

**IMPLEMENTASI MODEL TASK-CENTERED PADA  
RESPONDEN YANG MEMILIKI GANGGUAN KEJIWAAN  
SKIZOAFEKTIF, POST-PARTUM PSYCHOSIS DAN BABYBLUES SYNDROME  
DI KOTA BANDUNG**

**Umi Salamah**

Yayasan Assyifa Al-Khoeriyah  
Kelurahan Tambak Mekar, Kecamatan Jalancagak, Kabupaten Subang  
umisalamah1756@gmail.com

**Abstract**

*Task-Centered Models include Cognitive-Behavior Therapy (CBT) and Task-Centered Therapy begins with light Cognitive Therapy focuses on thoughts, next Behavioral Therapy focus on act and reward application. Behavioural therapy also as a preface into task-centered therapy as conditioning. Comorbid symptoms of anxiety, aggression, and depression are target of changes. Using methods of action research, with Single Subject Design with pattern model of A-B at one baseline period (control) and two intervention period (treatments phase). The purpose of this study is to proof main hypothesis H1 = Task-Centered Models can reduce symptoms of anxiety, aggression and depression of respondent Y or H0 = Task-Centered Models can not reduce symptoms of anxiety, aggression and depression of respondent Y. Related with research setting, qualitative analysis of the research subjects should also be included. Hypothesis is tested by using the formula of 2 standard deviation (2 SD), visual analysis within and between conditions. Test result shows that the entire hypothesis is accepted with  $r = 2.271 < 2SD = 16.188$  and fulfill criterias of visual analysis significant. Its concluded that intervention effectiveness define by motivation, participation and discipline, parent commitment is vital for therapy that demands action and consistency, maintaining cognitive of respondent are essential for reducing stressors of recurrence through recreational activity and positive emotion building.*

*Key words: Psychiatric Social Worker, Psychiatric Disorder, Cognitive-Behavior Therapy, Task-Centered Therapy*

**Abstrak**

Model *Task-Centered* meliputi *Cognitive-Behaviour Therapy* (CBT) dan Terapi Berpusat Tugas (*Task-Centered*), dimulai oleh Terapi Kognitif ringan yang fokus pada pikiran, kemudian Terapi *Behavioral* fokus pada kegiatan (tindakan) tujuan dan penentuan bentuk imbalan (rewards). Terapi *Behavioural* menjadi pengantar terapi berpusat-tugas yang bersifat *conditioning*. Gejala penyerta *anxiety* (kegelisahan), *aggression* (agresifitas), dan *depression* (depresi) merupakan target perubahan. Pilihan metode penelitian yaitu penelitian tindakan (*action research*) dengan Desain Subjek Tunggal (*Single Subject Design*) dengan pola A-B dalam satu periode *baseline* (kontrol) dan dua periode intervensi (*treatment phase*). Tujuan penelitian ini adalah untuk membuktikan hipotesis utama; H1= *task-centered model* dapat menurunkan gejala *anxiety*, *aggression* dan *depression* responden Y atau H0= *task-centered model* tidak dapat menurunkan gejala *anxiety*, *aggression* dan *depression* responden Y. Berkaitan dengan *setting* penelitian, penjelasan kualitatif cukup penting untuk dilakukan. Secara kuantitatif, pengujian hipotesis dilakukan dengan menggunakan rumus 2 *standard deviation* (2 SD) dan analisis visual dalam kondisi. Berdasarkan hasil pengujian, diperoleh hasil bahwa hipotesis diterima ( $r = 2.271 < 2SD = 16.188$ ) dan memenuhi kriteria signifikansi dalam analisis visual. Kesimpulan penelitian adalah efektifitas intervensi ditentukan motivasi, peran serta dan tingkat kedisiplinan, komitmen orangtua penting dalam terapi yang menuntut aksi dan

konsistensi responden, penekanan kognitif responden menurunkan stressor kekambuhan melalui kegiatan rekreatif dan *positive emotion building*.

Kata kunci: Pekerja Sosial Medis Setting Kesehatan Mental, Gangguan Kejiwaan, Terapi Kognitif-Behavior, Terapi Berpusat Tugas

## Pendahuluan

Setting kesehatan merupakan tempat dimana pekerja sosial medis berperan dalam multi-disipliner bersama profesi lain. Pekerjaan sosial medis dalam setting kesehatan dapat dikatakan adalah setting yang masih sedikit dipilih. Hal ini juga melatari masih sedikitnya referensi praktik dan panduan proses pertolongan pekerjaan sosial. Setting ini juga merupakan setting pekerjaan sosial *secondary* namun juga sekaligus setting tertua dimana profesi pekerjaan sosial secara professional dimulai.

Sejarah pekerjaan sosial medis mencatat kesembuhan responden menjadi lebih cepat dengan melibatkan pekerja sosial. Dua jurnal mengulas mengenai *evidence-based practice* dan mengukur efektifitas pekerja sosial di Rumah Sakit. Jurnal yang ditulis oleh Galati, dkk dari Bagian Pekerjaan Sosial di Rumah Sakit Toronto menyatakan pasien lebih cepat sembuh dan pulang ketika pekerja sosial ikut menangani kasus mereka. Studi (2008) mengevaluasi pemulangan 1825 pasien dari database administratif Rumah Sakit. Studi sengaja membuat kelompok eksperimen dimana terdapat minggu-minggu dimana pekerja sosial diberikan liburan dan tidak masuk kerja kemudian dibandingkan pada minggu-minggu dimana staf pekerja sosial bekerja penuh. Hasil studi menyatakan dari dua performan yang dibandingkan ini, tingkat pemulangan pasien lebih sedikit ketika pekerja sosial tidak ada. Studi ini menyimpulkan bahwa secara kuantitas peran pekerja sosial lebih banyak menyumbang kepulangan pasien, secara umum hasil studi ini juga menyatakan pekerja sosial perlu ditambah jumlahnya. Studi selanjutnya mengenai *evidence-based practice* pekerja sosial oleh Galati, dkk, mengukur sumbangan pekerja sosial di Rumah Sakit. Studi ini menghasilkan data yang konkret bahwa posisi pekerja sosial dapat

menghemat anggaran dan merampingkan beban Rumah Sakit. Studi sebelumnya yang mengukur bahwa pekerja sosial berhasil membantu pasien sembuh dan pulang lebih cepat, dapat mempengaruhi sistem pembayaran dan memberikan keuntungan yang lebih banyak bagi Rumah Sakit dengan naiknya reputasi dan peringkat RS tersebut.

Merujuk pada dua jurnal tersebut, terdapat persamaan yang mencolok ketika pekerja sosial dipekerjakan dalam setting Rumah Sakit yaitu penanganan kepada responden yang lebih cepat dan menyumbang kesembuhan pasien yang lebih banyak. Praktik pekerjaan sosial berada pada sudut pandang yang menyeluruh dengan tidak mengindahkan berbagai permasalahan lain yang terbawa oleh pasien bersamaan dengan kondisi medis yang dialaminya.

Kelebihan pekerja sosial lainnya juga dijelaskan melalui temuan penelitian di USA. Dalam jurnal yang ditulis Auerbach, dkk dari Universitas Yeshiva New York yang berjudul "*Evidence that Support The Value Of Social Work in Hospitals*", mereka mengambil sampel pasien sebanyak 64.722 orang yang akan dioperasi. Penelitian ini berlangsung selama dua setengah tahun dari tahun 2002 hingga 2004. Total pasien dalam sampel, 15,7% (n= 10,156) diberikan perlibatan pekerja sosial. 60% yang ditangani oleh pekerja sosial berusia lebih dari 70 tahun dengan rata-rata usia pasien 56,2 tahun. Rata-rata pekerja sosial menangani selama 11,4 hari (sd=13,9) dibandingkan dengan 4,3 hari (sd=6,3) pasien yang tidak ditangani pekerja sosial. Perbedaannya sangat signifikan (t= -68,3; p= .000). Dalam catatannya, pekerja sosial diberikan pasien yang akan tinggal di Rumah Sakit lebih lama dan diberikan pasien yang "sulit ditangani". Hal ini membuktikan pekerja sosial sangat diperlukan oleh Rumah

Sakit untuk menyerahkan penanganan pasien-pasien khusus dimana tidak dapat ditangani tenaga medis biasa.

