

**PENGARUH TERAPI KELOMPOK KOGNITIF TERHADAP
TINGKAT KECEMASAN KLIEN HALUSINASI
PENDENGARAN DI RUMAH SAKIT JIWA
BANDA ACEH TAHUN 2022**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Keperawatan

Disusun Oleh

TITANIA SAFIRA
1812210033



UBBG

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS SAINS TEKNOLOGI DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS BINA BANGSA GETSEMPENA
BANDA ACEH
TAHUN 2022**

**PENGARUH TERAPI KELOMPOK KOGNITIF TERHADAP
TINGKAT KECEMASAN KLIEN HALUSINASI
PENDENGARAN DI RUMAH SAKIT JIWA
BANDA ACEH TAHUN 2022**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Keperawatan

oleh

TITANIA SAFIRA
1812210033



**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS SAINS TEKNOLOGI DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS BINA BANGSA GETSEMPENA
BANDA ACEH
TAHUN 2022**

LEMBAR PERSETUJUAN

**PENGARUH TERAPI KELOMPOK KOGNITIF TERHADAP
TINGKAT KECEMASAN KLIEN HALUSINASI PENDENGARAN
DI RUMAH SAKIT JIWA BANDAACEH TAHUN 2022**

Skripsi Ini Telah Selesai Disetujui, Untuk Di Pertahankan Di Hadapan Tim
Penguji Skripsi Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Sains Teknologi Dan Ilmu Kesehatan
Universitas Bina Bangsa Getsempena

Banda Aceh, 17 September 2022
Menyetujui

Pembimbing I



Dr. Drs Musdiani, M.Pd
NIDN : 0031126364

Pembimbing II



Ns. Herlina AN Nasution, S.Kep., M.KM
NIDN : 1321118701

Menyetujui,
Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan



Mahruri Saputra, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN : 1309028203

Mengetahui,
Dekan Fakultas Sains, Teknologi Dan Ilmu Kesehatan
Universitas Bina Bangsa Getsempena



Uly Muzakir, MT
NIDN : 0127027902

PENGESAHAN TIM PENGUJI
PENGARUH TERAPI KELOMPOK KOGNITIF TERHADAP
TINGKAT KECEMASAN KLIEN HALUSINASI
PENDENGARAN DI RUMAH SAKIT
JIWA BANDA ACEH
TAHUN 2022

Skripsi ini telah disetujui dan dipertahankan dihadapan tim
pengkaji skripsi Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Sains Teknologi Dan Ilmu Kesehatan
Universitas Bina Bangsa Getsempena

Banda Aceh, 28 November 2022

Pembimbing I : Dr. Drs. Musdiani, M.Pd
NIDN : 0031126364

Pembimbing II : Ns. Herlina AN Nasution, S.Kep., M.KM
NIDN: 1321118701

Penguji I : Mulia Putra, S.Pd, M.Pd, M.Sc, Ph.D in Ed
NIDN: 0126128601

Penguji II : Ns. Eridha Putra, S.Kep., M.Kep
NIDN: 1313059002

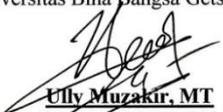
Tanda Tangan



Menyetujui,
Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan


Mahruri Saputra, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN : 1309028203

Mengetahui,
Dekan Fakultas Sains, Teknologi Dan Ilmu Kesehatan
Universitas Bina Bangsa Getsempena


Uly Muzakir, MT
NIDN : 0127027902

PERNYATAAN KEASLIAN

Saya beridentitas dibawah ini:

Nama : Titania Safira

NIM : 1812210033

Program Studi : Program studi sarjana keperawatan

Menyatakan bahwa hasil penelitian atau skripsi ini benar-benar karya saya sendiri, bukan jiplakan dari karya tulis orang lain, baik sebagian maupun seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapa dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah. Apabila skripsi ini terbukti plagiasi atau jiplakan, saya siap menerima sanksi akademis dari Prodi atau Dekan Fakultas Saiins Teknoligi Dan Ilmu Kesehatan

Banda Aceh 02 Oktober 2022


Titania Safira

Kata Pengantar

Syukur alhamdulillah, segala puji bagi ALLAH SWT, seta selawat dan salam kepada junjungan kita Nabi besar Muhammad SAW. Berkat rahmad dan karunia ALLAH SWT, peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Pengaruh Terapi Kelompok Kognitif Terhadap Tingkat Kecemasan Klien Halusinasi Pendengaran Di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh Tahun 2022.”**

Peneliti menyadari bahwa dalam penulisan proposal skripsi ini masih sangat jauh dari kesempurnaan, baik dari penyusunan bahasa maupun dari segi isinya. Maka dari itu peneliti sangat mengharapkan kritikan atau saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan peneliti ini dimasa yang akan datang.

Dalam penulisan skripsi peneliti banyak menerima bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Bapak/Ibu:

1. Orang tua saya tercinta yaitu Ibunda Yudra dan Ayahanda Isfanuddin
2. Dr. Lili Kasmini, S.Si., M.Si Selaku Rektor Universitas Bina Bangsa Getsempena.
3. Mik Salmina, S.Pd., M.Mat Selaku Wakil Rektor I Universitas Bina Bangsa Getsempena.
4. Ully Muzakir, MT Selaku Wakil Rektor II Universitas Bina Bangsa Getsempena dan sekaligus Dekan FSTIK
5. Cut Marlina, S.Pd., M.Pd Selaku Wakil Rektor III Universitas Bina Bangsa Getsempena.

6. Dr. Drs, Musdiani, S.Pd., M.Pd Selaku Wakil Rektor IV Universitas Bina Bangsa Getsempena dan sekaligus pembimbing I yang sudi kiranya membimbing saya dalam penyusunan skripsi ini
7. Intan Keumalasari, S.Pd., M.Pd Selaku Ketua LP2M Universitas Bina Bangsa Getsempena.
8. Fitriati S.Pd.I., M.Ed Selaku Ketua LP3M Universitas Bina Bangsa Getsempena.
9. Mulia Putra, S.Pd., M.Pd., M.Sc., Ph.D.In.Ed Selaku Wakil Dekan Fakultas Sains Teknologi Dan Ilmu Kesehatan.
10. Mahruri Saputra, S.Kep., Ns., M.Kep Selaku Ketua Program Studi sarjana keperawatan.
11. Ns. Herlina AN Nasution., S.Kep, M.KM Selaku pembimbing II yang sudi kiranya membimbing saya dalam penyusunan skripsi ini.
12. Para dosen dan staff Universitas Bina Bangsa Getsempena, yang memberi semangat dan dukungan baik moral maupun pengetahuan sehingga dengan restunya peneliti dapat melakukan penelitian ini.
13. Rekan - rekan seangkatan yang telah memberikan dukungan dan partisipasi dalam penyusunan skripsi ini
14. Peneliti mengucapkan terimakasih kepada responden yang telah bersedia menjadi sampel dalam penelitian ini.

Untuk itu penelitian sangat mengharapkan saran dan kritikan yang sifatnya membangun untuk kesempurnaan penelitian pada masa yang akan datang. Akhirnya kepada ALLAH SWT jumlah peneliti berserah diri, karena Allah-lah

Dzat Yang Maha Sempurna dan Maha Mengetahui atas segala sesuatu yang dikehendaki-nya. Semua penelitian ini dapat memberikan manfaat khususnya bagi penelitian dan secara umum bagi pembaca sekalian, “Amin Ya Rabbal Alamin.”

Banda Aceh, 13 September 2022

Peneliti

ABSTRAK

Titania Safira. 2022. Pengaruh Terapi Kelompok Kognitif Terhadap Tingkat Kecemasan Klien Halusinasi Pendengaran Dirumah Sakit Jiwa Banda Aceh Tahun 2022. Skripsi, Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Sains Teknologi Dan Ilmu Kesehatan. Pembimbing I Dr. Drs, Musdiani, S.Pd., M.Pd, Pembimbing II Ns. Herlina AN Nasution, S.Kep., M.KM

Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mengekspresikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi, cemas, takut, khawatir dan stres adalah perasaan normal yang dialami manusia sehari-hari, Terapi kognitif adalah terapi jangka pendek dan dilakukan secara teratur, yang memberikan dasar berpikir pada pasien untuk mengekspresikan perasaan negatifnya. Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi Pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh tahun 2022 Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi Pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh. Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan desain *quasi eksperimen*. Waktu pelaksanaan penelitian ini dilakukan pada tanggal 20 Juli sampai 08 Agustus 2022. Populasinya adalah 62 pasien halusinasi pendengaran, tehnik pengambilan sampel menggunakan total sampling. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan uji *wilcoxon* hasil analisis data didapat hasil ada perbedaan sebelum dan sesudah pemberian terapi kognitif dengan nilai *p value* $0,000 < 0,05$, yang bearti terdapat pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi pedengaran. Saran diharapkan kepada tempat penelitian khususnya perawat untuk lebih sering menerapkan terapi kognitif untu menurunkan kecemasan pada pasien.

Kata Kunci : terapi kognitif tingkat kecemasan halusinasi pendengaran
Daftar Pustaka : 14 Buku (2015 s/d 2021) + 5 Jurnal (2017 s/d 2021)

ABSTRACT

Titania Safira. 2022. The Effect of Cognitive Group Therapy on Anxiety Levels of Clients with Hearing Hallucinations at the Banda Aceh Mental Hospital in 2022. Skripsi, Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Sains Teknologi Dan Ilmu Kesehatan. Pembimbing I Dr. Drs, Musdiani, S.Pd., M.Pd, Pembimbing II Ns. Herlina AN Nasution, S.Kep., M.KM

Hallucinations are perceptual disorders in which the patient expresses something that does not really happen. Anxiety, fear, worry and stress are normal feelings experienced by humans every day. Cognitive therapy is short-term therapy and is carried out regularly, which provides a basis for thinking in patients to express feelings. the negative. The formulation of the problem in this study is how to influence cognitive group therapy on the anxiety level of auditory hallucination clients at the Banda Aceh Mental Hospital in 2022. The aim of this study was to determine the effect of cognitive group therapy on the anxiety level of auditory hallucination clients at the Banda Aceh Mental Hospital. This study uses quantitative research with a quasi-experimental design. The time of carrying out this research was carried out from July 20 to August 8 2022. The population was 62 auditory hallucination patients, the sampling technique used total sampling. Data analysis in this study used the Wilcoson test. The results of data analysis showed that there were differences before and after giving cognitive therapy with a p value of $0.000 < 0.05$, which means that there is an effect of cognitive group therapy on the anxiety level of clients of auditory hallucinations. Suggestions are expected for research sites, especially nurses to apply cognitive therapy more often to reduce anxiety in patients.

Keywords : cognitive therapy level of anxiety auditory hallucinations

Bibliography : 10 Buku (2015 s/d 2021) + 9 Jurnal (2017 s/d 2021)

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penulisan.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Kajian Teori	7
2.2 Kerangka Teori	37
2.3 Kerangka Konsep	38
2.4 Hipotesis Penelitian	38
BAB III METODE PENELITIAN	39
3.1 Desain Penelitian	39
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	39
3.3 Populasi dan Sampel	39
3.4 Variabel Penelitian	40
3.5 Definisi Operasional	41
3.6 Instrumen Penelitian	42
3.7 Validitas dan Reliabelitas	43
3.8 Prosedur Pengumpulan Data	44
3.9 Pengolahan Data dan Analisa Data	45
3.10 Etika Penelitian	48

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	50
4.1 Hasil Penelitian	50
4.2 Pembahasan	53

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	58
51. Kesimpulan	58
52. Saran	59

DAFTAR PUSTAKA
DAFTAR LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1 : Defenisi Operasional	42
Tabel 2 : Disribusi Karakteristik Umur Responden	50
Tabel 3 : Disribusi Frekuensi Pendidikan Responden	51
Tabel 4 : Disribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Sebelum Terapi Kognitif	51
Tabel 5 : Disribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Sebelum Terapi Kognitif	52
Tabel 6: Pengaruh Terapi Kelompok Kognitif Terhadap Tingkat Kecemasan Klien Halusinasi Pendengaran	52

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1: Landasan Teori	37
Gambar 2: Kerangka Konsep	38

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 : Surat Izin Survey Awal Institusi

Lampiran 4 : Surat Izin Survey Awal Tempat Penelitian

Lampiran 5 : Surat Izin Penelitian Institusi

Lampiran 6 : Surat Keterangan Selesai Penelitian

Lampiran 7 : Instrumen Penelitian

Lampiran 8 : Master tabel Penelitian

Lampiran 9 : Hasil Pengolahan Data

Lampiran 10 : Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa merupakan salah satu penyakit yang mempunyai kecenderungan untuk menjadi kronis dan sering disertai dengan adanya penurunan fungsi (disability) dibidang pekerjaan, hubungan sosial dan kemampuan merawat diri sehingga cenderung menggantungkan sebagai aspek kehidupannya pada lingkungan sekitar (Yuniartika, Santi & Azizah, 2021).

