

TESIS

**KEEFEKTIFAN *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY* (CBT) SEBAGAI
TERAPI TAMBAHAN PASIEN SKIZOFRENIA KRONIS DI PANTI
REHABILITASI BUDI MAKARTI BOYOLALI**

**Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Mencapai Gelar Dokter Spesialis
Program Studi Psikiatri**



Oleh :

WAHYU NUR AMBARWATI

S5705003

Pembimbing :

Prof. Dr. H. M. Syamsulhadi, dr., SpKJ (K)

Prof. Dr. H. Aris Sudiyanto, dr., SpKJ (K)

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS I PSIKIATRI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA**

2009

PENELITIAN

**KEEFEKTIFAN *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY* (CBT) SEBAGAI
TERAPI TAMBAHAN PASIEN SKIZOFRENIA KRONIS DI PANTI
REHABILITASI BUDI MAKARTI BOYOLALI**

**Disusun oleh :
WAHYU NUR AMBARWATI
S5705003**

Telah disetujui oleh tim Penguji :

Tanda tangan	Tanggal
A.A.A Agung Kusumawardhani, dr., SpKJ (K)
Prof. Dr. H. M. Syamsulhadi, dr., SpKJ (K)
Prof. Dr. H. Aris Sudyanto, dr., SpKJ (K)

**Telah diperiksa dan disetujui
Surakarta, Mei 2009**

Kepala Bagian Psikiatri FK-UNS

Ketua PPDS I Psikiatri FK-UNS

Mardiatmi Susilohati, dr., SpKJ(K)

Prof. Dr. HM. Fanani, dr., SpKJ(K)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusunan hasil penelitian ini dapat terlaksana.

Penelitian dengan judul *KEEFEKTIFAN COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY (CBT) SEBAGAI TERAPI TAMBAHAN PASIEN SKIZOFRENIA KRONIS DI PANTI REHABILITASI MENTAL BUDI MAKARTI BOYOLALI*, dilakukan karena penatalaksanaan pasien skizofrenia tidak hanya dengan medikasi antipsikotik, tetapi sebaiknya diberikan psikoterapi yang akan memperkuat perbaikan klinis. Penelitian psikososial pada skizofrenia di Indonesia masih jarang, untuk itu peneliti melakukan penelitian tentang CBT pada pasien skizofrenia kronis.

Penelitian ini dibuat untuk memenuhi salah satu syarat dalam kurikulum Program Pendidikan Dokter Spesialis I Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. M. Syamsulhadi, dr., SpKJ(K), Rektor UNS, yang telah memberikan ijin dan bimbingan sehingga penyusunan tugas penelitian ini dapat terwujud. Sekaligus beliau sebagai pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, saran, masukan, dan kritik membangun dalam perencanaan, pelaksanaan, dan penyusunan penelitian ini.
2. Prof. Dr. Aris Sudyanto, dr., SpKJ (K), selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, saran, masukan, dan kritik membangun dalam perencanaan, pelaksanaan, dan penyusunan penelitian ini.
3. Prof. Dr. H. M. Fanani, dr., SpKJ (K), selaku Ketua Program Studi yang telah memberikan ijin dan bimbingan sehingga penyusunan tugas penelitian ini dapat terwujud.
4. Prof. Dr. Ibrahim Nuhriawangsa, dr., SpS, SpKJ (K), yang telah memberi dorongan dan masukan sehingga penelitian ini dapat terselesaikan.
5. Mardiatmi Susilohati, dr., SpKJ (K), selaku Kepala Bagian Psikiatri RSDM/FK UNS yang telah memberikan ijin sehingga penelitian ini terwujud.

6. Seluruh staf pengajar psikiatri FK UNS/RSUD Dr Moewardi : Dr. Yusvick M. Hadin, SpKJ, Dr. A. Joko Suwito, SpKJ, Dra. Makmuroh, MS, Dr. Gusti Ayu Maharatih, SpKJ, dan Dr. Indro Nugroho, SpKJ yang telah memberikan dorongan, bimbingan, fasilitas, dan bantuan dalam segala bentuk, sehingga penelitian ini dapat terselesaikan.
7. Almarhum Ibnu Madjah, dr., SpKJ (K), yang semasa hidup beliau sebagai dosen telah sangat banyak memberikan dorongan dan semangat kepada penulis dalam menyelesaikan tugas-tugas selama pendidikan.
8. Rekan-rekan residen psikiatri FK UNS yang telah banyak membantu memberikan sumbang saran dalam penyusunan tesis ini, dan membantu penulis selama penulis menjalani pendidikan spesialisasi.
9. Bapak Edi Mulyono, S.ST, M.Pd, selaku Ketua Yayasan Budi Makarti yang telah memberikan ijin dan bimbingan sehingga penelitian ini terlaksana.
10. Segenap karyawan dan klien Panti Rehabilitasi Mental Budi Makarti yang telah membantu penelitian ini.
11. Keluargaku tercinta : Suami, Anak, Bapak, Ibu, Bapak Mertua, Ibu Mertua , dan adikku, yang telah memberi semangat, dorongan, pengertian dan doa pada penulis selama menempuh pendidikan spesialisasi.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, yang telah membantu penulis selama menjalani pendidikan maupun dalam penelitian ini.

Penulis menyadari, bahwa masih banyak kekurangan dalam penelitian ini, karenanya penulis sangat mengharapkan kritik dan saran membangun. Semoga apa yang penulis sampaikan dalam penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi banyak pihak, khususnya yang berkecimpung dalam bidang psikiatri.

Surakarta, Maret 2009

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR GRAFIK DAN TABEL	vii
DAFTAR KATA SINGKATAN	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
ABSTRACT	x
ABSTRAK	xi
BAB. I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Perumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. LANDASAN TEORI	6
1. Skizofrenia	6
a. Epidemiologi	6
b. Etiologi.....	7
c. Gambaran dan perjalanan Klinis	9
d. Penatalaksanaan	12
2. Terapi Perilaku Kognitif (CBT)	15
a. Pengertian Dasar CBT	15
b. Psikopatologi CBT	16
c. Indikasi CBT	17
d. Prosedur CBT	18
e. CBT Pada Skizofrenia	19
f. Teknik CBT pada Skizofrenia	22
3. Instrumen PANSS.....	29

B. KERANGKA BERFIKIR	33
C. HIPOTESIS	33
BAB III. METODELOGI PENELITIAN	34
A. Jenis Penelitian	34
B. Lokasi dan waktu Penelitian	34
C. Subjek Penelitian	34
D. Tehnik Pengambilan Sampel	34
E. Besar Sampel	35
F. Identifikasi Variable	35
G. Definisi Operasional Variabel	36
H. Instrumen Penelitian	36
I. Prosedur Penelitian	37
J. Analisis Data	37
BAB IV HASIL PENELITIAN	38
BAB V PEMBAHASAN	44
A. Subjek Penelitian	44
B. Penilaian PANSS	44
C. Pelaksanaan CBT	46
D. Keterbatasan	47
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	50
DAFTAR PUSTAKA	52
LAMPIRAN	

DAFTAR GRAFIK DAN TABEL

Grafik 4.1	Karakteristik Demografik Subjek Penelitian	40
Grafik 4.2	Karakteristik Perubahan skor pretes dan postes pada kelompok CBT dan kontrol.....	42
Grafik 4.3	Perbandingan rerata perubahan skor PANSS kelompok CBT dan kontrol	43
Tabel 4.1	Karakteristik Demografik Subjek Penelitian	38
Tabel 4.2	Karakteristik Demografik Subjek Penelitian	39
Tabel 4.3	Karakteristik Pretes dan Postes PANSS pada kelompok CBT dan kontrol.....	40
Tabel 4.4	Karakteristik Skor Pretes dan Postes menurut domain pada kelompok CBT dan Kontrol	41
Tabel 4.5	Karakteristik Perubahan Skor PANSS pada kelompok CBT dan kelompok kontrol	42

DAFTAR SINGKATAN KATA

BPRS	: <i>Brief Psychiatri Rating Scale</i>
ECT	: <i>Electro Convulsive Therapy</i>
ECA	: <i>Epidemiological Catchment Area</i>
EE	: Ekspresi Emosi
DAB	: Dopamin Beta Hidroksilase
MAO	: Mono Amin Oksidase
NICE	: <i>National Institute for Clinical Excellence</i>
NSRS	: <i>Negative Symptom Rating Scale</i>
PANSS	: <i>Positive and Negative Symptom Scale</i>
PEA	: Phenil Etil Amin
SANS	: <i>Scale for Assesment of Negative Symptom</i>
SOP	: Standar Prosedur Operasional

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Persetujuan Penelitian
- Lampiran 2 : PANSS versi Bahasa Indonesia
- Lampiran 3 : Protokol CBT pada Skizofrenia
- Lampiran 4 : Hasil Analisis Inter-rater
- Lampiran 5 : Hasil Analisis Data Penelitian

ABSTRACT

THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AS AN ADDITION THERAPY AT CHRONIC SCHIZOPHRENIA PATIENS IN BUDI MAKARTI REHABILITATION INSTITUTION IN BOYOLALI*

Wahyu Nur Ambarwati**

Background : Schizophrenia is a chronic disease, with high relaps rate, function and cognitive deterioration, and behaviour changes. Antipsychotic medication is the core management of schizophrenia. Psychosocial intervention will increase clinical improvement. CBT as one of psychosocial treatment for chronic schizophrenia.

Objective : The aim of this study was to evaluate the effectiveness of CBT as an addition therapy in reducing sign and symptoms in chronic schizophrenia patients.

Method : This study was experimental quasi research, single blind, with pre and post test design. As many as 40 schizophrenic patients, randomly assigned to : 1) experimental group with CBT (n=20), and 2) control group without CBT (n=20). Schizophrenic signs and symptoms, were evaluated with Indonesia PANSS. And CBT was given individually in 10 sessions.

Result : t test was used to analyse the effectiveness in experimental group compared with control group. The result showed that CBT in experimental group produced more significantly clinical improvement compared with control group ($p < 0.05$), wish we seen by PANSS score declire.

Conclusion : Cognitive Behavioral Therapy as an addition therapy was effective to reduce symptoms and signs in chronic schizophrenic patients.

Key word : schizophrenia, psychotherapy, symptoms and sign, CBT

-
- * Final assigment of Psychiatry Specilalistic Doctor Education Program, Faculty of Medicine sebelas Maret University/Moewardi Hospital Surakarta.
 - ** Participant of Psychiatry Specilalistic Doctor Education Program, Faculty of Medicine sebelas Maret University/Moewardi Hospital Surakarta.

ABSTRAK

KEEFEKTIFAN *COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY* (CBT) SEBAGAI TERAPI TAMBAHAN PASIEN SKIZOFRENIA KRONIS DI PANTI REHABILITASI BUDI MAKARTI BOYOLALI*

Wahyu Nur Ambarwati**

Latar Belakang: Skizofrenia bersifat kronis, sering terjadi kekambuhan, terdapat penurunan fungsi dan kognitif, serta terdapat perubahan perilaku. Medikasi antipsikotik merupakan inti pengobatan skizofrenia. Sedangkan intervensi psikososial dapat memperkuat perbaikan klinis. CBT merupakan salah satu terapi psikososial untuk pasien skizofrenia.

Tujuan: Tujuan penelitian untuk mengetahui keefektifan CBT sebagai terapi tambahan dalam menurunkan gejala dan tanda pada pasien skizofrenia kronis.

Metode : Penelitian ini adalah penelitian eksperimental kuasi dengan *pre* dan *post test design, single blind*. Sebanyak 40 pasien skizofrenia secara random dibagi menjadi: kelompok perlakuan (N=20) dengan CBT dan kelompok kontrol (N=20) tanpa CBT. Gejala dan tanda skizofrenia diukur dengan PANSS versi Indonesia. CBT diberikan secara individu meliputi 10 sesi.

Hasil: Uji t tidak berpasangan digunakan untuk mengetahui keefektifan CBT pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa CBT pada kelompok perlakuan menghasilkan perbaikan klinis yang lebih bermakna dibandingkan kelompok kontrol ($p < 0,05$) yang ditunjukkan dengan penurunan skor PANSS.

Kesimpulan : CBT sebagai terapi tambahan efektif menurunkan gejala dan tanda pada pasien skizofrenia kronis.

Kata kunci : skizofrenia, psikoterapi, gejala dan tanda, CBT

* Tugas akhir PPDS Psikiatri, Fakultas Kedokteran UNS/ RS Dr Moewardi Surakarta

** Peserta PPDS Psikiatri, Fakultas Kedokteran UNS/ RS Dr Moewardi Surakarta.

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Skizofrenia adalah gangguan psikiatri berat, dengan prevalensi seumur hidup sekitar 1% populasi dunia. Skizofrenia menunjukkan manifestasi gangguan fungsi berpikir normal. Psikopatologi pada skizofrenia dapat digolongkan ke dalam tiga dimensi, yaitu gejala positif, gejala negatif, dan disorganisasi. Gejala positif meliputi halusinasi, waham, gaduh gelisah, perilaku aneh, dan sikap bermusuhan. Gejala-gejala ini cenderung menyebabkan perawatan di rumah sakit dan mengganggu kehidupan pasien. Gejala negatif meliputi afek tumpul atau datar, menarik diri, berkurangnya motivasi, miskin kontak emosional (pendiam, sulit diajak bicara), pasif dan apatis. Gejala disorganisasi meliputi disorganisasi pembicaraan, disorganisasi perilaku, serta gangguan dalam pemusatan perhatian dan pengolahan informasi. Gejala ini dikaitkan dengan hendaya sosial dan pekerjaan pasien skizofrenia (Kirkpatrick & Tek, 2005).

Banyak pasien dengan skizofrenia (lebih dari 80%) akan kambuh dan menunjukkan suatu perjalanan kronik dengan ciri episode yang sering dari eksaserbasi gejala dan secara relatif terjadi perburukan fungsi interepisode, yang khas adalah mendapatkan pengobatan jangka panjang dengan obat antipsikotik (Lauriello, 2001). Pasien skizofrenia dengan episode ulangan akan mengalami deteriorasi progresif pada fungsi-fungsi setelah kekambuhan yang berturut-turut.

Fungsi-fungsi tersebut meliputi fungsi sosial, pekerjaan dan psikososial (King & Dixon, 1999).

Selain gejala psikotik, disfungsi kognitif merupakan salah satu gejala inti skizofrenia. Sebanyak 40%-60% pasien skizofrenia mengalami gangguan fungsi kognitif. Pasien skizofrenia tersebut mengalami gangguan perhatian, memori, dan fungsi eksekutif, yang berhubungan dengan konsekuensi psikososial (Gold & Green, 2005; Jones & Buckley, 2005; Tuulio-Henriksson, 2005).

Tidak ada pengobatan tunggal yang dapat memperbaiki banyak gejala dan disabilitas berkaitan dengan skizofrenia. Usaha-usaha terapeutik pada skizofrenia harus komprehensif, multimodal dan secara empirik dititrasi menurut respon dan perkembangan individual pasien. Kemahiran penerapan farmakologik, psikoterapeutik, rehabilitatif, psikososial dan intervensi keluarga serta dukungan masyarakat dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas penyakit, memperbaiki hasil pengobatan pasien dan meningkatkan kualitas hidup (Wayne, 2000).

Meskipun medikasi antipsikotik merupakan inti dari pengobatan skizofrenia, penelitian telah menemukan bahwa intervensi psikososial dapat memperkuat perbaikan klinis. Sebagian besar pasien skizofrenia mendapatkan manfaat dari pemakaian kombinasi pengobatan antipsikotik dan psikososial (Kaplan & Saddock, 2003). Terapi psikososial dimaksudkan agar pasien skizofrenia mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial sekitarnya dan mampu merawat diri, mandiri, serta tidak menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat (Barrowclough et al, 2001).

Rehabilitasi psikososial untuk skizofrenia mengarah pada program dan intervensi terapi yang bertujuan untuk memberikan pengetahuan, mengajarkan ketrampilan dan perilaku. Hal ini termasuk ketrampilan pekerjaan dan sosial, pendidikan tentang penyakit, medikasi, penanganan gejala-gejala, dan pencegahan kekambuhan. Beberapa model juga memberikan psikoterapi yang berfokus pada bagaimana mengatasi trauma pada penyakit mental. Walaupun rehabilitasi secara umum mengarah pada *living skill*, beberapa program dari tipe ini juga berusaha untuk menargetkan beberapa kemunduran kognitif yang nyata serta berhubungan dengan fungsi umum. Rehabilitasi kognitif terdiri dari terapi yang mengarah pada defisit spesifik dalam fungsi neuropsikologis, seperti perhatian dan pengolahan informasi. Sebaliknya, terapi kognitif perilaku berdasar pada prinsip-prinsip pembelajaran untuk mempengaruhi perubahan pada respon perilaku (Heydebrand, 2002).

Cognitive Behaviour Therapy merupakan salah satu bentuk terapi psikososial selain terapi keluarga, ketrampilan sosial, konseling supportif, dan rehabilitasi vocational (Kaplan & Saddock, 2003). Selama lebih dari dua dekade telah terjadi peningkatan ketertarikan terhadap penerapan tehnik CBT pada pasien skizofrenia, khususnya pada mereka yang terus mengalami gejala psikosis walaupun telah diobati optimal. Tujuan utama dari CBT untuk pengobatan psikosis adalah untuk mengurangi intensitas waham dan halusinasi (dan tekanan yang berhubungan) dan meningkatkan partisipasi aktif dari individu dalam mengurangi resiko kambuh dan tingkat gangguan sosial. Sasaran intervensi adalah menyelidiki yang rasional pada gejala psikosis, menantang bukti dan

mempermasalahkan kepercayaan dan pengalaman dengan kenyataan (Bustillo, 2001).