Pekerja sosial yang *concern* dalam pekerjaan sosial dalam setting kesehatan mental disebut juga dengan pekerja sosial psikiatrik dan kompetensi utamanya adalah mendiagnosa *mental illness* dan mampu memberikan terapi. Penelitian ini merupakan kelanjutan dari penelitian dengan kasus responden yang menunjukkan gejala gangguan kejiwaan *Postpartum* dan *Babyblues Syndrom*.

Berkaitan dengan kasus gangguan kejiwaan yang dimiliki responden sangat khusus sehingga penelitian ini dimaknakan untuk mengeksperimenkan metode pendekatan intervensi menggunakan pendekatan *Task-Centered Model* yang terdiri dari dua teknik yaitu kognitif-perilaku, dan *task-centered*.

### Tujuan

Tujuan penelitian ini adalah untuk membuktikan hipotesis utama; H1= *task-centered model* dapat menurunkan gejala *anxiety*, *aggression* dan *depression* responden Y atau H0= *task-centered model* tidak dapat menurunkan gejala *anxiety*, *aggression* dan *depression* responden Y.

### Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif quasi eksperimen, dengan desain subjek tunggal (Single Subject Design atau SSD) atau Nomina = 1 dengan pola desain A-B. Tipe SSD yang digunakan adalah *multiple baseline design across treatment* dengan lebih dari satu subjek *baseline* dan lebih dari satu aplikasi *treatment*.

Populasi dalam penelitian ini adalah dua responden dengan gangguan kejiwaan skizofrenia yaitu responden Y dan Responden N. Penarikan sampel dengan menggunakan *teknik purposive sampling* menggunakan ketentuan (1) Kasus yang tergambar mampu tertangani dalam waktu yang sudah ditentukan, (2) Faktor usia, motivasi dan harapan dari responden yang cukup baik, (3) Responden menginginkan kesembuhan/

*appealing* yang baik, (4) Keluarga dan lingkungan yang mendukung. Melalui penentuan ini maka kemudian Responden Y menjadi subjek terpilih dalam penelitian ini karena memenuhi kriteria penarikan sampel.

Hipotesis atau dugaan penelitian dengan hipotesis utama dalam penelitian ini adalah:

“Implementasi *task-centered model* dapat atau tidak dapat menurunkan gejala *anxiety*, *aggression* dan *depression* yang timbul dari gangguan kejiwaan *Postpartum Psychosis* dan *Babyblues Syndrom* responden Y”.

H1= *task-centered model* dapat menurunkan gejala *anxiety*, *aggression* dan *depression* responden Y

H0= *task-centered model* tidak dapat menurunkan gejala *anxiety*, *aggression* dan *depression* responden Y

Selanjutnya hipotesis utama diperjelas kedalam sub-sub hipotesis berikut:

1.  $H_1^1$  = *cognitive-behaviour therapy* dapat menurunkan tingkat gejala *anxiety*, *aggression* dan *depression* pada responden Y.  
 $H_0^1$  = *cognitive-behaviour therapy* tidak dapat menurunkan tingkat gejala *anxiety*, *aggression* dan *depression* pada responden Y.
2.  $H_1^2$  = *task-centered therapy* dapat menurunkan tingkat gejala *anxiety*, *aggression* dan *depression* pada responden Y.  
 $H_0^2$  = *task-centered therapy* tidak dapat menurunkan tingkat gejala *anxiety*, *aggression* dan *depression* pada responden Y

Instrumen yang digunakan adalah instrument pengukuran variabel terikat:

1. Skala *anxiety*  
 Dalam penelitian ini *anxiety* diukur menggunakan instrumen pengukuran *Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)*. Setiap item pada instrument ini dihitung pada skala 0 (tidak muncul) sampai 4 (parah) dengan total nilai 0-56, dimana <17 keparahan tingkat ringan, 18-24 tingkat ringan hingga menengah dan 25-30 tingkat

menengah hingga parah. Instrument ini menilai anxiety secara fisik (agitasi mental dan distress psikologis) dan anxiety somatic (keluhan fisik berkaitan dengan kegelisahan).

2. Skala *aggression*

Agresifitas diukur melalui *BussPerry Aggression Scale Questionnaire*, dimana instrumen ini mengukur agresifitas fisik, verbal, hostility dan anger, dengan kisaran skor 0 hingga 1, dengan 1 adalah skor maksimum dalam 29 item pernyataan.

3. Skala *depression*

Depresi pada responden Y diukur menggunakan *Beck's Depression Inventory*, dimana skor 1-10 menunjukkan depresi normal, 11-16 gangguan mood ringan, 17-20 depresi klinis borderline, 21-30 depresi menengah, 31-40 depresi berat atau parah dan lebih dari 40 depresi ekstrim. Terdapat 21 nomor dimana setiap nomor memiliki 4 tingkat pertanyaan dengan skor 0-3.

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan angket/instrument penelitian. Angket atau kuesioner diberikan kepada responden untuk menjawab item-item disetiap pernyataan. Jenis instrument adalah dengan pernyataan tertutup dimana responden hanya harus mencentrang, melingkari dan memberikan skor sesuai dengan perasaan atau mood yang tengah dirasakan ketika itu. Selain angket, observasi juga menjadi teknik dalam pengumpulan data,

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan rumus 2 standar deviasi secara manual dan analisis visual dalam kondisi secara manual.

### Tinjauan Gangguan Kejiwaan

Gangguan kejiwaan yang dibatasi dalam penelitian ini adalah Skizoafektif *Disorder*, *Postpartum Psychosis*, dan *Babyblues Syndrom*.

Gangguan skizoafektif adalah kelainan mental yang rancu yang ditandai dengan adanya gejala kombinasi antara gejala skizofrenia dan

gejala gangguan afektif dimana keduanya sama-sama menonjol pada saat yang bersamaan, atau dalam beberapa hari yang satu sesudah yang lain, dalam satu episode penyakit yang sama.

Psikosa *postpartum* merupakan gangguan jiwa yang berat yang ditandai dengan waham, halusinasi dan kehilangan rasa kenyataan (*sense of reality*) yang terjadi kira-kira minggu pertama dalam 6 minggu pasca persalinan. Merupakan gangguan jiwa yang serius, yang timbul akibat penyebab organik maupun emosional (fungsional) dan menunjukkan gangguan kemampuan berfikir, bereaksi secara emosional, mengingat, berkomunikasi, menafsirkan kenyataan dan tindakan sesuai kenyataan itu, sehingga kemampuan untuk memenuhi tuntutan hidup sehari-hari sangat terganggu.

*Baby Blues Syndrome*, atau sering juga disebut *Postpartum Distress Syndrome* adalah perasaan sedih dan gundah yang dialami oleh sekitar 50-80% wanita setelah melahirkan bayinya. *Baby blues syndrome* merupakan sindroma gangguan afek ringan yang sering nampak pada beberapa saat setelah persalinan sampai beberapa bulan kemudian, yang ditandai dengan gejala depresi seperti cemas, menangis dan takut.

Variabel-variabel pengukuran dalam penelitian yang menjadi variabel terikat yaitu gejala gangguan kejiwaan *anxiety*, depresi dan agresivitas.

Anxiety merupakan sebuah fenomena kognitif, dimana seseorang merasa sesuatu akan terjadi diluar kehendak dan tidak bisa diprediksi. Kecemasan akan diperparah jika, seseorang merasa tidak sanggup menghadapinya karena meragukan kemampuan diri sendiri.

Agresivitas adalah kondisi psikis dan fisik responden yang ditandai dengan provokasi psikis kemudian menimbulkan perilaku agresif melukai diri sendiri atau orang lain baik secara verbal, non verbal, sikap bermusuhan atau marah-marah

Depresi adalah kondisi psikis responden yang ditandai dengan kesedihan, kecemasan, suasana hati yang kosong, tatapan kosong, pesimis, perasaan bersalah, tidak berdaya, tidak berharga, kehilangan minat, penurunan berat badan, gangguan tidur, gangguan menstruasi, mudah tersinggung dan lain sebagainya.

