

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar *Thought Stopping*

1. Definisi *Thought Stopping*

Terapi *thought stopping* (penghentian pikiran) merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan individu dalam berpikir. Teknik ini termasuk dalam metode terapi kognitif-perilaku yang membantu klien dalam mengubah pola pikir yang tidak diinginkan mereka. Bada (2018) menjelaskan bahwa terapi *thought stopping* merupakan suatu teknik yang dapat dilatih untuk menghentikan pikiran yang tidak diinginkan atau mengganggu. Pendekatan ini bertujuan untuk mengganti pikiran negatif yang merugikan dengan pikiran positif melalui langkah-langkah yang terarah secara sadar (Randy & Indah, 2021).

2. Jenis-Jenis *Thought Stopping*

Teknik penghentian pikiran yang umum dalam terapi perilaku kognitif, seperti yang dijelaskan oleh Sburlati (2014), meliputi beberapa strategi berikut:

a. Buku harian pemikiran

Klien, terutama anak-anak didorong untuk mencatat dan meninjau apa yang mereka pikirkan pada berbagai titik dalam hidup mereka, membantu mereka mengidentifikasi pemikiran-pemikiran yang mungkin tidak terpikirkan sebelumnya.

b. Tantangan pikiran

Individu diajak untuk mengalihkan perhatian dari emosi yang sedang dialami dan memahami bahwa pemikiran tersebut merupakan interpretasi pribadi, bukan kenyataan atau kebenaran mutlak.

c. Eksperimen perilaku

Terapis bekerja sama dengan klien untuk merancang kegiatan atau eksperimen untuk mengevaluasi kebenaran dan keyakinan yang mengganggu.

b. Imajinasi positif

Mendorong klien untuk secara sengaja mengingat kembali peristiwa-peristiwa positif atau membayangkan gambaran bahagia untuk meningkatkan suasana hati dan persepsi positif.

c. *Self-talk*

Fokus utamanya merupakan perubahan pada percakapan yang terjadi di dalam diri kita, karena cara kita berbicara kepada diri sendiri memiliki pengaruh yang langsung terhadap perilaku kita. Dengan kata lain, cara kita berpikir dan berbicara dalam pikiran kita dapat membentuk bagaimana kita bertindak dalam kehidupan sehari-hari (Sburlati, 2014).

3. Faktor-Faktor Penyebab Keterbasan *Thought Stopping*

Keterbatasan dalam penerapan teknik *thought stopping* dapat muncul ketika pasien tidak kooperatif, yang sering kali disebabkan oleh ketidakpercayaan atau penolakan terhadap terapi. Misalnya, pasien yang mengalami halusinasi pendengaran mungkin menolak untuk mengikuti instruksi terapi karena mereka meyakini bahwa halusinasi tersebut merupakan kenyataan dan bukan sekedar gejala dari kondisi psikologis mereka. Hal ini membuat mereka merasa tidak perlu untuk menghentikan pikiran yang muncul, karena mereka menganggapnya sebagai bagian dari pengalaman nyata yang tidak bisa diubah. Penolakan semacam ini dapat menghambat efektivitas teknik *thought stopping* dan membuat terapi ini menjadi kurang berhasil.

4. Manfaat Melatih *Thought Stopping*

Manfaat melatih teknik *thought stopping* dapat mencakup berbagai hal yang dapat diperoleh setelah terapi dilakukan. Menurut Asmara W *et al.*, 2023, manfaat tersebut antara lain:

