

Penerapan Terapi Kognitif dan *Family Psychoeducation* pada Keluarga Disharmoni dengan Risiko Bunuh Diri : Studi Kasus

Reza Fajar Amalia¹, Priyo Purnomo As'hab²

¹ Jurusan Keperawatan, Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan, Universitas Jenderal Soedirman

² Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Cilacap

Email: reza.fajar@unsoed.ac.id

Abstrak

Latar Belakang: Konflik keluarga merupakan faktor presipitasi utama stres interpersonal dan berkaitan dengan adanya pola komunikasi yang tidak efektif di dalam keluarga. Stres yang tidak teratasi ini dapat berdampak pada depresi hingga perilaku bunuh diri. Penatalaksanaan klien dengan risiko bunuh diri membutuhkan keterlibatan dari berbagai aspek terutama keluarga sebagai sistem pendukung utama bagi klien.

Tujuan: Memberikan gambaran tentang penerapan terapi kognitif dan terapi family psychoeducation pada keluarga disharmoni dengan risiko bunuh diri.

Metode: Studi ini dilaksanakan dengan pendekatan studi kasus. **Gambaran Kasus:** Ny. I (36 tahun) memiliki masalah rumah tangga berupa ancaman perpisahan (perceraian). Klien mengatakan bahwa suaminya (40 tahun) telah berselingkuh dan ingin menceraikan klien. Klien memiliki 2 orang anak laki-laki yang berusia 18 tahun dan 7 tahun. Klien merasa cemas, sedih, dan marah jika rumah tangganya harus berakhir dengan perceraian. Klien mengatakan tidak mampu jika harus menjadi single parent, klien tampak putus asa dan menyatakan ingin menyerah pada masalah yang sedang dihadapi, klien sering menangis, melamun, dan mengungkapkan keinginannya untuk mati. Klien juga berpesan kepada ibunya agar menjaga anak-anaknya setelah dirinya mati. Keluhan fisik yang dialami yaitu tekanan darah tinggi (>150/100 mmHg), sakit kepala, jantung berdebar, tidak nafsu makan, dan gangguan tidur.

Hasil: Penurunan skor ide bunuh diri dari 78% menjadi 22% serta peningkatan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga.

Simpulan: penerapan terapi kognitif dan family psychoeducation pada kasus risiko bunuh diri non psikotik khususnya pada keluarga disharmoni berdampak pada penurunan ide bunuh diri serta meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan risiko bunuh diri.

Kata Kunci: terapi kognitif, family psychoeducation, risiko bunuh diri

Abstract

Application of Cognitive Therapy and Family Psychoeducation to Disharmonious Families with Suicide Risk: A Case Study

Background: Family conflict is a major precipitating factor of interpersonal stress and is related to ineffective communication patterns within the family. This unresolved stress can have an impact on depression and suicidal behaviour. Managing clients at risk of suicide requires involvement from various aspects, especially the family as the main support system for clients. Purpose: Provide an overview of the application of cognitive therapy and family psychoeducational therapy in disharmony families with suicide risk.

Methods: This study was conducted using a case study approach. Case Overview: Mrs I (36 years old) has domestic problems in the form of threats of separation (divorce). The client said that her 40-year-old husband had an affair and wanted to divorce her. The client has two sons, ages 18 and 7. Clients feel anxious, sad, and angry if their household must end in divorce. The client says he can't afford to be a single parent, the client looks hopeless and says he wants to give up on the problem at hand, the client often cries, daydreams, and expresses his wish to die. The client also advised his mother to care for her children after she died. Physical complaints experienced were high blood pressure (> 150/100 mmHg), headaches, palpitations, loss of appetite, and sleep disturbances.

Results: A decreased score of suicidal ideation from 78% to 22% and increased family knowledge and ability to care for family members.

Conclusion: The application of cognitive therapy and family psychoeducation in cases of non-psychotic suicide risk, especially in disharmony families, has an impact on reducing suicidal ideation and increasing the knowledge and ability of families to care for clients at risk of suicide.

Keywords: cognitive therapy, family psychoeducation, risk of suicide

PENDAHULUAN

Bunuh diri merupakan fenomena global dengan prevalensi yang meningkat setiap tahunnya. Berdasarkan data WHO pada tahun 2015 terdapat lebih dari 800.000 orang meninggal setiap tahunnya karena bunuh diri (Centre For Disease Control and Prevention, 2016). Angka kejadian depresi di Indonesia mencapai 24 per 100.000, hal ini berarti sebanyak 50.000 orang meninggal dalam satu tahun disebabkan oleh bunuh diri. Bunuh diri merupakan pikiran-pikiran maupun perilaku individu untuk mengakhiri hidup mereka sendiri (O'Connor & Knock, 2014). Ide bunuh diri merupakan semua pikiran, gambaran, atau keyakinan-keyakinan tentang keinginan

mengakhiri hidup (Wenzel, Brown & Beck, 2009).