*Cognitive Behavior Therapy* (CBT) yang digunakan menggunakan versi Oemarjoedi (2003:12) dalam Meiti (2006) dengan CBT 6 langkah yaitu: (1) asesmen dan diagnosa, (2) mencari akar permasalahan yang bersumber dari emosi negatif, penyimpangan roses berfikir dan keyakinan utama yang berhubungan dengan gangguan, (3) konselor bersama konseli menyusun rencana intervensi dengan memberikan konsekuensi positif-negatif kepada konseli, (4) menata kembali keyakinan yang menyimpang, (5) intervensi tingkah laku, (6) pencegahan dan *training self-help*.

Terapi bepusat tugas (TBT) menggunakan ringkasan Malcomn Payne (1991) yaitu: (1) spesifikasi masalah, (2) kontrak atau aturan main, (3) memilih *task* atau tugas, (4) review ketika tugas tidak dikerjakan, (5) implementasi intervensi.

**Hasil dan Pembahasan**

**A. Karakteristik Subjek**

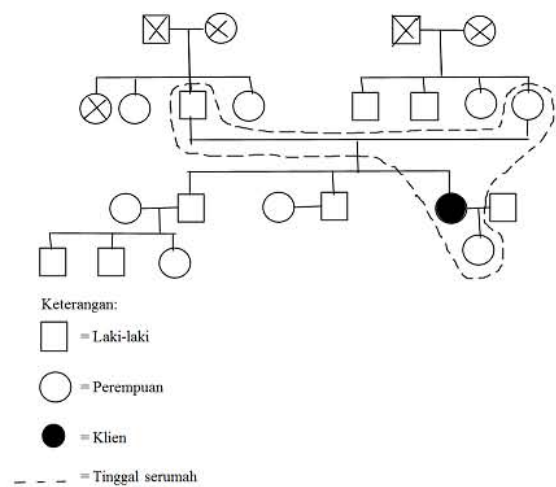
**a. Identitas Responden**

- Inisial : Y
- Usia : 23 Tahun
- Jenis Kelamin : Perempuan
- Agama : Islam
- Pendidikan : SMA
- Pekerjaan : Tidak bekerja
- Status perkawinan: Menikah
- Suku bangsa : Sunda
- Pendidikan:
  - SD : SDN 2 Cobleng
  - SMP : Al-Falah Bandung
  - SMA : SMAN 1 Bandung

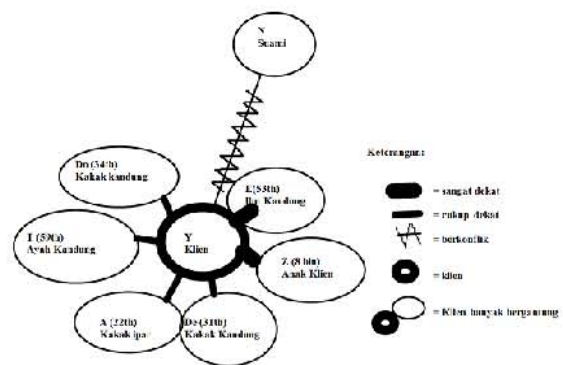
**b. Identitas Orangtua:**

- Nama Ayah Inisial : T
- Usia : 59 Tahun
- Pendidikan : SD
- Pekerjaan : Buruh serabutan
- Agama : Islam

- Nama Ibu Inisial : E
- Usia : 53 Tahun
- Pendidikan : SD
- Pekerjaan : Asisten Rumah Tangga
- Agama : Islam



**Gambar 1**  
**Genogram Responden Y**



**Gambar 2**  
**Ecomap Responden Y**

### c. Asesmen Biopsikososial Spiritual

#### 1) Asesmen Biologis

*Gambaran fisik responden.* Responden berjenis kelamin perempuan, dengan usia 23 tahun, berat badan 64 kg dan tinggi badan 146 cm. responden tidak cacat fisik dan tidak ada tanda kekerasan ataupun pelantaran.

*Penampilan Responden.* Pengukuran penampilan fisik adalah ketika *responden intake* ke RSJ. Penampilan fisik responden tidak rapi, badan bau, tidak mau makan dan tidak tidur. Cara berbicara inkoheren, bingung dan bermusuhan. Kehangatan: gelisah, expac tegang. Respon awal terhadap wawancara: marah-marah karena harus dirawat. Ekspresi tubuh: agresif, dan bermusuhan

*Status kesehatan.* Hasil diagnosis, responden memunculkan gejala psikotik, dan depresif. Layanan kesehatan yang pernah diterima: persalinan di RS Salamun. Sumber yang pernah dimanfaatkan: RS Ibu dan Anak Astana Anyar. Apakah sedang menggunakan obat-obatan: tidak. Catatan kesehatan dan pengobatan: post partum atau nifas. Pengguna napza/alcohol: bukan. Status kesehatan terutama pasca melahirkan dan post partum mempengaruhi penundaan terapi ECT, usia post partum responden adalah satu minggu sehingga Terapi ECT menunggu terhitung 40 hari setelah melahirkan yaitu diatas tanggal 27 Agustus oleh sebab faktor hormonal atau medis.

*Riwayat perawatan.* Responden menunjukkan gejala psikosa dari usia 7 bulan kehamilan, keluarga membawa responden berobat alternatif akupuntur dan selama perawatan responden tidak menunjukkan perbaikan kondisi. Gejala psikosa yang muncul adalah episode manic dengan resiko melukai

diri sendiri dan orang lain. Gejala psikosa memburuk setelah melahirkan. Persalinan dilakukan secara normal di RS Salamun, setelah melahirkan muncul gejala katatonik dengan kondisi depresif, diam, tidak makan, tidak minum, tidak tidur, tidak responsive, afek datar, dan tatapan hampa.

Pada kondisi ini responden tidak menyusui dan tidak mengasuh bayinya, kondisi ini bertahan hingga satu minggu hingga akhirnya Ibu RT membawa responden ke RS Ibu dan Anak Astana Anyar yang kemudian dirujuk ke RSJ Cisarua. Responden dirawat inap selama 43 hari di RSJ Cisarua. Diagnosa psikiater RSJ Cisarua adalah skizofrenia hebefrenik dengan responden menunjukkan symptom positif halusinasi. Saat ini, selama masa penelitian, Responden rutin berobat di Graha Atma, dengan diagnosa psikiater gangguan skizoafektif mengarah ke *mood disorder*.

#### 2) Asesmen Psikologis

*Gambaran tentang kondisi emosi Responden.* Cara bicara responden, kacau, teriak-teriak, volume tinggi, dan berkata kasar. Respon terhadap suatu masalah: responden menunjukkan ketidakmampuan pemecahan masalah (coping), sebagai contoh responden hanya berbaring sepanjang hari, minim perawatan diri dengan afek bingung dan minim respon ketika di ajak bicara. Komunikasi dua arah yang tidak bisa dilakukan menunjukkan kondisi kognitif responden, responden selalu usul pulang dan sempat lari dari awasan perawat yang menandakan responden tidak memiliki masalah memori. Responden merespon situasi dengan panik dan agresif lebih mengarah ke sikap bermusuhan, seperti ketika responden dipindah ruangan

responden berontak sekalipun kurang memahami situasi yang terjadi.

*Kesehatan Mental.* Responden menunjukkan gejala psikosis seperti afek tumpul/ datar, menarik diri, melamun, diam tidak merespon, halusinasi, depresi, pola makan tidak biasa, kekacauan kognitif dan bicara, gaduh/gelisah/berlebihan, kontak emosional sukar, kehilangan motif/serba malas. Pengaruh terhadap keberfungsian sosial, responden tidak bisa merawat bayinya. Responden ketika pulang pasca melahirkan hanya baring diam, dipanggil tidak menyahut, tidak makan, tidak tidur, tidak mandi, agresif, marah-marah, dan risiko perilaku kekerasan membahayakan bayi, dan mendengar suara-suara yang orang lain tidak dengar.