Semakin meningkatnya bukti-bukti yang mendukung penggunaan CBT untuk pengobatan skizofrenia. Perkembangan dari CBT, sebagai tambahan untuk regimen antipsikotik dipertimbangkan menjadi standar yang sesuai dalam penanganan di *United Kingdom* saat ini . Tahun 1996, Drury *et al* melaporkan penelitian acak terkontrol CBT (12 sesi selama 6 bulan) dibandingkan aktivitas rekreasional setelah episode psikotik akut. Pada penelitian ini, gejala positif menurun lebih cepat pada kelompok CBT. Penelitian klinis acak oleh Kuipers *et al* terhadap pasien skizofrenia rawat jalan yang salah satunya diberi CBT terdapat penurunan gejala psikiatrik lebih besar. Tarrier *et al* membandingkan CBT dengan terapi suportif dan ternyata kelompok CBT menunjukkan perbaikan yang bermakna (Turkington, 2006). Di Indonesia penelitian CBT pada skizofrenia masih sangat terbatas. Berdasarkan hal tersebut maka dilakukan penelitian untuk menguji keefektifan CBT sebagai terapi tambahan pada pasien skizofrenia kronis di panti rehabilitasi.

B. PERUMUSAN MASALAH

Apakah CBT sebagai terapi tambahan efektif dalam menurunkan tanda dan gejala pasien skizofrenia kronis di Panti Rehabilitasi Budi Makarti Boyolali?

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan umum :
Membuktikan keefektifan CBT sebagai terapi tambahan pasien skizofrenia kronis.
2. Tujuan khusus :
Menurunkan tanda dan gejala positif, gejala negatif, dan gejala psikopatologi umum pasien skizofrenia kronis.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat teoritis:
Memperluas dan memperdalam bidang kajian psikiatri khususnya tentang CBT pada pasien skizofrenia.
2. Manfaat praktis:
Implikasi hasil penelitian dapat digunakan dalam penyusunan Standar Prosedur Operasional (SOP) terhadap penatalaksanaan pasien psikosis pada umumnya dan khususnya pasien skizofrenia kronis di unit pelayanan psikiatri.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. LANDASAN TEORI

1. SKIZOFRENIA

a. Epidemiologi

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa yang umumnya mempunyai perjalanan kronik berulang sehingga sering memerlukan intervensi klinis secara terus menerus. Menurut laporan penelitian *Epidemiological Catchment Area (ECA)*, prevalensi penderita skizofrenia seumur hidup adalah 1,3% dan kira-kira hanya 0,025% sampai 0,05% dari populasi total yang hanya memerlukan pengobatan selama satu tahun. Laporan lain menyatakan bahwa sekitar 50% penderita skizofrenia akan mengalami kekambuhan dalam satu tahun, dan 80%-90% mengalami kekambuhan dalam dua tahun (Kaplan, 2003; Piggot, 2003; Soekarto, 2004).

Frekwensi di Indonesia adalah 1-3 orang setiap 1.000 orang, dan di negara maju terdapat 1 orang skizofrenia pada setiap 100 orang. Hal ini disebabkan penelitian yang dilakukan di Indonesia kurang. Diagnosis skizofrenia lebih banyak ditemukan di kalangan dengan sosio-ekonomi rendah. Beberapa pola interaksi keluarga dan faktor genetik diduga merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya skizofrenia (Ibrahim, 2002)

Skizofrenia ditemukan di semua kelompok masyarakat dan wilayah geografis. Meskipun data yang tepat sulit diperoleh, namun angka insidensi dan prevalensi di seluruh dunia secara kasar sama. Insidensi skizofrenia pada pria lebih besar dibandingkan wanita. Terdapat insidensi skizofrenia yang lebih besar di daerah urban dibandingkan rural. Derajat keparahan skizofrenia lebih besar di negara maju dibandingkan negara sedang berkembang (Buchanan & Carpenter, 2005).

Oleh karena skizofrenia memiliki awitan di usia muda, maka menimbulkan hendaya yang bermakna dan berlangsung lama serta menyebabkan tuntutan yang besar akan perawatan rumah sakit, perawatan klinis yang berkelanjutan, rehabilitasi, dan pelayanan pendukung lainnya (Buchanan & Carpenter, 2005).

b. Etiologi

Meskipun telah banyak dilakukan penelitian untuk mengungkap psikopatogenesis gangguan skizofrenia, tetapi sampai saat ini belum didapatkan hasil yang kiranya dapat diterima oleh semua pihak. Sampai saat ini masih diyakini bahwa skizofrenia merupakan suatu sindrom (fenomena kompleks) karena adanya interaksi antara kondisi biologik (faktor somatogenik), kondisi psikologik (faktor psikogenik) dan kondisi sosial (faktor sosiogenik) (Kaplan, 2003 ; Maramis, 1998).

Model yang paling sering digunakan adalah model stres diatesis, yang mengatakan bahwa orang yang menderita skizofrenia memiliki kerentanan biologik khas, atau diatesis yang dicetuskan oleh stres dan menimbulkan

gejala skizofrenia. Stres mungkin biologik, genetik, psikososial , atau lingkungan.

1) Genetik

2) Biokimia

a) Hipotesis Dopamin

Gejala yang ditimbulkan sebagai akibat aktivitas hiperdopaminergik yang disebabkan hipersensitifnya reseptor dopamin atau naiknya aktivitas dopamin.

b) Hipotesis Norepinefrin

Aktivitas norepinefrin naik pada skizofrenia, dan akan menyebabkan naiknya sensitisasi terhadap input sensorik.

c) Hipotesis GABA

Turunnya aktivitas GABA akan menyebabkan naiknya aktivitas dopamin.

d) Hipotesis Serotonin

Metabolisme serotonin abnormal tampak pada sebagian pasien skizofrenia kronis, yaitu terjadi hiper maupun hiposerotonin.

e) Peniletilamin (PEA)

Suatu amin endogen yang sangat mirip amfetamin. Bila jumlahnya naik mungkin dapat menimbulkan kenaikan umum terhadap kerentanan endogen terhadap psikosis.

f) Halusinogen

Amin endogen tertentu mungkin bertindak sebagai substrat bagi metilasi abnormal yang menimbulkan halusinogen endogen.

g) Enzim

Turunnya kadar MAO trombosit berkorelasi dengan terjadinya psikopatologi secara keseluruhan. Inhibitor DHB (dopamin beta hidroksilase) akan menimbulkan psikosis.

h) Gluten

Unsur protein gandum yang mungkin tak dapat ditolerir pasien skizofrenia tertentu.

3) Psikososial

Pasien yang memiliki emosi ekspresi (EE) yang tinggi memiliki angka relaps lebih tinggi daripada pasien yang berasal dari keluarga berekspresi emosi lebih rendah (Ibrahim, 2002)

c. Gambaran dan perjalanan klinis

Sebagaimana masalah psikopatogenesis yang sampai sekarang belum jelas, maka kriteria klinis dari gangguan skizofrenia pun sampai sekarang masih menyisakan beberapa masalah. Pertama, tidak ada tanda dan gejala yang patognomonik untuk skizofrenia, artinya, setiap tanda dan gejala yang ditemukan pada skizofrenia dapat ditemukan pada gangguan psikiatrik lain. Kedua, tanda dan gejala skizofrenia dapat berubah dari waktu ke waktu, artinya tanda dan gejala yang dialami sekarang mungkin sudah menghilang di waktu yang akan datang, atau sebaliknya yang

sekarang tidak dijumpai mungkin muncul di masa yang akan datang. Ketiga, gangguan pikiran pasien harus ditegakkan setelah mempertimbangkan tingkat pendidikan, kemampuan intelektual dan kultural yang bersangkutan, artinya klinisi tidak boleh menetapkan adanya gangguan pemahaman konsep yang abstrak pada pasien kalau ternyata kultur yang bersangkutan memang mempercayai hal itu (Maramis, 1998; Maslim, 2002; Sudyanto, 2004).

Skizofrenia adalah penyakit kronis dengan gejala heterogen. Menurut penelitian terakhir psikopatologi pada skizofrenia dapat digolongkan dalam tiga dimensi, yakni gejala positif, gejala negatif, dan disorganisasi. Gejala-gejala positif meliputi halusinasi, waham, gaduh gelisah, dan perilaku aneh atau bermusuhan. Gejala negatif meliputi afek tumpul atau datar, menarik diri, berkurangnya motivasi, miskin kontak emosional (pendiam, sulit diajak bicara), pasif, apatis, dan sulit berpikir abstrak. Gejala-gejala disorganisasi meliputi disorganisasi pembicaraan, disorganisasi perilaku, serta gangguan pemusatan perhatian dan pengolahan informasi. Gejala-gejala ini juga dikaitkan dengan hendaya sosial dan pekerjaan pasien skizofrenia (Kirkpatrick & Tek, 2005).

1) Pedoman Diagnosis

Menurut PPGGJ III, persyaratan umum diagnosis skizofrenia adalah selama paling sedikit satu bulan harus ada sedikitnya satu gejala yang amat jelas (atau dua gejala bila gejala kurang jelas) dari gejala-gejala berikut :

- a) Pikiran menggema/disisipi/disiarkan

- b) Waham dikendalikan/dipengaruhi
- c) Halusinasi auditorik
- d) Waham menetap lainnya

Atau paling sedikit ada dua gejala berikut :

- a) Halusinasi dari panca indera apa saja
- b) Arus pikiran terputus atau mengalami sisipan
- c) Psikomotor aneh
- d) Gejala-gejala negatif

Akibatnya individu mengalami perubahan yang konsisten dan bermakna dari beberapa aspek perilaku, bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, sikap larut dalam diri sendiri dan penarikan diri secara sosial (Departemen Kesehatan RI, 1993; Maslim, 2002).

2) Perjalanan klinis

Gangguan skizofrenia berlangsung secara perlahan-lahan, meliputi beberapa fase, dimulai dari prodromal (awal sakit), fase aktif, dan keadaan residual (sisa).

a) Fase prodromal

Fase prodromal adalah periode terjadinya perubahan perilaku sebelum gejala yang nyata muncul. Tanda dan gejala fase prodromal bisa mencakup kecemasan, gelisah, merasa diteror atau depresi. Dari penelitian retrospektif terhadap pasien skizofrenia didapatkan bahwa sebagian dari mereka mengeluhkan gejala somatik, seperti nyeri kepala, nyeri punggung dan otot, kelemahan

dan problem pencernaan. Perubahan minat, kebiasaan, perilaku, dan pasien mengembangkan gagasan abstrak, filsafat dan keagamaan. Gejala prodromal tersebut dapat berlangsung beberapa bulan atau beberapa tahun sebelum diagnosis pasti skizofrenia ditegakkan (Sudiyanto, 2004; Kirkpatrick & Tek, 2005).

b) Fase aktif

Fase aktif skizofrenia ditandai dengan gangguan jiwa yang nyata secara klinik, yakni kekacauan alam pikir, perasaan, dan perilaku. Penilaian terhadap realita mulai terganggu dan pemahaman dirinya buruk atau bahkan tidak ada (Sudiyanto, 2004).

c) Fase Residual

Fase residual atau stabil muncul setelah fase akut atau setelah terapi dimulai. Ditandai dengan menghilangnya beberapa gejala klinis skizofrenia sehingga tinggal satu atau dua gejala sisa yang tidak terlalu nyata secara klinik, misalnya penarikan diri, hendaya fungsi peran, perilaku aneh (bicara atau tersenyum/tertawa sendiri, mengumpulkan sampah), hendaya dalam higiene atau perawatan diri, penumpulan atau pendataran afek serta hendaya fungsi peran sosial (Sudiyanto, 2004; Jones & Buckley, 2005).

d. Penatalaksanaan

Oleh karena psikopatogenesis skizofrenia diyakini karena interaksi dari tiga faktor (biogenik-psikogenik-sosio-genik) maka pengobatan gangguan skizofrenia juga diarahkan pada ketiga faktor tersebut yaitu somatoterapi,

psikoterapi dan sosioterapi. Dengan kata lain, tidak ada pengobatan tunggal yang dapat memperbaiki keanekaragaman gejala dan disabilitas berkaitan dengan skizofrenia, tetapi harus dilakukan secara komprehensif, multimodal dan secara empirik dititiasi menurut respons dan perkembangan individual pasien (Kaplan, 2003; Maramis, 1998; Syamsulhadi, 2004).

1) Somatoterapi

Sasaran utama somatoterapi adalah tubuh manusia dengan harapan pasien akan sembuh melalui reaksi holistik. Somatoterapi yang umum dilakukan adalah psikofarmaka dan ECT (*Electroconvulsive Therapy*). Psikofarmaka atau disebut obat neuroleptika / antipsikotika dibedakan menjadi dua golongan yaitu golongan tipikal (konvensional) dan golongan atipikal (generasi ke dua). Dasar pemilihan suatu jenis psikofarmaka adalah atas pertimbangan manfaat dan resiko secara individual yang mencakup farmakokinetik dan farmakodinamik. Semua antipsikotik yang saat ini tersedia (tipikal maupun atipikal) adalah bersifat antagonis reseptor dopamin D2 dalam mesokortikal. Blokade reseptor D2 ini cenderung menyebabkan syptom ekstrapiramidal walaupun secara umum golongan atipikal mempunyai resiko efek samping neurologik yang lebih rendah (dibandingkan antipsikotik tipikal). Antipsikotik golongan atipikal dengan efek samping neuromotorik relatif sedikit tersebut merupakan suatu kemajuan terapi terhadap skizofrenia. Meski begitu tetap harus

dipertimbangkan bahwa efek samping lain yang tidak diinginkan dari golongan atipikal tersebut yaitu peningkatan berat badan, hiperprolaktinemia, hiperglikemia, dan dislipidemia. Akibat kurang baik lainnya seperti dislipidemia, ketoasidosis diabetika, diabetes mellitus, dan perubahan elektrokardiografi (EKG) serta resiko kanker payudara akibat hiperprolaktinemia juga telah dicatat pada penggunaan antipsikotik atipikal (Mc Quade, 2004).

Jenis intervensi somatogenik selain psikofarmaka adalah ECT. Bagaimana sebenarnya cara kerja ECT sehingga dapat menyembuhkan penderita gangguan jiwa sampai sekarang belum diketahui pasti walaupun beberapa teori telah diajukan dimana ada yang berorientasi secara organik tetapi ada juga yang tidak berorientasi organik.

2) Psikososioterapi

Terapi psikososial dimaksudkan agar pasien skizofrenia mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial sekitarnya dan mampu merawat diri, mandiri, serta tidak menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat (Syamsulhadi, 2004). Termasuk dalam terapi psikososial adalah terapi perilaku, terapi berorientasi keluarga, terapi kelompok dan psikoterapi individual (Kaplan & Saddock, 2003). Meskipun CBT diketahui lebih baik untuk pengobatan depresi, beberapa literatur terbaru menyinggung pengobatan CBT pada skizofrenia sebagai psikososial terapi. Kekuatan bukti saat ini yaitu bahwa CBT saat ini diterima sebagai bagian dari *evidence-based treatment* untuk

skizofrenia resisten di Inggris (Turkington, 2006). NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) mendukung CBT dan *family interventions* sebagai *psychological interventions* untuk pasien skizofrenia (Paschos, 2004).

2. TERAPI PERILAKU KOGNITIF (CBT)

a. Pengertian Dasar CBT

Sesuai dengan aliran kognitif dan perilaku, CBT menganggap bahwa pola pemikiran terbentuk melalui proses Stimulus-Kognisi-Respon (SKR), yang saling berkaitan membentuk semacam jaringan dalam otak. Proses kognitif merupakan faktor penentu bagi pikiran, perasaan dan perbuatan (perilaku). Semua kejadian yang dialami berlaku sebagai stimulus yang dapat dipersepsi secara positif (rasional) maupun negatif (irrasional) (Sudiyanto, 2007).

CBT adalah bentuk psikoterapi yang menekankan pentingnya peran pikiran dalam bagaimana kita merasa dan apa yang akan kita lakukan. CBT ada bukan sebagai tehnik terapeutik yang jelas. Istilah "*Cognitive-behavioral Therapy*" merupakan istilah yang sangat luas untuk kelompok terapi yang sejenis. Ada beberapa pendekatan terhadap CBT, meliputi *Rational Emotive Behavioral Therapy*, *Rational Living Therapy*, *Cognitive Therapy*, dan *Dialectic Behavior Therapy* (NACBT, 2008).

CBT adalah psikoterapi berdasarkan atas kognisi, asumsi, kepercayaan, dan perilaku, dengan tujuan mempengaruhi emosi yang terganggu (Wikipedia, 2008). CBT bertujuan membantu pasien untuk

dapat merubah sistem keyakinan yang negatif, irasional dan mengalami penyimpangan (*distorsi*) menjadi positif dan rasional sehingga secara bertahap mempunyai reaksi somatik dan perilaku yang lebih sehat dan normal (Hepple, 2004).

Dalam CBT, terapis berperan sebagai guru dan pasien sebagai murid. Dalam hubungan uini diharapkan terapis dapat secara efektif mengajarkan kepada pasien mekanisme SKR baru yang lebih positif dan rasional, menggantikan struktur kognitif lama yang negatif, irasional dan mengalami distorsi (Sudiyanto, 2007).

b. Psikopatologi CBT

CBT tidak hanya suatu set tehnik, tetapi juga mengandung teori komprehensif perilaku manusia. CBT mengajukan penjelasan "biopsikososial" untuk menjelaskan bagaimana manusia menjadi merasa dan bertindak sebagaimana yang mereka lakukan – merupakan kombinasi dari biologis, psikologis, dan faktor sosial yang terlibat (Froggatt, 2006).