Halusinasi merupakan salah satu dari gangguan jiwa dimana seseorang tidak mampu membedakan antara kehidupan nyata dengan kehidupan palsu. Dampak yang muncul dari pasien dengan gangguan halusinasi mengalami panik, perilaku dikendalikan oleh halusinasinya, dapat bunuh diri atau membunuh orang, dan perilaku kekerasan lainnya yang dapat membahayakan dirinya maupun orang disekitarnya (Nugroho dkk, 2021).

Menurut data Badan Kesehatan Dunia (WHO, 2016) sebanyak 35 juta orang mengalami depresi, 60 juta orang mengalami gangguan emosi bipolar, 21 juta orang mengidap skizofrenia, 47,5 orang mengalami demensia. Kasus tersebut meningkat pengidapnya yang dapat ditinjau dari Laporan hasil Badan Kesehatan Dunia (WHO, 2018) yaitu penderita gangguan jiwa sebanyak 300 juta orang mengidap gangguan berupa depresi, 50 juta orang mengalami demensia/kepikunan, 60 juta orang mengalami gangguan emosi bipolar, 23 juta orang mengalami skizofrenia

Berdasarkan data dari profil kesehatan indonesia tahun (2020), persentase orang dengan gangguan jiwa 58,9%. Dari 16 provinsi yang melaporkan, capaian tertinggi terdapat di kepulauan Bangkal Belitung sebesar 98% dan Sulawesi Tengah sebesar 97,6%. Sedangkan provinsi terendah yaitu Jawa Barat sebesar 37,6%.

Berdasarkan data dari profil kesehatan Aceh tahun (2019), jumlah kasus ODGJ berat di Aceh pada tahun (2019) sebanyak 12,327 kasus atau sebesar 92%, sedangkan di kabupaten Aceh Besar dengan jumlah 1,762 kasus dan Banda Aceh dengan jumlah 126 kasus.

Kecemasan pada pasien halusinasi yaitu ditandai dengan ketakutan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga terjadi gangguan dalam menilai kenyataan, kepribadian penuh, dan perilaku. Pada pasien skizofrenia terjadi gangguan alam perasaan yang tidak menentu, sering berdebat atau bertengkar, dan perilaku cemas yang tidak menentu dan marah (Hindrastuti, 2020).

Pasien halusinasi yang mengalami kecemasan dapat diatasi dengan terapi farmakologi dan non farmakologi. Terapi farmakologi pada pasien skizofrenia yang mengalami kecemasan berupa obat anti cemas. Sedangkan terapi non farmakologi menggunakan proses fisiologis, dan lebih aman digunakan karena tidak menimbulkan efek samping seperti obat-obatan. Apabila kecemasan tidak segera diatasi, maka penderita skizofrenia akan mengalami kemunduran fungsi kehidupannya termasuk proses penyembuhan akan terhambat. Kecemasan dalam jangka panjang dapat memiliki efek seperti depresi, gangguan pola tidur, nyeri

kronis, kehilangan minat dalam seksual, dan pikiran untuk bunuh diri (Hindrastuti, 2020).

Ada beberapa terapi yang dapat diberikan pada klien halusinasi yakni tindakan keperawatan spesialis pada klien halusinasi adalah cognitive remediation, cognitive adaptation training, cognitive behavior therapy, group therapy dan family therapy (Hidayat, Keliat & Mustikasari, 2015).

Untuk mengatasi masalah yang terdapat pada klien halusinasi diatas maka klien halusinasi dapat diberikan salah satu dari beberapa terapi yang telah disebutkan diatas yakni Terapi Kognitif. Terapi kognitif juga dapat membantu individu mengatasi respon ansietas akibat yang ditimbulkan oleh distorsi pikiran negatif. Terapi kognitif adalah terapi jangka pendek yang teratur, yang memberikan dasar berpikir pada klien untuk mengekspresikan perasaan negatifnya, memahami masalahnya serta mampu mengatasi perasaan negatifnya dan mampu memecahkan masalah tersebut (Rahmayani & Syisnawati, 2018).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Santi, 2018), hasil analisis data menggunakan uji *wilcoxon* diketahui bahwa nilai dengan probabilitas 0,000 yang nilainya lebih kecil dari 0,05, hal ini berarti H_0 ditolak artinya ada pengaruh signifikan terapi psikomotorik menggambar terhadap tingkat kecemasan pada pasien skizofrenia di ruang Sena dan Nakula Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian (Yuniartika & Santi, 2018) hasil analisis data menggunakan uji *wilcoxon* diketahui bahwa nilai dengan probabilitas 0,000 yang nilainya lebih kecil dari 0,05, hal ini berarti H_0 ditolak artinya ada pengaruh signifikan terapi psikomotorik menggambar terhadap tingkat kecemasan pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Damanik, Pardede, Manalu, 2020), berdasarkan uji *mc-neyman* diperoleh hasil *p value* = 0.001 ($p < 0.05$), sehingga dapat disimpulkan ada pengaruh terapi kognitif terhadap kemampuan berinteraksi pasien skizofrenian dengan masalah isolasi sosial di Rumah Sakit Jiwa Prof.Dr. Muhammad Ildrem Medan 2019.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian (Shinta & Amita, 2019) Hasil uji statistik ketiga variabel didapatkan (*p value*=0,000 < α = 0,05), artinya ada pengaruh Terapi Perilaku kognitif terhadap kemampuan Interaksi sosial (kognitif, afektif dan perilaku) pada responden antara sebelum dan setelah mendapatkan terapi perilaku kognitif pada kelompok intervensi.

Berdasarkan hasil survei awal peneliti yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh jumlah penderita gangguan jiwa halusinasi sebanyak 62, dari hasil wawancara dengan perawat, perawat mengatakan bahwa memang ada perubahan setelah diberikan terapi kognitif dan terapi-terapi lainnya. Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik meneliti pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh tahun 2022.

1.2 Rumusan Masalah

Adapun yang menjadi permasalahan dalam penelitian ini adalah “Bagaimana pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi Pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh tahun 2022”?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh tahun 2022.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengidentifikasi terapi kelompok kognitif pada klien halusinasi pendengaran
2. Untuk mengidentifikasi tingkat kecemasan klien halusinasi pendengaran
3. Untuk mengidentifikasi pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi pendengaran

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Dapat menambah pengetahuan dan pengalaman peneliti dalam melakukan penelitian mengenai pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi pendengaran.

2. Bagi Responden

Dapat menambah pengetahuan bagi responden tentang pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi pendengaran

3. Bagi Tempat Penelitian

Sebagai masukan atau penambahan wawasan yang nantinya dapat dipraktikan sendiri oleh perawat mengenai hubungan pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi pendengaran

4. Bagi Institusi Pendidikan Universitas Bina Bangsa Getsempena

Agar dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan informasi tambahan khususnya bagi mahasiswa Universitas Bina Bangsa Getsempena tentang pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi pendengaran

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai referensi dan bahan perbandingan bagi peneliti selanjutnya yang berminat melakukan penelitian tentang pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi pendengaran

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Teori

2.1.1 Konsep Halusinasi

2.1.1.1 Pengertian Halusinasi

Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mengekspresikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi (Erita, Hununwidiastuti & Leniwita, 2019). Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan, atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Yusuf, Fitriyasari & Nihayati, 2015).

halusinasi sebagai suatu tanggapan dari panca indera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Ada lima jenis halusinasi yaitu pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecapan dan perabaan. Halusinasi pendengaran merupakan jenis halusinasi yang paling banyak ditemukan terjadi pada 70% pasien, kemudian halusinasi penglihatan 20%, dan sisanya 10% adalah halusinasi penghidu, pengecapan dan perabaan (Nurhalimah, 2016)

Pasien halusinasi merasakan adanya stimulus yang sebetulnya tidak ada. Perilaku yang teramati pada pasien yang sedang mengalami halusinasi pendengaran adalah pasien merasa mendengarkan suara padahal tidak ada stimulus suara. Sedangkan pada halusinasi penglihatan pasien mengatakan melihat bayangan orang atau sesuatu yang menakutkan padahal tidak ada bayangan tersebut. Pada halusinasi penghidu pasien mengatakan membaui bau-bauan tertentu padahal orang lain tidak merasakan sensasi serupa. Sedangkan pada halusinasi pengecapan, pasien mengatakan makan atau minum sesuatu yang menjijikkan. Pada halusinasi perabaan pasien mengatakan serasa ada binatang atau sesuatu yang merayap ditubuhnya atau di permukaan kulit (Nurhalimah, 2016)

2.1.1.2 Proses Terjadi Halusinasi

Menurut (Erita, Hununwidiastuti & Leniwita, 2019), proses terjadinya halusinasi di jelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuard-Laraia

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi halusinasi terdiri dari

1. Faktor Biologis

Adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (*herediter*), atau penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA)

2. Faktor Psikologis

Memiliki riwayat kegagalan yang berulang. Menjadi korban, pelaku maupun saksi dari perilaku kekerasan serta kurangnya kasih sayang dari

orang-orang yang berarti bagi pasien serta perilaku orang tua yang overprotektif.

3. Sosial Budaya dan Lingkungan

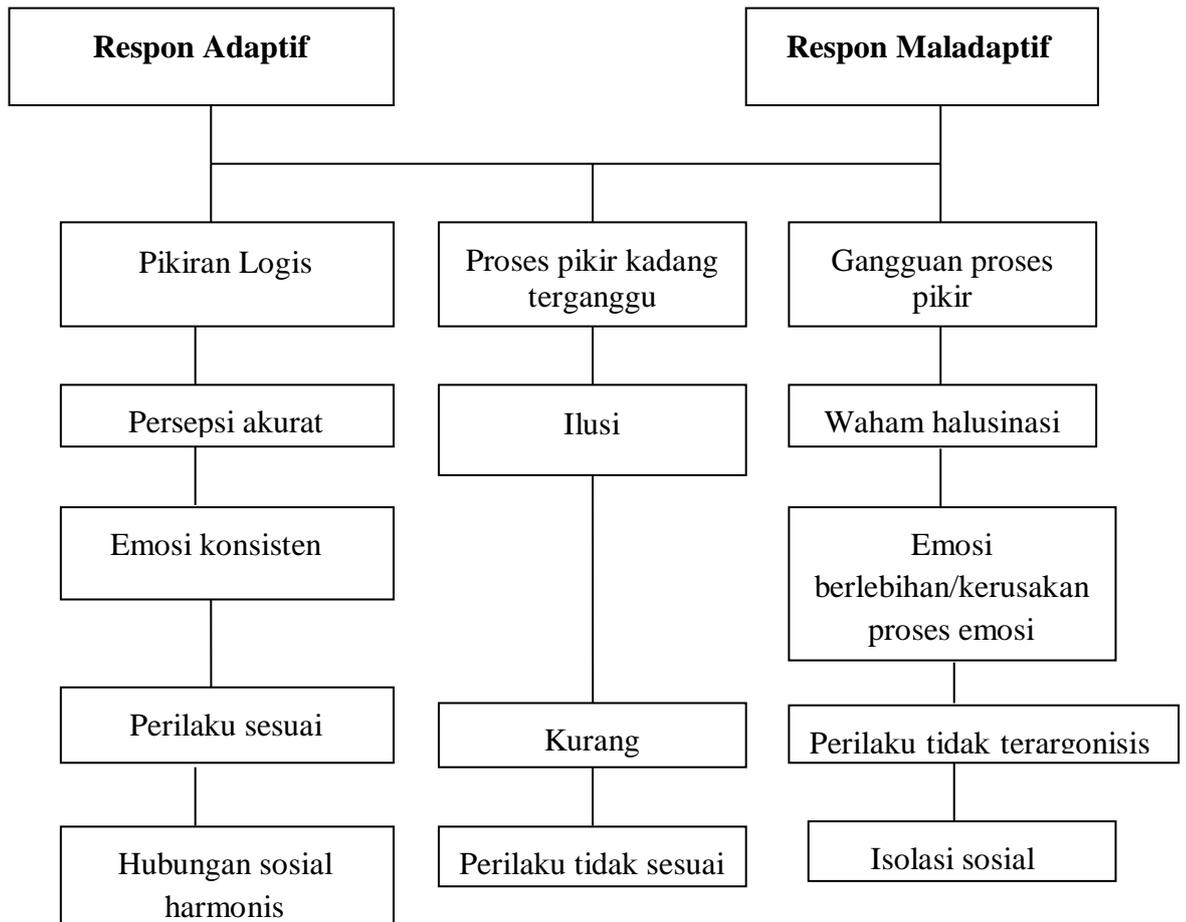
Sebagian besar pasien halusinasi berasal dari keluarga dengan sosial ekonomi rendah, selain itu pasien memiliki riwayat penolakan dari lingkungan atau dari orang lain yang berarti pada usia perkembangan anak, pasien halusinasi seringkali memiliki tingkat pendidikan yang rendah serta pernah mengalami kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri) serta tidak bekerja.