*Catatan menjadi korban.* Pengalaman trauma, kekerasan dan penganiayaan: responden pernah hilang 4 hari di Jakarta, pulang menunjukkan sikap seduktif (menggoda laki-laki). Asesmen risiko lingkungan: responden berada pada lingkungan yang tenang, banyak anak kecil dan hampir di wilayah tersebut memiliki pertalian saudara.

*Riwayat penyakit sekarang:* Kurang lebih satu bulan; bingung, gelisah, memijit-mijit perut ketika hamil, post partum kurang lebih 8 hari, tidur kurang, mondar-mandir, makan/mandi masih bisa, bicara kacau, tertawa sendiri kurang lebih dua hari, mencubit dan memukul ibu.

*Riwayat penyakit terdahulu:* Kurang lebih 6 tahun yang lalu ketika berusia 16 tahun, pernah diculik/ akan dijual, hilang selama 3 hari. Setelah itu pulang, banyak diam. Waktu kehamilan 7 bulan, menampakkan gejala-gejala bingung, gelisah,

mondar-mandir. Menikah dengan kondisi hamil 4 bulan.

### 3) Asesmen Sosial

*Hubungan dan Peran dalam keluarga.* Status perkawinan responden; responden menikah dengan izin kedua keluarga, menikah atas keinginan sendiri, menikah dalam keadaan hamil 4 bulan, suami meninggalkan responden ketika muncul gejala psikosis yaitu kurang lebih pada usia kandungan 7 bulan dan berhenti menafkahi responden, suami sering berbicara kasar.

*Sistem keberfungsian lain.* Responden belum memiliki sistem keberfungsian lain seperti pekerjaan dan sekolah. Pada beberapa poin terkait kondisi keuangan, memotivasi responden untuk turut bekerja. Responden pernah bekerja sebagai sales selama 3 bulan di sebuah factory outlet setelah lulus SMA, dan tidak memiliki pengalaman kerja lainnya

### 4) Asesmen Spiritual

*Responden* beragama Islam, berdasarkan observasi, faktor spiritualitas kurang begitu kental dalam keluarga responden. Ritual ibadah yang dilakukan umumnya sholat harian dan sholat hari raya. Ibu dan ayah responden menyatakan tidak meninggalkan sholat fardhu, hanya saja responden Y adalah anak yang paling tidak disiplin dalam sholatnya dibanding anak-anak lain.

Mengenai tindakan pencarian pertolongan, keluarga responden lebih memilih pengobatan non-medis, dan menolak mengatakan anak mereka mengalami skizofrenia. Keluarga mengasosiasikan RSJ dengan orang gila. Keluarga seringkali harus bersikap bermusuhan terhadap stigma masyarakat yang memandang responden sakit jiwa dan tidak akan

sembuh. Pandangan ini sangat menghambat pengobatan responden.

#### a. Asesmen PIE

Dalam tabel asesmen PIE, terlihat jenis peran-peran yang disfungsi dari responden yaitu peranan sebagai orangtua, istri, anak, adik, peranan dengan yang dicintai, peranan responden rawat inap dan faktor kesehatan mental yang diperhatikan dalam asesmen ini. Responden cenderung menunjukkan gejala disfungsi peran dari waktu yang cukup lama, dengan keparahan sedang dan coping yang agak tidak memadai mengingat responden memiliki gangguan kepribadian bergantung. Status kesehatan fisik post partum juga perlu menjadi perhatian dan pertimbangan dalam penentuan intervensi karena pada saat seperti ini, responden sedang mengalami penurunan dan hormonal yang fluktuatif. Intervensi disarankan oleh ahli untuk dilakukan setelah 40 hari untuk memberikan waktu hormonal responden stabil dan membaik.

Yang perlu diperhatikan dengan seksama adalah gangguan peran sosial responden. Sebagaimana disebutkan sebelumnya, masalah, fungsi sosial responden dan interaksi sosial responden terjadi dalam hubungan personal keluarga. Klen tidak memiliki masalah dengan keluarga sendiri tetapi dengan suami dan keluarga suaminya. Selama di RSJ, responden juga memiliki masalah sebagai pasien rawat inap karena terpisah dengan bayinya. Permasalahan responden dengan suaminya dapat digolongkan pada jenis masalah kehilangan. Karena dalam waktu yang singkat responden harus melahirkan anak tanpa ada kabar bapaknya, ditinggalkan tanpa dinafkahi dan tanpa kabar atau kejelasan. Responden juga pernah menghilang selama 4 hari, tanpa ada seorang pun yang tau apa yang terjadi terhadap responden kecuali responden

sendiri. Peristiwa ini dicurigai juga ikut andil sebagai pemicu gangguan kejiwaan.

Di faktor dua dalam masalah sistem sosial, responden perlu diberikan pertolongan dalam sistem ekonomi/kebutuhan dasar. Keluarga responden dimasukkan kedalam penerima Raskin dan keluarga prasejahtera. Responden belum bisa membiayai bayinya sendiri dan bergantung pada ibu, bapak dan kakaknya. Cara berpakaian keluarga ini juga sederhana dengan lauk pauk makanan yang sederhana pula. Sistem pendidikan responden lulus SMA, namun belum terlihat memiliki bakat atau kemampuan keterampilan tertentu yang mungkin dapat membantu mengatasi masalah sistem ekonomi. Sistem legal, responden dan suami memang belum bercerai namun, keluarga besan pernah datang dan meminta hak asuh bayi responden. Sistem kesehatan, responden sebagaimana diketahui mengalami penyakit skizofrenia. Hal ini apabila sampai pada sistem legal, maka hak asuh anak pada responden akan luntur. Sistem dukungan afeksi, responden harus menemukan sumber lain untuk mengembangkan diri dan membuat sistem kesejahteraan yang lebih baik, salah satunya adalah mencari dukungan afeksi dalam komunitas atau kelompok peduli skizofrenia, namun sayangnya penilaian asesmen responden masih belum pada tahap pengembangan diri, masih harus banyak diberikan *problem* dan *potential awareness*.

#### b. Asesmen Kepribadian

Dari tabel terlihat skor tes kepribadian responden. Responden menunjukkan skor yang tinggi pada gangguan kepribadian bergantung, kriteria yang dipenuhi oleh responden Y: (1) Kesulitan membuat keputusan sehari-hari tanpa nasihat dan kepastian, (2) Kebutuhan sehar-hari sudah biasa dipenuhi oleh orang lain. (3) tidak bisa bekerja dalam tekanan, (4) Kesulitan



memulai suatu tugas, (5) Merasa tidak nyaman atau tidak mampu ketika sendirian, (6) Ketakutan untuk ditinggalkan dan harus mengurus dirinya sendiri.

Hal ini menunjukkan bahwa responden menyimpan suatu substansi yang direpresi hingga memperlihatkan kepribadian yang bergantung. Pada kasus ini, responden bergantung pada ibunya. Secara tidak sadar responden tidak percaya diri untuk mengambil keputusan besar dalam hidupnya, mudah terpengaruh, terbiasa instruksi, dan kurang produksi ide.

### c. Asesmen Multiaxial

Asesmen multiaxial terdiri dari empat sumbu atau axis. Adapun asesmen multiaxial responden dijelaskan berikut:

Axis I, kondisi gangguan klinis dengan kode ICD F20.4 Skizofrenia Hebefrenik. Pada axis ini Tidak ada gangguan kognitif, Depresif, Psikotik, Skizofrenia Hebefrenik. Responden dalam pasca persalinan 2 minggu. Responden dibawa ke rumah sakit dengan keluhan, diam, afek datar, tidak merawat bayi, tidak makan, tidak tidur, mengamuk dan menyakiti bayi. Responden juga mengalami halusinasi dengar, dengan suara laki-laki, namun tidak ada waham. Simptom halusinasi muncul ssejak dirumah sakit, namun gejala psikosis ringan seperti depresi, afek datar sudah dimunculkan sejak usia kandungan responden 7 bulan.