Cara yang berguna untuk menggambarkan peran dari kognisi adalah dengan model "A-B-C-D" atau model rasional emosi (aslinya dikembangkan oleh Albert Ellis, model ABC ini telah diadaptasi secara umum untuk penggunaan CBT). Pada model ini, "A" adalah *activating event* (kejadian yang mencetuskan terbentuknya keyakinan atau kepercayaan yang salah), "B" adalah *believe* (keyakinan atau kepercayaan seseorang berdasarkan kejadian yang mencetuskan). Ellis menjelaskan bahwa bukan kejadian itu sendiri yang menghasilkan gangguan perasaan,

tetapi interpretasi dan keyakinan atau kepercayaan orang tersebut tentang kejadian itu. "C" adalah *consequence* (konsekuensi emosional dari kejadian tersebut). Dengan kata lain, ini adalah pengalaman perasaan orang tersebut sebagai hasil dari interpretasi dan kepercayaan berkenaan dengan kejadian. "D" adalah "*dispute*" (penggoyahan terhadap keyakinan yang tidak rasional, tidak realistik, tidak tepat, dan tidak benar kemudian menggantinya dengan keyakinan yang rasional, realistik tepat dan benar (Froggat, 2006).

c. Indikasi CBT

CBT telah berhasil digunakan untuk menolong orang dengan masalah non-klinis sampai klinis, menggunakan berbagai macam modalitas.

Indikasi CBT meliputi :

- 1) Depresi
- 2) Gangguan cemas meliputi, gangguan obsesif kompulsif, agorafobia, fobia spesifik, gangguan cemas menyeluruh, gangguan stres pasca trauma, dll.
- 3) Skizofrenia
- 4) Gangguan makan
- 5) Kecanduan
- 6) Hipokondriasis
- 7) Disfungsi seksual
- 8) Pengendalian kemarahan
- 9) Gangguan pengendalian impuls

- 10) Perilaku antisosial
- 11) Gangguan kepribadian
- 12) Terapi tambahan pada masalah kesehatan kronis, cacat fisik.
- 13) Penatalaksanaan nyeri
- 14) Penatalaksanaan stres umum (Froggatt, 2006)

CBT untuk pasien skizofrenia dikembangkan selama tahun 1990 sebagai tambahan terhadap pengobatan. Sebelumnya, terapi psikologis untuk skizofrenia umumnya terbatas pada terapi perilaku terhadap pasien rawat inap dan intervensi keluarga untuk membantu mengurangi angka kekambuhan. CBT untuk skizofrenia dikembangkan secara luas di Inggris, walaupun saat ini telah dilakukan percobaan di Kanada, Amerika Serikat, Italia, dan Belanda. Saat ini, total telah dilakukan secara lengkap 21 penelitian acak terkontrol tentang CBT untuk skizofrenia atau gangguan dalam lingkup skizofrenia (sebagai contoh; gangguan waham, gangguan skizoafektif) (CARMHA, 2007).

d. Prosedur CBT

Langkah pertama yang paling penting dalam tehnik CBT adalah menanyakan permasalahan pasien (apa, kapan, mengapa dan bagaimana). Langkah kedua, mengeksplorasi masalah untuk dirumuskan (bersama pasien) untuk disepakati sebagai fokus yang menjadi target terapi. Langkah ketiga untuk memeriksa dan merumuskan konsekuensi perilaku atau reaksi somatik (mungkin yang menjadi masalah utama pasien) sehingga pasien memerlukan bantuan atau pengobatan (C). Langkah

keempat adalah memeriksa atau mengeksplorasi kejadian-kejadian yang mungkin sebagai pencetus atau penyebab permasalahan pasien (A). Langkah kelima adalah mengenali status kognitif pasien yang negatif (B) berupa sistem keyakinan irasional. Keyakinan irasional tersebut dapat diperoleh dari pasien melalui anamnesis atau observasi, mungkin berupa keluhan yang jelas dan nyata, tetapi ada kalanya merupakan informasi sambil lalu yang samar-samar dan tidak jelas. Tugas terapis di sini adalah untuk memperjelas sistem keyakinan irasional tersebut (Sudiyanto, 2007)

Langkah-langkah dalam wawancara CBT :

- 1) Pertanyaan tentang problem utama
- 2) Formulasi target masalah
- 3) Pemeriksaan C
- 4) Pemeriksaan A
- 5) Pemeriksaan dan identifikasi problem emosional sekunder
- 6) Mengajari hubungan B – C
- 7) Pemeriksaan keyakinan (irasional)
- 8) Mempersiapkan keyakinan rasional
- 9) Mendorong belajar mempraktekkan keyakinan baru
- 10) Evaluasi/cek pekerjaan rumah
- 11) Memfasilitasi berlangsungnya proses terapi

e. CBT pada skizofrenia

Aaron Beck pertama kali mengajukan penggunaan terapi kognitif pada skizofrenia pada tahun 1950-an, menyatakan bahwa jika manifestasi

skizofrenia terutama terlihat sebagai suatu gangguan pikiran, maka intervensi kognitif untuk "mengoreksi" gangguan psikiatri tersebut merupakan suatu solusi yang jelas. Gejala-gejala psikotik disebabkan oleh disfungsi psikologis, dan secara efektif bisa diterapi dengan medikasi. Penelitian juga telah dilakukan, terutama di Inggris untuk mengembangkan intervensi kognitif- perilaku untuk mengatasi gejala-gejala psikotik. Hal ini dapat bermanfaat terutama pada gejala-gejala psikotik refrakter ringan atau serangan gejala psikotik (misalnya, yang dicetuskan oleh keadaan penuh tekanan), untuk meningkatkan tilikan diri pada pasien dan mencegah pengobatan yang berlebihan (Heydebrand, 2002).

Asumsi pokok dari intervensi kognitif-perilaku untuk skizofrenia yaitu bahwa pikiran yang terganggu menimbulkan ansietas akibat sifat alamiah dari persepsi (penganiayaan, dan sebagainya) dan akibat fungsi yang terganggu, kemudian mengganggu pengolahan "realita" yang sebenarnya. Jika gangguan proses pikir yang berhubungan dengan skizofrenia terlihat sebagai suatu hubungan yang tidak logis antara peristiwa-peristiwa yang tidak dilihat berhubungan oleh sebagian besar orang, maka titik intervensi adalah sifat tidak logis dari asumsi tersebut. Oleh karena itu terapi sebaiknya berfokus pada perkembangan kemampuan kontrol diri yang diperlukan untuk mengubah pola pikir untuk pengolahan realitas yang lebih efektif. Dalam kerangka ini, beberapa kelompok strategi telah dikembangkan yang dirancang untuk mengatasi gejala-gejala psikotik, termasuk perubahan perilaku (misalnya, mencari interaksi sosial

sebagai penyangga terhadap halusinasi yang mengganggu), teknik relaksasi untuk mengurangi guncangan psikologis, dan metode penguasaan kognitif seperti mengabaikan gejala-gejala atau aktifitas ”pengalihan”. Seperti terapi kognitif untuk gangguan tipe lain, tantangan terbesar adalah membantu pasien menerima gagasan bahwa ada penjelasan lain untuk pengalaman dan persepsi mereka. Jadi walaupun penekanan dalam terapi kognitif-perilaku merupakan pengajaran strategi khusus dan mendorong pemikiran logis, faktor-faktor seperti aliansi terapeutik penting untuk hasil yang maksimal (Heydebrand, 2002).

CBT pada pengobatan skizofrenia berkembang melawan suatu latar belakang skeptisisme yang hebat karena kegagalan sebelumnya pada psikoterapi interpersonal pada pasien skizofrenia (Turkington, 2006). Penelitian keefektifan CBT pada skizofrenia termasuk variasi subtype skizofrenia dan pengukuran keefektifan pengobatan memakai alat ukur yang bervariasi. Kebanyakan berfokus pada pasien rawat jalan dengan gejala kronis, juga terdapat tiga penelitian pada pasien skizofrenia fase akut di rumah sakit (CARMHA, 2007). CBT dapat mencegah kekambuhan, mengurangi gejala, memperbaiki tilikan dan meningkatkan kepatuhan pengobatan. CBT dapat diberikan pada gejala psikosis yang resisten dan pengobatan untuk membangun tilikan dan kepatuhan pengobatan yang rendah. CBT secara adekuat direkomendasikan selama lebih dari 4 - 6 bulan dan mencakup 10 sesi (Paschos, 2004).

Lima percobaan terkontrol secara acak dari CBT dibandingkan terapi standar terhadap gejala psikotik pada skizofrenia kronis dengan hasil terdapat pengurangan waham dan halusinasi dan satu percobaan mengurangi angka mondok ulang (Bustillo, 2004)

Tiga penelitian meneliti efek CBT pada gejala psikosis resisten pasien rawat jalan dengan follow-up satu tahun. Kulpers dkk menemukan penurunan yang bermakna dari keseluruhan gejala dibanding terapi standar. Terrier dkk menemukan pengurangan waham dan halusinasi pada kelompok CBT dibandingkan kelompok terapi suportif pada pasien skizofrenia. Drury dkk menemukan bahwa CBT sebagai terapi tambahan terhadap pengobatan antipsikotik menghasilkan pemulihan lebih cepat dan lengkap secara bermakna. Pada evaluasi 9 bulan, 95% pasien pada kelompok CBT tidak mengalami atau hanya sedikit mengalami halusinasi dan waham dibandingkan dengan 44% kelompok kontrol (Bustillo, 2004).

f. Tehnik CBT pada skizofrenia

Terapi Kognitif-perilaku untuk gangguan psikotik memerlukan derajat tilikan terhadap penyakit yang paling tinggi dibandingkan dengan intervensi rehabilitasi lain. Pada CBT, terapis melabel ulang peristiwa-peristiwa atau fenomena yang merupakan patologi. Jadi, walaupun intervensi kognitif-perilaku terutama berdasar pada tehnik pengajaran untuk memahami dan menemukan proses pikir yang spesifik, beberapa faktor yang tidak spesifik tampaknya berpengaruh terhadap keberhasilan terapi, khususnya perkembangan aliansi terapeutik pasien harus mampu

memperoleh tilikan dalam kerangka hubungan suportif dan empati dengan ahli profesional yang berpengetahuan dan peduli. Karena itu, CBT harus mengikuti urutan hierarki yang spesifik, yang terdiri dari : pertama ; menarik hati pasien agar mau terlibat dan menyetujui terapi, kedua ; memberikan pemahaman tentang proses kognitif dengan disertai suatu proses sosialisasi (yaitu pasien menerima bahwa kepercayaan atau perilaku yang sekarang tidak "bekerja"), dan akhirnya menunjukkan dan melatih tehnik intervensi tertentu. Perkembangan tehnik yang demikian melibatkan tiga fase "kontrol diri" seperti yang dijelaskan oleh Breier dan Strauss :

- 1) Pasien jadi menyadari adanya gejala-gejala psikotik dan pre-psikotik melalui pengawasan diri dan identifikasi perilaku.
- 2) Pasien mengenal maksud dari perilaku tersebut dan mengembangkan kapasitas untuk evaluasi diri. Pada waktunya, mereka juga dapat mempercayai orang lain untuk membantu evaluasi.
- 3) Mekanisme kontrol diri seperti instruksi diri dan aktifitas-aktifitas tertentu dipilih (relaksasi atau sebaliknya,"menjadi sibuk" sebagai suatu pengalihan) (Heydebrand, 2002).

Tehnik CBT yang digunakan untuk pendekatan pasien skizofrenia dikelompokkan sebagai berikut:

1) CBT untuk Waham

Model ini berfokus pada penyusunan ulang psikosis sebagai pikiran yang terganggu, yang menunjukkan (salah) interpretasi pada pengalaman

(misalnya halusinasi, waham). Beberapa faktor diperlukan untuk keberhasilan *outcome* .

Faktor-faktor keberhasilan CBT untuk waham :

- Kekuatan kepercayaan, yang dapat berhubungan dengan berapa lama kepercayaan tersebut telah ada (dan keseluruhan sistem waham).
- Konsekuensi melepaskan kepercayaan. Penerimaan sosial yang meningkat dapat menjadi alasan untuk melepaskan kepercayaan, tetapi pertahanan terhadap citra diri seseorang dapat mendorong timbulnya resistensi. Akan tetapi, banyak pasien menyadari pada beberapa tingkat "kerugian" dari mengakui waham .
- Bersama-sama menemukan penjelasan lain. Faktor ini tergantung ketrampilan terapis dalam memahami kepercayaan tersebut dan yang mendahuluinya, dan kemampuan terapis dalam mengembangkan strategi hubungan untuk menantang mereka melalui rangkaian yang sesuai, dan juga ketekunan dalam menindaklanjuti pasien.
- Bagaimana penjelasan diberikan. Terapis yang melakukan pendekatan sistem waham dengan sikap modifikasi dan bukan konfrontasi cenderung lebih berhasil.
- Hubungan terapis-pasien. Pasien yang menyukai dan menghormati terapisnya akan lebih mungkin untuk menerima penjelasan dan sabar menghadapi tantangan dari terapisnya (Heydebrand, 2002).

Dalam mengembangkan dan melaksanakan suatu rencana terapi CBT untuk mengubah kepercayaan, terapis harus mengikuti pedoman yang

menyusun serangkaian "target". Kepercayaan yang kurang dipegang kuat harus menjadi target yang pertama, karena eksplorasi kepercayaan-kepercayaan ini kurang cenderung menimbulkan ansietas dan resistensi yang tinggi (seperti pada desensitasi sistemik). Konfrontasi langsung sebaiknya dicegah. Sebaliknya, pasien sebaiknya diminta untuk mempertimbangkan fakta-fakta dan mempunyai kepercayaan lain. Diskusi harus berfokus bukan pada kepercayaan tetapi bukti dari kepercayaan itu. Akhirnya, pasien harus didorong untuk mengembangkan dan menyuarakan pendapat yang melawan kepercayaan dan bukan mendengarkan secara pasif saat terapis menjelaskan ketidaklogisan waham tersebut.

Seperti tipe CBT lainnya, tantangan dilakukan selama periode minggu atau bulan, dan gejala-gejala target dapat muncul kembali saat episode stres. Oleh karena itu pernyataan klinis yang menyatakan bahwa sia-sia untuk berdebat dengan pasien waham mungkin dapat dianggap benar pada situasi tertentu, tetapi penelitian-penelitian menunjukkan bahwa CBT dapat secara bertahap melemahkan kepercayaan terhadap waham, yang kemudian akan mengurangi kecenderungan untuk berlaku seperti kepercayaan tersebut (Heydebrand, 2002).

2) CBT untuk Halusinasi

Untuk intervensi langsung (yaitu mengajari pasien untuk mengatasi suara-suara) terdapat dua cara yang benar-benar bertentangan : pengalihan dan pemusatan. Akan tetapi, keduanya berdasarkan dalil bahwa pengalaman

halusinasi menyebabkan ansietas yang berhubungan dengan fungsi dan dengan demikian membuat gejala ini terus menetap.

Pada metode pengalihan, pasien diajari untuk mendengarkan musik (misalnya menggunakan headphone), membaca, melakukan metode lain untuk menjauhkan pusat perhatian mereka dari rangsang internal. Jadi, halusinasi sebaiknya dihilangkan melalui penurunan ansietas dan reaktifitas.

Pada metode pemusatan, pasien mengikuti suatu pendekatan desensitisasi untuk membiasakan mereka dengan gagasan bahwa suara-suara yang mereka alami adalah gejala psikologis yang dapat mereka kontrol. Pertama, mereka dilatih untuk mengidentifikasi dan menjelaskan gambaran fisik dari halusinasi (jumlah, kekerasan, jenis kelamin, aksen, lokasi). Melacak gejala dan membicarakan pengalamannya bertujuan agar tidak membingungkan proses.

Selanjutnya, isi dari halusinasi, serta pikiran dan emosi yang terkait, dicatat. Dalam mengulas pola halusinasi seseorang, pasien dapat mulai menyadari bahwa hal tersebut ditimbulkan oleh stresor tertentu, dan bahwa hal itu juga menyebabkan ansietas, kemarahan, atau putus asa. Kemudian, menyadari bahwa hubungan antara dua faktor tersebut dapat menekankan bahwa gagasan tersebut tidak datang dari Tuhan atau setan tetapi akibat dari gejolak dopamin dalam sistem limbik.

Akhirnya, pasien diminta untuk menggambarkan apa arti dari suara-suara tersebut bagi mereka (sistem kepercayaan-suara apakah itu, dari

mana suara itu berasal?). dengan menceritakan persepsi dan artinya mereka telah menyampaikan gejala, mereka jadi lebih terbuka untuk memberikan penjelasan lain, dan kemudian dapat mulai menggunakan pembicaraan diri untuk mengatasi halusinasi.

Kedua pendekatan ini tampak berhasil pada beberapa tingkat, tetapi perbedaan individual (karakteristik pasien) mungkin menentukan efektifitas. Karakteristik tersebut meliputi intensitas dan kualitas halusinasi dan latar belakang budaya pasien, pendidikan, kemampuan abstraksi, dan pertahanan secara keseluruhan.