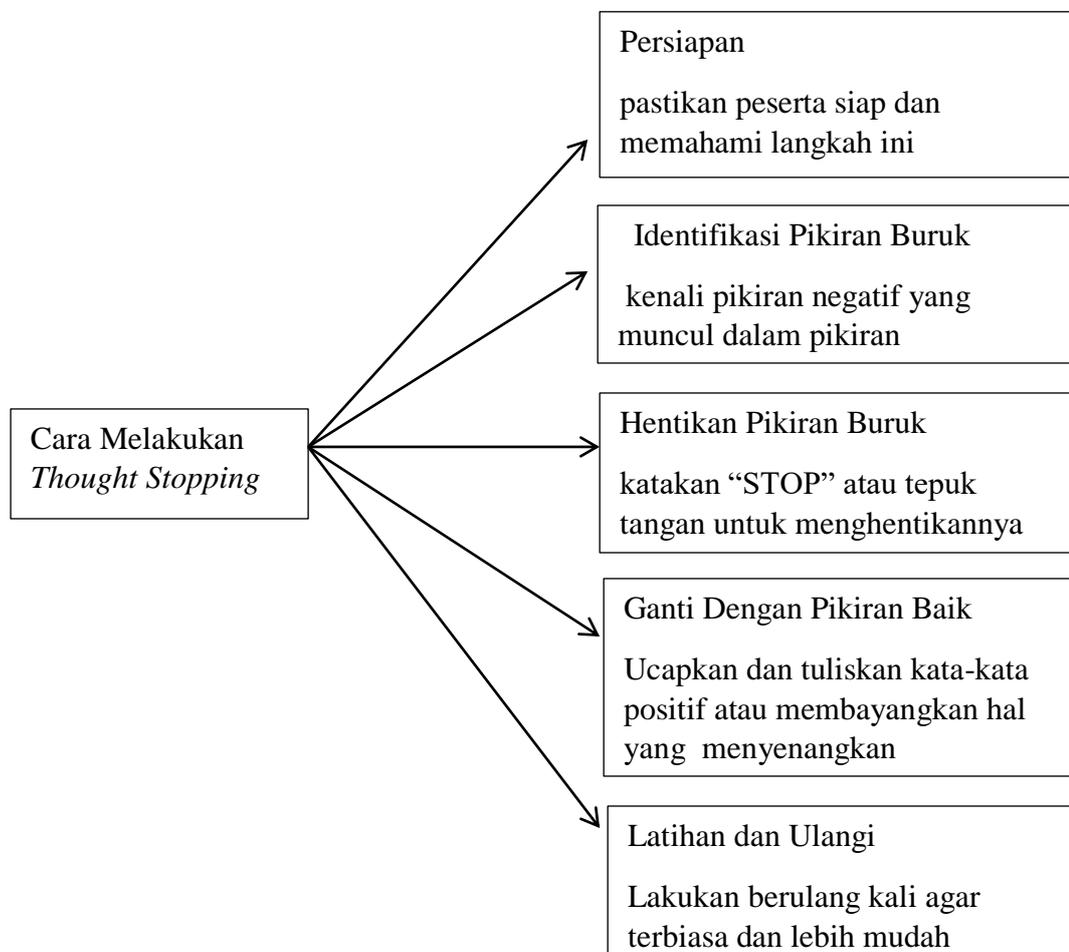
- a. Mengurangi perilaku maladaptif atau perilaku yang tidak sesuai lingkungan.
- b. Dapat menurunkan tingkat kecemasan.
- c. Membantu mengurangi kritik diri yang berlebihan atau
- d. kecenderungan untuk menyalahkan diri sendiri.
- e. Membantu dalam mengendalikan pikiran negative
- f. Berguna untuk proses belajar melupakan pengalaman buruk.

5. Evaluasi *Thought Stopping*

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Khairini et al. (2023) dan penelitian yang dilakukan oleh Agustya (2022) teknik *thought stopping* terbukti sebagai metode yang efektif untuk membantu pasien skizofrenia dalam mengurangi halusinasi pendengaran. Teknik ini memberikan pasien kemampuan untuk lebih mengontrol dan mengelola halusinasi yang mereka alami, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup mereka secara keseluruhan. Penelitian ini menunjukkan bahwa penerapan teknik *thought stopping* tidak hanya membantu menekan gejala halusinasi pendengaran, tetapi juga memberikan dampak positif pada proses pemulihan pasien secara psikologis (Wahyuni Sri et al., 2024).