b. Faktor Presipitasi

Adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak adanya riwayat kekerasan dalam keluarga atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan dikeluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien serta konflik antar masyarakat.

c. Rentang Respon Neurobiologis

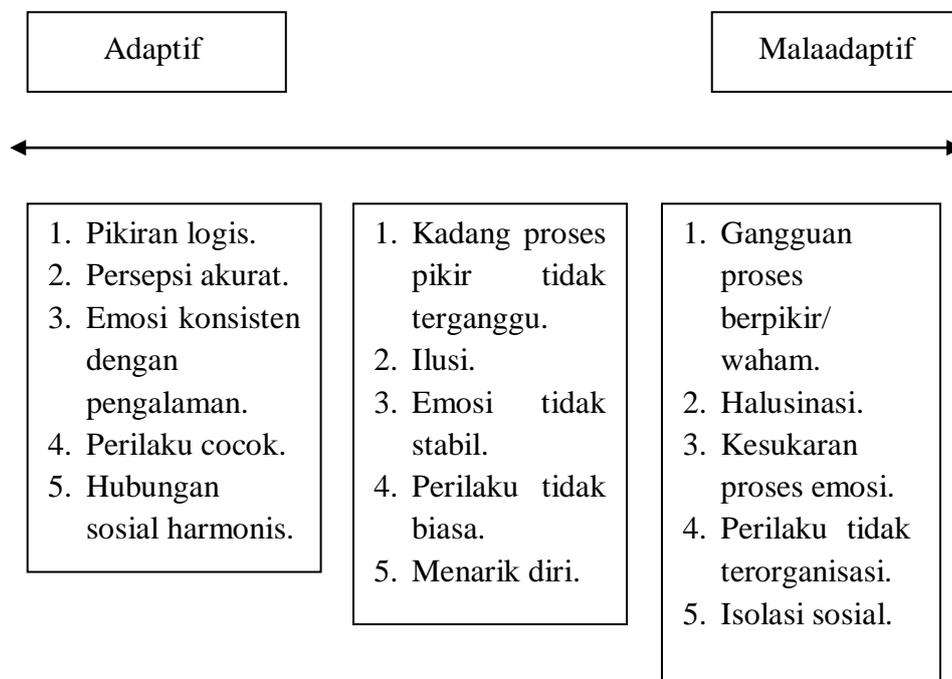
Stuard and laraia menjelaskna tentang respon neurobiologis pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi sebagai berikut :



Gambar 1. Rentang Respon Neurobiologis (Erita, Hununwidiastuti & Leniwita, 2019)

Menurut (Yusuf, Fitryasari dan Nihayati, 2015), rentang respon neurobiologi halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori, waham merupakan gangguan pada isi pikiran. Keduanya merupakan gangguan dari

respons neurobiologi. Oleh karenanya secara keseluruhan, rentang respons halusinasi mengikuti kaidah rentang respons neurobiologi. Rentang respons neurobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Rentang respons yang paling maladaptif adalah adanya waham, halusinasi, termasuk isolasi sosial menarik diri. Berikut adalah gambaran rentang respons neurobiologi.



Gambar 2 Rentang Respon Neurobiologis (Yusuf, Fitryasari dan Nihayati, 2015)

2.1.1.3 Penyebab Halusinasi

Menurut Rohana (2019), penyebab halusinasi adalah sebagai berikut :

a. Faktor Predisposisi

1. Genetik

2. Neurobiology
 3. Abnormal perkembangan syaraf
 4. Psikologi
- b. Faktor presipitasi
1. Proses pengolahan informasi yang berlebihan
 2. Mekanisme penghantaran listrik yang abnormal.
 3. Adanya gejala pemicu.

Penyebab umum dapat dikatakan segala sesuatu yang mengancam harga diri (self esteem) dan keutuhan keluarga dapat merupakan penyebab terjadinya halusinasi. Ancaman terhadap harga diri dan keutuhan keluarga meningkatkan kecemasan. Gejala dengan meningkatnya kecemasan, kemampuan untuk memisahkan dan mengatur persepsi, mengenalperbedaan antara apa yang dipikirkan dengan perasaan sendiri menurun, sehingga segala sesuatu diartikan dengan perasaan sendiri menurun, sehingga segala sesuatu diartikan berbeda dan proses rasionalisasi tidak efektif lagi.

Hal ini mengakibatkan lebih sukar lagi membedakan mana rangsangan yang berasal dari pikirannya sendiri dan mana yang dari lingkungan. Dalam klinik, halusinasi juga dapat disebabkan oleh isolasi sosial (menarik diri), dimana individu menolak berinteraksi dengan lingkungan dan menciptakan sendiri "lingkungan" yang dikehendakinya dengan cara berhalusinasi

2.1.1.4 Tanda dan Gejala

Menurut (Nurhalimah, 2016), Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Adapun tanda dan gejala pasien halusinasi adalah sebagai berikut:

a. Data Subyektif: Pasien mengatakan :

1. Mendengar suara-suara atau kegaduhan.
2. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
3. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
4. Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
5. Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
6. Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses
7. Merasa takut atau senang dengan halusinasinya

b. Data Obyektif

1. Bicara atau tertawa sendiri
2. Marah-marah tanpa sebab
3. Mengarahkan telinga ke arah tertentu
4. Menutup telinga
5. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu
6. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.
7. Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu.
8. Menutup hidung.

9. Sering meludah
10. Muntah
11. Menggaruk-garuk permukaan kulit

2.1.1.5 Jenis Halusinasi

Menurut (Nurhalimah, 2016), jenis-jenis halusinasi adalah sebagai berikut :

Jenis Halusinasi	Data Obyektif	Data Subyektif
Halusinasi Pendengaran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bicara atau tertawa sendiri 2. Marah-marah tanpa sebab 3. Menyedengkan telinga ke arah tertentu 4. Menutup telinga 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara-suara atau kegaduhan. 2. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap 3. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
Halusinasi Penglihatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjuk-nunjuk ke arah Tertentu 2. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartoon, melihat hantu atau monster.
Halusinasi penghirupan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengisap-isap seperti sedang membaui bau-bauan tertentu. 2. Menutup hidung. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membau bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan. 2. Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses
Halusinasi Pengecapan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sering meludah 2. Muntah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses
Halusinasi Perabaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggaruk-garuk permukaan kulit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatakan ada serangga di permukaan kuli 2. Merasa seperti tersengat listrik

2.1.1.6 Intensitas Level Halusinasi

Menurut (Yusuf, Fitryasari dan Nihayati, 2015) Intensitas Level Halusinasi

adalah sebagai berikut:

Level	Karakteristik Halusinasi	Perilaku Pasien
TAHAP I Memberi rasa nyaman. Tingkat ansietas sedang. Secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan.	1. Mengalami ansietas kesepian, rasa bersalah, dan ketakutan. 2. Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas. 3. Pikiran dan pengalaman sensori masih ada dalam kontrol kesadaran (jika kecemasan dikontrol)	1. Tersenyum/tertawa sendiri. 2. Menggerakkan bibir tanpa suara. 3. Penggerakan mata yang cepat. 4. Respons verbal yang lambat. 5. Diam dan berkonsentrasi
TAHAP II Menyalahkan. Tingkat kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipati.	1. Pengalaman sensori menakutkan. 2. Mulai merasa kehilangan kontrol 3. Merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut 4. Menarik diri dari orang lain. NON PSIKOTIK	1. Peningkatan sistem saraf otak, tanda-tanda ansietas, seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah. 2. Rentang perhatian menyempit. 3. Konsentrasi dengan pengalaman sensori. 4. Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dari realita.
TAHAP III Mengontrol tingkat kecemasan berat pengalaman sensori tidak dapat ditolak lagi	1. Pasien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya. 2. Isi halusinasi menjadi atraktif. 3. Kesepian bila pengalaman sensori berakhir. PSIKOTIK	1. Perintah halusinasi ditaati. 2. Sulit berhubungan dengan orang lain. 3. Rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit. 4. Gejala fisika ansietas berat berkeringat, tremor, dan tidak mampu mengikuti perintah.
TAHAP IV Menguasai tingkat kecemasan panik secara	1. Pengalaman sensori menjadi ancaman 2. Halusinasi dapat	1. Perilaku panik. 2. Potensial tinggi untuk bunuh diri atau

umum diatur dan dipengaruhi oleh waham.	berlangsung selama beberapa jam atau hari (jika tidak diinvensi). PSIKOTIK	membunuh. 3. Tindakan kekerasan agitasi, menarik diri, atau katatonia. 4. Tidak mampu berespons terhadap perintah yang kompleks. 5. Tidak mampu berespons terhadap lebih dari satu orang
---	--	---

2.1.2 Konsep Kecemasan

2.1.2.1 Pengertian

Kecemasan adalah respon emosional terhadap penilaian individu yang subjektif, yang dipengaruhi alam bawah sadar dan tidak diketahui secara khusus penyebabnya (Muzayyana & Saleh, 2021). Kecemasan atau ansietas merupakan gangguan kejiwaan yang paling umum ditemukan dan menjadi beban penyakit yang tinggi. Kecemasan adalah kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (Murhayati, dkk, 2021).

Menurut ilmu psikologi, cemas, takut, khawatir dan stres adalah perasaan normal yang dialami manusia sehari-hari (Angeline & Simon, 2020) kecemasan memiliki nilai yang positif, karena dengan ansietas maka aspek positif individu berkembang karena adanya sifat konfrontasi (pertentangan), Antisipasi yang tinggi, Penggunaan pengetahuan serta sikap terhadap pengalaman untuk dapat mengatasi kecemasan. Tetapi apabila kondisi kecemasan tidak ditangani dengan segera, maka akan dapat mengganggu kehidupan seseorang. Kecemasan dapat pula didefinisikan

sebagai suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respon (Erita, Hununwidiastuti & Leniwita, 2019)

Kecemasan adalah suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons (penyebab tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu). Perasaan takut dan tidak menentu sebagai sinyal yang menyadarkan bahwa peringatan tentang bahaya akan datang dan memperkuat individu mengambil tindakan menghadapi ancaman. Kejadian dalam hidup seperti menghadapi tuntutan, persaingan, serta bencana dapat membawa dampak terhadap kesehatan fisik dan psikologis. Salah satu contoh dampak psikologis adalah timbulnya kecemasan atau ansietas. (Yusuf, Fitriyasaki & Nihayati, 2015).

kecemasan memiliki nilai yang positif, karena dengan ansietas maka aspek positif individu berkembang karena adanya sifat konfrontasi (pertentangan), Antisipasi yang tinggi, Penggunaan pengetahuan serta sikap terhadap pengalaman untuk dapat mengatasi kecemasan. Tetapi apabila kondisi kecemasan tidak ditangani dengan segera, maka akan dapat mengganggu kehidupan seseorang. Kecemasan dapat pula didefinisikan sebagai suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respon. Seringkali sumber perasaan tidak santai tersebut tidak spesifik atau tidak diketahui (Erita, Hununwidiastuti & Leniwita, 2019)

2.1.2.2 Etiologi

Kecemasan disebabkan oleh beberapa hal, yakni : krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis matirasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, khawatir mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua dan anak tidak memuaskan, faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan dan kurang terpapar informasi (Murhayati, dkk, 2021).