3) CBT untuk Gejala Negatif

Skizofrenia dengan gejala-gejala negatif yang menonjol (afek datar, kemiskinan pembicaraan, penurunan inisiatif, anhedonia, penarikan diri dari sosial, perhatian yang terbatas) cenderung memiliki *outcome* yang buruk, sebagian akibat dari manfaat pengobatan yang terbatas dan mungkin perubahan struktur otak. Intervensi kognitif-perilaku untuk sindrom ini sama dengan yang digunakan untuk memperbaiki letargi yang berhubungan dengan depresi, dan dapat meliputi penjadwalan aktifitas, pelatihan ketrampilan.

a) Penjadwalan aktifitas. Awalnya, pasien dengan gejala-gejala negatif yang mencolok membutuhkan seorang dokter untuk menyusun jadwal sehari-harinya. Mereka akhirnya mampu berpartisipasi atau bertanggung jawab untuk menyusun rutinitas harian mereka sendiri. Tingkat dan jenis aktifitas sebaiknya ditingkatkan secara bertahap, untuk mencegah kegiatan

yang terlalu berlebihan dimana pasien tidak biasa dengan hari yang sangat "bersemangat". Secara signifikan, jenis jadwal ini sangat mirip dengan jadwal yang dibentuk untuk pasien-pasien cedera otak dengan defisit lobus frontal. Tingkat detail dalam bagan aktifitas pasien tentu saja ditentukan dengan seberapa banyak struktur yang dibutuhkan, dan dapat bervariasi dari panduan umum sampai rangkaian yang sangat spesifik. Untuk pasien dengan gangguan berat dalam suatu tempat tinggal, seorang pembantu dapat bekerja dengan mereka untuk memberikan dorongan yang positif dan pujian saat pasien menyelesaikan masing-masing langkah, sampai sebuah rutinitas dikembangkan.

Elemen penting pada penjadwalan aktifitas yaitu adanya tugas dalam suatu hierarki bertingkat, yang dimulai dengan target awal yang sesuai dan dapat dicapai. Keuntungan menggunakan pendekatan penjadwalan aktifitas termasuk menunjukkan pada pasien bahwa perubahan dapat terjadi, dan membantunya mencapai tujuan yang pada awalnya mungkin terlihat sulit. Ketrampilan terapis berdasar pada sejauh mana membantu pasien mengidentifikasi dan membicarakan tujuan yang diinginkan dan membentuk rangkaian langkah-langkah untuk mencapai tujuan tersebut ke dalam unit-unit pengaturan yang lebih kecil. Struktur dan panduan yang diberikan oleh terapis berfungsi untuk melawan rasa putus asa dan tidak memiliki motivasi yang dialami oleh banyak pasien skizofrenia.

b) Pelatihan ketrampilan. Untuk pasien-pasien dengan gejala negatif yang menyolok, pelatihan ketrampilan harus berfokus pada interaksi sosial

tetapi juga melibatkan perkembangan ketrampilan fungsional seperti memasak atau aktifitas yang berhubungan dengan pekerjaan. Kuncinya adalah mengidentifikasi dan memahami sifat defisit (misalnya "kurang motivasi"), dan memecah target ketrampilan menjadi langkah-langkah kecil yang dapat diajarkan dalam rangkaian pembentukan. Tantangan dari intervensi ini adalah mengembangkan target yang diminati pasien untuk dicapai (yaitu yang memiliki makna dan relevansi) (Heydebrand, 2002).

3. INSTRUMEN PANSS

Skala penilaian terhadap gejala positif dan negatif pada skizofrenia bermula dari dijumpainya heterogenitas hasil penelitian yang tidak konsisten, yang diduga oleh karena metode pengukuran yang kurang dapat dipercaya (Kusumawardhani, 1994).

Berbagai instrumen dan kuesioner dikembangkan untuk memeriksa kedua macam tipe skizofrenia berdasarkan perbedaan gejala yang mendominasinya, antara lain : *the Scala for Assesment of Negative Syymptom* (SANS) (Andersen,1982), *the Negative Symptom Scale* (NSRS) (Lager et al, 1985), dan *the Positive and Negative Symptom Scale* (PANSS) (Kay,1991). PANSS dibuat oleh Stanley Kay, Lewis Opler, dan Abraham Fiszbein pada tahun 1987 yang diambil dari dua instrument terdahulu, yaitu Brief Psychiatry Rating Scale (BPRS) dan Psychopathology Rating Scale. Uji reliabilitas *inter-rater* dan *test-retest* telah dilakukan oleh Kay dan Opler pada tahun 1987 dengan hasil yang tinggi (Kay, 1987).

Untuk dapat dipakai terhadap pasien skizofrenia Indonesia telah dilakukan uji reliabilitas, validitas, sensitivitas oleh A. Kusumawardhani dan tim dari FK-UI pada tahun 1994. Reliabilitas internal diuji dengan rumus koefisien alfa dari Cronbach terhadap 140 pasien skizofrenia. Untuk gejala positif didapat alfa 0,725, untuk gejala negatif 0,838, untuk gejala psikopatologi umum 0,684. reliabilitas interater oleh tiga orang psikiater untuk masing-masing skala adalah sebagai berikut: 0,923 untuk gejala positif, 0,921 untuk gejala negatif, 0,912 untuk indeks komposit dan 0,838 untuk gejala psikopatologi umum. Reliabilitas *test-retest* juga dilakukan, dengan hasil 0,604 untuk gejala positif, 0,802 untuk gejala negatif, 0,884 untuk indeks komposit dan 0,565 untuk gejala psikopatologi umum. Hasil terjemahan PANSS ke dalam bahasa Indonesia sesuai dengan PANSS asli dalam bahasa Inggris (Kusumawardhani, 1994).

PANSS terdiri dari 33 butir yang masing-masing dinilai dalam 7 skala poin. Tujuh butir dikelompokkan dalam skala positif, tujuh butir yang lain dikelompokkan dalam skala negatif, enam belas butir menilai psikopatologi umum, dan terdapat tiga butir tambahan yang menilai adanya resiko agresi.

a. Skor PANSS

Masing-masing item dinilai sebagai berikut :

1 = tidak ada

2 = minimal

3 = ringan

4 = sedang

5 = agak berat

6 = berat

7 = sangat berat

b. Total Skor PANSS

Semua skor masing-masing item dijumlah dengan hasil sebagai berikut :

- Sakit ringan = ± 61
- Sakit sedang = ± 78
- Terlihat nyata sakit = ± 96
- Sakit berat = ± 118
- Sakit sangat berat = ± 147

c. Persentase Perubahan Total Skor PANSS

Untuk menentukan adanya perbaikan klinis atau keberhasilan suatu terapi dapat diukur pada saat sebelum kunjungan pertama sebelum diberikan terapi dan sesudah terapi. Dalam hal ini jangka waktu dilakukannya penilaian *pre* dan *post* terapi tidak ada ketentuan yang pasti.

Sedangkan presentase perubahan total skor PANSS yang mengindikasikan adanya perbaikan klinis adalah sebagai berikut :

- Perbaikan minimal (*minimally improved*) : penurunan skor ±19%-28%
- Banyak perbaikan (*much improved*) : penurunan skor ±40%-53%
- Sangat banyak perbaikan (*very much improved*) : penurunan skor ±71%-53%

Selain itu penilaian perbaikan klinis atau keberhasilan terapi dapat dilihat dari penurunan kriteria sakit dari skor total PANSS (Nurmiati, 2008).

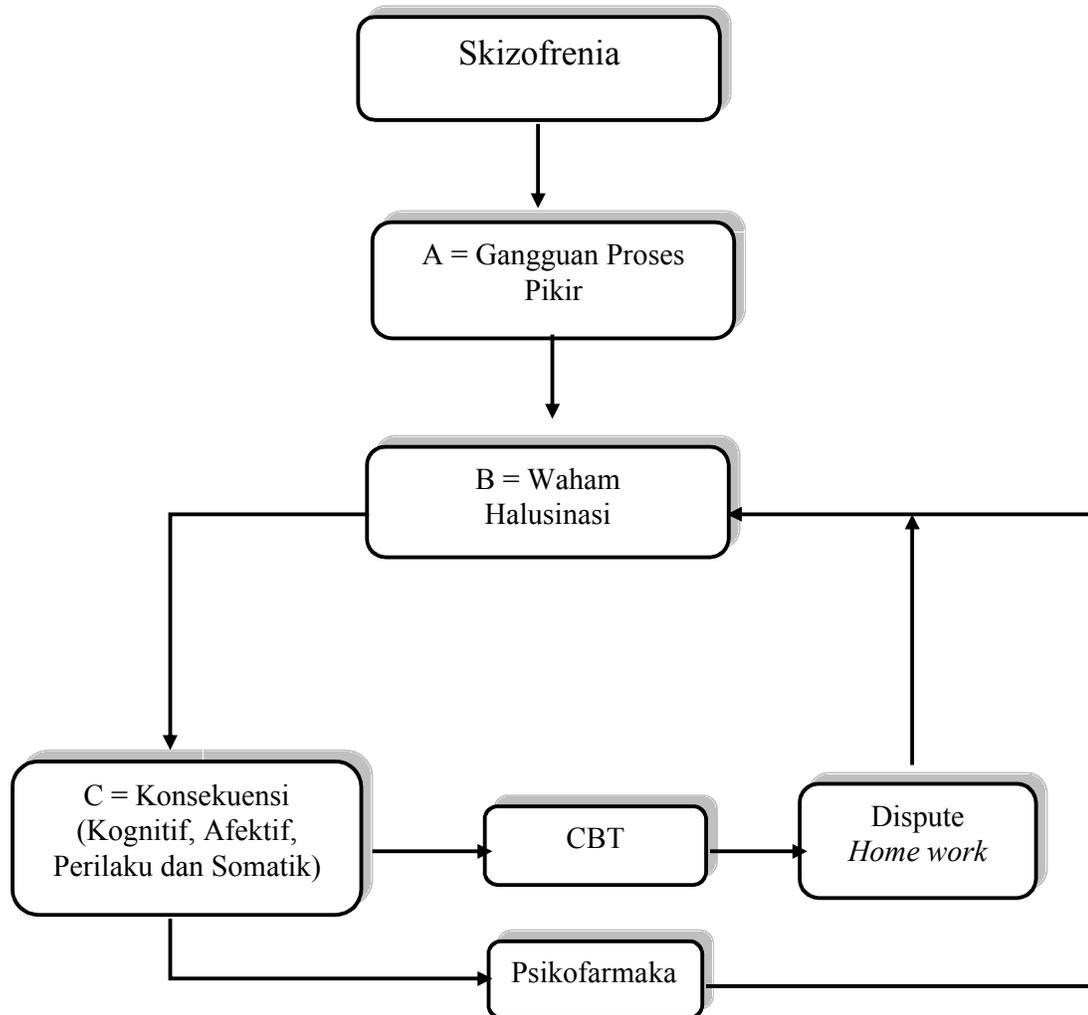
d. Cara Penggunaan

Penilaian PANSS dilakukan melalui wawancara terstruktur. Dalam hal ini dilakukan oleh pewawancara yang memenuhi kriteria : telah terlatih dalam tehnik wawancara psikiatri, kompeten melakukan wawancara klinis seluruh butir PANSS, akurat menilai seluruh butir PANSS dan mampu melakukan penilaiannya. Penilaian dilakukan berdasarkan informasi yang berhubungan pada minggu sebelumnya yang berasal dari wawancara klinis dan laporan dari perawat RS atau anggota keluarga lain.

Waktu yang dibutuhkan untuk wawancara sekitar 30-40 menit, yang terdiri dari:

- 1) Fase awal : 10-15 menit, tidak terstruktur, nondirektif, membina rapport, riwayat penyakit, onset
- 2) Fase kedua : 10-15 menit, semi terstruktur, terarah tanpa provokatif, tanpa penyelidikan spesifik, sudah dapat terungkap tentang halusinasi, kecurigaan, tilikan dan rasa bersalah.
- 3) Fase ketiga : 5-10 menit, terstruktur, pertanyaan spesifik tentang suasana hati, ansietas, orientasi, pemikiran abstrak.
- 4) Fase keempat : 5-10 menit, direktif, menegaskan informasi, observasi respon di bawah stres (Nurmiati, 2008).

B. KERANGKA BERPIKIR



C. HIPOTESIS

Berdasarkan latar belakang dan tinjauan pustaka diajukan hipotesis : CBT sebagai terapi tambahan efektif menurunkan tanda dan gejala pada skizofrenia kronis.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. JENIS PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuasi eksperimental dengan rancangan *randomized controlled trial group, single blind, pre and post test design*.

B. LOKASI DAN WAKTU PENELITIAN

Penelitian dilakukan di Panti Rehabilitasi Budi Makarti, Boyolali, dengan lama penelitian 4 bulan dari bulan November 2008 – Februari 2009.

C. SUBJEK PENELITIAN

Subjek penelitian adalah pasien di Panti Rehabilitasi Budi Makarti Boyolali yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

D. TEHNIK PENGAMBILAN SAMPEL

Tehnik pengambilan sample dalam penelitian ini adalah *purposive random sampling*, artinya subjek dipilih berdasarkan kriteria yang telah ditentukan dan dibagi secara acak ke dalam kelompok perlakuan dan kontrol (Sudigdo, 1995).

1. Kriteria inklusi
 - a. Menderita skizofrenia lebih dari 2 tahun
 - b. Umur 18 - 45 tahun
 - c. Skor PANSS 70 - 100
 - d. Menerima obat antipsikotik tipikal
2. Kriteria eksklusi
 - a. Pasien skizofrenia dengan kelainan organik (epilepsi, retardasi mental, penyakit sistemik berat, stroke).

- b. Skizofrenia hebefrenik
- c. Mengalami eksaserbasi akut selama penelitian

E. BESAR SAMPEL

Besar sampel penelitian ditentukan berdasarkan besar sampel jenis penelitian analitik tidak berpasangan dengan perbedaan kemaknaan berdasarkan perbedaan *mean* (Basuki, 1999).

$$n = 2 \left(\frac{(Z\alpha + Z\beta) \cdot S}{X_1 - X_2} \right)^2$$

n = besar sampel, sampel dua kelompok sama besar ($n_1 = n_2$).

$Z\alpha$ = batas atas nilai konversi pada distribusi normal untuk batas kemaknaan 0,05, yakni sebesar 1,96

$Z\beta$ = batas bawah nilai konversi pada distribusi normal untuk batas kemaknaan 0,05, yakni 1,64

S = standar deviasi perkiraan perbedan, sebesar 10,90

$X_1 - X_2$ = mean deviasi perbedaan, diperkirakan sebesar 13

Dari perhitungan berdasarkan rumus di atas, didapatkan besar sampel n untuk masing-masing kelompok (kelompok perlakuan dan kontrol) adalah 18,17 dibulatkan menjadi 18 orang. Untuk mengantisipasi resiko drop out, jumlah sampel diperbesar 10% menjadi 20 orang (Sudigdo, 1995).

F. IDENTIFIKASI VARIABEL

1. Variabel bebas : CBT
2. Variabel tergantung : tanda dan gejala skizofrenia

3. Variabel kendali : faktor demografik (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama sakit), jenis skizofrenia, dosis dan jenis psikofarmaka, lama penggunaan psikofarmaka, dukungan keluarga, sosial budaya, frekuensi kekambuhan, kepribadian premorbid.

G. DEFINISI OPERASIONAL VARIABEL PENELITIAN

1. Terapi CBT

Tehnik CBT untuk skizofrenia, yang meliputi 10 sesi, tiap sesi 20-30 menit, dilaksanakan secara individu, tiap pasien 2 kali seminggu, yang dipandu oleh terapis.

2. Tanda dan gejala skizofrenia

Tanda dan gejala positif, negatif dan psikopatologi umum pada skizofrenia yang dievaluasi menggunakan PANSS (*Positive and Negative Symptom Scale for Schizophrenia*). Penilaian PANSS dilakukan oleh penilai (residen psikiatri yang telah mengikuti pelatihan PANSS) kemudian dilakukan intereter dengan hasil $r=0,966$.

3. Skizofrenia kronis

Individu yang menunjukkan tanda dan gejala skizofrenia, paling sedikit 2 tahun.

4. Keefektifan

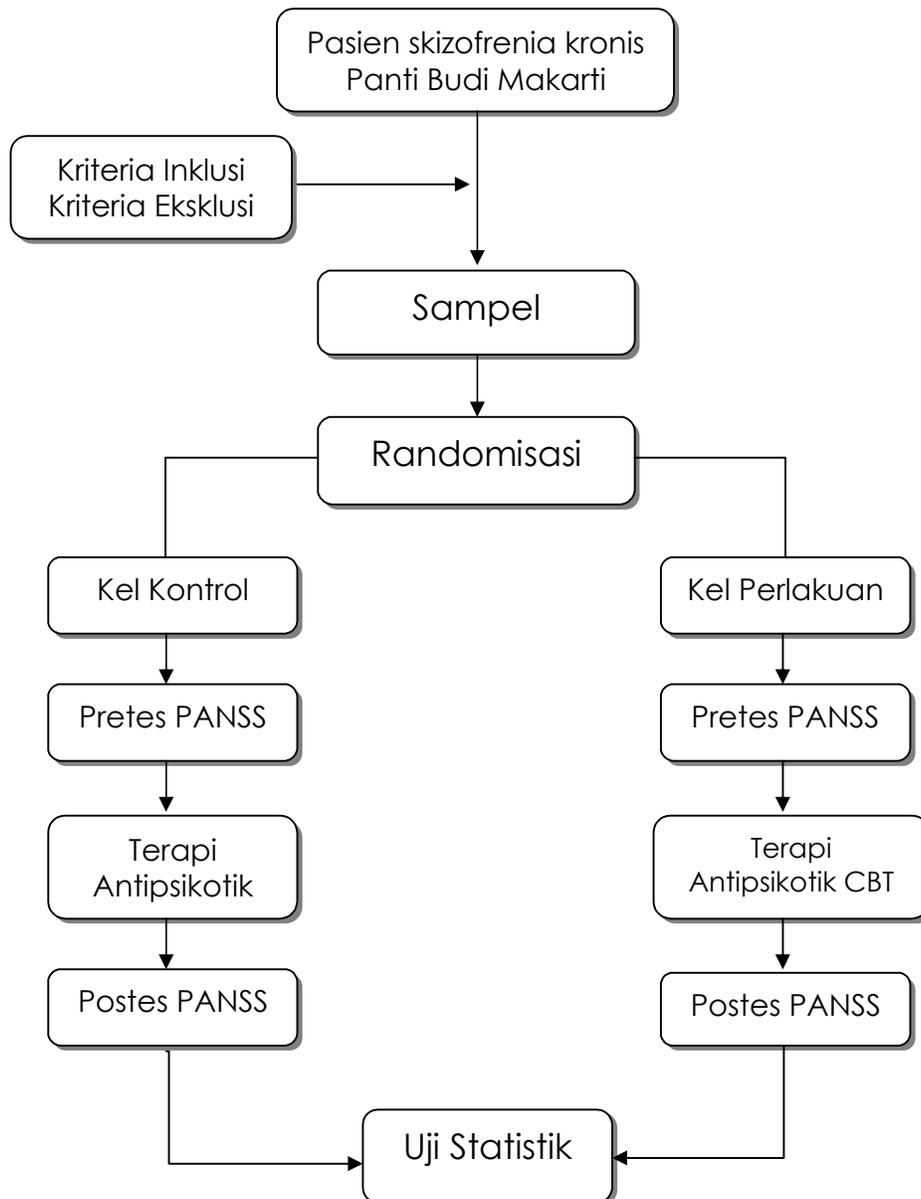
Penurunan skor PANSS yang bermakna secara statistik.