Berdasarkan tinjauan psikopatologi, bunuh diri berkaitan dengan kadar serotonin dalam otak yang rendah sehingga berdampak pada adaptasi respon emosi (Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, 2016). Selain itu, adanya lesi atau trauma di otak, riwayat cedera kepala, serta riwayat keluarga dengan bunuh diri menjadi faktor resiko bagi perilaku destruktif pada diri sendiri (Fortaine, 2009). Bunuh diri merupakan suatu manifestasi dari luka yang sangat dalam, serta harapan yang rendah untuk memperoleh pertolongan terhadap penderitaan yang dirasakan ((Varcarolis, E. M., & Halter, 2014).

Keharmonisan rumah tangga merupakan harapan semua keluarga di mana antar anggota keluarga dapat saling menyayangi, akan tetapi pada kenyataannya tidak semua keluarga dapat mewujudkan harapan tersebut dan berdampak pada terjadinya disharmoni keluarga. Keluarga disharmoni atau ketidakselarasan (kekacauan) keluarga merupakan kondisi dimana struktur peran dan fungsi keluarga tidak dapat berjalan sebagaimana mestinya sehingga menimbulkan konflik dalam keluarga. Penelitian (Auerbach et al., 2018) menjelaskan bahwa konflik keluarga merupakan faktor presipitasi utama stres interpersonal dan berkaitan dengan adanya pola komunikasi yang tidak efektif di dalam keluarga. Stres yang tidak teratasi dapat berdampak pada depresi hingga perilaku bunuh diri.

Upaya pencegahan perilaku bunuh diri membutuhkan keterlibatan dan pendekatan dari berbagai aspek dimana luaran utama yang diharapkan yaitu klien tidak akan mencederai atau membahayakan diri, klien mampu mengidentifikasi aspek positif, klien mampu menerapkan mekanisme koping yang adaptif, serta mampu mengidentifikasi dan menggunakan sistem dukungan sosial yang dimiliki (Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, 2016).

Salah satu tindakan keperawatan spesialis yang dapat diberikan pada klien dengan risiko bunuh diri adalah terapi kognitif (*cognitive therapy/CT*). Terapi kognitif pada klien risiko bunuh diri berfokus pada pikiran dan keyakinan untuk membangun koping yang adaptif. Terapi kognitif memberikan dampak positif terhadap proses berpikir dan membantu klien untuk menemukan kembali makna dalam hidupnya (Byrne, 2012). Selain

penatalaksanaan individu, intervensi berbasis keluarga sebagai sistem pendukung utama juga diperlukan oleh karena masalah yang dialami oleh anggota keluarga akan menjadi suatu stressor atau tekanan bagi anggota keluarga yang lain dan berpotensi menimbulkan terjadinya stress dalam keluarga (Das et al., 2018). Salah satu intervensi keluarga yang dapat diterapkan yaitu family psychoeducation (FPE), yaitu psikoterapi keluarga untuk meningkatkan fungsi dan kemampuan anggota keluarga dan meningkatkan komunikasi keluarga (Shives, 2012).

Penerapan terapi kognitif dan *family psychoeducation* (FPE) pada kasus risiko bunuh diri non psikotik khususnya pada keluarga disharmoni menjadi penting untuk disajikan dalam bentuk *case report* karena kasus perceraian keluarga di Indonesia cenderung mengalami peningkatan setiap tahunnya (bps.go.id), sehingga diperlukan suatu strategi pencegahan kasus risiko bunuh diri yang komprehensif.

GAMBARAN KASUS

Klien adalah seorang ibu berusia 36 tahun, bekerja sebagai buruh, mengalami masalah rumah tangga berupa ancaman perpisahan (perceraian). Klien mengatakan bahwa suaminya (40 tahun) yang bekerja sebagai supir telah berselingkuh dan ingin menceraikan klien. Klien memiliki 2 orang anak laki-laki yang berusia 18 tahun dan 7 tahun. Klien merasa cemas jika rumah tangganya benar-benar berakhir dengan perceraian. Klien mengkhawatirkan jika setelah bercerai suaminya tidak lagi memberi nafkah pada anak-anaknya.