2.1.2.3 Tanda dan Gejala Kecemasan

Menurut (Erita, Hununwidiastuti & Leniwita, 2019), tanda dan gejala kecemasan:

- a. Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan fikirannya sendiri dan mudah tersinggung
- b. Pasien merasa tegang, tidak tenang, gelisah dan mudah terkejut
- c. Pasien mengatakan takut bila sendiri atau dikeramaian banyak orang
- d. Mengalami gangguan pola tidur dan disertai mimpi yang menegangkan
- e. Gangguan konsentrasi dan daya ingat
- f. Adanya keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang belakang, pendengaran berdering atau jantung berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan seperti diare, mual dan tidak nafsu makan, sering berkemih atau sakit kepala

Tanda dan gejala subjektif, yakni merasa bingung khawatir dengan akibat dari yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi dan merasa tidak berdaya. Sedangkan tanda gejala objektif adalah tampak gelisah,

tampak tegang, sulit tidur, frekuensi nafas meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih dan berorientasi pada masa lalu (Murhayati, dkk, 2021).

2.1.2.4 Klasifikasi

Menurut (Erita, Hununwidiastuti & Leniwita, 2019), klasifikasi kecemasan dibagi mejadi tiga adalah sebagai berikut :

1. Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan seringkali berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Kecemasan tingkatan ini harus selalu dibuat atau diciptakan karena pada tingkatan ini orang yang mengalami kecemaan akan menjadi waspada sehingga memperluas pandangan persepsi terhadap suatu masalah karena individu akan mengantisipasi kemungkinan dampak dari kecemasan yang dialami. Kecemasan ringan memiliki aspek positif, yaitu memotivasi individu untuk belajar dan menghasilkan serta meningkatkan pertumbuhan dan kreativitas. Berikut ini adalah respon/dampak kecemasan ringan:

- a Respon fisiologis yang muncul akibat sintietas ringan adalah individu seringkali merasakan nafasnya pendek, mampu menerima rangsangan yang pendek, muka berkerut dan bibir bergetar, Pasien mengalami ketegangan otot ringan.
- b Respon kognitif. individu mengatakan kemampuan menyelesaikan dan memandang masalah sangat baik, karena individu berada dalam persepsi luas, mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, dan mampu menyelesaikan masalah.

- c Respon perilaku dan emositampak dari ketidak mampuan individu untuk bersikap tenang, tidak dapat duduk tenang,mengalami tremor halus pada lengan,dan suara kadang meninggi.

2. Kecemasan Sedang

Pada kecemasan tingkat ini, memungkinkan individu untuk memusatkan pada hal penting dan mengesampingkan yang lain, individu mengalami perhatian yang selektif, sehingga individu yang mampu dan dapat melakukan suatu yang lebih teratah.Manifestasi yang muncul pada kecemasan sedang antara lain:

- a Respon fisiologis: sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, diare atau konstipasi, tidak nafsu makan, mual, dan berkeringat setempat.
- b Respon kognitif: respon pandang menyempit, rangsangan luas mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatian dan bingung.
- c Respon perilaku dan emosi: Bicara banyak, lebih cepat,susah tidur dan tidak makan

3. Kecemasan Berat

Pada kecemasan berat,lapang persepsi individu menyempit individu cenderung hanya mampu memusatkan pada sesuatu yang terinci, spesifik dan tidak dapat berfikir tentang hal lain.Semua perilaku yang ditunjukkan individu bertujuan untuk mengurangi ketegangan. Individu memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain. Manifestasi yang muncul pada kecemasan berat antara lain:

- a. Respon fisiologis: napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur, dan ketegangan.
- b. Respon kognitif: lapang persepsi sangat sempit, dan tidak mampu menyelesaikan masalah.
- c. Respon perilaku dan emosi: perasaan terancam meningkat, verbalisasi cepat, dan menarik diri dari hubungan interpersonal

4. Panik

Yang paling membahayakan adalah bila individu mengalami tingkatan yang paling tinggi yaitu panik. Perilaku yang tampak adalah individu tampak ketakutan dan mengatakan mengalami teror, tidak mampu melakukan sesuatu, walaupun dengan pengarahan serta mengalami gangguan kepribadian. Gejala lain yang muncul adalah terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi menyimpang, kehilangan pemikiran rasional,. Manifestasi yang muncul terdiri dai:

1. Respon fisiologis: nafas pendek, rasa tercekik dan palpitasi, sakit dada, pucat, hipotensi, dan koordinasi motorik rendah.
2. Respon kognitif:lapang persepsi sangat sempit, dan tidak dapat berfikir logis.
3. Respon perilaku dan emosi: mengamuk dan marah-marah, ketakutan, berteriak-teriak, menarik diri dari hubungan interpersonal, kehilangan kendali atau kontrol diri dan depresi kacau.

2.1.2.5 Faktor Predisposisi

Menurut Menurut (Erita, Hununwidiastuti & Leniwita, 2019), mengatakan faktor predisposisi terjadi kecemasan adalah sebagai berikut:

a. Faktor Biologis

otak mengandung reseptor khusus, yaitu benzodiazepine, yang bertugas dalam mengelola dan mengatur kecemasan. Selain itu ada pula penghambat GABA dan juga endorfin yang berperan dalam mengelola kecemasan. Kadang kecemasan menimbulkan berbagai perubahan dan gangguan fisik. Bila kecemasan tidak ditangani dengan baik, dapat menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor.

b. Faktor Psikologis, beberapa ahli biologis menjelaskan berbagai pandangan mengenai kecemasan, diantaranya menurut

1. Pandangan psikoanalitik. Kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara 2 elemen kepribadian, Yaitu: Id dan super-ego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan super-ego mencerminkan hati nurani seseorang yang dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan. Fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa akan bahaya.
2. Pandangan Interpersonal. Kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap penerimaan dan penolakan interpersonal. Kecemasan berhubungan dengan kejadian trauma, seperti perpisahan dan kehilangan dari lingkungan maupun

orang yang berarti bagi pasien. Individu dengan harga diri rendah sangat mudah mengalami perkembangan kecemasan yang berat.

3. Pandangan Perilaku. Kecemasan merupakan produk frustrasi, yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku menganggap kecemasan sebagai dorongan belajar dari dalam diri untuk menghindari kepedihan. Individu yang sejak kecil terbiasa menghadapi ketakutan yang berlebihan, lebih sering menunjukkan kecemasan dalam kehidupan selanjutnya dibandingkan dengan individu yang jarang menghadapi ketakutan dalam kehidupannya.

c. Faktor Sosial Budaya.

Kecemasan merupakan hal yang biasa ditemui dalam keluarga. Faktor ekonomi, latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya kecemasan

2.1.2.6 Patofisiologi

Stres yang dialami dalam kehidupan telah dikaitkan dengan munculnya kejadian depresi dan gangguan ansietas. Adanya paparan kronis diikuti dengan respon adaptif yang melibatkan aktivasi struktur neural yang berbeda pada emosional dan proses kognitif di sistem saraf pusat, aktivasi lanjutan pada sistem saraf otonom, dan HPA axis. Area pada SSP yang teraktivasi diantaranya adalah thalamus dan area limbik seperti amigdala dan hipokampus. Proyeksi langsung dari thalamus ke amigdala merupakan respon hasil stimulus noradrenergik dari locus cereleus. Proyeksi tidak langsung juga menstimulasi amigdala dari korteks sensorik dan korteks asosiatif (Tafet & Nemeroff, 2020).

korteks transisional menghubungkan dengan hipokampus. Lalu, hipokampus meneruskan stimulus ke nucleus lateral amigdala yakni hypothalamic paraventricular nucleus (PVN). PVN mengeluarkan CRH untuk merangsang pengeluaran ACTH di pituitary yang akan diteruskan ke korteks adrenal untuk akhirnya mengeluarkan kortisol. HPA diregulasi oleh aktivitas stimulus amigdala dan inhibitorik dari hipokampus. Selain itu, PVN juga menerima proyeksi noradrenergik dari locus cereleus dan proyeksi serotonergik dari nucleus raphe (Tafet & Nemeroff, 2020).

2.1.2.7 Penatalaksanaan

Gangguan ansietas dapat diatasi dengan beberapa pengobatan yang umumnya membutuhkan waktu kurang lebih 4-6 minggu untuk dapat memberikan efek terapi. Namun, kebanyakan penderita cenderung menunggu hingga kurang lebih satu tahun sebelum mencari bantuan kepada tenaga medis. Pengobatan awal harus dipilih secara tepat dan harus melibatkan pasien, dengan melihat tingkat keparahan dari gangguan, repon terhadap pengobatan yang pernah dijalani sebelumnya, ketersediaan obat, dan pilihan dari penderita (Andrews et al. 2018).

Pengobatan gangguan ansietas dibagi menjadi dua, yaitu (Andrews et al. 2018; Bandelow, Michaelis, Wedekind, 2017):

a. Psikoterapi

Semua pasien dengan gangguan kecemasan membutuhkan dukungan melalui komunikasi dan perhatian khusus terhadap masalah emosional yang terkait dengan gangguan kecemasan yang dialaminya. Psikoedukasi juga perlu dilakukan termasuk segala informasi mengenai fisiologi tubuh akan gejala dari

reaksi kecemasan yang muncul beserta alasannya dan pengobatan yang mungkin bisa dijalani (Bandelow, Michaelis, Wedekind, 2017). Berbagai terapi psikologis dapat dilakukan, seperti penyelesaian masalah, relaksasi, terapi interpersonal, modifikasi bias kognitif, perhatian ataupun pendekatan psikodinamik, tampaknya bermanfaat namun evidence base nya lebih kecil dibandingkan dengan CBT dengan terapis yang berpengalaman. Hal ini dibuktikan dengan banyaknya studi yang telah dilakukan dan didukung dengan berbagai meta-analisis (Andrews et al. 2018).

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) merupakan sebuah terapi yang dapat membantu pasien mengenali, menyadari, dan merubah disfungsi pikiran, emosi, maupun perilaku yang menjadi bagian dari rasa takut dan penghindaran yang menunjukkan gangguan yang mereka alami (Andrews et al. 2018). CBT dilakukan berdasarkan penelitian neuro-sains dan psikologi ilmiah sehingga dapat membantu untuk memahami fungsi dari pikiran manusia, bahkan digunakan sebagai teori dasar untuk panduan diagnosik pada DSM-5 (Borza, 2017). CBT mencakup berbagai strategi yang tentunya bervariasi dan terapinya disesuaikan dengan gangguan tertentu (Andrews et al. 2018).

Teknik CBT dilakukan dengan mengidentifikasi antecedents dan konsekuensi dari perilaku agresif, juga strategi pembelajaran untuk mengenali dan mengendalikan rasa marah, penyelesaian masalah dan teknik restrukturisasi kognitif, serta melatih penyesuaian perilaku yang sesuai untuk menggantikan rasa marah dan reaksi agresif (Sukhodolsky et al. 2016). Tahapan dari terapi ini yakni dilakukan secara berulang dan bertahap menuju tantangan yang lebih kompleks

akan suatu hal yang ditakuti dan dihindari, dengan metode penyampaianya bisa melalui tatap muka, digital (dCBT) yang diakses dari komputer, tablet atau aplikasi smartphone, atau melalui buku panduan CBT mandiri untuk pasien (self-help books) (Andrews et al. 2018).