H. INSTRUMEN PENELITIAN

1. Data isian pribadi

2. *Positive and Negative Symptom Scale for Schizophrenia* (PANSS)

I. PROSEDUR PENELITIAN



J. ANALISA STATISTIK

Analisa data yang digunakan pada penelitian ini adalah uji t dan uji kai kuadrat.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Telah dilakukan penelitian untuk mengetahui keefektifan CBT sebagai terapi tambahan pasien skizofrenia kronis di Panti Rehabilitasi Mental Budi Makarti Boyolali, pada minggu pertama November 2008 hingga minggu ke empat Februari 2009. Didapatkan 40 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, kemudian dibagi secara acak menjadi dua kelompok perlakuan dan kontrol masing-masing 20 subjek. Tidak ada pasien yang mengundurkan diri selama penelitian berlangsung. Data diperoleh dari status pasien dan hasil pemeriksaan wawancara dengan menggunakan PANSS di awal dan akhir.

Setelah semua data penelitian diperoleh, selanjutnya diolah dan dianalisis dengan menggunakan program SPSS versi 15.0.

Karakteristik Demografik Subjek Penelitian disajikan dalam tabel berikut :

Tabel 4.1. Karakteristik Demografik Subjek Penelitian

Karakteristik	CBT		KONTROL		ANALISIS	
	N	%	n	%	X ²	P
Jenis Kelamin	20	100	20	100	0,000	1,000
Laki-laki	10	50	10	50		
Perempuan	10	50	10	50		
Perkawinan	20	100	20	100	0,000	1,000
Menikah	5	25	5	25		
Tidak menikah	15	75	15	75		
Pendidikan :	20	100	20	100	0,143	0,500
Sekolah menengah	15	75	16	71		
Perguruan tinggi	5	25	4	5		

Berdasarkan tabel 4.1, karakteristik demografik kedua kelompok dilakukan uji komparatif. Dengan uji kai kuadrat didapatkan untuk jenis kelamin dan status perkawinan tidak ada perbedaan yang bermakna dengan nilai signifikan yang sama ($X^2=0,000$; $p=1,000$ ($>0,05$)) antara kedua kelompok. Karakteristik pendidikan tidak ada perbedaan yang signifikan ($X^2=0,143$; $p=0,500$ ($>0,05$)) antara kedua kelompok. Dari nilai p dapat dilihat bahwa tidak didapatkan perbedaan bermakna karakteristik jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan pada kelompok CBT dan kelompok kontrol.

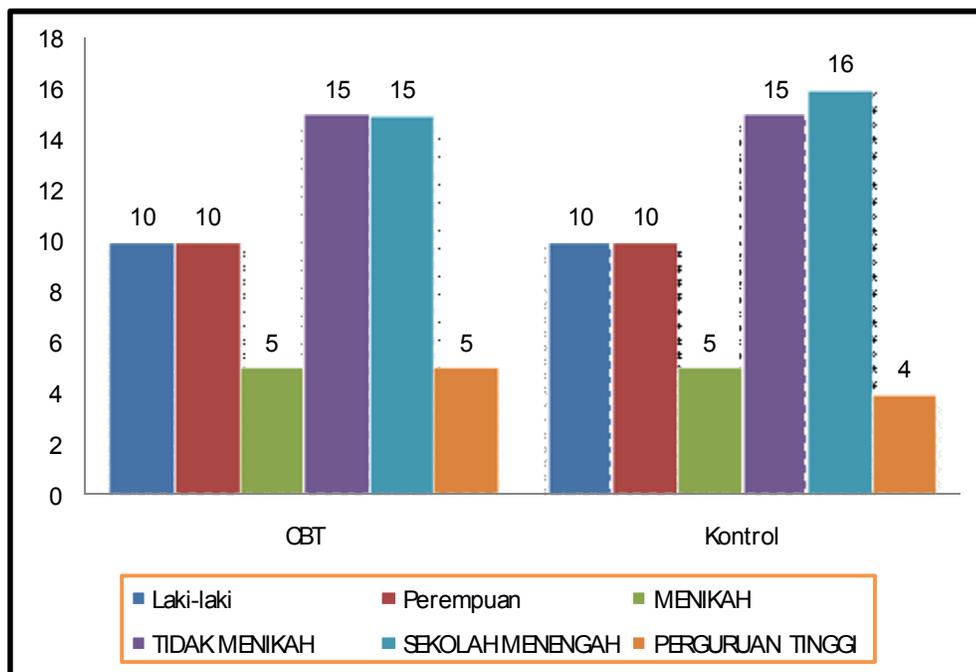
Tabel 4.2. Karakteristik Demografik Kelompok CBT dan Kontrol

Karakteristik	CBT		KONTROL		ANALISIS	
	Rerata	SD	Rerata	SD	t	p
Umur Responden (tahun)	34,65	7,021	33,05	6,436	0,751	0,457
Lama Sakit (tahun)	8,200	1,936	7,350	2,207	-1,258 (Z)	0,231

Berdasarkan tabel 4.2, karakteristik demografik data numerik umur subjek penelitian dilakukan uji t tidak berpasangan menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan ($t=0,751$; $p=0,457$ ($>0,05$)) antara kedua kelompok. Sedangkan lama sakit karena distribusi data tidak merata digunakan uji Mann Whitney juga menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan ($Z=-1,258$; $p=0,231$ ($>0,05$)) antara kedua kelompok.

Grafik 4.1, menggambarkan karakteristik demografik kedua kelompok meliputi jenis kelamin, status perkawinan dan tingkat pendidikan dari subjek yang analisis statistiknya seperti pada tabel 4.1 dan 4.2.

Grafik 4.1. Karakteristik Demografik Subjek Penelitian



Tabel 4.3. Karakteristik Pretes dan Postes PANSS pada Kelompok CBT dan Kontrol

Karakteristik	PANSS Pretes		PANSS Postes		Analisa	
	Rerata	SD	Rerata	SD	t	p
CBT	85,40	5,423	59,75	5,046	21,506	0,000
Kontrol	84,65	7,235	72,40	9,213	7,240	0,000

Dari tabel 4.3, dilakukan Uji t berpasangan didapatkan penurunan skor PANSS yang bermakna pada kelompok CBT ($t=21,506$; $p=0,000$ ($p<0,05$)) dan pada kelompok kontrol ($t=7,240$, $p=0,000$ ($p<0,05$)). Meskipun rerata penurunan skor PANSS pada kelompok CBT dan kontrol tidak sama, selanjutnya akan diuji perbedaan penurunan skor PANSS pada kelompok CBT dan kontrol.

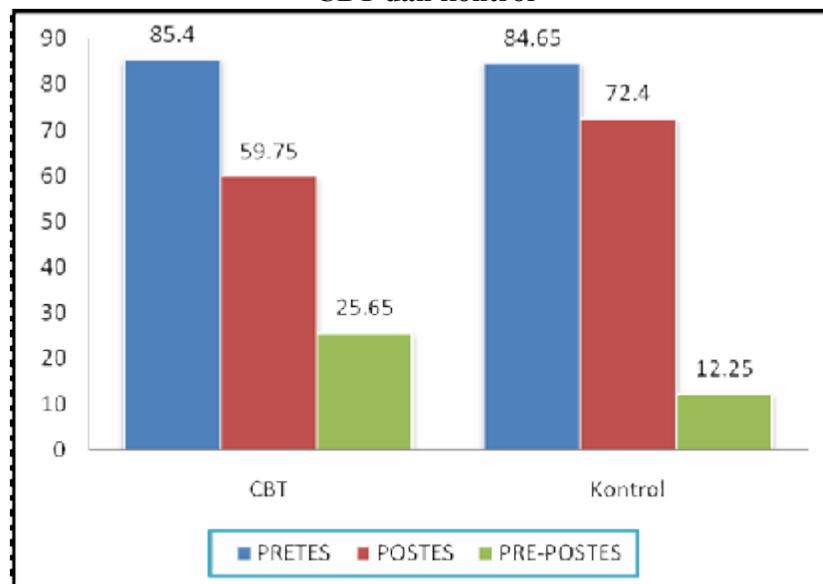
Tabel 4.4. Karakteristik Skor Pretes dan Postes menurut domain pada kelompok CBT dan Kelompok Kontrol

Karakteristik	CBT		KONTROL		ANALISIS	
	rerata	SD	rerata	SD	t	p
Pretes Positif	31,20	3,503	28,70	5,723	1,666	0,104
Pretes Negatif	19,70	2,003	20,35	2,907	-0,823	0,415
Pretes P. Umum	34,50	2,090	36,00	3,418	-1,674	0,102
Pretes PANSS	85,40	5,423	84,65	7,235	0,371	0,713
Postes Positif	19,55	2,929	24,05	5,539	-3,212	0,000
Postes Negatif	13,95	1,538	16,90	3,417	-3,521	0,001
Postes P. Umum	25,75	2,731	32,30	4,450	-5,610	0,000
Postes PANSS	59,75	5,046	72,40	9,213	-5,386	0,000

Dari tabel 4.4, didapatkan skor pretes PANSS tiap domain : positif, negatif, dan psikopatologi umum serta nilai total pada kelompok CBT dan kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan yang bermakna ($p>0,05$). Sedangkan pada skor postes PANSS tiap domain: positif, negatif dan psikopatologi umum, serta nilai total pada kelompok CBT dan kelompok kontrol terdapat perbedaan yang bermakna ($p<0,05$).

Pada grafik 4.2, menggambarkan dari skor pretes ke postes antara kedua kelompok, terlihat perubahan pada kelompok CBT lebih nyata dibandingkan dengan kelompok kontrol. Dan selisih perubahan kedua kelompok menunjukkan subjek yang mendapat CBT dan farmakoterapi lebih nyata dibandingkan dengan yang mendapatkan farmakoterapi saja.

Grafik 4.2. Karakteristik Perubahan skor Pretes dan Postes antara kelompok CBT dan kontrol

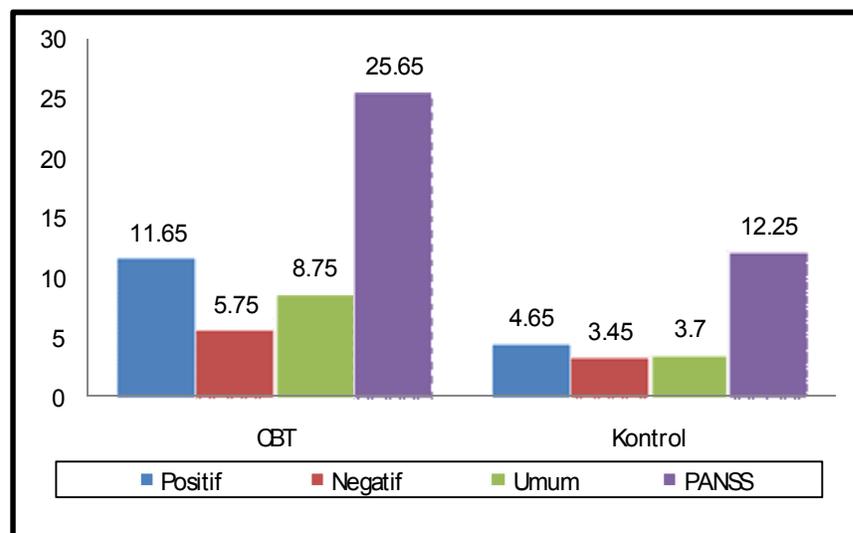


Tabel 4.5. Karakteristik Gambaran Perubahan Skor pada kelompok CBT dan Kelompok Kontrol

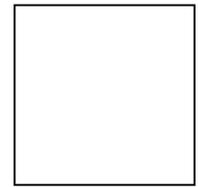
Karakteristik	CBT		KONTROL		ANALISIS	
	rerata	SD	rerata	SD	t	p
Perubahan Skor						
Pre-pos Positif	11,65	2,323	4,65	1,899	10,432	0,000
Pre-pos Negatif	5,75	1,970	3,45	3,605	2,504	0,017
Pre-pos Umum	8,75	2,425	3,70	4,462	4,447	0,000
Pre-pos PANSS	25,65	5,334	12,25	7,566	6,473	0,000

Tabel 4.5, pengujian dengan Uji t tidak berpasangan menunjukkan perubahan skor PANSS antara kelompok CBT dan kelompok kontrol terdapat perbedaan yang bermakna, baik pada domain gejala positif ($t= 10,432$; $p=0,000$ ($<0,05$)), gejala negatif ($t= 2,504$; $p=0,017$ ($<0,05$)), psikopatologi umum ($t= 4,447$; $p=0,000$ ($<0,05$)) serta skor perubahan PANSS keseluruhan ($t= 6,473$; $p=0,000$ ($<0,05$)).

Grafik 4.3. Perbandingan Rerata Perubahan Skor Kelompok CBT dan Kontrol



Grafik 4.3 menggambarkan angka perubahan tiap domain pada kedua kelompok. Angka perubahan terlihat pada kelompok CBT lebih besar dari kelompok kontrol yang analisis statistiknya seperti pada tabel 4.5.



BAB V

PEMBAHASAN

A. Subjek penelitian

Penilaian data diawali dengan diskripsi, penilaian distribusi data atau uji normalitas, didapatkan hasil bahwa distribusi sampel memiliki distribusi normal (lihat lampiran). Hal ini dilakukan untuk dipenuhinya beberapa uji statistik yang mensyaratkan distribusi data yang normal atau uji alternatifnya yang sesuai.

Pada awal penelitian dengan perhitungan statistik menunjukkan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol adalah setara dalam hal demografi, mencakup jenis kelamin, umur, status perkawinan, tingkat pendidikan dan lama sakit yang ditunjukkan pada tabel 4.1 dan 4.2. Demikian juga setara dalam hal skor awal PANSS yang ditunjukkan pada tabel 4.4, yang mana dengan perhitungan statistik tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna. Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa subjek penelitian adalah berasal dari sampel yang homogen.

Data akhir dalam penelitian ini adalah skor PANSS setelah perlakuan dianalisis dengan uji t. Karena di sini penulis membandingkan hasil post test skor PANSS antara kelompok perlakuan dan kontrol. Dan untuk itu data pada setiap kelompok harus berdistribusi normal (Budiyono, 2004).

B. Hasil skor PANSS

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terdapat penurunan skor PANSS. Pada tiap kelompok penurunan tersebut setelah dianalisis dengan perhitungan statistik ternyata terdapat

perbedaan yang bermakna. Pada kelompok perlakuan ($t=21,506$, $df=19$, $p<0,05$) dan kelompok kontrol ($t=7,240$, $df=19$, $p<0,05$), yang mana ini dapat disebabkan karena kedua kelompok mendapatkan obat antipsikotik. Ini sesuai dengan teori bahwa terapi skizofrenia antara lain dengan anti psikotik (Ibrahim,2002). Sedangkan selisih skor PANSS pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol setelah dihitung secara statistik ternyata terdapat perbedaan yang bermakna ($t=6,473$, $df=38$, $p<0,05$), ini berarti bahwa CBT sebagai terapi tambahan efektif untuk menurunkan tanda dan gejala pasien skizofrenia kronis. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Gould (2001) yang melaporkan penelitian prospektif meta-analisis yang mana juga menggunakan CBT pada skizofrenia kronis dengan instrumen penelitian PANSS. Pada penelitian tersebut terdapat perbaikan gejala skizofrenia.

Selain itu Drury *et al* (1996) melaporkan CBT pada psikosis akut secara signifikan mempercepat waktu pemulihan sebanyak 25-50% dan menaikkan proporsi sebanyak 5% pada pasien dengan gejala residual dibandingkan kelompok kontrol sebanyak 56%. Lewis *et al* (2002) meneliti efek pemberian CBT dibandingkan terapi suportif pada pasien skizofrenia awal dengan gejala akut. Subjek sebanyak 315 pasien dan untuk perbaikan gejala diukur dengan PANSS . Setelah 5 minggu terapi kemudian dievaluasi, ternyata terdapat perbaikan gejala positif yang bermakna pada kelompok CBT dibandingkan kelompok terapi suportif. Terrier *et al* (1998) meneliti efek CBT dibandingkan terapi suportif pada pasien skizofrenia kronis rawat jalan selama 3 bulan. Dengan jumlah subjek 87 pasien, dan menggunakan instrumen PANSS, yang hasilnya pada kelompok CBT

perbaikan gejala secara keseluruhan lebih bermakna daripada kelompok kontrol, serta terdapat pengurangan jumlah eksaserbasi dan rawat inap.