Penilaian postpartum depression gugur, karena gejala psikosis ditunjukkan sebelum persalinan, dan diduga responden telah mengalami simptom depresi mayor pada usia remaja sejak umur 15 tahun. Responden memenuhi kriteria skizofrenia tipe hebefrenik dengan halusinasi yang tercah-pecah. Keberfungsian sosial responden turun drastis ketika simtom aktif mulai terjadi. Responden tinggal dengan kedua orangtua dan kakak

kandung dan kakak iparnya, dan digolongkan kedalam keluarga kurang mampu dan mengandalkan bantuan tetangga

Axis II, gangguan kepribadian dengan kode ICD F60.7. Dependent Personality Disorder, Kebanyakan kasus, orang dengan skizofrenia mengalami gangguan kepribadian schizoid atau skizotipal, namun responden tidak memilikinya. Berdasarkan skor yang dinilai oleh orang diluar responden (orangtua, kakak, dan kerabat yang mengenal responden), responden memiliki gangguan kepribadian bergantung.

Axis III, Kondisi medis dengan kode ICD Z01.0. Pasca Melahirkan, Post-partum, yaitu keadaan nifas, setelah melahirkan dan sindrom baby blues: depresi berat yang ditandai keinginan melukai bayi, tidak menerima bayi, serta upaya menggugurkan bayi.

Axis IV, Masalah lingkungan dan psikososial. Diduga terjadi peristiwa seksualitas ketika responden di usia 14 tahun saat SMP kelas 1. 4 hari responden tidak pulang kerumah dan pulang diantar oleh orang tidak dikenal. Konflik dengan sumai diduga sebagai faktor pemicu gangguan mental. Responden menikah dengan kondisi hamil 4 bulan. Pencetus episode skizofren adalah ketika berkehali hebat dengan suaminya pada kandungan berusia 7 bulan. Gejala psikosis semakin buruk hingga proses persalinan.

Sindrom babyblues juga terjadi dan gejala psikosisi tetap berlanjut setelah persalinan dan semakin memburuk. Secara kronologis, responden berpacaran dengan suami lebih dari dua tahun. Responden akan merespon dengan dingin ketika pertanyaan mengenai suaminya dan keluarganya juga demikian. Permasalahan sakit mental yang dialami responden ditutupi berkaitan dengan hak asuh anak. Satu minggu setelah responden keluar dari

rumah sakit, keluarga dari pihak suami datang dan meminta anak responden. Namun keluarga responden menolak, dan mendengar jika isu bahwa ibu yang memiliki gangguan mental dapat menggugurkan hak asuh anak. Sehingga perspektif sakit dari keluarga menyangkal penyakit skizofrenia ini. Responden tinggal dengan kedua orang tua dan kakak kandung dan kakak iparnya, dan digolongkan kedalam keluarga kurang mampu

Axis V. Global Asesmen Functioning (GAF). GAF: 18, 64, 69. Gaf diukur pada bulan November dan mengukur keberfungsian sosial, psikologis dan okupasional responden dalam 3 bulan terakhir. GAF diukur dalam tiga waktu yang berbeda pertama masuk, pindah, keluar, di rumah, keluar pada tanggal 22 september, jadi pengukuran terakhir oktober, dan terakhir lagi November.

### **Masalah dan Kebutuhan Subjek**

Y (23 tahun) adalah ibu muda dari seorang bayi berumur 8 bulan. Dia dirujuk ke RS berdasarkan rekomendasi Psikolog di Rumah Sakit Ibu dan Anak yang adalah tetangga di lingkungannya. Rujukan menyebutkan diagnosa munculnya episode depresi dan psikosa. Selama perawatan di RS, hari ke-40 responden menunjukkan perbaikan kondisi kemudian dipindahkan keruang tenang. Namun pada hari yang sama dikembalikan lagi ke ruang akut. 5 hari kemudian responden dibawa kembali keruang tenang. Episode skizofren yang muncul pada responden terlihat fluktuatif dan berdasarkan asesmen resiko responden beresiko melakukan kekerasan pada orang lain. Responden adalah anak ketiga dari tiga bersaudara dan dari tes kepribadian, responden memiliki gangguan kepribadian bergantung yang tinggi, karena setiap kegiatan selalu melibatkan ibunya, terutama dalam pengasuhan anak. Responden tidak memegang bayi ketika tidak ada ibunya, yang memegang bayi

ketika tidak ada ibunya dalam kakak iparnya.

Responden menikah pada bulan Juni dan dalam keadaan hamil 4 bulan. Gejala psikosis muncul pada usia kandungan 7 bulan dan suami meninggalkan responden pada usia kandungan 8 bulan. Selama sebelum persalinan, episode yang muncul adalah episode manic, dan keluarga memberikan tritmen alternative dan diakui tidak memberikan perubahan kepada responden. Kondisi psikosis semakin memburuk setelah persalinan. Sindrom baby blues juga terbukti terjadi ketika kehamilan setelah suami meninggalkan responden dan setelah persalinan.

Dalam perspektif sakit dan sehat, keluarga responden mempercayai dinamisme bahwa penyakit anaknya bukan penyakit medis tetapi penyakit gaib. Perspektif ini terbukti sangat menghambat penyembuhan responden dan membutuhkan waktu lama meyakinkan responden untuk kembali mengkonsumsi obat psikiatrik. Responden selalu menampilkan perilaku menolak kepada terapis apabila sudah menyinggung permasalahan suami dan keluarga besarnya. Secara pendekatan kekuatan, responden memiliki keinginan untuk bekerja dan berjuang demi anaknya.

Lingkungan dimana responden tinggal, masih merupakan lingkaran keluarga, sehingga kesan yang diberikan adalah kehangatan dan dukungan secara emosional. Keluarga responden memiliki konflik dengan keluarga suami yang memperebutkan hak asuh anak. Kekhawatiran orangtua jika diketahui jika responden memiliki gangguan mental, maka hak asuh anak jika dibawa ke ranah hukum akan dimenangkan oleh pihak suami. Hal ini menjelaskan juga mengapa ada penyangkalan terhadap penyakit responden. Namun selama dua bulan dirumah, keadaan responden semakin membaik, adaptasi yang cukup dan memadai, defisit pemeliharaan diri negatif

dan episode depresi dan agresi ringan muncul hanya ketika responden mengingat suaminya.

Berdasarkan diskusi dengan psikiater dan psikolog terkait dengan keadaan responden, hasil diskusi menyimpulkan bahwa responden memerlukan pengisian waktu luang yang memiliki nilai ekonomis, dan dukungan kepatuhan obat. Terapi Farmakologi dari psikiater menunjukkan perbaikan terjadi pada meningkatnya ketajaman gangguan perasaan, afek datar menjadi afek agak sesuai, halusinasi diredam dan perbaikan pada pikiran dan persepsi, namun ada beberapa variabel yang menunjukkan tidak adanya perubahan seperti motorik, gangguan relasi, gangguan emosional dan gangguan penilaian sosial. Gangguan relasi, dan gangguan penilaian sosial oleh psikolog direkomendasikan menggunakan teknik-teknik terapi psikososial. Letupan-letupan emosional responden yang ringan dapat pula diatasi dengan terapi psikososial. Atas hasil asesmen tersebut, terapi psikososial menjadi teknik penyembuhan dukungan yang esensial.

Sementara rencana penanganan tersebut dilaksanakan, muncul diagnosa baru dari psikiater pada masa penelitian. Syarat diagnosa skizofrenia adalah menampilkan symptom positif seperti delusi, halusinasi dan bicara kacau, namun selama penanganan pekerja sosial, responden tidak menunjukkan symptom positif lagi, psikiater menyatakan bahwa hal tersebut adalah keberhasilan terapi psikososial, namun hanya terapi psikososial saja tidak cukup, perlu pula didukung dengan terapi farmakologi.