Dari uji coba klinis yang pernah dilakukan di Australia dan New Zealand, terbukti bahwa terapi ini dapat mengurangi disabilitas dan meningkatkan kualitas hidup penderita gangguan ansietas, bahkan setengah dari peserta uji klinis tersebut menunjukkan perbaikan gejala dan tidak lagi memenuhi kriteria untuk bisa dikatakan sebagai penderita gangguan tersebut seperti diagnosis mulanya (Andrews et al. 2018).

b. Farmakoterapi

Terapi ini banyak direkomendasikan karena memiliki cukup banyak keuntungan, diantaranya yaitu mudah untuk peresepan pada pengobatan primer, mudah didapatkan dengan harga yang relatif murah, dan efek terapinya terjamin (Andrews et al. 2018). Namun, penggunaannya perlu pengawasan terutama pada beberapa obat yang memerlukan paparan dosis bertahap untuk mencegah overdosis dan penyalahgunaan obat tersebut (Bandelow, Michaelis, Wedekind, 2017).

Pemilihan pengobatan yang tepat pada dasarnya memerlukan penilaian kondisi dan kebutuhan di masing-masing individu, sehingga pemilihan lini pertama pengobatan terkadang berbeda meskipun perbedaannya relatif kecil (Kennedy et al. 2016)

Beberapa pengobatan sesuai dengan guideline terapi gangguan ansietas yaitu:

1. SSRI dan SNRI

Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) dan Selective Serotonin Norepinephrine Inhibitors (SNRIs) merupakan rekomendasi obat lini pertama (first-line drugs) (Andrews et al. 2018; Bandelow, Michaelis, Wedekind, 2017; Kennedy et al. 2016). SSRIs bekerja dengan menghambat reuptake serotonin dan SNRIs bekerja dengan menghambat reuptake serotonin serta norepinephrin. Keduanya menginhibisi reuptake pada prasinaps sehingga meningkatkan serotonin dan norepinephrin di sinaps (Silbernagl & Lang, 2017).

Obat ini memiliki efek terapi yang seimbang dengan efek samping dan terbukti dapat memperbaiki gejala ansietas sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup penderitanya (Andrews et al. 2018; Bandelow, Michaelis, Wedekind, 2017) dengan onset efek ansiolitik muncul pada minggu ke-dua hingga minggu ke-4 (bahkan bisa sampai minggu ke-enam). Namun, selama pemakaian dua minggu pertama, efek sampingnya akan lebih terlihat. Kegelisahan atau peningkatan gejala ansietas dapat terjadi. Hal ini dapat berakibat pada berkurangnya kepatuhan pasien saat pengobatan. Dengan menurunkan dosis awal pada penggunaan obat dapat mengurangi efek samping tersebut. Meskipun keduanya memiliki efek samping, namun sebuah tinjauan studi menunjukkan bahwa SNRIs kurang dapat ditoleransi daripada SSRIs. Hal ini tidak bisa saja berbeda dengan pengalaman klinis karena toleransi obat

mungkin berbeda di antara pasien, bahkan dimungkinkan bahwa efek samping yang lebih ringan bisa terjadi pada pasien yang beralih pengobatan dari SSRIs menjadi SNRIs (Bandelow, Michaelis, Wedekind, 2017).

2. TCAs

Rekomendasi pengobatan lini ke-dua yakni Tricyclic (TCAs) (Kennedy et al. 2016). Obat ini memiliki frekuensi efek samping yang lebih tinggi dibandingkan dengan SSRIs atau SNRIs. Oleh karena itu, SSRIs dan SNRIs sebaiknya dicobakan terlebih dahulu untuk melihat apakah obat ini dapat memberikan respon atau tidak sebelum akhirnya beralih menggunakan TCAs (Andrews et al. 2018). Dosis yang diberikan juga harus dititrasi perlahan hingga mencapai dosis yang dibutuhkan untuk memberikan efek terapi. TCAs juga harus diwaspadai penggunaannya pada pasien yang berisiko untuk bunuh diri dikarenakan toksisitas fatal yang potensial terjadi akibat overdosis (Bandelow, Michaelis, Wedekind, 2017).

3. MAOIs

Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs) atau yang disebut juga irreversible Monoamine Oxidase Inhibitor ini merupakan pengobatan lini ketiga yang direkomendasikan (Kennedy et al. 2016). Cara kerjanya yaitu dengan menghambat penguraian serotonin sehingga ketersediaannya meningkat (Silbernagl & Lang, 2017). Penggunaan obat golongan ini harus dibatasi, sebab obat ini memiliki efek samping yang potensial, toksisitas saat overdosis, dan interaksi farmakokinetik yang perlu untuk diperhatikan. Selain itu, obat ini juga

memiliki interaksi dengan diet sehingga diperlukan pembatasan diet pada kasus tertentu.

Dijelaskan bahwa pembatasan diet ini tidak diperlukan saat konsumsi obat dosis rendah pada pasien dengan diet yang normal (contohnya: pada pasien yang tidak mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung tiramin secara berlebihan), namun akan diperlukan pembatasan diet saat konsumsi obat dengan dosis yang lebih tinggi (Andrews et al. 2018; Kennedy et al. 2016). Meski begitu, obat ini telah dibuktikan efikasinya pada penderita SAD dan gangguan panik (panic disorder) (Andrews et al. 2018).

4. RIMA

Reversible Inhibitor Monoamine Oxidase A (RIMA), disebutkan bahwa obat ini efektif untuk pengobatan SAD. Namun, obat ini tidak direkomendasikan sebagai lini pertama pengobatan gangguan ansietas dikarenakan tidak semua penelitian menunjukkan bukti bahwa obat ini lebih unggul daripada placebo (Bandelow, Michaelis, Wedekind, 2017).

5. Calcium modulator

Pregabalin adalah salah satu jenisnya, bekerja pada subunit dari voltage-gated calcium channels. Obat ini memiliki efek sedasi yang seringkali dibutuhkan pada pasien dengan gangguan ansietas dikarenakan adanya gangguan tidur, sehingga dapat bekerja lebih cepat dibandingkan dengan SSRIs atau SNRIs ataupun antidepresan yang lain. Namun, perlu perhatian akan penyalahgunaan obat ini dan juga gejala withdrawal setelah penggunaannya dihentikan mendadak (Bandelow, Michaelis, Wedekind, 2017).

6. Benzodiazepin

Berdasarkan panduan terapi terbaru pengobatan gangguan ansietas, benzodiazepin tidak direkomendasikan sebagai lini pertama pengobatan. Meski begitu, di Amerika 55% sampai 94% pasien dengan gangguan ansietas diterapi dengan benzodiazepin. Begitu juga dengan studi di Eropa yang menunjukkan tingginya penggunaan jangka panjang dari obat ini. Kerja dari obat ini cukup cepat dikarenakan ansiolitik efeknya dimulai seketika setelah konsumsi oral ataupun parenteral. Berbeda dengan antidepresan yang lain, obat ini tidak memberikan efek peningkatan jitteriness di awal dan juga insomnia. Namun, pengobatan benzodiazepin yang berhubungan dengan CNS ini dapat memberikan efek samping berupa kelelahan, pusing, bahkan gangguan fungsi kognitif, terutama pada pasien lanjut usia.

Bahkan, setelah penggunaan jangka panjang (lebih dari 4-8 bulan) bisa mengakibatkan ketergantungan, terutama pada pasien yang memiliki predisposisi penyalahgunaan zat. Sehingga, pasien dengan riwayat penyalahgunaan zat baik itu dari jenis benzodiazepin atau zat lain sebaiknya tidak disarankan menggunakan obat ini. Pada kasus tertentu seperti, penderita penyakit jantung yang parah, kontraindikasi untuk obat standar, kemungkinan percobaan bunuh diri, dan kondisi lainnya, dapat digunakan dengan batasan waktu. Disarankan agar obat ini dikombinasikan dengan SSRIs atau SNRIs selama minggu pertama konsumsi sebelum onset dari antidepresan itu sendiri muncul (Bandelow, Michaelis, Wedekind, 2017).

2.1.2.8 Tindakan Untuk Mengurangi Ansietas

Cara yang terbaik untuk menghilangkan kecemasan ialah dengan menghilangkan segala hal yang menjadi penyebab timbulnya kecemasan tersebut (Annisa & Ifdil, 2016). Berdasarkan sebuah penelitian yang dilakukan di Paris, dikatakan bahwa ketahanan seseorang terhadap ansietas terbukti dapat memperlambat penuaan dan meningkatkan kesehatan serta kualitas hidup secara keseluruhan (Faye et al. 2018).

2.1.3 Konsep Terapi Kelompok Kognitif

2.1.3.1 Pengertian

cognitive behavior therapy sebagai pendekatan konseling yang dirancang untuk menyelesaikan permasalahan klien pada saat ini dengan cara melakukan restrukturisasi kognitif dan perilaku yang menyimpang. Pendekatan cognitive behavior therapy didasarkan pada formulasi kognitif, keyakinan dan strategi perilaku yang mengganggu. Proses konseling didasarkan pada konseptualisasi atau pemahaman klien atas keyakinan khusus dan pola perilaku klien (Arofah, Milton & Mazdatul, 2019)

Terapi kognitif adalah terapi jangka pendek dan dilakukan secara teratur, yang memberikan dasar berpikir pada pasien untuk mengekspresikan perasaan negatifnya, memahami masalahnya, mampu mengatasi perasaan negatifnya, serta mampu memecahkan masalah tersebut. Terapi kognitif sebenarnya merupakan rangkaian dengan terapi perilaku yang disebut sebagai terapi kognitif dan perilaku, karena menurut sejarahnya merupakan aplikasi dari beberapa teori belajar yang bervariasi (Yusuf, Fitryasari & Nihayati, 2015)

Terapi perilaku menggunakan prinsip pengondisian klasik (*classical conditioning*) yang dikenalkan oleh Pavlov dan pengondisian operant (*operant conditioning*) yang dikenalkan oleh Skinner. Seiring berjalannya waktu ditambahkan satu teori lagi yang diperkenalkan oleh Bandura, yaitu teori pembelajaran sosial (*social learning theory*) mengingat pentingnya proses pikir (kognitif) dan informasi dalam memengaruhi perilaku seseorang. Untuk selanjutnya, pendekatan ini lebih dikenal dengan terapi kognitif yang berfokus pada cara memodifikasi cara berpikir, sikap, dan keyakinan sebaik mungkin untuk membentuk suatu perilaku. Oleh karenanya, dapat dikatakan seorang individu adalah sebagai pembuat keputusan penting bagi hidupnya sendiri (Yusuf, Fitryasari & Nihayati, 2015)

2.1.3.2 Prinsip terapi kognitif

2.1.3.3 Tujuan

Tujuan terapi kognitif (Yusuf, Fitryasari & Nihayati, 2015), adalah sebagai berikut :

- a. Mengubah pikiran dari tidak logis dan negatif menjadi objektif, rasional, dan positif.
- b. Meningkatnya aktivitas.
- c. Menurunkan perilaku yang tidak diinginkan.
- d. Meningkatkan keterampilan sosial.

2.1.3.4 Pelaksanaan Terapi Kognitif

Terapi kognitif terdiri atas sembilan sesi, yang masing-masing sesi dilaksanakan secara terpisah. Setiap sesi berlangsung selama 30–40 menit dan

membutuhkan konsentrasi tinggi (Yusuf, Fitryasari & Nihayati, 2015) adalah sebagai berikut :

a. Sesi I: Ungkap Pikiran Otomatis

Jelaskan tujuan terapi kognitif.