Penelitian yang bertujuan menilai keefektifan dan keamanan intervensi CBT pada pasien skizofrenia di perawatan sekunder, metode acak terkontrol yang terdiri dari 422 pasien skizofrenia dengan membandingkan Brief CBT dan terapi biasanya. Dengan hasil kelompok dengan Brief CBT (N=257) mengalami perbaikan di semua gejala ($p=0,015$), perbaikan tilikan ($p<0,001$), depresi ($p=0,003$), dibandingkan dengan kontrol (N=165). Dari penelitian tidak ada peningkatan ide bunuh diri. Dan disimpulkan Brief CBT aman dan efektif sebagai intervensi pasien skizofrenia di perawatan sekunder (Turkington,2002).

C. Pelaksanaan CBT

CBT untuk pasien skizofrenia pada penelitian ini diberikan selama 4 bulan. Terdiri dari 10 sesi yang dilaksanakan 2 kali seminggu dengan durasi 20-30 menit untuk tiap pasien. Dari penelusuran literatur disebutkan bahwa CBT untuk psikosis rata-rata diberikan 6-20 kali pertemuan, selama 30-45 menit (Turkington, 2002).

Pada penelitian ini CBT diberikan secara individu. Ini berdasarkan bahwa setiap pasien mempunyai permasalahan yang berbeda-beda. Hal ini sesuai dengan teori bahwa CBT pada skizofrenia dapat diberikan secara individu maupun kelompok (Turkington, 2002).

Dalam hal ini penulis bertindak sebagai terapis dibantu 10 perawat dan pekerja sosial yang masing-masing mengampu 2 orang pasien. Tugas perawat dan

pekerja sosial adalah ikut mengarahkan, meyakinkan, dan mendampingi pada saat terapi perilaku baik itu untuk gejala positif ataupun negatif. Ini sesuai dengan teori bahwa pada pelaksanaan CBT dianjurkan melibatkan *care givers* baik keluarga maupun perawat (Drummond, 1997).

Untuk memantau gejala skizofrenia, pasien diberi lembar gejala dan kegiatan yang dibuat sendiri oleh peneliti. Untuk pasien yang mengerjakan pekerjaan rumahnya baik itu untuk pembuktian (pada waham, halusinasi), pengalihan dan pemusatan (pada halusinasi), serta aktivitas sehari-hari, pasien akan diberi *reward* berupa makanan, rokok, atau uang. Penguatan positif berupa uang atau barang lain, memang mirip dengan teknik yang digunakan dalam *token economy*. Yang membedakan adalah *reward* dalam CBT diberikan jika pasien mau mengerjakan pekerjaan rumahnya dengan baik, sedangkan pada *token economy*, *reward* yang diberikan adalah sebagai penguatan positif jika pasien menunjukkan perilaku yang diharapkan (Menninger, 2005).

D. Keterbatasan

Karena keterbatasan kemampuan penulis, waktu, dan biaya, maka ada beberapa kelemahan dalam penelitian ini:

- a. Dosis dan jenis antipsikotik tidak disebutkan, hanya semua sampel menggunakan antipsikotik tipikal.
- b. Tidak dilakukan pengukuran tingkat kognitif terlebih dahulu.
- c. Tidak dilakukan *follow up*, guna mengetahui seberapa lama perbaikan tanda dan gejala pasien skizofrenia dapat bertahan.

- d. Jumlah sampel dalam penelitian ini relatif kecil (jumlah minimum), yakni 20 orang tiap kelompok. Untuk itu agar dapat digeneralisasikan disarankan untuk dilakukan penelitian serupa dengan sampel yang lebih besar dan lokasi yang berbeda.
- e. Pada penelitian ini terapis adalah penulis sendiri, hal ini dapat menimbulkan bias.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data penelitian, dapat dikemukakan kesimpulan sebagai berikut :

1. Terdapat penurunan tanda dan gejala pada kelompok CBT dan kelompok kontrol.
2. Terdapat perbedaan penurunan tanda dan gejala yang bermakna pada kelompok perlakuan dibandingkan kelompok kontrol
3. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa CBT sebagai terapi tambahan lebih efektif untuk menurunkan tanda dan gejala pasien skizofrenia kronis (hipotesis diterima).

B. Implikasi

Cognitive Behavioral Therapy adalah efektif sebagai terapi tambahan untuk pasien skizofrenia kronis. Dengan demikian penelitian ini diharapkan dapat digunakan memperluas dan memperdalam bidang kajian psikiatri. Penelitian ini juga dapat menjadi landasan penelitian selanjutnya sehingga dapat memberikan keuntungan dalam hal penatalaksanaan pasien skizofrenia kronis di masa mendatang.

Selain itu penelitian ini bisa dimanfaatkan dalam penyusunan *Standard Operational Procedure* (SOP) terhadap penatalaksanaan skizofrenia kronis unit pelayanan psikiatri lain.

C. Saran

Perlu adanya penelitian lanjutan dengan disain penelitian klinik acak terkontrol tersamar ganda, jumlah sampel yang besar, mengendalikan semua faktor perancu, dengan sampel yang lebih representatif, juga perlu membandingkan penggunaan CBT pada skizofrenia dengan psikoterapi jenis lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Buchanan R.W & Carpenter W.T., 2005, Concept of Schizophrenia , in Kaplan & Saddock (ed) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Eighth Edition, Lippincott William & Wilkins, New York.
- Bustillo J., Keitth S.J, Lauriello J., 2000, Schizophrenia : *Psychosocial Treatment in Comprehensive Textbook of Psychiatry* 7 th ed. William and Witkins, pp 1210-17.
- Barrowclough C., Haddock G., Tarrier N. 2001, Randomized Controlled Trial of for Patient with Comorbid Schizophrenia and Substance Abuse Disorders, *Am J Psychiatry*, 2001, 158.
- Basuki B., 1999, Besar Sampel, *Metodologi Penelitian Bidang Kedokteran*, FKUI, 135.
- Budiyono., 2004. *Statistika untuk Penelitian*, Sebelas Maret University Press, Surakarta.
- CARMHA British Columbia., 2007, *Cognitive Behavioral Therapy*, Core Information Document, Faculty of Health Science Simon Frases University, Vancouver.
- Drummond M.L., Duggal A., 1997. Cognitive Behavioral Approaches to Psychosis: an overview, *Psychotherapy for Psychosis*, London.
- Froggat W, 2006, *A Brief Introduction to Cognitive-Behavior Therapy*, Author, New Zealand.
- FroggatW., 2006, *Free from Stress* : Panduan untuk Mengatasi Cemas, Bhuana Ilmu Populer, Jakarta.
- Gold J.M & Green M.F., 2005, Schizophrenia : Cognition, in Kaplan & Saddock (ed) *Comprehensive Textbook of Psychiatry* , Eight Edisin, William & withkins, New York.
- Hepple J.,2004, Psychotherapies with older people : an overview. *Advance in psychiatric treatment*, vol. 10, 371-77.
- [http://en.wikipedia.org/wiki/Cognitive Behavioral Therapy](http://en.wikipedia.org/wiki/Cognitive_Behavioral_Therapy),2008

- Ibrahim S.A., 2005, *Skizofrenia; Spliting Personality*, Dian Ariesta, Jakarta.
- Jones P.B & Buckley P.F., 2005, *Schizophrenia*, Churchill Livingstone, Philadelphia.
- Kirkpatrick B & Tek C., 2005, *Schizophrenia : Clinical Features and Psychopatology* in Kaplan & Saddock (ed) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Eight Edision, William and Wilkins, New York.
- Kusumawardhani. A.dkk., 1994, *Pedoman Definisi PANSS*, FKUI.
- King S., Dixon J.N, 1999, Exspresed Emotion and Relaps in Young Schizophrenia Outpatients, *Schizophrenia Bull*, 25.
- Maramis W.F., 1998, *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*, Airlangga University Press, Surabaya.
- Menninger W.W., 2005. Role of the Psychiatric Hospital in the Treatment of Mental Illness, in Kaplan & Sadock (ed) *Comphrehensive Textbook of Psychiatry*, Eighth Edition, Lippincott William & Wilkins, New York.
- National Assosiation of Cognitive Behavioral Therapy, What is Cognitive Behavioral Therapy, <http://www.NACBT.com>,2008.
- Nurmiati Amir., 2008. *Pengenalan Instrument PANSS*, FKUI, Jakarta.
- Paschos D., 2004, *The NICE Clinical Guidelines for The Tretment and Management of Schizophrenia in Primary and Seconary Care*, London.
- Soekarto,A., 2004, *Manipulasi Keluarga Dalam Pencegahan Kekambuhan Penderita Skizofrenia*, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta.
- Sudigdo S & Sofyan I., 2002, *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Edisi kedua, CV Sagung Seto, Jakatra.
- Sudiyanto A., 2007, *Bimbingan Teknis Psikoterapi : Cognitive Behavioral Therapy (CBT)*, FK UNS.
- Syamsulhadi., 2004, *Terapi Psikososial Pasien Skizofrenia*, National Conference on Schizophrenia, Bali.
- Turkington & Kingdon., 2006, *Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia*, *Am J Psychiatry*, 163; 365-73.

- Turkington & Kingdon., 2004, Effectiveness of Brief Cognitive-Behavioural Therapy Intervention in The Treatment of Schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*.
- Turkington & Kingdon., 2003, Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia : filling the Therapeutic Vacuum, *British Journal of Psychiatry*, 183, 98-99.
- Wayne S.F., 2000, Schizophrenia : Individual Psychotherapy, in Kaplan & Saddock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry 7 th ed*, Williams & Withkins,pp 1217-31.

Lampiran 1

No. Responden

--	--

FORMULIR PERSETUJUAN SUBYEK PENELITIAN**(Informed Consent)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin: Laki-laki/ Perempuan

Alamat :

Menyatakan bersedia untuk mengikuti penelitian tentang **“KEEFEKTIFAN TERAPI KOGNITIF PERILAKU SEBAGAI PENGobatan TAMBAHAN PASIEN SKIZOFRENIA KRONIS DI PANTI REHABILITASI MENTAL BUDI MAKARTI BOYOLALI”** secara sukarela, setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan manfaat dari penelitian tersebut.

Surakarta, 2008

Pelaksana Penelitian

Responden

Keluarga

(Dr. Wahyu Nur Ambarwati)

(.)(.)

Lampiran 2

PANSS Versi Bahasa Indonesia**DAFTAR PERTANYAAN PEMERIKSAAN PANSS****A. Identitas**1. Nama : Pemeriksa :

2. Umur :

3. Dignosis :

B. Keluhan Utama**C. Petunjuk**

Berikan penilaian dengan memberikan tanda silang (X) pada kolom nilai yang sesuai, dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1 = tidak ada
- 2 = minimal
- 3 = ringan
- 4 = sedang
- 5 = agak berat
- 6 = berat
- 7 = sangat berat

No	Uraian penilaian dan pertanyaan	Nilai						
		1	2	3	4	5	6	7
P1	Waham (isi pikiran tidak realistis, aneh, egosentrik, dan sulit dikoreksi). Adakah keyakinan atau keadaan luar biasa yang terjadi/dialami pasien?							
P2	Kekacauan proses pikir (proses pikir verbal yang terputus atau tdk segera tersampaikan oleh karen asosiasi longgar, melingkar, tidak urut, atau tidak mengandung arti). Penilaian dengan pencermatan pembicaraan pasien selama wawancara.							
P3	Perilaku halusinatorik (perilaku aneh atau tidak bertujuan tanpa dirangsang stimuli dari luar). Penilaian berdasarkan observasi atau laporan dari oranglain (perawat atau lekuarga).							
P4	Gaduh gelisah (hiperaktivitas motorik, peningkatan respon terhadap stimuli, kewaspadaan berlebihan, atau labilitas mood yang berlebihan). Penilaian berdasarkan observasi atau laporan dari orang lain yang mengetahui.							
P5	Waham kebesaran (keyakinan ttg diri sendiri yang berlebihan). Adakah kekuatan, kekayaan, kesaktian, atau kemampuan lain yang luarbiasa dimiliki pasien?							
P6	Kecurigaan/kejaran (ide atau keyakinan tidak realistik/msk akal ttg kecurigaan terhadap sesuatu yang akan mencelakai pasien). Adakah seseorang atau sekelompok orang, atau keadaan tertentu yang akan mencelakai atau memonitor, atau memata-matai pasien?							
P7	Permusuhan (sikap dan ekspresi verbal kemarahan, kebencian, termasuk kata-kata kotor, caci maki, atau penyerangan fisik)							

	Penilaian berdasarkan observasi atau laporan orang lain.								
N1	Afek tumpul (berkurangnya respon emosional). Penilaian berdasarkan observasi terhadap ekspresi wajah, modulasi perasaan, dan gerak-gerik selama wawancara.								
N2	Keruntuhan/penarikan emosional (berkurangnya minat dan keterlibatan, serta curahan perasaan terhadap peristiwa kehidupan). Penilaian berdasarkan laporan dari perawat atau keluarga dan observasi selama wawancara.								
N3	Kemiskinan rapport (berkurangnya interaksi atau keterlibatan dengan pewawancara). Penilaian berdasarkan perilaku interpersonal selama wawancara.								
N4	Penarikan diri dari hubungan sosial secara pasif/apatis (berkurangnya minat dan inisiatif dlm interaksi sosial, disebabkan karena pasivitas, apatis, anergi). Penilaian berdasarkan laporan perilaku sosial dari perawat atau keluarga.								
N5	Kesulitan dalam pemikiran abstrak (hendaya dalam berpikir abstrak atau simbolik). Apa persamaan apel dan pisang? Apa persamaan jeruk dan bola? Apa artinya air susu dibalas air tuba?								
N6	Kurangnya spontanitas dan arus percakapan (berkurangnya arus normal percakapan, berkurangnya kelancaran dan produktivitas dalam pembicaraan). Penilaian berdasarkan observasi selama wawancara.								
N7	Pemikiran stereotipik (kekakuan, pengulangan, atau isi pikir yang miskin). Penilaian berdasarkan observasi selama wawancara.								
G1	Kekhawatiran Somatik (keluhan-keluhan fisik atau keyakinan tentang penyakit atau malfungsi tubuh) Bagaimana perasaan Anda mengenai kesehatan Anda selama ini?								
G2	Anxietas (Kegelisahan, kekhawatiran, ketakutan, dan ketidaktenangan) Pernahkah Anda merasakan kecemasan atau gugup dalam minggu lalu?								
G3	Rasa bersalah (Rasa penyesalan yang mendalam atau menyalahkan diri sendiri terhadap perbuatan salah atau bayangan kelakuan buruk pada masa lampau) Apakah Anda merasa lebih buruk dari orang lain?								
G4	Ketegangan (manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, anxietas, dan agitasi, seperti kekakuan, tremor, keringat berlebihan, dan ketidaktenangan) Penilaian berdasarkan observasi selama wawancara								
G5	Mannerisme dan sikap tubuh (Gerakan atau sikap tubuh yang tidak wajar seperti ditandai oleh kejangalan, kaku, disorganisasi, atua penampilan yang bizarre) Penilaian berdasarkan observasi dan laporan dari perawat atau keluarga								
G6	Depresi (perasaan sedih, putus asa, rasa tidak berdaya, dan pesimisme) Bagaimanakah perasaan Anda selama seminggu terakhir? Sebagian besar baik atau sebagian besar buruk?								
G7	Retardasi motorik (penurunan aktivitas motorik yang tampak sebagai perlambatan atau kurangnya gerakan dan pembicaraan, penurunan respons terhadap stimuli dan pengurangan tonus tubuh) Penilaian berdasarkan observasi dan laporan dari perawat atau keluarga.								
G8	Ketidakkoooperatifan (Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan tokoh bermakna) Penilaian berdasarkan observasi dan laporan dari perawat atau keluarga.								
G9	Isi pikiran yang aneh (Proses pikir ditandai oleh ide-ide yang asing, fanatik, atau bizar berkisar dari yang ringan atau atipikal sampai distorsi, tidak loguism dan sangat tidak masuk akal) Apakah Anda merasa ada sesuatu yang aneh masuk dalam pikiran Anda?								

