawatan ditanggung oleh Jamkesmas.
2. Faktor predisposisi biologis terbanyak yaitu adanya riwayat genetik, mengalami riwayat kegagalan, serta berpendidikan menengah dan dari

sosial ekonomi rendah. Faktor presipitasi aspek biologis yaitu putus obat, psikologis memiliki keinginan yang tidak terpenuhi, pada faktor sosial budaya didapatkan masalah pekerjaan, asal stresor seluruhnya berasal dari internal. Waktu stresor paling banyak pada waktu >6 bulan dan jumlah stresor seluruhnya lebih dari 1 stresor.

3. *CBT* dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku pada klien halusinasi dan resiko perilaku kekerasan. Semua klien telah mampu melakukan identifikasi pikiran negatif dan perilaku negatif, dan dapat melawannya dengan tanggapan rasional
4. *CBT* dapat menurunkan tanda dan gejala pada klien yang mengalami halusinasi dan resiko perilaku kekerasan.
5. Pendekatan model hubungan interpersonal Peplau dirasakan tepat diterapkan pada klien dengan masalah halusinasi dan perilaku kekerasan karena tahapan-tahapan pemberian asuhan keperawatan dalam model hubungan interpersonal Peplau yang terdiri dari tahap orientasi, identifikasi, eksploitasi dan resolusi dapat diterapkan sesuai dengan karakteristik klien.

Saran

1. Kementerian Kesehatan
 - a. Menyusun kebijakan terkait dengan program pelayanan keperawatan jiwa spesialis bagi klien di tatanan rumah sakit.
 - b. Menetapkan dan mengatur kebijakan terkait dengan pelaksanaan fungsi keberlangsungan proses perawatan klien gangguan jiwa yang telah kembali ke rumah dengan memberdayakan fasilitas kesehatan Puskesmas sebagai sarana kesehatan yang terdekat dengan tempat tinggal klien, sehingga proses perawatan dan pengobatan klien tidak berhenti.
 - c. Pemanfaatan jenis terapi yang memiliki efek *long action* untuk membantu klien dalam proses pengobatan dan mengurangi efek bosan minum obat yang dapat

memicu munculnya kembali tanda dan gejala gangguan jiwa pada klien yang telah kembali dari rumah sakit.

2. Pelayanan Keperawatan
 - a. Direktur RSMM
 - 1) Perlunya penempatan ners spesialis di setiap ruang rawat inap guna meningkatkan kualitas pelayanan klien terutama dalam pemberian terapi spesialis.
 - 2) Menetapkan kebijakan terkait dengan program pelayanan keperawatan spesialistik untuk menetapkan standar asuhan keperawatan jiwa terkait dengan manajemen penerapan terapi spesialis latihan *CBT* pada klien halusinasi dan perilaku kekerasan.
 - b. Kepala Bidang Keperawatan
Memfasilitasi penerapan pelayanan keperawatan yang bersifat spesialistik melalui program perencanaan pengembangan tenaga perawat spesialis jiwa dan membuat usulan penetapan standar asuhan keperawatan penerapan latihan *CBT* pada klien halusinasi dan perilaku kekerasan.
 - c. Kepala Ruangan dan Perawat Utari
Mempertahankan dan meningkatkan peran perawat sebagai *role model* dalam menjalankan kegiatan pelayanan MPKP dan dalam pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan jiwa khususnya penerapan terapi generalis baik individu maupun kelompok untuk masalah halusinasi dan perilaku kekerasan.
3. Program Spesialis Keperawatan Jiwa FIK UI dan Kolegium
 - a. Melanjutkan kerjasama dengan pihak rumah sakit, dalam pelaksanaan praktik dan juga pengembangan berbagai terapi

- keperawatan baik generalis maupun spesialis yang bersifat individu maupun kelompok untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam menangani klien dengan masalah keperawatan halusinasi dan perilaku kekerasan.
- b. Memfasilitasi praktik mandiri keperawatan jiwa spesialis melalui program standarisasi dan lisensi praktik keperawatan jiwa spesialis melalui strategi uji kompetensi.
4. Keluarga dan kader kesehatan jiwa
Perlunya pemberdayaan keluarga dan kader kesehatan jiwa yang telah dibekali dengan pengetahuan dan ketrampilan dalam melakukan perawatan klien gangguan jiwa sehingga dapat memantau dan mengevaluasi perkembangan klien selama di masyarakat.
 5. Riset Keperawatan
 - a. Perlunya dikembangkan penelitian tentang ketepatan pemberian paket terapi spesialis pada diagnosis keperawatan halusinasi dan perilaku kekerasan pada klien yang lebih banyak.
 - b. Perlunya pengembangan instrumen penelitian yang tepat untuk menguji ketepatan pemberian terapi spesialis terhadap peningkatan kemampuan dan penurunan tanda dan gejala.