1. Identifikasi masalah dengan apa, di mana, kapan, siapa (*what, where, when, who*).
2. Diskusikan sumber masalah.
3. Diskusikan pikiran dan perasaan.
4. Catat pikiran otomatis dan klasifikasikan dalam distorsi kognitif.

b. Sesi II: Alasan

1. Review kembali sesi I.
2. Diskusikan pikiran otomatis.
3. Tanyakan penyebabnya.
4. Beri respons atau tanggapan.
5. Tanyakan tindakan pasien.
6. Anjurkan menulis perasaan.
7. Beri rencana tindak lanjut, yaitu hasil tulisan pasien dibahas pada pertemuan berikutnya.

c. Sesi III: Tanggapan

1. Diskusikan hasil tulisan pasien.
2. Dorong pasien untuk memberi pendapatBerikan umpan balik.
3. Dorong pasien untuk ungkapkan keinginan.
4. Beri persepsi/pandangan perawat terhadap keinginan tersebut.

5. Beri penguatan (*reinforcement*) positif.
6. Jelaskan metode tiga kolom.
7. Diskusikan cara menggunakan metode tiga kolom.
8. Rencana tindak lanjut, yaitu anjurkan menuliskan pikiran otomatis dan cara penyelesaiannya.

d. Sesi IV: Menuliskan

1. Tanyakan perasaan pasien saat menuliskan rencana tindak lanjut pada sesi III.
2. Dorong pasien untuk mengomentari tulisan.
3. Beri respons/tanggapan dan umpan balik.
4. Anjurkan untuk menuliskan buku harian.
5. Rencana tindak lanjut, yaitu hasil tulisan pasien akan dibahas.

e. Sesi V: Penyelesaian Masalah

1. Diskusikan kembali prinsip teknik tiga kolom.
2. Tanyakan stresor/masalah baru dan cara penyelesaiannya.
3. Tanyakan kemampuan menanggapi pikiran otomatis negatif.
4. Berikan penguatan (*reinforcement*) positif.
5. Anjurkan menulis pikiran otomatis dan tanggapan rasional saat menghadapi masalah.

f. Sesi VI: Manfaat Tanggapan

1. Diskusikan perasaan setelah menggunakan tanggapan rasional.
2. Berikan umpan balik.
3. Diskusikan manfaat tanggapan rasional.

4. Tanyakan apakah dapat menyelesaikan masalah.
5. Tanyakan hambatan yang dialami.
6. Berikan persepsi/tanggapan perawat.
7. Berikan penguatan (*reinforcement*) positif.

g. Sesi VII: Ungkap Hasil

1. Diskusikan perasaan setelah menggunakan terapi kognitif.
2. Beri reinforcement positif dan pendapat perawat.
3. Diskusikan manfaat yang dirasakan.
4. Tanyakan apakah dapat menyelesaikan masalah.
5. Beri persepsi terhadap hambatan yang dihadapi.
6. Diskusikan hambatan yang dialami dan cara mengatasinya.
7. Anjurkan untuk mengatasi sesuai kemampuan.
8. Berikan penguatan (*reinforcement*) positif.

h. Sesi VIII: Catatan Harian

1. Tanyakan apakah selalu mengisi buku harian.
2. Berikan penguatan (*reinforcement*) positif.
3. Diskusikan manfaat buku harian.
4. Anjurkan membuka buku harian bila menghadapi masalah yang sama.
5. Tanyakan kesulitan dan diskusikan cara penggunaan yang efektif.

i. Sesi IX: Sistem Dukungan

1. Jelaskan keluarga tentang terapi kognitif.
2. Libatkan keluarga dalam pelaksanaannya.
3. Diskusikan dengan keluarga kemampuan yang telah dimiliki pasien.

4. Anjurkan keluarga untuk siap mendengarkan dan menanggapi masalah pasien.

2.1.3.5 Penelitian Terkait

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Shinta dan Amita (2019), Hasil uji statistik ketiga variabel didapatkan ($p \text{ value}=0,000 < \alpha= 0,05$), artinya ada pengaruh Terapi Perilaku kognitif terhadap kemampuan Interaksi sosial (kognitif, afektif dan perilaku) pada responden antara sebelum dan setelah mendapatkan terapi perilaku kognitif pada kelompok intervensi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Damanik, Perdede dan Manula (2020), hasil uji mc-neymar diperoleh hasil $p \text{ value} = 0.001$ ($p < 0,05$), sehingga dapat disimpulkan ada pengaruh terapi kognitif terhadap kemampuan berinteraksi pasien skizofrenian dengan masalah isolasi sosial di Rumah Sakit Jiwa Prof.Dr. Muhammad Ildrem Medan 2019.

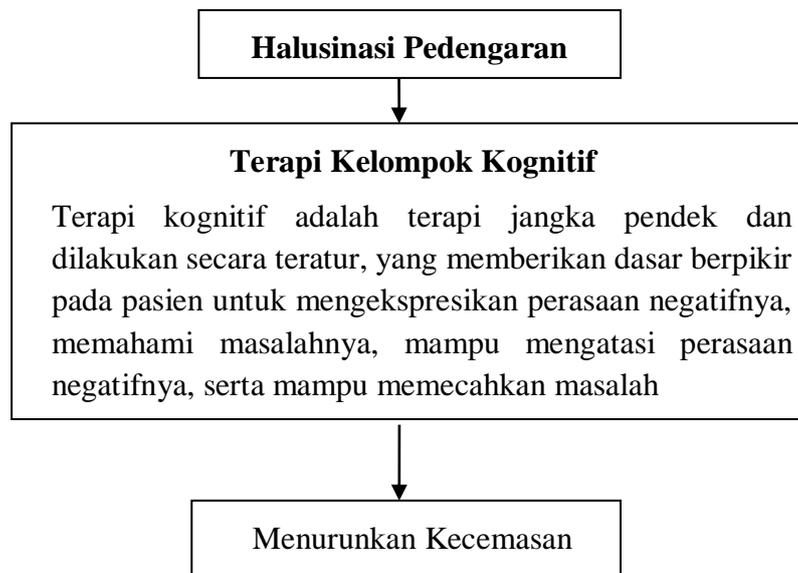
Hasil penelitian ini di dukung oleh penelitian Rahmayani dan Syisnawati (2020), Pengaruh Terapi Kognitif Terhadap Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif klien Skizofrenia, Dari hasil analisis dengan menggunakan Uji Wilcoxon diperoleh value 0,001 dengan demikian berdasarkan analisis tersebut dapat dilihat bahwa $p < 0,05$.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Santi, 2018), hasil analisis data menggunakan uji *wilcoxon* diketahui bahwa nilai dengan probabilitas 0,000 yang nilainya lebih kecil dari 0,05, hal ini berarti H_0 ditolak artinya ada pengaruh signifikan terapi psikomotorik menggambar terhadap tingkat kecemasan pada pasien skizofrenia di ruang Sena dan Nakula Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian (Yuniartika & Santi, 2018) hasil analisis data menggunakan uji *wilcoxon* diketahui bahwa nilai dengan probabilitas 0,000 yang nilainya lebih kecil dari 0,05, hal ini berarti H_0 ditolak artinya ada pengaruh signifikan terapi psikomotorik menggambar terhadap tingkat kecemasan pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.

2.2 Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka diatas (Mashudi, 2021), (Muzayyana & Saleh, 2021), (Arofah, Milton & Mazdatul, 2019), maka kerangka teori dapat dibuat sebagai berikut:



Gambar 2.1 Landasan Teori

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan desain *quasi eksperimen* merupakan penelitian dengan adanya perlakuan atau intervensi yang bertujuan untuk mengetahui akibat yang ditimbulkan setelah dilakukan intervensi kepada satu atau lebih kelompok (Masturoh & Anggita, 2018). Desain *quasi eksperimen* ini yang digunakan dalam bentuk *Pre And Post Tes Only Group Design*. Pada penelitian ini peneliti ingin mengkaji pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh tahun 2022

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh tahun 2022

3.2.2 Waktu

Penelitian ini telah dilakukan tanggal 20 Juli sampai 08 Agustus tahun 2022

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi adalah seluruh unsur atau elemen yang menjadi objek penelitian. Elemen populasi ini biasanya merupakan satuan analisis dalam

penelitian. Populasi merupakan himpunan semua hal yang ingin diketahui (Masturo & Anggita, 2018), Populasi dalam penelitian ini adalah 62 pasien yang menderita halusinasi pendengaran

3.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang secara nyata diteliti dan ditarik kesimpulan (Masturoh & Anggita, 2018).

Teknik pengambilan sampel yang dilakukan dalam penelitian ini adalah teknik total sampling yaitu semua populasi dijadikan sampel dengan jumlah sampel sebanyak 62 pasien

3.3.3 Kriteria Sampel

Sampel penelitian yang diambil adalah responden yang mempunyai yang menderita halusinasi dan memenuhi kriteria inklusif sebagai berikut:

- a. Bersedia menjadi responden
- b. Bisa berkomunikasi dengan baik
- c. Pasien halusinasi pendengaran

3.4 Variabel Penelitian

variabel adalah seseorang atau obyek yang mempunyai variasi antara satu orang dengan yang lain atau satu obyek dengan obyek yang lain. Variabel mengandung pengertian ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki seseorang atau sesuatu yang dapat menjadi pembeda atau penciri antara yang satu dengan yang

lainnya (Masturoh & Anggita, 2018). Dalam penelitian ini terdapat dua variabel yaitu :

1. Variabel Independen (Bebas)

Variabel independen adalah variabel yang dapat mempengaruhi variabel lain, apabila variabel independen berubah maka dapat menyebabkan variabel lain berubah. Nama lain dari variabel independen atau variabel bebas adalah prediktor, risiko, determinan, kausa (Masturoh & Anggita, 2018). Variabel independen dalam penelitian ini adalah terapi kognitif

2. Variabel Dependen (Terikat)

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel independen, artinya variabel dependen berubah karena disebabkan oleh perubahan pada variabel independen (Masturoh & Anggita, 2018). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan.

3.5 Defenisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi variabel-variabel yang akan diteliti secara operasional di lapangan. Definisi operasional dibuat untuk memudahkan pada pelaksanaan pengumpulan data dan pengolahan serta analisis data. Pada saat akan melakukan pengumpulan data, definisi operasional yang dibuat mengarahkan dalam pembuatan dan pengembangan instrumen penelitian (Masturoh & Anggita, 2018).

Tabel 3.1 Defenisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Independen						
1	Terapi kognitif	Terapi kognitif adalah terapi jangka pendek dan dilakukan secara teratur	Sesuai SOP	-	-	- Sebelum - Sesudah
Dependen						
2	Tingkat kecemasan	Kecemasan adalah respon emosional terhadap penilaian individu yang subjektif	Observasi	Kuesioner	Interval	0: tidak ada 1 : ringan 2 : sedang 3 : berat 4 : berat sekali

3.6 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner atau angket.

3.6.1 Pengaruh Terapi Kognitif

Untuk variabel mengenai pengaruh terapi kognitif terhadap tingkat kecemasan responden cukup mengisi pada kolom *check list* yang disertai dengan pilihan sebagai berikut :

- a. Sebelum : tingkat kecemasan responden sebelum diberikan terapi kognitif
- b. Sesudah : tingkat kecemasan responden sesudah diberikan terapi kognitif

3.6.2 Tingkat kecemasan

Tingkat kecemasan caregiver pada penelitian ini dinilai dengan kuesioner kecemasan berdasarkan kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). Untuk penilaian tingkat kecemasan, peneliti akan diberi pengarahan terlebih dahulu oleh dokter spesialis kedokteran jiwa (Puspita, 2014), kuesioner terdiri dari 14

pertanyaan dengan pilihan jawaban 0 tidak ada, 1 ringan, 2 sedang, 3 berat, 4 berat sekali dengan hasil ukur sebagai berikut:

Total poin	Tingkat kecemasan
Skor kurang dari 14	Tidak ada kecemasan
Skor 14 sampai 20	Ringan
Skor 21 sampai 27	Sedang
Skor 28 sampai 41	Berat
Skor 42 sampai 56	Berat sekali

3.7 Validitas dan Reliabelitas

3.7.1 Validitas

Menurut (Masturoh & Anggita, 2018), suatu tes dikatakan valid apabila tes tersebut dapat mengukur apa yang hendak diukur. Pembuatan instrumen atau alat ukur dapat dilakukan dengan acuan dan validitas isi (*content validity*) dan validitas konstruk atau validitas kerangka (*construct validity*). Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah SOP terapi kognitif.