Psikiater mendiagnosa gangguan sizoafektif mengarah pada gangguan mood, namun dengan episode skizofrenia sikap bermusuhan dan resiko melukai orang lain, sindrom *baby-blues* masih terlihat dari denial-denial atau penyangkalan-

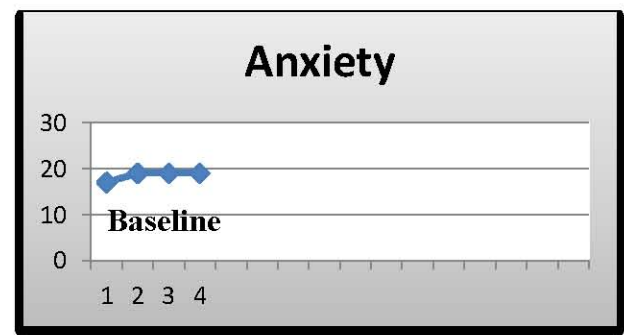
penyangkalan yang didasari rasa takut disalahkan serta penolakan terhadap anak.

## Hasil Pengukuran

### 1. Pengukuran Baseline

Tabel 1  
Hasil pengukuran Skor *Anxiety* pada Fase A

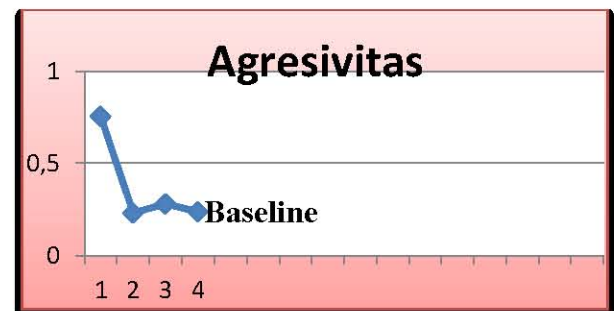
Pengukuran	Anxiety Mental	Anxiety Somatik	Total
1	8	9	17
2	8	11	19
3	8	11	19
4	8	11	19



Gambar 1  
Baseline Variabel Anxiety

Tabel 2  
Pengukuran Baseline Variabel Terikat  
*Aggression*

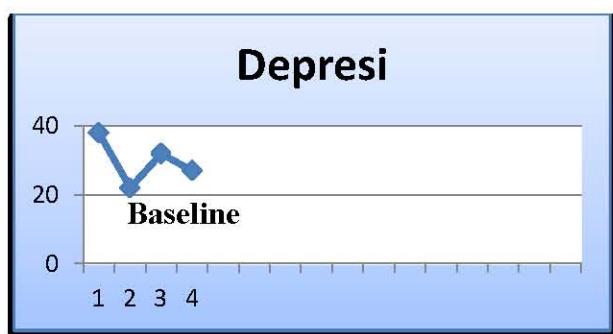
Pengukuran	Physical Aggression	Verbal Aggression	Hostility	Anger	Total	Mean
1	0.78	1	0.56	0.68	3.02	0.755
2	0.17	0.10	0.44	0.21	0.92	0.23
3	0.16	0.46	0.44	0.10	1.16	0.28
4	0.12	0.23	0.28	0.32	0.95	0.238



Gambar 2  
Pengukuran Variabel Agresivitas

**Tabel 3**  
**Pengukuran Baseline Variabel Terikat**  
**Depression**

Pengukur-an	<i>Nomal depression</i> (1-10)	<i>Mild mood disorder</i> (11-16)	<i>Border line clinical depression</i> (17-20)	<i>Mode-rate depression</i> (2-30)	<i>Severe depression</i> (31-40)	<i>Extreme Depression</i> (>40)
1	-	-	-	-	38	
2	-	-	-	22	-	
3	-	-	-	-	32	
4	-	-	-	27	-	



**Gambar 3**  
**Pengukuran Variable Depresi**

## 2. Hasil Pengujian Hipotesis

Hipotesis 1

$H_1^1 =$  *cognitive-behaviour therapy* dapat menurunkan tingkat gejala *anxiety*, *aggression* dan *depression* pada responden Y

$H_0^1 =$  *cognitive-behaviour therapy* tidak dapat menurunkan tingkat gejala *anxiety*, *aggression* dan *depression* pada responden Y

**Tabel 4**  
**Hasil Skor Fase Treatment (Pola B)**  
**Implementasi CBT**

Tahap	1	2	3	4	5	6	Mean
Baseline variable anxiety	17	19	19	19	-	-	18.5
Intervensi	17	22	14	17	19	17	17.666
Baseline variable agresifitas	0.755	0.23	0.28	0.2375	-	-	0.375
Intervensi	0.165	0.22	0.21	0.1475	0.1975	0.185	0.187
Baseline variable depresi	38	22	32	27	-	-	29.75
Intervensi	30	32	16	29	33	31	28.5

Berdasarkan hasil pengujian dengan menghitung selisih mean pada masing-masing variabel tahap baseline dan intervensi, kemudian membandingkannya dengan 2 nilai standar deviasi, diperoleh:

$$2SD = 2$$

$$\text{Variabel 1 (anxiety): } 18.5 - 17.666 = 0.833 < 2$$

$$2SD = 0.489$$

$$\text{Variabel 2 (aggression): } 0.375 - 0.18 = 0.188 < 0.489$$

$$2SD = 13.699$$

$$\text{Variabel 3 (depression): } 29.75 - 28.5 = 1.25 < 13.699$$

Hasil diatas menunjukkan skor selisih mean masing-masing variable lebih kecil (<) dari pada 2SD, maka intervensi yang dilakukan memiliki jejak trending menurun (-), dan intervensi menunjukkan hasil membaik secara signifikan dalam arti bahwa terapi CBT berhasil menurunkan gejala kejiwaan.

**Tabel 5**  
**Analisis dalam Kondisi**

Kondisi	A/1	B/2
a) Panjang kondisi	4	6
b) Estimasi kecenderungan arah Variabel 1	Meningkat (+)	Menurun (-)
Estimasi kecenderungan arah Variabel 2	Menurun (-)	Mendatar (=)
Estimasi kecenderungan arah Variabel 3	Menurun (-)	Meningkat (+)

Hipotesis 2

$H_1^2$  = *task-centered therapy* dapat menurunkan tingkat gejala *anxiety*, *aggression* dan *depression* pada responden Y

$H_0^2$  = *task-centered therapy* tidak dapat menurunkan tingkat gejala *anxiety*, *aggression* dan *depression* pada responden Y

Berdasarkan hasil pengujian dengan menghitung selisih mean pada masing-masing variabel tahap baseline dan intervensi, kemudian membandingkannya dengan 2 nilai standar deviasi, diperoleh:

**Tabel 6**  
**Fase Treatment (Pola B) Implementasi Terapi Berpusat Tugas**

Tahap	1	2	3	4	5	6	Mean
Baseline variable anxiety	17	19	19	19	-	-	18.5
Intervensi	19	15	18	18	17	14	16.833
Baseline variable agresifitas	0.755	0.23	0.28	0.2375	-	-	0.375
Intervensi	0.1975	0.155	0.18	0.1825	0.175	0.1725	0.177
Baseline variable depresi	38	22	32	27	-	-	29.75
Intervensi	23	29	31	26	23	21	25.5

$$2SD = 2$$

$$\text{Variabel 1 (anxiety): } 16.833 - 17.666 = 0.827 < 2$$

$$2SD = 0.489$$

$$\text{Variabel 2 (aggression): } 0.177 - 0.18 = 0.003 < 0.489$$

$$2SD = 13.699$$

$$\text{Variabel 3 (depression): } 25.5 - 28.5 = 3 < 13.699$$

Hasil diatas menunjukkan skor selisih mean masing-masing variabel lebih kecil (<) dari pada 2SD, maka intervensi yang dilakukan memiliki jejak trending menurun (-), dan intervensi menunjukkan hasil membaik secara signifikan.