6. Langkah-langkah *Thought Stopping*

Penerapan terapi *thought stopping* untuk mengontrol halusinasi pendengaran dapat dilakukan sebagai berikut:



Gambar diatas menunjukkan langkah-langkah yang harus dilakukan oleh penderita halusinasi pendengaran yang dimulai dari persiapan yaitu dengan memastikan peserta siap dan memahami langkah ini, kedua identifikasi pikiran buruk dengan mengenali pikiran negatif yang muncul dalam pikiran, ketiga hentikan pikiran buruk dengan mengatakan “STOP” atau tepuk tangan untuk menghentikannya, keempat ganti dengan pikiran baik dengan menggunakan ucapan atau tulisan kata-kata positif atau membayangkan hal yang menyenangkan, kelima latihan dan ulangi terapi tersebut agar terbiasa dan lebih mudah untuk dilakukan. Tindakan tersebut dapat dilakukan dan diukur dengan menggunakan skala RUFA (Respons Umum Fungsi Adaptif).

Skala RUFA (Respons Umum Fungsi Adaptif) merupakan instrumen penilaian dalam keperawatan jiwa yang digunakan untuk mengukur kemampuan adaptasi pasien terhadap berbagai masalah psikologis, seperti tindakan kekerasan, delusi, dan ancaman bunuh diri. Skala ini dikembangkan dari General Adaptive Function Respons (GARF) dan disesuaikan dengan pendekatan respons manusia dalam intervensi keperawatan. Penilaian tersebut dapat membantu mengurangi tingkat intensitas gangguan yang dialami pasien (Putri R, 2020).

Skala ukur RUFA (Respons Umum Fungsi Adaptif) terdiri dari tiga aspek penilaian yaitu intensif I, intensif II, intensif III. Setiap aspek terdiri dari pertanyaan 15 dengan rentang skor 0 (Tidak Pernah), 1 (jarang), 2 (Sering). Kesimpulan yang didapat semakin tinggi skor yang diperoleh, maka akan menunjukkan semakin besar tingkat intensitas halusinasinya. Berikut aspek dan skor penilaian skala RUFA (Respons Umum Fungsi Adaptif) :

a. Intensif I (1-10)

Tingkat intensitas rendah, skor menunjukkan bahwa faktor yang diukur berada dalam tingkat yang ringan atau minimal. Individu dengan skor dalam rentang ini biasanya menunjukkan gejala atau respons yang tidak terlalu signifikan atau masih dalam batas normal.

- 1). Skor 1-3 : Sangat rendah
- 2). Skor 4-6 : Rendah
- 3). Skor 7-10 : Cenderung rendah

b. Intensif II (11-20)

Tingkat intensitas sedang, skor dalam kategori ini menunjukkan adanya intensitas sedang dari faktor yang diukur. Individu mungkin mengalami gejala atau respons yang cukup terlihat, tetapi masih dapat diatasi atau dikendalikan tanpa intervensi besar.

- 1). 11-13: Rendah ke sedang
- 2). 14-16: Sedang
- 3). 17-20: Sedang ke tinggi

c. Intensif III (21-30)

Tingkat intensitas tinggi, kategori ini menunjukkan bahwa faktor yang diukur berada pada tingkat tinggi atau serius. Skor dalam rentang ini biasanya memerlukan perhatian lebih atau khusus karena tingkat intensitas yang signifikan.

- 1). 21-23: Tinggi ringan
- 2). 24-26: Tinggi sedang
- 3). 27-30: Sangat tinggi

B. Halusinasi Pendengaran

1. Definisi Halusinasi Pendengaran

Halusinasi pendengaran merupakan salah satu gangguan mental yang dimana individu merasakan adanya rangsangan yang sebenarnya tidak nyata. Kondisi ini melibatkan perubahan pada persepsi sensorik, sehingga individu merasakan sensasi palsu seperti suara, penglihatan, rasa, sentuhan, atau bau tertentu. Dari sudut pandang fenomenologis, halusinasi sering dianggap sebagai ciri khas dari psikosis (Bunga *et al.*, 2021).