3.7.2 Reliabelitas

Menurut (Masturoh & Anggita, 2018), alat ukur dikatakan reliabel jika alat ukur tersebut memiliki sifat konsisten. Pengujian reliabilitas digunakan untuk mengetahui konsistensi alat ukur apakah dapat diandalkan dan konsisten jika dilakukan pengukuran berulang dengan instrumen tersebut. Nilai validitas dan reliabelitas kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS sebesar 0,93 dan 0,97 pada penelitian *clinical trial*

3.8 Prosudur Pengumpulan Data

3.8.1 Jenis Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini berupa data primer dan data skunder.

1. Data Primer

Data primer disebut juga sebagai data asli atau data baru yang *up to date*. Untuk mendapatkan data primer, peneliti dapat mengumpulkannya dengan menggunakan teknik wawancara, observasi, diskusi kelompok terarah, dan penyebaran kuesioner (Masturo & Anggita, 2018). Data primer diperoleh dari observasi langsung dari responden yang menderita gangguan jiwa halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh

2. Data Sekunder

Data yang diperoleh peneliti dari berbagai sumber yang telah ada. Data sekunder dapat diperoleh dari jurnal, lembaga, laporan, dan lain-lain (Masturo & Anggita, 2018). Data sekunder dalam penelitian ini adalah data yang di peroleh langsung dari Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh

3.8.2 Pengumpulan Data

1. Tahap Persiapan

Tahap persiapan yang akan dilakukan melalui proses administrasi dengan cara mendapat surat izin penelitian dari Universitas Bina Bangsa Getsempena dan izin dari Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh untuk melakukan penelitian.

2. Tahap Pelaksanaan

Setelah mendapat izin dari Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh, peneliti akan mendatangi lokasi penelitian dan menentukan subjek penelitian yang memenuhi kriteria inklusi yang akan menjadi responden.

- a. Peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan lebih dahulu kepada responden tentang maksud dan tujuan penelitian dengan mengajukan surat permohonan menjadi responden.
- b. pasien bersedia menjadi responden dimana menandatangani surat pernyataan persetujuan untuk ikut serta dalam penelitian (*informed consent*).
- c. Pengumpulan data primer melalui pembagian kuesioner.

3. Tahap Terminasi

Setelah data dikumpulkan kemudian peneliti menyampaikan kepada pihak Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh, bahwa peneliti telah selesai dan untuk mendapatkan surat selesai melakukan penelitian. Selanjutnya peneliti melakukan pengolahan data terhadap data yang telah dikumpulkan.

3.9 Pengolahan Data dan Analisa Data

3.9.1 Pengolahan Data

Menurut Nurdin dan Hartati (2019), untuk kepentingan analisis data, bagaimanapun bentuk datanya adalah sebagai berikut :

1. Penyusunan Data

hal-hal yang perlu dipertimbangkan dalam penyusunan data adalah :

- a. Hanya memasukkan data yang penting dan benar-benar dibutuhkan;

- b. Hanya memasukan data yang bersifat objektif;
- c. Hanya memasukkan data yang autentik;
- d. Perlu dibedakan antara data informasi dengan kesan pribadi responden.

2. Tahap Editing

Yaitu proses pemeriksaan kejelasan dan kelengkapan terkait pengisian instrumen pengumpulan data.

3. Tahap Koding

Yaitu proses identifikasi dan klasifikasi terhadap semua pernyataan yang ada pada instrumen pengumpulan data berdasarkan variable yang sedang diteliti.

4. Tahap Pengujian

Yaitu proses pengujian kualitas data, baik dari sisi validitas dan realibilitas instrumen dari pengumpulan data.

5. Tahap Mendeskripsikan Data

Yaitu proses membuat deskripsi data dengan menyajikannya dalam bentuk tabel frekuensi atau diagram dengan beragam ukuran tendensi sentral maupun ukuran dispersi. Tujuannya adalah agar memahami karakteristik data sampel dari suatu penelitian.

6. Tahap Pengujian Hipotesis

Yaitu proses pengujian terhadap proposisi apakah bisa diterima atau ditolak, apakah memiliki makna atau tidak. Berdasarkan tahap inilah nantinya akan dibuat kesimpulan atau keputusan.

3.9.2 Analisa Data

a. Univariat

Menurut Siyanto dan Sodik (2015), Jenis analisis ini digunakan untuk penelitian satu variabel. Analisis ini dilakukan terhadap penelitian deskriptif, dengan menggunakan statistik deskriptif. Hasil penghitungan statistik tersebut nantinya merupakan dasar dari penghitungan selanjutnya.

Rumus Distribusi Frekuensi :

$$P = \frac{L}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P : Presentase

L : Frekuensi teramati

n : Jumlah responden yang menjadi sampel

b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui perbedaan mual muntah dengan menguji beda 2 mean (*pretest dan posttest*) pada kelompok yang sama. Analisa bivariat menggunakan analisa statistik *dependent t-test (paired t-test)*, sebelum dan sesudah dilakukan uji ini dan *independen t-test*, penelitian ini terlebih dahulu melakukan uji normalitas data, uji normalitas data yang digunakan dalam penelitian ini adalah *kolmogorov smirnov*, jika nilai *pvalue >0,05* maka data

berdistribusi normal dan jika nilai pvalue $<0,005$, maka data berdistribusi tidak normal.

Berdasarkan uji *kolmogorov smirnov* maka didapat nilai normalitas tingkat kecemasan sebelum dan sesudah memberikan terapi kognitif dengan nilai 0,000 data tidak berdistribusi normal. Sehingga analisa bivariat menggunakan analisa statistic *wilcoxon* Sebelum dan sesudah pemberian terapi kognitif.

3.10 Etika Penelitian

Menurut (Masturo & Anggita, 2018), semua penelitian yang melibatkan manusia sebagai subjek harus menerapkan 4 (empat) prinsip dasar etika penelitian, yaitu :

a. Menghormati atau Menghargai Subjek (*Respect For Person*).

Menghormati atau menghargai orang perlu memperhatikan beberapa hal, diantaranya:

1. Peneliti harus mempertimbangkan secara mendalam terhadap kemungkinan bahaya dan penyalahgunaan penelitian.
2. Terhadap subjek penelitian yang rentan terhadap bahaya penelitian maka diperlukan perlindungan.

b. Manfaat (*Beneficence*).

Dalam penelitian diharapkan dapat menghasilkan manfaat yang sebesar-besarnya dan mengurangi kerugian atau risiko bagi subjek penelitian.

Oleh karenanya desain penelitian harus memperhatikan keselamatan dan kesehatan dari subjek peneliti.

c. Tidak Membahayakan Subjek Penelitian (*Non Maleficence*).

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa penelitian harus mengurangi kerugian atau risiko bagi subjek penelitian. Sangatlah penting bagi peneliti memperkirakan kemungkinan-kemungkinan apa yang akan terjadi dalam penelitian sehingga dapat mencegah risiko yang membahayakan bagi subjek penelitian.

d. Keadilan (*Justice*).

Makna keadilan dalam hal ini adalah tidak membedakan subjek. Perlu diperhatikan bahwa penelitian seimbang antara manfaat dan risikonya. Risiko yang dihadapi sesuai dengan pengertian sehat, yang mencakup: fisik, mental, dan sosial.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti pada tanggal 20 Juli sampai 08 Agustus tahun 2022 terdapat 62 responden dengan penelitian yang berjudul “pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh tahun 2022”. Maka dapat diperoleh hasil karakteristik responden sebagai berikut

4.4.1 Analisa Univariat

1. Distribusi Umur Responden

Tabel 4.1
Distribusi Frekuensi Umur Responden

No	Umur	<i>f</i>	%
1	20 - 30	41	66,12
2	31 - 40	8	12,90
3	41 -50	9	14,51
4	51 – 60	4	6,45
	Jumlah	62	100

Sumber: Data Primer (Diolah Tahun 2022)

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui bahwa distribusi frekuensi umur responden sebagian besar berada pada usia 20 – 30 tahun (66,12%) 41 responden dan yang paling sedikit usia 51 – 60 tahun (6,45%) 4 responden

Tabel 4.2
Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden

No	Pendidikan	<i>f</i>	%
1	SD	15	24,2
2	SMP	14	22,6
3	SMA	30	48,4
4	S 1	3	4,8
	Jumlah	62	70,8

Sumber : Data Primer (Diolah Tahun 2022)

Distribusi frekuensi pendidikan responden yang paling banyak berada pada kategori SMA (48,4%) 30 responden dan yang paling sedikit S1 (4,8%) 3 responden.

2. Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Sebelum Terapi Kognitif

Tabel 4.3
Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Sebelum Terapi Kognitif

No	Tingkat Kecemasan Sebelum Terapi Kognitif	<i>f</i>	%
1	Tidak Cemas	2	3,2
2	Ringan	4	6,5
3	Sedang	36	58,1
4	Berat	16	25,8
5	Sangat berat	4	6,5
	Jumlah	62	100

Sumber : Data Primer (Diolah Tahun 2022)

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui bahwa distribusi frekuensi tingkat kecemasan sebelum diberikan terapi kognitif pada pasien halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh Tahun 2022, tingkat kecemasan responden mayoritas berada pada kategori sedang (58,1%) 36 responden dan minoritasnya kategori sangat berat (6,5%) 4 responden.

3. Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Sesudah Terapi Kognitif

Tabel 4.3
Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Sesudah Terapi Kognitif

No	Tingkat Kecemasan Sesudah Terapi Kognitif	<i>f</i>	%
1	Tidak Cemas	2	3,2
2	Ringan	30	48,4
3	Sedang	16	25,8
4	Berat	14	22,6
5	Sangat berat	2	3,2
Jumlah		62	100

Sumber: *Data Primer (Diolah Tahun 2022)*

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui bahwa distribusi frekuensi tingkat kecemasan sesudah diberikan terapi kognitif pada pasien halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh Tahun 2022, tingkat kecemasan responden mayoritas berada pada kategori ringan (48,4%) 30 responden dan minoritasnya kategori sangat berat (3,2%) 2 responden.

4.4.1 Analisa Bivariat

Tabel 4.4
Pengaruh Terapi Kelompok Kognitif Terhadap Tingkat Kecemasan Klien Halusinasi Pedengaran

No	Variabel	N	Mean	Median	Min – Max	Z	<i>P value</i>
	tingkat kecemasan sebelum terapi kognitif	62	3,26	3,00	1-5	- 6,677	0,000
	tingkat kecemasan sesudah terapi kognitif	62	1,47	2,00	1-2		

Sumber : *Data Primer (Diolah Tahun 2021)*

Berdasarkan tabel 4.4 dapat diketahui bahwa nilai mean sebelum memberikan terapi kognitif 3,26 dan sesudah 1,47, nilai Z -6,677, dengan nilai p value $0,000 < 0,05$, yang berarti terdapat perbedaan sebelum dan sesudah pemberian terapi kognitif.