G10	Disorientasi (Kurang menyadari hubungan seseorang dengan lingkungan, termasuk orang, tempat, dan waktu yang mungkin disebabkan oleh kekacauan atau penarikan diri) Tanggal berapakah hari ini? Di mana kita berada sekarang?								
G11	Perhatian buruk (Gagal dalam memusatkan perhatian yang ditandai oleh konsentrasi yang buruk, perhatian mudah teralih oleh stimulus eksternal dan internal, dan kesulitan dalam mengendalikan, mempertahankan, dan mengalihkan fokus pada stimuli baru. Penilaian berdasarkan observasi selama wawancara								
G12	Kurangnya daya nilai dan tilikan (Hendaya kesadaran atau pemahaman atas kondisi psikiatrik dan situasi kehidupan dirinya) Apa yang menyebabkan Anda dibawa ke Rumah Sakit Jiwa?								
G13	Gangguan dorongan dan kehendak (Gangguan dalam dorongan kehendak, makan-minum, dan pengendalian pikiran, perilaku, gerakan-gerakan, serta pembicaraan) Penilaian berdasarkan observasi selama wawancara								
G14	Pengendalian impuls yang buruk (Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba, tidak teratur, sewenang-wenang, atau tidak terarah tanpa memperhatikan konsekuensinya) Penilaian berdasarkan observasi dan laporan dari perawat atau keluarga.								
G15	Preokupasi (Terpaku pada pikiran dan perasaan yang timbul dari dalam diri dan disertai pengalaman autistik sedemikian rupa sehingga terjadi gangguan orientasi realita dan perilaku adaptif) Penilaian berdasarkan observasi dan laporan dari perawat atau keluarga.								
G16	Penghindaran sosial secara aktif (penurunan keterlibatan sosial yang disertai adanya ketakutan yang tidak beralasan, permusuhan, atau ketidakpercayaan) Laporan fungsi sosial oleh perawat atau keluarga								
S1	Amarah (suasana perasaan agresif/marah thdp objek atau keadaan didalam atau di luar dirinya). Penilaian berdasarkan laporan atau pernyataan selama wawancara. Apakah akhir2 ini anda mrs sgt marah?								
S2	Kesulitan dalam menunda pemenuhan kepuasan (kesulitan dalam menunda, mengalihkan, atau merubah objek tujuan yang akan dicapai). Penilaian berdasarkan observasi dan laporan orang lain atau pernyataan pasien. Apakah anda saat ini sgt minginginkan sesuatu dan bgm klo tdk mdapatkannya?								
S3	Afek yang labil (suasana perasaan dan emosi yang tidak stabil, fluktuatif dari waktu ke waktu). Penilaian berdasarkan pemeriksaan mood, afek, emosi dan pengaruhnya terhadap ekspresi wajah, sikap, atau perilaku. Apakah Anda mrs cpt marah, cpt sedih, cpt gembira?								

Lampiran 3

PROTOKOL SESI CBT PADA SKIZOFRENIA

a) Sesi 1: *Ask for a problem + define and agree on target problem*

Pada tahap ini, terapis membangun binarapot yang baik dengan klien, saling membangun kepercayaan, menggali pengalaman perilaku klien lebih dalam, mendengarkan apa yang menjadi perhatian klien, menggali pengalaman-pengalaman klien dan merespon isi, perasaan dan arti dari apa yang dibicarakan klien. Terapis melakukan pendekatan kognitif dengan berusaha mendapatkan pikiran otomatis klien, menguji pikiran otomatis tersebut, kemudian mengidentifikasi anggapan dasar yang maladaptiv dan menguji keabsahan anggapan maladaptiv. Setelah itu terapis dan klien merumuskan dan membuat kesepakatan masalah apa yang sedang dihadapi. Masalah dirumuskan dalam terminologi yang jelas.

b) Sesi 2 : *Asses Consequence + Asses Activating Event*

Pada tahap ini, terapis menginterpretasikan mengenai masalah dan akibat yang timbul akibat perilaku klien. Dilakukan penjelasan atau klarifikasi lebih lanjut dalam rangka reformulasi atau menyatukan pandangan yang sedang dibicarakan.

c) Sesi 3: *Identify And Asses Any Secondary Emotional Problems + Teach*

The B- C Connection

Pada tahap ini, terapis bersama klien mengidentifikasi masalah-masalah lain yang mungkin ada. Terapis juga menginterpretasikan dan mengajarkan tentang terjadinya akibat yang tidak diinginkan dikarenakan oleh keyakinan klien yang maladaptiv. Dilakukan klarifikasi, reformulasi, nasehat dan pujian serta penegasan.

d) Sesi 4 : *Asses Beliefs*

Pada tahap ini, terapis menginterpretasikan mengenai sistim keyakinan klien yang timbul sebagai akibat persepsi yang salah mengenai sesuatu masalah. Dilakukan klarifikasi, reformulasi, pengesahan empatik, nasehat dan pujian serta penegasan

e) Sesi 5 : *Connect Irrational Beliefs And C*

Terapis menginterpretasikan bahwa keyakinan-keyakinan maladaptiv klien merupakan sumber penyebab yang timbul. Dilakukan klarifikasi, reformulasi, pengesahan empatik, nasehat dan pujian serta penegasan.

f) Sesi 6 : *Dispute Irrational Beliefs*

Terapis menggoyahkan dan menyusun kembali sistim keyakinan pasien dari irasional menjadi rasional. Dilakukan klarifikasi, reformulasi, nasehat dan pujian serta penegasan.

g) Sesi 7 : *Prepare Your Client To Deepen Conviction In Rational Beliefs*

Mempertegas dan memeperkuat sistim keyakinan yang rasional dari klien. Dilakukan konfrotasi, klarifikasi, reformulasi, nasehat dan pujian serta penegasan

h) Sesi 8 : *Encourage Your Client To Put New Learning Into Practice*

Memberi pelajaran-pelajaran baru untuk dilakukan sehari-hari seperti perilaku untuk membuktikan adanya waham. Latihan kognitif, yaitu dengan memberikan penjelasan bahwa halusinasi, waham tim bul akibat ketidakseimbangan zat kimia di otak, untuk itu perlu pengobatan yang berkelanjutan. Teknik pengalihan berguna untuk membantu klien dalam melewati waktu-waktu yang cukup sulit, termasuk aktifitas fisik, kontak sosial, pekerjaan, bermain dan pengkhayalan visual. Pada dasarnya, semua tugas ini diberikan dengan tujuan untuk membantu klien mengerti ketidak akuratan asumsi kognitifnya dan mempelajari strategi dan cara baru menghadapi masalah tersebut.

i) Sesi 9 : *Check The Working Through Process*

Terapis memeriksa dan memberi motivasi klien yang masih kurang dalam pelaksanaan tugas yang diberikan.

j) Sesi 10 : *Facilite The Working Through Process*

Contoh Penjadwalan Aktifitas untuk gejala negative

Umum :

- 04.30 Bangun tidur
- 05.00 Mandi
- 05.30 Membersihkan kamar tidur
- 07.00 Makan pagi, minum obat
- 09.00 Kegiatan: memasak, pertukangan, peternakan, dll
- 12.00 Makan siang
- 16.00 Olah raga: jalan-jalan, tenis meja, badminton
- 19.00 Makan malam, minum obat

- Spesifik : 04.30 Bangun tidur
1. Buka mata
 2. Menggerakkan tangan dan kaki
 3. Turun dari tempat tidur
 4. Berdiri dan seterusnya
- 05.30 Membersihkan kamar tidur
1. melipat selimut
 2. merapikan spreï
 3. menyapu lantai, dan seterusnya

Lampiran 4

DATA INTERETER

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Skor PANSS pemeriksa 1	Mean	80.67	7.283	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	61.94	
		Upper Bound	99.39	
	5% Trimmed Mean	80.52		
	Median	78.00		
	Variance	318.267		
	Std. Deviation	17.840		
	Minimum	59		
	Maximum	105		
	Range	46		
	Interquartile Range	36		
	Skewness	.330	.845	
	Kurtosis	-1.360	1.741	
	Skor PANSS pemeriksa 2	Mean	78.33	7.526
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	58.99	
		Upper Bound	97.68	
5% Trimmed Mean		78.59		
Median		76.00		
Variance		339.867		
Std. Deviation		18.435		
Minimum		52		
Maximum		100		
Range		48		
Interquartile Range		35		
Skewness		-.088	.845	
Kurtosis		-1.015	1.741	

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Skor PANSS pemeriksa 1	.226	6	.200(*)	.934	6	.614
Skor PANSS pemeriksa 2	.190	6	.200(*)	.941	6	.668

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Correlations

		Skor PANSS pemeriksa 1	Skor PANSS pemeriksa 2
Skor PANSS pemeriksa 1	Pearson Correlation	1	.966(**)
	Sig. (2-tailed)		.002
	N	6	6
Skor PANSS pemeriksa 2	Pearson Correlation	.966(**)	1
	Sig. (2-tailed)	.002	
	N	6	6

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Skor PANSS pemeriksa 1	80.67	6	17.840	7.283
	Skor PANSS pemeriksa 2	78.33	6	18.435	7.526

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Skor PANSS pemeriksa 1 & Skor PANSS pemeriksa 2	6	.966	.002

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Skor PANSS pemeriksa 1 - Skor PANSS pemeriksa 2	2.333	4.761	1.944	-2.663	7.330	1.200	5	.284

ANALISIS DATA PENELITIAN

A. DESKRIPSI RESPONDEN

Descriptives

Kelompok Penelitian				Statistic	Std. Error
Status Perkawinan	CBT	Mean		1.75	.099
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.54	
			Upper Bound	1.96	
		5% Trimmed Mean		1.78	
		Median		2.00	
		Variance		.197	
		Std. Deviation		.444	
		Minimum		1	
		Maximum		2	
		Range		1	
	Interquartile Range		1		
	Skewness		-1.251	.512	
	Kurtosis		-.497	.992	
	Kontrol	Mean		1.75	.099
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.54	
			Upper Bound	1.96	
		5% Trimmed Mean		1.78	
		Median		2.00	
		Variance		.197	
		Std. Deviation		.444	
Minimum			1		
Maximum			2		
Range			1		
Interquartile Range		1			
Skewness		-1.251	.512		
Kurtosis		-.497	.992		
Jenis Kelamin Responden	CBT	Mean		1.50	.115
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.26	
			Upper Bound	1.74	
		5% Trimmed Mean		1.50	
		Median		1.50	
		Variance		.263	
		Std. Deviation		.513	
		Minimum		1	
		Maximum		2	
		Range		1	
	Interquartile Range		1		
	Skewness		.000	.512	
	Kurtosis		-2.235	.992	
	Kontrol	Mean		1.50	.115
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.26	
			Upper Bound	1.74	
		5% Trimmed Mean		1.50	
		Median		1.50	
		Variance		.263	
		Std. Deviation		.513	
Minimum			1		
Maximum			2		
Range			1		
Interquartile Range		1			
Skewness		.000	.512		
Kurtosis		-2.235	.992		

Descriptives

Kelompok Penelitian				Statistic	Std. Error
Umur Responden (Tahun)	CBT	Mean		34.65	1.570
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	31.36	
			Upper Bound	37.94	
		5% Trimmed Mean		34.67	
		Median		35.50	
		Variance		49.292	
		Std. Deviation		7.021	
		Minimum		24	
		Maximum		45	
		Range		21	
		Interquartile Range		14	
		Skewness		.095	.512
		Kurtosis		-1.431	.992
	Kontrol	Mean		33.05	1.439
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	30.04	
			Upper Bound	36.06	
		5% Trimmed Mean		33.00	
		Median		33.00	
		Variance		41.418	
Std. Deviation			6.436		
Minimum			22		
Maximum			45		
Range			23		
Interquartile Range			10		
Skewness			.045	.512	
Kurtosis			-.949	.992	
Lama Sakit	CBT	Mean		8.20	.433
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7.29	
			Upper Bound	9.11	
		5% Trimmed Mean		8.33	
		Median		8.00	
		Variance		3.747	
		Std. Deviation		1.936	
		Minimum		4	
		Maximum		10	
		Range		6	
		Interquartile Range		4	
		Skewness		-.604	.512
		Kurtosis		-.850	.992
	Kontrol	Mean		7.35	.494
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.32	
			Upper Bound	8.38	
		5% Trimmed Mean		7.39	
		Median		8.00	
		Variance		4.871	
Std. Deviation			2.207		
Minimum			4		
Maximum			10		
Range			6		
Interquartile Range			4		
Skewness			-.136	.512	
Kurtosis			-1.342	.992	

Jenis Kelamin Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	20	50.0	50.0	50.0
Perempuan	20	50.0	50.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Status Perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Menikah	10	25.0	25.0	25.0
Tidak menikah	30	75.0	75.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Tingkat Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sekolah Menengah	31	77.5	77.5	77.5
Perguruan Tinggi	9	22.5	22.5	100.0
Total	40	100.0	100.0	

Tests of Normality

Kelompok Penelitian	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Umur Responden (Tahun)	CBT	20	.200*	.924	20	.116
	Kontrol	20	.200*	.970	20	.762
Tingkat Pendidikan	CBT	20	.000	.544	20	.000
	Kontrol	20	.000	.495	20	.000
Lama Sakit	CBT	20	.000	.816	20	.002
	Kontrol	20	.071	.872	20	.013
Selisih Skor Pre-Pos	CBT	20	.002	.924	20	.116
	Kontrol	20	.065	.912	20	.069
Skor PANSS Pretes	CBT	20	.200*	.977	20	.887
	Kontrol	20	.120	.951	20	.375
Skor PANSS Postes	CBT	20	.200*	.948	20	.339
	Kontrol	20	.200*	.958	20	.499

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Kelompok Penelitian	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Status Perkawina CBT	.463	20	.000	.544	20	.000
Kontrol	.463	20	.000	.544	20	.000
Jenis Kelamin CBT	.335	20	.000	.641	20	.000
Responden Kontrol	.335	20	.000	.641	20	.000

a. Lilliefors Significance Correction

DATA KATEGOROKAL

1. JENIS KELAMIN

Crosstab

			Kelompok Penelitian		Total
			CBT	Kontrol	
Jenis Kelamin Responden	Laki-laki	Count	10	10	20
		Expected Count	10.0	10.0	20.0
	Perempuan	Count	10	10	20
		Expected Count	10.0	10.0	20.0
Total	Count	20	20	40	
	Expected Count	20.0	20.0	40.0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.000 ^b	1	1.000		
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.000	1	1.000		
Fisher's Exact Test				1.000	.624
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000		
N of Valid Cases	40				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.00.

2. TINGKAT PENDIDIKAN

Crosstab

			Kelompok Penelitian		Total
			CBT	Kontrol	
Tingkat Pendidikan	Sekolah Menengah	Count	15	16	31
		Expected Count	15.5	15.5	31.0
	Perguruan Tinggi	Count	5	4	9
		Expected Count	4.5	4.5	9.0
Total		Count	20	20	40
		Expected Count	20.0	20.0	40.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.143 ^b	1	.705		
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.144	1	.705		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.140	1	.708		
N of Valid Cases	40				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.

3. STATUS PERKAWINAN

Status Perkawinan * Kelompok Penelitian Crosstabulation

			Kelompok Penelitian		Total
			CBT	Kontrol	
Status Perkawinan	Menikah	Count	5	5	10
		Expected Count	5.0	5.0	10.0
	Tidak menikah	Count	15	15	30
		Expected Count	15.0	15.0	30.0
Total		Count	20	20	40
		Expected Count	20.0	20.0	40.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.000 ^b	1	1.000		
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.000	1	1.000		
Fisher's Exact Test				1.000	.642
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000		
N of Valid Cases	40				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.00.

DATA NUMERIK

Tests of Normality

Kelompok Penelitian		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Umur Responden (Tahun)	CBT	.146	20	.200*	.924	20	.116
	Kontrol	.134	20	.200*	.970	20	.762
Lama Sakit	CBT	.274	20	.000	.816	20	.002
	Kontrol	.185	20	.071	.872	20	.013

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Group Statistics

Kelompok Penelitian		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Umur Responden (Tahun)	CBT	20	34.65	7.021	1.570
	Kontrol	20	33.05	6.436	1.439

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variance		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Umur Respor (Tahun)	Equal varian assumed	.394	.534	.751	38	.457	1.600	2.130	-2.711	5.911
	Equal varian not assumed			.751	37.716	.457	1.600	2.130	-2.712	5.912

Ranks

Kelompok Penelitian		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Lama Sakit	CBT	20	22.73	454.50
	Kontrol	20	18.28	365.50
	Total	40		

Test Statistics^b

	Lama Sakit
Mann-Whitney U	155.500
Wilcoxon W	365.500
Z	-1.258
Asymp. Sig. (2-tailed)	.208
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.231 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok Penelitian

B. DATA KELOMPOK PERLAKUAN

1. DESKRIPSI

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Skor PANSS Pretes	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
Skor PANSS Postes	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error	
Skor PANSS Pretes	Mean		85.40	1.213	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	82.86		
		Upper Bound	87.94		
	5% Trimmed Mean		85.44		
	Median		84.50		
	Variance		29.411		
	Std. Deviation		5.423		
	Minimum		73		
	Maximum		97		
	Range		24		
	Interquartile Range		6		
	Skewness		-.109	.512	
	Kurtosis		.595	.992	
	Skor PANSS Postes	Mean		59.75	1.128
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	57.39	
Upper Bound			62.11		
5% Trimmed Mean			59.83		
Median			60.00		
Variance			25.461		
Std. Deviation			5.046		
Minimum			47		
Maximum			71		
Range			24		
Interquartile Range			6		
Skewness			-.126	.512	
Kurtosis			1.821	.992	

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Skor PANSS Pretes	.129	20	.200*	.977	20	.887
Skor PANSS Postes	.152	20	.200*	.948	20	.339

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

2. UJI T BERPASANGAN (PERBEDAAN PANSS PRETES DAN POSTES KELOMPOK PERLAKUAN)

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Skor PANSS Pretes	85.40	20	5.423	1.213
	Skor PANSS Postes	59.75	20	5.046	1.128

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Skor PANSS Pretes & Skor PANSS Postes	20	.483	.031

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	Skor PANSS Pretes - Skor PANSS Postes	25.650	5.334	1.193	23.154	28.146	21.506	19	.000

C. DATA KELOMPOK KONTROL (BEDA PRETES-POSTES KEL. KONTROL)

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Skor PANSS Pretes	84.65	20	7.235	1.618
	Skor PANSS Postes	72.40	20	9.213	2.060

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Skor PANSS Pretes & Skor PANSS Postes	20	.600	.005

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Skor PANSS Pret Skor PANSS Post	12.250	7.566	1.692	8.709	15.791	7.240	19	.000