2. Penyebab Halusinasi Pendengaran

Menurut Wira *et al.*, 2024 penyebab halusinasi terdiri dari beberapa dimensi sebagai berikut:

a. Dimensi Fisik

Halusinasi Pendengaran dapat terjadi akibat aktivitas berlebihan yang menyebabkan kelelahan, penggunaan obat-obatan tanpa resep dokter,

demam tinggi, konsumsi alkohol, dan gangguan tidur dalam jangka panjang.

b. Dimensi Emosional

Halusinasi Pendengaran seringkali muncul akibat kecemasan berlebihan. Halusinasi ini biasanya berupa perintah yang menakutkan dan sulit dikendalikan, yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar.

c. Dimensi Intelektual

Pada dimensi ini, halusinasi pendengaran terjadi akibat ego seseorang yang berusaha melawan implus-impuls tertentu, sehingga meningkatkan kewaspadaan dan kontrol terhadap perilaku.

d. Dimensi Sosial

Halusinasi Pendengaran dapat timbul akibat hubungan interpersonal yang buruk, yang berpengaruh pada interaksi dengan lingkungan. Hal ini bisa menyebabkan individu tersebut menarik diri dan menjauhi lingkungan sosial.

e. Dimensi Spiritual

Halusinasi yang berasal dari dimensi spiritual dapat terjadi karena berkurangnya kemampuan seseorang dalam mengelola stress, serta penurunan kemampuan untuk menilai situasi disekitar mereka.

3. Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran

Menurut Sutejo (2021), tanda dan gejala halusinasi dapat diamati melalui hasil observasi serta pernyataan dari pasien. Berikut merupakan tanda dan gejala yang meliputi:

a. Data Subjektif

Data ini diperoleh langsung dari pasien atau keluarganya yang menggambarkan adanya gangguan persepsi sensoris. Pasien dapat mengungkapkan:

- 1). Mendengarkan suara-suara atau kebisingan yang tidak nyata.
- 2). Mendengarkan suara yang seolah-olah mengajak berbicara.
- 3). Mendengarkan suara yang memberi perintah untuk melakukan sesuatu tindakan berbahaya.

- 4). Melihat bayangan, cahaya, bentuk geometris, karakter kartun, hantu atau monster.
- 5). Mencium aroma tertentu, seperti bau darah, urine, atau feses, yang terkadang dianggap menyenangkan.
- 6). Merasakan rasa tertentu seperti darah, urine, atau feses yang tidak nyata.
- 7). Mengungkapkan perasaan takut atau senang terhadap halusinasi yang dialami.

b. Data Objektif

Data ini diperoleh dari pengamatan langsung terhadap pasien yang menunjukkan perilaku berikut:

- 1). Berbicara atau tertawa tanpa ada orang lain yang diajak berbicara.
- 2). Menunjukkan kemarahan tanpa alasan yang jelas.
- 3). Memiringkan kepala atau mengarahkan telinga kearah tertentu.
- 4). Menutup telinga seolah-olah ingin menghindari suara.
- 5). Menunjuk kearah tertentu tanpa objek nyata.
- 6). Tampak ketakutan terhadap sesuatu yang tidak terlihat atau tidak jelas.