DAFTAR PUSTAKA

- Birchwood. (2009). *Cognitive behaviour therapy for command hallucination*.
- Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing: The nurse-patient journey*. (2th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Choi, Bernard C. K., Pak, Anita W.P, (2008), *Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 3. Discipline, inter-discipline distance, and selection of discipline*, ORIGINAL ARTICLE Clin Invest Med • Vol 31, no 1, February 2008, diunduh 27 Desember 2013
<http://cimonline.ca/index.php/cim/article/viewFile/3140/1269>
- Cleven, G Smeijsters H. (2006). *The treatment of aggression using arts therapies in forensic psychiatry: Results of a qualitative inquiry*. *Arts in Psychotherapy* 33(1):37-58.
<http://cirrie.buffalo.edu/database/30550/> diunduh 27 Desember 2013
- Fauziah (2009). *Pengaruh terapi perilaku kognitif pada klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan*, Tesis. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Fontaine, K.L. (2009). *Mental health nursing*. new jersey. Pearson Education. Inc.
- Hamid, 2009, *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Jiwa*, EGC, Jakarta
- Hawari, Dadang. (2001), *Manajemen Stres, Cemas, dan Depresi*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Kaplan & Sadock. (2007). *Sinopsis psikiatri: ilmu pengetahuan psikiatri klinis*.(Jilid 1). Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Keliat (2013), *Kontribusi keperawatan kesehatan jiwa dalam meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia*, Pidato upacara pengukuhan sebagai guru besar Tetap dalam bidang Keperawatan Universitas Indonesia.
- Keliat, BA, Akemat (2010). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Kneisl, C.R., Wilson, H.S & Trigoboff, E. (2004). *Contemporary psychiatric mental health nursing*, New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Maslim, Rusdi. *Buku saku Diagnosis gangguan jiwa rujukan ringkas dari PPDGJ-III*. Jakarta: Bagian ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya, 2001
- Mohr D.C..(2006), *The relationship between stressful life events and inflammation in patients with multiple sclerosis*. In: J. Welsh M. Meagher & E. Sternberg, editor. 2006. *Neural and neuroendocrine mechanisms in host defense and autoimmunity*. New York:

- Kluwer Academic/Plenum Publishers
255-267.
- Oemarjoedi, A.K., (2003). *Pendekatan cognitive behavior dalam psikoterapi* : Penerbit Creative Media: Jakarta
- Putri, E.D. (2010). *Pengaruh rational emotive behaviour therapy pada klien dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor*. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- RISKESDAS, Riset Kesehatan Dasar. 2007. Jakarta: Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, Republik Indonesia
- Shives, R (2008). *Basic concept of psychiatric and Mental Health Nursing*, Mosby, St Louis.
- Sinaga, B.R. (2007). *Skizofrenia dan Diagnosis Banding*, Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Stuart, G.W & Laraia, M.T (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis: Mosby.
- Stuart, G.WT (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9th edition). St Louis: Mosby.
- Stuart, G.W., (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*, (8th ed), St. Louis: Mosby.
- Tomey, M.A & Alligood, M. R (2010), *Nursing Theories and Their Work*, (6th ed). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. 6th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Varcarolis & Halter. (2009). *Psychiatric nursing clinical guide; assesment tools and diagnosis* . Philadelphia: W.B Saunders Co.
- Videbeck, S.L.(2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Jakarta. EGC.
- Wahyuni, S.E. (2010). *Pengaruh cognitive behaviour therapy terhadap halusinasi pasien di Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan*. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Wahyuningsih, D. (2009). *Pengaruh assertive trainning terhadap perilaku kekerasan pada klien skizoprenia*, Tesis. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- WHO (2013) *Mental health action plan 2013-2020*. 1. Mental health. 2. Mental disorders - prevention and control. 3. Mental health services. 4. Health planning. I. World Health Organization
- WHO. (2009). *Improving health systems and services for mental health (Mental health policy and service guidance package)*. Geneva 27, Switzerland : WHO Press. <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=503>, diperoleh tanggal 27 Desember 2013.
- Yusuf, S., (2010), *Psikologi perkembangan anak dan remaja*, Bandung, PT Remaja