D. SKOR PRETES - POSTES (SELISIH) KEDUA KELOMPOK

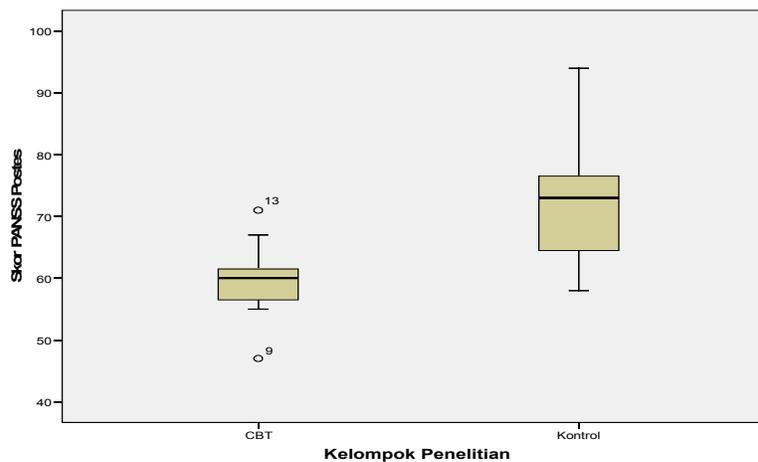
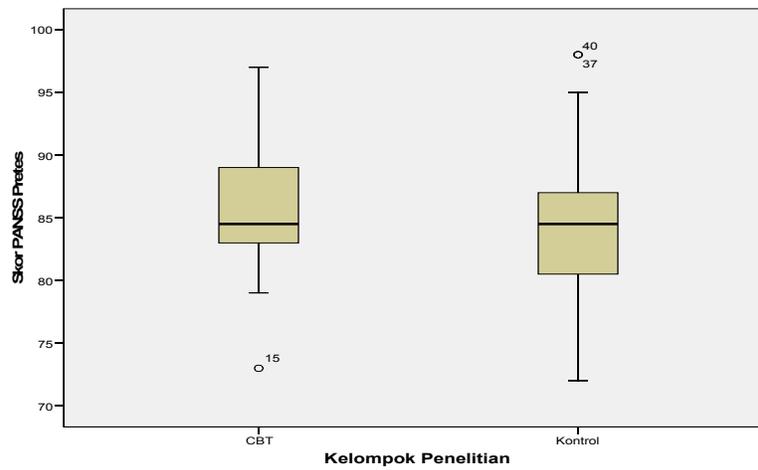
		Descriptives		Statistic	Std. Error
Skor PANSS Pretes	Kelompok Penelitian CBT	Mean		85.40	1.213
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	82.86 87.94	
		5% Trimmed Mean		85.44	
		Median		84.50	
		Variance		29.411	
		Std. Deviation		5.423	
		Minimum		73	
		Maximum		97	
		Range		24	
		Interquartile Range		6	
	Skewness		-.109	.512	
	Kurtosis		.595	.992	
	Kontrol	Mean		84.65	1.618
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	81.26 88.04	
		5% Trimmed Mean		84.61	
		Median		84.50	
		Variance		52.345	
		Std. Deviation		7.235	
		Minimum		72	
		Maximum		98	
Range			26		
Interquartile Range			7		
Skewness		.239	.512		
Kurtosis		-.094	.992		
Skor PANSS Postes	CBT	Mean		59.75	1.128
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	57.39 62.11	
		5% Trimmed Mean		59.83	
		Median		60.00	
		Variance		25.461	
		Std. Deviation		5.046	
		Minimum		47	
		Maximum		71	
		Range		24	
		Interquartile Range		6	
	Skewness		-.126	.512	
	Kurtosis		1.821	.992	
	Kontrol	Mean		72.40	2.060
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	68.09 76.71	
		5% Trimmed Mean		72.00	
		Median		73.00	
		Variance		84.884	
		Std. Deviation		9.213	
		Minimum		58	
		Maximum		94	
Range			36		
Interquartile Range			14		
Skewness		.413	.512		
Kurtosis		.224	.992		
Selisih Skor Pre-Pos	CBT	Mean		25.65	1.193
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	23.15 28.15	
		5% Trimmed Mean		25.83	
		Median		27.00	
		Variance		28.450	
		Std. Deviation		5.334	
		Minimum		14	
		Maximum		34	
		Range		20	
		Interquartile Range		7	
	Skewness		-.739	.512	
	Kurtosis		-.162	.992	
	Kontrol	Mean		12.25	1.692
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	8.71 15.79	
		5% Trimmed Mean		12.78	
		Median		12.00	
		Variance		57.250	
		Std. Deviation		7.566	
		Minimum		-10	
		Maximum		25	
Range			35		
Interquartile Range			9		
Skewness		-1.036	.512		
Kurtosis		3.161	.992		

Tests of Normality

Kelompok Penelitian	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Skor PANSS Pretes CBT	.129	20	.200*	.977	20	.887
Kontrol	.173	20	.120	.951	20	.375
Skor PANSS Postes CBT	.152	20	.200*	.948	20	.339
Kontrol	.139	20	.200*	.958	20	.499
Selisih Skor Pre-Pos: CBT	.250	20	.002	.924	20	.116
Kontrol	.187	20	.065	.912	20	.069

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction



Group Statistics

Kelompok Penelitian		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Skor PANSS Pretes	CBT	20	85.40	5.423	1.213
	Kontrol	20	84.65	7.235	1.618
Skor PANSS Postes	CBT	20	59.75	5.046	1.128
	Kontrol	20	72.40	9.213	2.060
Selisih Skor Pre-Pos	CBT	20	25.65	5.334	1.193
	Kontrol	20	12.25	7.566	1.692

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Skor PANSS Prete	.603	.442	.371	38	.713	.750	2.022	-3.343	4.843
			.371	35.228	.713	.750	2.022	-3.354	4.854
Skor PANSS Poste	4.993	.031	-5.386	38	.000	-12.650	2.349	-17.405	-7.895
			-5.386	29.457	.000	-12.650	2.349	-17.451	-7.849
Selisih Skor Pre-Pr	.440	.511	6.473	38	.000	13.400	2.070	9.209	17.591
			6.473	34.144	.000	13.400	2.070	9.194	17.606

E. ANALISA GEJALA / SYMPTOM

1. T- tak berpasangan Skor setiap domain

Group Statistics

Kelompok Penelitian		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Skor Positif Pretes	CBT	20	31.20	3.503	.783
	Kontrol	20	28.70	5.723	1.280
Skor Negatif Pretes	CBT	20	19.70	2.003	.448
	Kontrol	20	20.35	2.907	.650
Skor Umum Pretes	CBT	20	34.50	2.090	.467
	Kontrol	20	36.00	3.418	.764
Skor Positif Postes	CBT	20	19.55	2.929	.655
	Kontrol	20	24.05	5.539	1.239
Skor Negatif Postes	CBT	20	13.95	1.538	.344
	Kontrol	20	16.90	3.417	.764
Skor Umum Postes	CBT	20	25.75	2.731	.611
	Kontrol	20	32.30	4.450	.995

Independent Samples Test

	Levene's Test for equality of Variance		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Skor Positif Pretes	4.083	.050	1.666	38	.104	2.500	1.500	-537	5.537
			1.666	31.488	.106	2.500	1.500	-558	5.558
Skor Negatif Pretes	1.346	.253	-823	38	.415	-.650	.789	-2.248	.948
			-823	33.720	.416	-.650	.789	-2.255	.955
Skor Umum Pretes	3.204	.081	-1.674	38	.102	-1.500	.896	-3.314	.314
			-1.674	31.465	.104	-1.500	.896	-3.326	.326
Skor Positif Postes	6.408	.016	-3.212	38	.003	-4.500	1.401	-7.336	-1.664
			-3.212	28.852	.003	-4.500	1.401	-7.366	-1.634
Skor Negatif Postes	2.315	.136	-3.521	38	.001	-2.950	.838	-4.646	-1.254
			-3.521	26.397	.002	-2.950	.838	-4.671	-1.229
Skor Umum Postes	1.691	.201	-5.610	38	.000	-6.550	1.167	-8.913	-4.187
			-5.610	31.538	.000	-6.550	1.167	-8.929	-4.171

2. T-TAK BERPASANGAN SKOR 'SELISIH' SETIAP DOMAIN

Group Statistics

Kelompok Penelitian		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Selisih Skor Positif	CBT	20	11.65	2.323	.519
	Kontrol	20	4.65	1.899	.425
Selisih Skor Negatif	CBT	20	5.75	1.970	.441
	Kontrol	20	3.45	3.605	.806
Selisih Skor Umum	CBT	20	8.75	2.425	.542
	Kontrol	20	3.70	4.462	.998

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variance	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Selisih Skor Positif	Equal variances assumed	1.153	.290	10.432	38	.000	7.000	.671	5.642	8.358
	Equal variances not assumed			10.432	36.556	.000	7.000	.671	5.640	8.360
Selisih Skor Negatif	Equal variances assumed	2.017	.164	2.504	38	.017	2.300	.919	.440	4.160
	Equal variances not assumed			2.504	29.419	.018	2.300	.919	.422	4.178
Selisih Skor Umum	Equal variances assumed	2.592	.116	4.447	38	.000	5.050	1.135	2.751	7.349
	Equal variances not assumed			4.447	29.327	.000	5.050	1.135	2.729	7.371

F. KORELASI

1. KORELASI SKOR PRETES

Correlations

		Skor Positif Pretes	Skor Negatif Pretes	Skor Umum Pretes	Skor PANSS Pretes
Skor Positif Pretes	Pearson Correlation	1	-.327*	.052	.662**
	Sig. (2-tailed)		.039	.750	.000
	N	40	40	40	40
Skor Negatif Pretes	Pearson Correlation	-.327*	1	.416**	.349*
	Sig. (2-tailed)	.039		.008	.027
	N	40	40	40	40
Skor Umum Pretes	Pearson Correlation	.052	.416**	1	.639**
	Sig. (2-tailed)	.750	.008		.000
	N	40	40	40	40
Skor PANSS Pretes	Pearson Correlation	.662**	.349*	.639**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.027	.000	
	N	40	40	40	40

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

2. KORELASI SKOR POSTES

Correlations

		Skor Positif Postes	Skor Negatif Postes	Skor Umum Postes	Skor PANSS Postes
Skor Positif Postes	Pearson Correlation	1	.225	.470**	.726**
	Sig. (2-tailed)		.163	.002	.000
	N	40	40	40	40
Skor Negatif Postes	Pearson Correlation	.225	1	.649**	.680**
	Sig. (2-tailed)	.163		.000	.000
	N	40	40	40	40
Skor Umum Postes	Pearson Correlation	.470**	.649**	1	.894**
	Sig. (2-tailed)	.002	.000		.000
	N	40	40	40	40
Skor PANSS Postes	Pearson Correlation	.726**	.680**	.894**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	40	40	40	40

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

3. KORELASI SELISIH SKOR

Correlations

		Selisih Skor Positif	Selisih Skor Negatif	Selisih Skor Umum	Selisih Skor Pre-Pos
Selisih Skor Positif	Pearson Correlation	1	.445**	.522**	.769**
	Sig. (2-tailed)		.004	.001	.000
	N	40	40	40	40
Selisih Skor Negatif	Pearson Correlation	.445**	1	.558**	.742**
	Sig. (2-tailed)	.004		.000	.000
	N	40	40	40	40
Selisih Skor Umum	Pearson Correlation	.522**	.558**	1	.827**
	Sig. (2-tailed)	.001	.000		.000
	N	40	40	40	40
Selisih Skor Pre-Pos	Pearson Correlation	.769**	.742**	.827**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	40	40	40	40

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

G. UJI -T BERPASANGAN KELOMPOK PERLAKUAN TIAP DOMAIN

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Skor Positif Pretes	31.20	20	3.503	.783
	Skor Positif Postes	19.55	20	2.929	.655
Pair 2	Skor Negatif Pretes	19.70	20	2.003	.448
	Skor Negatif Postes	13.95	20	1.538	.344
Pair 3	Skor Umum Pretes	34.50	20	2.090	.467
	Skor Umum Postes	25.75	20	2.731	.611

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Skor Positif Pretes & Skor Positif Postes	20	.753	.000
Pair 2	Skor Negatif Pretes & Skor Negatif Postes	20	.405	.077
Pair 3	Skor Umum Pretes & Skor Umum Postes	20	.521	.019

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Skor Positif Pretes & Skor Positif Postes	11.650	2.323	.519	10.563	12.737	22.426	19	.000
Pair 2	Skor Negatif Pretes & Skor Negatif Postes	5.750	1.970	.441	4.828	6.672	13.052	19	.000
Pair 3	Skor Umum Pretes & Skor Umum Postes	8.750	2.425	.542	7.615	9.885	16.135	19	.000

Correlations

		Selisih Skor Positif	Selisih Skor Negatif	Selisih Skor Umum	Skor PANSS Pre-Pos
Selisih Skor Positif	Pearson Correlation	1	.313	.376	.665**
	Sig. (2-tailed)		.179	.102	.001
	N	20	20	20	20
Selisih Skor Negatif	Pearson Correlation	.313	1	.328	.642**
	Sig. (2-tailed)	.179		.158	.002
	N	20	20	20	20
Selisih Skor Umum	Pearson Correlation	.376	.328	1	.729**
	Sig. (2-tailed)	.102	.158		.000
	N	20	20	20	20
Skor PANSS Pre-Pos	Pearson Correlation	.665**	.642**	.729**	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.002	.000	
	N	20	20	20	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

H. REGRESI

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.910 ^a	.828	.795	2.413

a. Predictors: (Constant), Selisih Skor Umum, Selisih Skor Negatif, Selisih Skor Positif

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	447.413	3	149.138	25.620	.000 ^a
	Residual	93.137	16	5.821		
	Total	540.550	19			

a. Predictors: (Constant), Selisih Skor Umum, Selisih Skor Negatif, Selisih Skor Positif

b. Dependent Variable: Skor PANSS Pre-Pos

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.896	3.060		.293	.773
	Selisih Skor Positif	.855	.263	.373	3.247	.005
	Selisih Skor Negatif	1.008	.305	.373	3.310	.004
	Selisih Skor Umum	1.027	.254	.467	4.051	.001

a. Dependent Variable: Skor PANSS Pre-Pos

UJI -T BERPASANGAN KELOMPOK KONTROL

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Skor Positif Pretes	28.70	20	5.723	1.280
	Skor Positif Postes	24.05	20	5.539	1.239
Pair 2	Skor Negatif Pretes	20.35	20	2.907	.650
	Skor Negatif Postes	16.90	20	3.417	.764
Pair 3	Skor Umum Pretes	36.00	20	3.418	.764
	Skor Umum Postes	32.30	20	4.450	.995

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Skor Positif Pretes & Skor Positif Postes	20	.944	.000
Pair 2	Skor Negatif Pretes & Skor Negatif Postes	20	.359	.120
Pair 3	Skor Umum Pretes & Skor Umum Postes	20	.381	.098

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Skor Positif Pretes & Skor Positif Postes	4.650	1.899	.425	3.761	5.539	10.948	19	.000
Pair 2	Skor Negatif Pretes & Skor Negatif Postes	3.450	3.605	.806	1.763	5.137	4.280	19	.000
Pair 3	Skor Umum Pretes & Skor Umum Postes	3.700	4.462	.998	1.612	5.788	3.709	19	.001

Correlations

		Selisih Skor Positif	Selisih Skor Negatif	Selisih Skor Umum	Skor PANSS Pre-Postes
Selisih Skor Positif	Pearson Correlation	1	.255	-.168	.226
	Sig. (2-tailed)		.278	.478	.338
	N	20	20	20	20
Selisih Skor Negatif	Pearson Correlation	.255	1	.487*	.777**
	Sig. (2-tailed)	.278		.030	.000
	N	20	20	20	20
Selisih Skor Umum	Pearson Correlation	-.168	.487*	1	.726**
	Sig. (2-tailed)	.478	.030		.000
	N	20	20	20	20
Skor PANSS Pre-Postes	Pearson Correlation	.226	.777**	.726**	1
	Sig. (2-tailed)	.338	.000	.000	
	N	20	20	20	20

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Regression

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.891 ^a	.794	.755	3.744
2	.873 ^b	.762	.734	3.901

a. Predictors: (Constant), Selisih Skor Umum, Selisih Skor Positif, Selisih Skor Negatif

b. Predictors: (Constant), Selisih Skor Umum, Selisih Skor Negatif

ANOVA^c

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	863.468	3	287.823	20.533	.000 ^a
	Residual	224.282	16	14.018		
	Total	1087.750	19			
2	Regression	829.096	2	414.548	27.246	.000 ^b
	Residual	258.654	17	15.215		
	Total	1087.750	19			

a. Predictors: (Constant), Selisih Skor Umum, Selisih Skor Positif, Selisih Skor Negatif

b. Predictors: (Constant), Selisih Skor Umum, Selisih Skor Negatif

c. Dependent Variable: Skor PANSS Pre-Postes

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1.896	2.535		.748	.465
	Selisih Skor Positif	.780	.498	.196	1.566	.137
	Selisih Skor Negatif	.984	.296	.469	3.322	.004
	Selisih Skor Umum	.900	.235	.531	3.831	.001
2	(Constant)	5.370	1.278		4.202	.001
	Selisih Skor Negatif	1.166	.284	.555	4.103	.001
	Selisih Skor Umum	.772	.230	.455	3.365	.004

a. Dependent Variable: Skor PANSS Pre-Postes

Excluded Variables^b

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
2	Selisih Skor Positif	.196 ^a	1.566	.137	.365	.823

a. Predictors in the Model: (Constant), Selisih Skor Umum, Selisih Skor Negatif

b. Dependent Variable: Skor PANSS Pre-Postes