4.2 Pembahasan

1. Gambaran Tingkat Kecemasan Sebelum Terapi Kognitif

Berdasarkan hasil penelitian tingkat kecemasan sebelum diberikan terapi kognitif pada pasien halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh Tahun 2022, tingkat kecemasan responden mayoritas berada pada kategori sedang (58,1%) 36 responden dan minoritasnya kategori sangat berat (6,5%) 4 responden.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Shinta dan Amita (2019), berdasarkan hasil penelitian bawah ini didapatkan yang diberikan Terapi Perilaku Kognitif kemampuan kognitif rata-rata sebelum terapi adalah 13,79 dengan standar deviasi 3,09, sedangkan sesudah terapi perilaku kognitif adalah 19,88 dengan standar deviasi 3,018.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Damanik, Perdede dan Manula (2020), hasil penelitian yang menunjukkan bahwa bahwa kemampuan berinteraksi responden sebelum dilakukan terapi kognitif mayoritas adalah tidak mampu berinteraksi sebanyak 20 responden (90.9%), sedangkan yang mampu berinteraksi sebanyak 2 responden (9.1 %) adalah kelompok minoritas.

tingkat kecemasan sesudah diberikan terapi kognitif pada pasien halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh Tahun 2022, tingkat kecemasan responden mayoritas berada pada kategori ringan (48,4%) 30 responden dan minoritasnya kategori sangat berat (3,2%) 2 responden

Menurut asumsi peneliti, Terapi kognitif adalah terapi jangka pendek yang dapat dilakukan secara teratur pada klien untuk mengekspresikan perasaan negatifnya, sebelum diberikan terapi kognitif semua pasien tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka, kadang-kadang mereka merasa tertekan dengan lingkungan yang ada, terkadang merasa tertekan dengan masalah teman satu ruangannya

2. Gambaran Tingkat Kecemasan Sesudah Terapi Kognitif

Berdasarkan hasil penelitian tingkat kecemasan sesudah diberikan terapi kognitif pada pasien halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh Tahun 2022, tingkat kecemasan responden mayoritas berada pada kategori ringan (48,4%) 30 responden dan minoritasnya kategori sangat berat (3,2%) 2 responden.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Shinta dan Amita (2019), Kemampuan Afektif rata-rata sebelum terapi adalah 14,58 dengan standar deviasi 1,6 sedangkan sesudah terapi adalah 17,33 dengan standar deviasi 2.16. Kemampuan Perilaku rata-rata sebelum terapi adalah 9,64 dengan standar deviasi 4,39 sedangkan sesudah terapi adalah 11,06 dengan standar deviasi 4,9.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Damanik, Perdede dan Manula (2020), hasil penelitian yang menunjukkan bahwa kemampuan berinteraksi responden setelah dilakukan terapi kognitif dengan masalah isolasi sosial di RSJ Prof. Dr. Muhammad Ildrem Medan Tahun 2019 diperoleh mayoritas adalah mampu berinteraksi sebanyak 16 responden (72.7%), sedangkan yang tidak mampu berinteraksi sebanyak 6 responden (27.3 %) adalah kelompok minoritas.

Rasa cemas, takut, khawatir dan stres adalah perasaan normal yang dialami manusia sehari-hari (Angeline & Simon, 2020) kecemasan memiliki nilai yang positif, karena dengan ansietas maka aspek positif individu berkembang karena adanya sifat konfrontasi (pertentangan), Antisipasi yang tinggi, Penggunaan pengetahuan serta sikap terhadap pengalaman untuk dapat mengatasi kecemasan. Tetapi apabila kondisi kecemasan tidak ditangani dengan segera, maka akan dapat mengganggu kehidupan seseorang. Kecemasan dapat pula didefinisikan sebagai suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respon (Erita, Hununwidiastuti & Leniwita, 2019)

Menurut asumsi peneliti, semua responden mau mengikuti terapi kognitif setelah beberapa kali melakukannya pasien jadi lebih bersemangat untuk melakukannya, pasien bisa mengungkapkan semua perasaan yang selama ini sangat mengganggunya, yang selama ini perasaannya hanya dipendam sendiri dan terkadang merasa tertekan dengan perasaan yang tidak bisa diungkapkan selama ini, namun setelah melakukan terapi kognitif semua

perasaan itu hilang dan pasien menjadi lebih baik, kondisi tersebut juga dapat mempengaruhi proses kesembuhan pasien.

4.2.1 Pengaruh terapi kognitif untuk menurunkan kecemasan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh tahun 2022, penelitian yang dilakukan kepada 62 responden maka didapat hasil perbedaan sebelum dan sesudah pemberian terapi kognitif dengan nilai *p value* $0,000 < 0,05$, yang berarti terdapat pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi pendengaran

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Shinta dan Amita (2019), Hasil uji statistik ketiga variabel didapatkan ($p \text{ value} = 0,000 < \alpha = 0,05$), artinya ada pengaruh Terapi Perilaku kognitif terhadap kemampuan Interaksi sosial (kognitif, afektif dan perilaku) pada responden antara sebelum dan setelah mendapatkan terapi perilaku kognitif pada kelompok intervensi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Damanik, Perdede dan Manula (2020), hasil uji mc-neymar diperoleh hasil $p \text{ value} = 0.001 (p < 0,05)$, sehingga dapat disimpulkan ada pengaruh terapi kognitif terhadap kemampuan berinteraksi pasien skizofrenian dengan masalah isolasi sosial di Rumah Sakit Jiwa Prof.Dr. Muhammad Ildrem Medan 2019.

Hasil penelitian ini di dukung oleh penelitian Rahmayani dan Syisnawati (2020), Pengaruh Terapi Kognitif Terhadap Kemampuan Mengontrol Pikiran Negatif klien Skizofrenia, Dari hasil analisis dengan menggunakan Uji Wilcoxon diperoleh value 0,001 dengan demikian berdasarkan analisis tersebut dapat dilihat bahwa $p < 0,05$

Kecemasan adalah respon emosional terhadap penilaian individu yang subjektif, yang dipengaruhi alam bawah sadar dan tidak diketahui secara khusus penyebabnya (Muzayyana & Saleh, 2021). Kecemasan atau ansietas merupakan gangguan kejiwaan yang paling umum ditemukan dan menjadi beban penyakit yang tinggi. Kecemasan adalah kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (Murhayati, dkk, 2021). Menurut ilmu psikologi, cemas, takut, khawatir dan stres adalah perasaan normal yang dialami manusia sehari-hari (Angeline & Simon, 2020)

Terapi kognitif adalah terapi jangka pendek dan dilakukan secara teratur, yang memberikan dasar berpikir pada pasien untuk mengekspresikan perasaan negatifnya, memahami masalahnya, mampu mengatasi perasaan negatifnya, serta mampu memecahkan masalah tersebut. Terapi kognitif sebenarnya merupakan rangkaian dengan terapi perilaku yang disebut sebagai terapi kognitif dan perilaku, karena menurut sejarahnya merupakan aplikasi dari beberapa teori belajar yang bervariasi (Yusuf, Fitryasari & Nihayati, 2015)

Menurut asumsi peneliti, ada perbedaan sebelum dan sesudah pemberian terapi kognitif dengan nilai p value $0,000 < 0,05$, yang berarti terdapat pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi pendengaran. Setelah di berikan terapi kognitif perasaan cemas responden menurun yang sebelumnya responden merasa tertekan namun sekarang responden sudah merasa lebih baik semua perasaan takut, susah dan gelisah sudah di ungkapkan, perasaan cemas pasien berkurang akan mempercepat proses penyembuhan pasien.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang berjudul pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh tahun 2022, didapatkan bahwa :

1. Hasil penelitian tingkat kecemasan sebelum diberikan terapi kognitif pada pasien halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh Tahun 2022, tingkat kecemasan responden mayoritas berada pada kategori sedang (58,1%) 36 responden dan minoritasnya kategori sangat berat (6,5%) 4 responden.
2. Hasil penelitian tingkat kecemasan sesudah diberikan terapi kognitif pada pasien halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh Tahun 2022, tingkat kecemasan responden mayoritas berada pada kategori ringan (48,4%) 30 responden dan minoritasnya kategori sangat berat (3,2%) 2 responden.
3. Hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh tahun 2022, penelitian yang dilakukan kepada 62 responden maka didapat hasil perbedaan sebelum dan sesudah pemberian terapi kognitif dengan nilai *p value* $0,000 < 0,05$, yang berarti terdapat pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi pendengaran

5.2 Saran

1. Bagi Peneliti

Dapat menambah pengetahuan dan pengalaman peneliti dalam melakukan penelitian mengenai pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi Pendengaran.

2. Bagi Responden

Dapat menambah pengetahuan bagi responden tentang pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi Pendengaran

3. Bagi Tempat Penelitian

Sebagai masukan atau penambahan wawasan yang nantinya dapat dipraktikkan sendiri oleh perawat mengenai hubungan pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi Pendengaran

4. Bagi Institusi Pendidikan Universitas Bina Bangsa Getsempena

Agar dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan informasi tambahan khususnya bagi mahasiswa Universitas Bina Bangsa Getsempena tentang pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi Pendengaran

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai referensi dan bahan perbandingan bagi peneliti selanjutnya yang berminat melakukan penelitian tentang pengaruh terapi kelompok kognitif terhadap tingkat kecemasan klien halusinasi Pendengaran

DAFTAR PUSTAKA

- Arofah, Milton & Mazdatul. (2019). Bimbingan konseling undiksha
- Angeline & Simon. (2020). Kecemasan. Diandra kreatif/mirra buana media : yogyakarta
- Andre Et Al. (2018). Pengaruh Profitabilitas , Likuiditas , Dan Leverage Dalam 121 Memprediksi Financial Distress (Studi Empiris Pada Perusahaan Aneka Industri Yang Terdaftar Di BEI Tahun 2006-2010). Jurnal WRA 2(1):293–312.
- Erita, Hununwidiastuti & Leniwita. (2019). Buku materi pembelajaran keperawatan jiwa. Universitas kristen indonesia
- Hindrastuti. (2020). Terapi Penurunan Tingkat Kecemasa Pada Pasien Skizofrenia : Literatur Review. Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.
- Hidayat, F., Keliat, B. A., & Mustikasari. (2015). Penerapan Kognitif Behavior Therapy Pada Klien Halusinasi Dan Perilaku Kekerasan Dengan Pendekatan Model Stress Adaptasi Stuart Dan Model Hubungan Interpersonal Peplau Di RS DR Marzoeki Mahdi Bogor. Jurnal Keperawan Jiwa, 3. Retrieved From [Https://Jurnal.Unimus.Ac.Id/Index.Php/JKJ/Article/View/3927](https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/jkj/article/view/3927).
- Kennedy Et Al. (2016). Modul Manajemen Intrapartum. EGC. Jakarta.
- Muzayyana & Saleh. (2021). Kecemasan ibu hamil trimester III dalam menghadapi persalinan di masa pandemi covid-19. Perkumpulan rumah cemerlang indonesia anggota ikapi : jawa barat
- Murhayati, dkk. (2021). Keperawatan jiwa mengenal kesehatan mental. Ahlimedia Press: kota malang
- Masturoh & Anggita. (2018). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Nurdin & Hartati. (2019). *Buku Metodologi Penelitian Sosial*. Media Sahabat Cendekia. Surabaya
- Nugroho, Dkk. (2021). Perawatan Halusinasi, Dukungan Keluarga Dan Kemampuan Pasien Mengontrol Halusinasi : Literature Review. Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat. Vol 10, No 3

- Nurhalimah. (2016). Modul Bahan Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan
- Rahmayani & Syisnawati. (2018). Mengontrol Pikiran Negatif Klien Skizofrenia Dengan Terapi Kognitif. *Jurnal Of Islamic Nursing*. Volume 3. Nomor 1
- Siyanto, Sodik. (2015). *Dasar metodologi penelitian*. Literasi Media Publishing. Yogyakarta
- Saputra, Purwata & Tasalim. (2020). Panduan praktik pelaksanaan terapi ktivitas kelompok pada pasien dengan harga diri rendah. CV media sains indonesia : jawa barat
- Santi. (2018). Pengaruh Psikomotorik Menggambar Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Skizofrenia Dirumah Sakit Jiwa. Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Yusuf, Fitryasari & Nihayati. (2015). Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa. Selemba medika : jakarta selatan
- Yunita, Isnawati & Addiarto. (2020). Psikoterapi self help group pada keluarga pasien skizofrenia. Yayasan ahmar cendekia indonesia : sulawesi selatan
- Yudhantara & Istiqomah. (2018). Sinosis skizofrenia untuk mahasiswa kedokteran. UB Press : Malang
- Yuniartika, Santi & Azizah. (2021). Pernurunan Kecemasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menggunakan Terapi Musik. *Jurnal Ppkm*, Vol. 6, No. 1