4. Penanganan Halusinasi Pendengaran

Penanganan halusinasi pendengaran dapat dibagi menjadi dua pengobatan yaitu, pengobatan farmakologis dan non-farmakologis, yang menjadi faktor utama dalam mengurangi keparahan halusinasi pendengaran. Beberapa alternative terapi non-farmakologis meliputi terapi perilaku kognitif (mengubah pola pikir dan respons yang tidak sehat menjadi lebih adaptif), terapi realita (fokus pada perilaku saat ini dan tanggung jawab pribadi), logoterapi (membantu individu menemukan makna hidup meski menghadapi penderitaan), psikoedukasi keluarga (memberikan edukasi kepada keluarga untuk meningkatkan dukungan), terapi penghentian pikiran (menghilangkan ide tidak produktif dengan menggantinya menjadi lebih adaptif), biblioterapi (penggunaan bahan bacaan untuk membantu pemahaman dan penyembuhan), serta terapi musik (menggunakan musik untuk relaksasi dan pengelolaan emosi) (Boyd & Nihart, 1998; Videbeck, 2008; dikutip Caturini & Handayani, 2014). Salah satu bentuk terapi non-farmakologis yang dapat digunakan adalah terapi penghentian pikiran, yang bertujuan menghilangkan ide-ide tidak produktif dan

mengubahnya menjadi lebih adaptif (O'donohue & Fisher, 2009; dikutip Kafah, 2018). Terapi ini efektif untuk menghentikan pikiran negatif atau obsesi dengan cara memberikan isyarat kepada klien untuk menggantikan ide negatif dengan yang lebih positif, misalnya dengan mengatakan “*STOP*” atau “*NO*” saat pikiran halusinasi muncul (Qodrunnisa, 2023).

C. Konsep Dasar Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan mental serius yang memiliki berbagai jenis gejala, seperti halusinasi (melihat atau mendengar sesuatu yang tidak nyata), paranoid (merasa curiga berlebihan), dan delusi (mempercayai sesuatu yang tidak sesuai dengan kenyataan). Selain itu, penderita skizofrenia sering menunjukkan sikap apatis (kurangnya minat atau emosi), agitasi (gelisah atau mudah marah), dan emosi yang datar atau tidak sesuai. Gangguan ini juga mempengaruhi kemampuan seseorang untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan, serta menyebabkan kesulitan dalam belajar, mengingat, dan memusatkan perhatian (Bunga *et al.*, 2021).

2. Penyebab Skizofrenia

Sugeng (2021) mengungkapkan bahwa skizofrenia dapat disebabkan oleh dua faktor utama:

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Biologis

1). Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan penyebab utama skizofrenia. Anak yang memiliki satu orangtua biologis penderita skizofrenia tetap memiliki risiko genetik meskipun diadopsi oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia. Risiko ini didukung oleh penderita yang menunjukkan bahwa anak dengan satu orangtua penderita skizofrenia memiliki kemungkinan 15% untuk mengembangkan gangguan ini, sedangkan risikonya meningkat hingga 35% jika kedua orangtua menderita skizofrenia (Videbeck, 2008). Selain itu, pemeriksaan CT Scan menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak.

2). Faktor Neuroanatomi

Penelitian mengindikasikan bahwa penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang lebih sedikit dibandingkan individu normal. Pemeriksaan PET menunjukkan penurunan metabolisme oksigen dan glukosa pada korteks frontal. Secara konsisten, riset mengungkapkan penurunan volume otak dan fungsi abnormal di area temporal dan frontal. Sistem limbik dan ganglia basalis juga menjadi fokus penelitian, menunjukkan ventrikel yang melebar, penurunan massa abu-abu, dan perubahan distribusi sel otak yang mungkin terjadi sejak masa prenatal, akibat kurangnya sel glia yang biasanya muncul setelah trauma otak (Prabowo, 2014).