**Tabel 7**  
**Analisis Visual dalam Kondisi**

Kondisi	A/1	B/2
a) Panjang kondisi	4	6
b) Estimasi kecenderungan arah Variabel 1	Meningkat (+)	Menurun (-)
Estimasi kecenderungan arah Variabel 2	Menurun (-)	Mendatar (+)
Estimasi kecenderungan arah Variabel 3	Menurun (-)	Menurun (-)

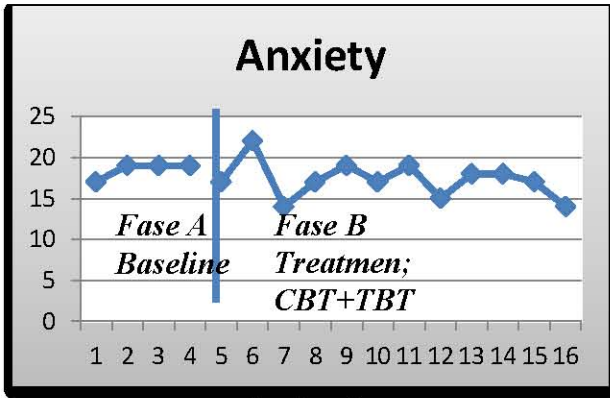
**Resume Pelaksanaan Intervensi Responden Y selama Penelitian dalam *Treatment Phase* di Rumah Responden (Cisitu Endah)**

<b>Jenis Intervensi</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Agenda</b>	<b>Sebelum Intervensi</b>	<b>Hasil Intervensi/ Perubahan</b>
CBT Sesi I	9 Mei 2016 Waktu: 2 jam	Asesmen dan Diagnosa	Merasa bingung, sehari-hari hanya di rumah, emosi tidak terkontrol, ADL tidak teratur, merasa cepat lelah, tdiak berergi, tidak semangat, selalu merasa kesal	mampu mengungkapkan permasalahan mampu mengungkapkan perasaan mulai menerima perubahan memiliki “ <i>appealing</i> ” untuk berfungsi sosial  Akhir Sesi ( <i>reinforcement technic</i> ) kegiatan rekreatif (Taman Cikapundung) dan hadiah-hadiah kecil seperti biskuit dan minuman
CBT Sesi II	12 Mei 2016 Waktu: 1,5 jam	Akar Permasalahan	Tidak memiliki pengetahuan mengapa selalu merasa sedih, tidak memiliki pengetahuan mengapa sering merasa kesal, bingung, tidak memiliki pengetahuan mengapa berperilaku agresif fisik maupun verbal	Terdapat dua permasalahan utama dalam kognitif Responden: (1) keyakinan negatif/pesimis terhadap kemampuan diri sendiri, (2) berperilaku agresif baik verbal dan fisik. Fisik kepada anak bayi (10 bulan), verbal kepada kedua orangtua  Penyebab: (1) <i>unfinished business</i> konflik dengan suami, <i>anxiety</i> , ketakutan ditinggal (trauma), belum mampu mengontrol emosi  Agenda Sesi selanjutnya: <i>Self-awareness</i> untuk penyadaran dan membangun emosi positif  Akhir Sesi ( <i>reinforcement technic</i> ) kegiatan rekreatif jalan-jalan berkeliling menggunakan motor, dan hadiiah-hadiah kecil seperti minuman dingin dan jus buah
CBT Sesi III	13 Mei 2016 Waktu: 2 jam	Mengubah keyakinan negatif	Keyakinan negatif: saya merasa hidup saya tidak seenak orang lain, banyak musibah dan masalah, saya tidak bisa mengontrol emosi saya, ketika saya melihat anak saya saya selalu merasa kesal dan tambah kesal kalau dia rewel, saya merasa gagal sebagai seorang ibu tidak punya penghasilan hanya minta ke kakak atau ibu, saya menyalahkan diri saya atas semua hal buruk yang terjadi di keluarga, saya tidak tertarik pada lawan jenis lagi sekarang, saya suka bimbang	Menyusun rencana pembalikan keyakinan negatif bersama  1. Menyusun jadwal ADL 2. Mempraktekkan terapi relaksasi 3. Mempraktekkan stress-relief 4. Menemui Psikiater dan Psikolog 5. Mencari pekerjaan  Akhir Sesi ( <i>reinforcement technic</i> ) kegiatan rekreatif (ke BIP) dan hadiah kecil seperti jepit rambut dan makan siang

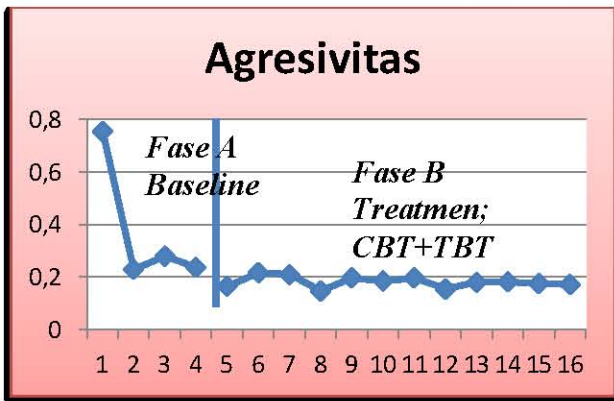
CBT Sesi IV	14 Mei 2016 Waktu: 1 jam	Pengulangan pengulangan Terapi relaksasi, konseling kognitif (sugesti), <i>stress-relief</i>	Masih pesimis, masih tidak mengikuti instruksi, Mendengarkan terapis, mencoba melakukan rencana yang sudah disusun	Mempraktikkan terapi relaksasi dan <i>stress-relief</i> , memperlakukan bayi dengan lebih baik, menjaga perlakuan kepada orangtua, mulai menyadari hal-hal yang tidak boleh dilakukan, mulai ada mawas diri  Akhir Sesi ( <i>reinforcement technic</i> ) kegiatan rekreatif (ke Braga Citywalk) dan hadiah kudapan kecil
CBT Sesi V	15 Mei 2016 Waktu: 1 jam	Pengulangan pengulangan Terapi relaksasi, konseling kognitif (sugesti), <i>stress-relief</i>	mulai menyadari hal-hal yang tidak boleh dilakukan, mulai ada mawas diri	Orangtua melaporkan sudah ada perubahan, tapi ketika malam dan pekerja sosial pulang, kembali marah-marahan dan berkata kasar  Akhir Sesi ( <i>reinforcement technic</i> ) kegiatan rekreatif (ke Taman Balai Kota) dan hadiah biscuit dan minuman
CBT Sesi VI	16 Mei 2016 Waktu: 1 jam	Pengulangan pengulangan Terapi relaksasi, konseling kognitif (sugesti), <i>stress-relief</i> lebih sering	Masih marah-marahan ketika tidak ada pekerja sosial	Orangtua melaporkan perubahan dan tetap tenang ketika tidak ada pekerja sosial, namun kemudian masih marah-marahan lagi kemudian  Akhir Sesi ( <i>reinforcement technic</i> ) kegiatan rekreatif (ke Taman Panatayuda) dan hadiah kudapan ringan
TBT Sesi I	18 Mei 2016 Waktu: 2 jam	Menyusun jadwal ADL	17 Mei 2016, responden dibawa ke psikiater dan psikolog, seminggu kemudian infoman menolak minum obat karena merasa semakin buruk dan memilih untuk tidak minum obat. Keberhasilan obat dalam menurunkan gejala penyerta hanya 30-40%, kemudian masih marah-marahan lagi	Jam 6.00 (bangun pagi, sholat) Jam 6.30 (beli bubur, menyuapi anak (Z), memandikan) Jam 7.30 (ibu berangkat kerja) Jam 8.00 (biasanya anak tidur, Klien mandi kemudian mengambil baju-baju yang kotor untuk direndam, mengambil piring-piring kotor untuk dibasahi, mengepel) Jam 9.00 (biasa anak bangun, membuat susu, sambil menidurkan kembali) Jam 10.00 (mencuci piring, mencuci baju, masak nasi) Jam 12.00 (anak bangun, membuat makanan anak milna, menyuapi, membuat susu, sambil menunggu ibu pulang kerja. Menitipkan anak kepada Bapak jika pekerjaan rumah belum selesai) Jam 13.00 (sholat, bersama-sama ibu masak dan mengurus Z) Jam 16.00 (sholat, pengajian (jika ada)) Jam 17.00 (makan bersama keluarga) Jam 18.00 (sholat) Jam 19.00 (sholat) Istirahat