3). Faktor Neurokimia

Penelitian menunjukkan perubahan pada sistem neurotransmitter otak penderita skizofrenia. Pada individu normal, sistem otak mengirimkan sinyal persepsi secara sempurna sehingga mendukung pemikiran dan tindakan yang sesuai. Namun, pada penderita skizofrenia, gangguan pada sinyal otak menyebabkan ketidakmampuan untuk mencapai sambungan sel yang tepat, sehingga mengganggu proses persepsi, pemikiran, dan perilaku (Yosep, 2016).

b. Faktor Psikologis

Gangguan skizofrenia juga dapat terjadi akibat kegagalan menyelesaikan perkembangan psikososial dimasa awal. Misalnya, seorang anak tidak berhasil membentuk hubungan saling percaya dapat mengalami konflik psikologis sepanjang hidup. Skizofrenia yang berat sering kali ditandai dengan ketidakmampuan mengatasi masalah, gangguan identitas, kesulitan dalam pencitraan diri, dan kurangnya kontrol diri (Stuart, 2013).

c. Faktor Sosikultural dan Lingkungan

Faktor ini menunjukkan bahwa individu dari kelompok sosial ekonomi rendah memiliki risiko lebih tinggi mengalami skizofrenia dibandingkan mereka yang berasal dari kelompok ekonomi lebih tinggi. Faktor

penyebabnya meliputi kemiskinan, kondisi perumahan yang padat, gizi buruk, kurangnya perawatan prenatal, serta keterbatasan sumber daya untuk menghadapi stress dan perasaan putus asa.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi skizofrenia mencakup berbagai aspek sebagai berikut:

a. Faktor Biologis

Stressor biologis yang berkaitan dengan respons neurobiologis maladaptif melibatkan gangguan dalam komunikasi dan mekanisme umpan balik yang berperan dalam pengolahan informasi. Ketidaknormalan pada mekanisme ini sering kali memicu episode baru penyakit. Pemicu yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif dapat berasal dari aspek kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku individu (Stuart, 2013). Selain itu, ketidakmampuan untuk secara selektif merespons stimulus (Stuart, 2013).

b. Faktor Lingkungan

Toleransi terhadap stress, yang dipengaruhi oleh faktor biologis, berinteraksi dengan *stressor* lingkungan untuk menentukan munculnya gangguan pada proses berpikir (Stuart, 2013).

c. Pemicu Gejala

Pemicu gejala merupakan faktor pendahuluan dan rangsangan yang sering kali memicu timbulnya episode baru suatu penyakit. Pemicu ini umumnya terkait dengan respons neurobiologis maladaptif yang dipengaruhi oleh faktor kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku individu (Stuart, 2013).

3. Patofisiologi Skizofrenia

Patofisiologi skizofrenia dapat disebabkan oleh kelainan anatomi otak, gangguan pada reseptor neurotransmitter, disfungsi system imun, serta proses inflamasi. Gejalanya terbagi menjadi dua kategori utama:

- a. Gejala Positif yang meliputi; delusi, halusinasi, pemikiran yang kacau, kecemasan, rasa superioritas, kecurigaan terhadap ancaman, serta permusuhan internal.

- b. Gejala Negatif yang meliputi; perasaan datar, wajah yang tidak ekspresif, menarik diri, pasif, apatis, serta kecenderungan untuk menghindari interaksi sosial (Pratiwi dan Amilatusholiha, 2024).

4. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kelompok utama, yaitu gejala positif dan gejala negatif. Menurut Wenny & Alvian, 2023 penjelasan lebih lanjut mengenai gejala-gejala ini adalah sebagai berikut:

a. Gejala Positif

Gejala positif mencakup gangguan dalam berpikir dan berperilaku yang biasanya tidak ditemukan pada orang normal. Gangguan berpikir, Disorganisasi bicara dan berperilaku mencakup:

1) Waham

Waham merupakan keyakinan yang salah atau tidak sesuai kenyataan, seperti waham paranoid (merasa dikejar atau diawasi), waham somatic (merasa ada masalah fisik yang tidak nyata), waham kebesaran (merasa memiliki kekuatan luar biasa atau status yang lebih tinggi dari orang lain), waham agama (merasa memiliki hubungan khusus dengan Tuhan), waham nihilistik (merasa bahwa hidup tidak berarti atau dunia akan berakhir), atau waham persekutori (merasa ada yang berniat jahat terhadap dirinya). Ada juga gangguan berpikir seperti siar pikir (pembicaraan yang kacau), sisip pikir (pikiran yang mengganggu), dan kontrol pikir (merasa pikirannya dikendalikan oleh orang lain).

2) Halusinasi

Halusinasi merupakan pengalaman sensorik yang salah, seperti mendengar suara-suara yang tidak ada, melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau merasakan sensasi seperti sentuhan, rasa, atau bau yang tidak nyata.

3) Gangguan berpikir formal

Gangguan ini mencakup cara berbicara yang tidak teratur, seperti *word salad* (perkataan yang tidak bisa dimengerti), *derailment* (pemikiran yang tidak nyambung), dan ucapan yang tidak logis atau sangat melompat-

lompat. Ada juga *pressure speech* (berbicara sangat cepat dan tidak bisa dipahami) dan *distractible speech* (bicara yang mudah teralihkan).

4) Perilaku Aneh

Perilaku ini dapat berupa katatonia, yaitu keadaan dimana seseorang tidak bergerak atau berbicara, gangguan motorik lainnya, atau perubahan drastis dalam perilaku sosial yang tidak wajar, seperti menjadi sangat tertutup atau agresif tanpa alasan yang jelas.

b. Gejala Negatif

Gejala Negatif berhubungan dengan penurunan fungsi atau kemampuan yang dapat mengurangi kualitas hidup pasien skizofrenia. Masalah emosional dan Gangguan pengambilan keputusan meliputi:

1) Afek Datar

Kondisi dimana ekspresi emosi menjadi sangat terbatas atau hilang, sehingga wajah seseorang terlihat kaku atau tidak menunjukkan perasaan apapun.

2) Anhedonia dan *Asociality*

Anhedonia merupakan ketidakmampuan merasakan kesenangan dari aktivitas yang biasanya menyenangkan, sedangkan *asociality* berarti kesulitan untuk membangun atau mempertahankan hubungan *social*.

3) Alogia

Gangguan berbicara yang melibatkan pembatasan dalam berpikir dan berbicara. Orang dengan alogia sering kali berbicara lebih sedikit atau hanya memberikan jawaban yang sangat singkat.

4) *Avolition* atau Apatis

Kekurangan motivasi untuk memulai atau melanjutkan aktivitas yang terarah pada tujuan, seperti kehilangan minat untuk bekerja atau melakukan kegiatan sehari-hari.

5) Gangguan Perhatian

Seseorang dengan gangguan perhatian mengalami kesulitan untuk fokus atau mempertahankan perhatian pada suatu tugas atau aktivitas untuk jangka waktu tertentu.

5. Penanganan Skizofrenia

Penanganan pasien skizofrenia dapat dilakukan melalui berbagai jenis terapi, seperti yang dijelaskan oleh Videbeck (2011) dalam (Wenny & Alvian, 2023) meliputi:

a. Terapi Biologis

Perawatan utama skizofrenia merupakan psikofarmakologi, terutama dengan obat antipsikotik yang efektif mengelola gejala psikotik, meskipun tidak menyembuhkan. Chlorpromazine (Thorazine), pertama kali digunakan pada tahun 1952 di Amerika Serikat, merevolusi penanganan skizofrenia, menggantikan terapi seperti *electroconvulsive therapy* dan *insulin shock therapy*. Antipsikotik terbukti mengurangi risiko kambuh dibandingkan placebo dan efektif untuk gejala akut maupun kronis.

b. Terapi Psikososial

1) Psikoterapi Individu

Tujuannya untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan, fungsi sosial, pekerjaan, dan mencegah kekambuhan. Pendekatan menjadi metode utama dalam menangani skizofrenia, dengan fokus mengurangi kecemasan dan meningkatkan kepercayaan. Hubungan terapeutik yang baik sangat penting meskipun sulit dijalin dengan pasien skizofrenia karena mereka menolak kedekatan dan cenderung curiga. Pendekatan efektif membutuhkan kesabaran, ketulusan, dan penghormatan, psikoterapi individu membutuhkan proses jangka panjang.