TBT Sesi II	19 Mei 2016 Waktu: 5 jam	Observasi pelaksanaan jadwal; reward pujian, dan observasi	Sudah mulai mandi seperti jadwal, namun pekerjaan rumah lain baru mengepel dan mencuci baju	Responden mulai menunjukkan keinginan untuk menjadi lebih baik dan disiplin Responden mulai menunjukkan semangat kerja Responden mulai memiliki banyak hal untuk diberitahu dan diceritakan
TBT Sesi III	20 Mei 2016 Waktu: 5 jam	Observasi pelaksanaan jadwal; reward pujian, dan observasi	Perilaku mengurus anak masih tidak sabaran, dan ketika kesal masih agresif secara fisik	Orangtua ikut peran serta menegur responden dan mengawasi jadwal Orangtua menerapkan teknik reinforcement dengan pujian dan penghargaan ketika responden berhasil melaksanakan semua yang dijadwalkan
TBT Sesi IV	21 Mei 2016 Waktu: 2 jam	Menegaskan kembali komitmen awal	Setelah peneliti ulang, ibu melaporkan perilakunya kembali seperti awal, marah-marah	Mengumpulkan kembali kedua orangtua dan tetangga untuk menegaskan kembali komitmen awal, setuju untuk semua memberikan reward pujian dan menegur secara halus ketika jadwal tidak dilaksanakan atau pelaksanaannya kurang beretika
TBT Sesi V	22 Mei 2016 Waktu: 2 jam	Observasi pelaksanaan jadwal; reward pujian, dan supervise dari keluarga dan tetangga	Masih belum melaksanakan jadwal sebagaimana disepakati	Penegasan kembali komitmen dan menyepakati etika dalam pelaksanaan jadwal: <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Tidak memukul anak</li> <li>(2) Tidak marah-marah dan berkata kasar pada orangtua</li> <li>(3) Melaksanakan pekerjaan rumah sesuai jadwal</li> </ol>
TBT Sesi VI	23 Mei 2016 Waktu: 5 jam	Memperhatikan kondisi	Dari pertemuan terakhir, klien berjanji akan melakukan yang terbaik	Berhasil melaksanakan banyak hal pada jadwal, Responden berusaha tidak telat jadwal yang kemudian merusak jadwal selanjutnya Responden berhasil banyak melakukan tugas dengan baik

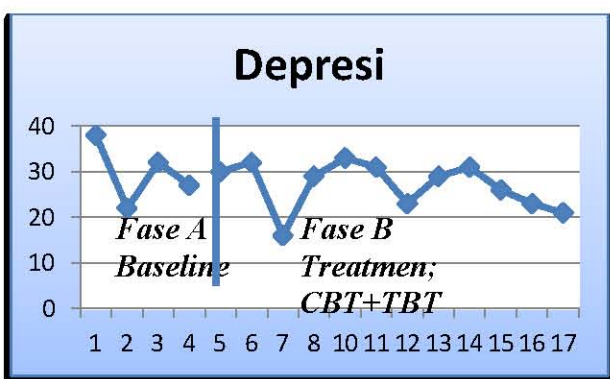




Gambar 4 Pengukuran Fase A dan Fase B pada Variabel Terikat Anxiety



Gambar 5 Pengukuran Fase A dan Fase B pada variabel terikat Agresivitas



Gambar 6 Pengukuran Fase A dan Fase B pada Variabel Terikat Agresivitas

### Implikasi Penelitian

Implikasi pada penelitian ini adalah:

1. Implikasi teoritis  
Implikasi dari penelitian ini adalah pembuktian-pembuktian ilmiah terhadap teori yaitu Teori Kognitif Behavior, Teori Berpusat Tugas dan Teori Anxiet-Depresi
2. Implikasi Praktis  
Implikasi praktis dalam penelitian ini adalah pembelajaran-pembelajaran praktik penanganan pekerjaan sosial klinis pada klien dengan gangguan kejiwaan sebagai berikut:

Intervensi Pekerjaan Sosial Psikiatrik *Self Care*, membantu responden dapat secara mandiri melakukan *Activity of Daily Living (ADL)*

Dukungan Sosial dari keluarga  
Disiplin minum obat atau rekayasa lingkungan yang menghindarkan responden dari faktor-faktor pemicu kekambuhan.

Penerapan Teknik Relaksasi dan Teknik *Reinforcement* selalu terpakai

### Simpulan

Hipotesa utama (H0) yaitu bahwa Implementasi model *task-centered* dapat dalam menurunkan gejala penyerta yaitu anxiety, depresi dan agresivitas bagi Responden Y yang memiliki gangguan kejiwaan skizoafektif, *post-partum psychosis* dan *babyblues syndrome*, hipotesis ini diterima dan mampu menurunkan gejala variabel penyerta dengan dibuktikan dalam uji hipotesis.

1. Hipotesis 1  
Analisis 2 standar deviasi  
Dengan 2 standar deviasi rata-rata dan r rata-rata:  $2.271 < 16.188$   
Analisis ini memperlihatkan angka dimana hasil pengukuran setelah *treatment phase* CBT lebih kecil dari (<) standar deviasi sehingga intervensi bermakna menurun signifikan.

#### *Analisis Visual dalam kondisi*

Dalam panjang kondisi 4/6 yaitu 4 sesi baseline dan 6 sesi intervensi, dengan kecenderungan arah untuk variabel 1 *anxiety* menurun 10%, variabel 2 agresifitas mendatar atau tidak berubah, dan variabel 3 depresi meningkat 2.5%, dan dengan kecenderungan stabilitas 85%. Selisih kondisi akhir baseline dibandingkan dengan kondisi akhir intervensi, menyatakan implementasi Cognitive-behavior Therapy (CBT) mampu menurunkan gejala penyerta yaitu *anxiety*, depresi dan agresifitas bagi Responden Y sebesar 8.24%

#### 2. Hipotesis 2

Analisis 2 standar deviasi

Dengan 2 standar deviasi rata-rata dan  $r$  rata-rata:  $225.5 - 28.5 = 3 < 13.699$

Analisis ini memperlihatkan angka dimana hasil pengukuran setelah

treatment phase Terapi Berpusat Tugas lebih kecil dari ( $<$ ) standar deviasi sehingga intervensi bermakna menurun signifikan. Analisis Visual dalam kondisi

#### Analisis Visual dalam Kondisi

Dalam panjang kondisi 4/6 yaitu 4 sesi baseline dan 6 sesi intervensi, dengan kecenderungan arah untuk variabel 1 *anxiety* meningkat 6.7%, variabel 2 meningkat 2.1%, dan variabel 3 depresi menurun 15% dan dengan kecenderungan stabilitas 85%. Selisih kondisi akhir baseline dibandingkan dengan kondisi akhir intervensi, menyatakan implementasi Terapi Berpusat Tugas mampu menurunkan gejala penyerta yaitu *anxiety*, depresi dan agresivitas bagi Responden Y sebesar 10.69%.

### Daftar Pustaka

- Aaron T. Beck. 1996. *The Beck's Depression Inventory*. Unknown
- Buss, A.H., dan Perry, M. P. 1992. The Agression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63:452-459.
- Cesar M. Garces Carranza. 2013. *Social Work in the Hospital Setting Interventions*. New York: Trafford Publishing
- Galati,dkk. 2008. *Differences between Hospitals Employes Social Workers and Those doesn't employ Social Workers*. University of Toronto Jurnal Press Vol. 7 Hal 23-33.
- Hamilton M. 1959. *The Assesment of Anxiety States by Rating*. Br J. Medical School 32: 50-55.
- Judith Milner dan Patrick O'Byrne. 2002. *Assessment in Social Work*, 3<sup>th</sup> Edition. London; Palgrave Macmillan
- Malcolm Stuart Payne. 1991. *Modern Social Work Theory: Crisis Intervenstion and Task-Centered Models*. Palgrave Macmillan: United Kingdom
- Meiti Subardhini, dkk. 2013. *Manual Terapi Psikososial 2*. STKS Press Bandung