2) Terapi Kelompok

Terapi kelompok efektif untuk pasien rawat jalan jika dikombinasikan dengan terapi obat. Fokusnya pada rencana, masalah dan hubungan nyata, membantu mengurangi isolasi sosial, meningkatkan rasa kebersamaan dan memperbaiki kemampuan pengujian realitas.

3) Terapi Perilaku

Terapi perilaku efektif dalam mengurangi perilaku maladaptif melalui pujian dan penguatan positif. Namun, pasien skizofrenia sering kesulitan menerapkan pembelajaran dari perawatan ke kehidupan sehari-hari.

4) Terapi Kognitif

Terapi kognitif membantu memperbaiki distorsi negatif dan kesalahan penilaian, serta dapat mengurangi gejala waham dan halusinasi, terutama pada pasien dengan daya tilik yang baik.

5) *Social Skills Training*

Social skills training merupakan terapi psikososial yang membantu pasien skizofrenia mengatasi disfungsi sosial, seperti kurangnya kontak mata, respons lambat, dan kesulitan memahami emosi orang lain. Terapi ini menggunakan permainan peran secara bertahap, dengan tenaga kesehatan sebagai model perilaku.

6) Terapi Keluarga

Terapi keluarga mendukung keluarga dalam mencegah kekambuhan dan membantu pasien tetap di komunitas. Fokusnya untuk memberikan edukasi tentang penyakit, mengelola stress, mengurangi konflik serta memperbaiki komunikasi dan pemecahan masalah. Terapi ini juga bertujuan mencegah gangguan mental pada anggota keluarga lainnya.

7) Terapi Kejujuran

Terapi kejujuran melatih pasien mengembangkan keterampilan baru atau meningkatkan keterampilan lama untuk mendapatkan pekerjaan, membangun dukungan sosial, dan hidup mandiri. Programnya meliputi lokakarya, klub kerja, dan penempatan paruh waktu. Tujuannya untuk meningkatkan kualitas hidup, fungsi sosial, peran pekerjaan, mengurangi gejala, mencegah kekambuhan, dan mengurangi beban keluarga.

6. Perawatan Skizofrenia

Perawatan skizofrenia melibatkan berbagai pendekatan yang bertujuan untuk mengelola gejala, mencegah kekambuhan, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Salah satu aspek perawatan skizofrenia mencakup dukungan keluarga. Peran keluarga sangat penting dalam perawatan skizofrenia, terutama dalam memberikan dukungan emosional dan praktis. Keluarga berperan mendapatkan akses perawatan, mendukung kepatuhan terhadap pengobatan, dan membantu mencegah kekambuhan melalui

dukungan sosial yang berkelanjutan. Wenny & Alvian, 2023 merekomendasikan beberapa intervensi untuk keluarga yang memiliki anggota dengan skizofrenia, dengan fokus pada perawatan dan dukungan keluarga, sebagai berikut:

- a. Membangun hubungan yang erat dengan pengasuh (*caregiver*) untuk mendukung perawatan pasien
- b. Mengurangi iklim emosional dalam keluarga melalui penurunan tingkat stress dan beban keluarga yang terkait dengan perawatan pasien.
- c. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengantisipasi dan menyelesaikan masalah yang muncul selama perawatan pasien.
- d. Mengurangi ekspresi kemarahan dan rasa bersalah baik pada pasien maupun keluarga.
- e. Menanamkan harapan realistis terhadap apa yang bisa dicapai oleh pasien skizofrenia.
- f. Menyampaikan perubahan yang diperlukan dalam perilaku untuk mendukung perawatan pasien.