Selama ini klien tinggal bersama suami, kedua anaknya, dan ibu

kandungnya (usia 60 tahun). Klien mengungkapkan bahwa sejak adanya konflik rumah tangga, suaminya sudah jarang pulang ke rumah. Suaminya pernah beberapa kali mengungkapkan keinginan untuk menceraikan klien hanya melalui pesan singkat. Klien merasa sedih, bingung, marah, dan tidak tahu harus berbuat apa. Klien masih berharap keluarganya dapat dipertahankan meskipun menurut klien hal tersebut sangat kecil peluangnya. Klien mengatakan tidak mampu jika harus menjadi *single parent*, klien tampak berputus asa dan menyatakan ingin menyerah pada masalah yang sedang dihadapi. Saat dilakukan pengkajian keluarga, Ibu klien (*caregiver*) mengungkapkan merasa sedih dan bingung atas kondisi klien yang sering melamun dan menangis. Ibu klien juga khawatir dan bingung ketika klien menitipkan anak-anaknya kepada dirinya dan mengungkapkan ingin mati saja.

Klien dan ibunya merupakan penderita hipertensi selama 4 tahun, namun baru rutin minum obat setiap hari sejak sekitar 4 bulan terakhir. Adanya masalah keluarga ini berdampak pada kondisi fisiologis klien dan ibunya berupa keluhan seperti tekanan darah tinggi (>140/100 mmHg), sakit kepala, jantung berdebar, tidak nafsu makan, dan gangguan tidur.

PELAKSANAAN

Penilaian ide bunuh diri dengan menggunakan instrumen skala ide bunuh diri (*Scale of Suicide Ideation*) yang dikembangkan oleh Beck et al., (1979). Kuesioner ini terdiri dari 19 pertanyaan dengan skor 0,1, dan 2 pada setiap pilihan jawaban berbeda pada setiap pertanyaan. Skor dihitung dengan menjumlahkan setiap nilai dari semua pertanyaan dengan

rentang skor antara 0- 38, semakin tinggi skor yang diperoleh menunjukkan semakin besar ide bunuh diri.

Terapi kognitif yang digunakan dalam laporan kasus ini menggunakan modul terapi kognitif yang terdiri dari 4 sesi dan telah digunakan pada penelitian Irfanudin et al., (2018)). Sedangkan FPE menggunakan modul terapi yang telah dilakukan oleh Mulia et al., (2017) yang terdiri dari 6 sesi terapi.

Penilaian ide bunuh diri dilakukan pada pertemuan pertama setelah pengkajian keperawatan jiwa lanjut, kemudian dilanjutkan dengan intervensi keperawatan generalis risiko bunuh diri dan intervensi ners spesialis berupa terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga selama 5 kali pertemuan. Selanjutnya ide bunuh diri dievaluasi kembali pada pertemuan terakhir.

Adapun tahapan pelaksanaan terapi kognitif dan FPE digambarkan dalam tabel berikut ini.

Tabel 1. Tahapan Terapi Kognitif dan FPE

Sesi	Terapi Kognitif	FPE
1	Mengidentifikasi pengalaman yang tidak menyenangkan dan menimbulkan pikiran otomatis negatif	Mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami oleh klien serta masalah kesehatan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit dan merawat satu masalah kesehatan
2	Melawan pikiran otomatis negatif	Merawat masalah kesehatan lainnya
3	Memanfaatkan sistem pendukung	Manajemen stress keluarga: Teknik relaksasi napas dalam, distraksi, spiritual dan hipnosis lima jari
4	Mengevaluasi manfaat melawan pikiran negatif	Manajemen beban keluarga
	-	Memanfaatkan sistem pendukung :
6	-	Evaluasi manfaat FPE

PEMBAHASAN

Hasil studi kasus menjelaskan bahwa salah satu distorsi kognitif yang dialami oleh klien yaitu klien merasa tidak akan mampu menjadi orang tua tunggal bagi anak-anaknya terutama berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan finansial. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian (Solikhah, 2016) yang menjelaskan bahwa beban permasalahan paling berat yang dihadapi oleh *ibu single parent* karena kasus perceraian adalah masalah ekonomi. Selain itu, permasalahan lain yang dihadapi yaitu terkait dengan hilangnya *support system* utama seorang istri yaitu tidak adanya lagi dukungan suami munculnya tekanan sosial seperti perebutan hak asuh, perasaan gagal dalam memenuhi harapan keluarga dan masyarakat umum tentang gambaran keluarga yang utuh dan harmonis (Sirait & Minauli, 2015). Masalah ekonomi dan tekanan sosial berupa pandangan negatif terhadap keluarga yang bercerai memicu timbulnya distorsi kognitif pada klien.

Kasus ketidakharmonisan keluarga yang dihadapkan pada perceraian akan memberikan dampak psikologis yang mendalam bagi perempuan atau istri. Perasaan bersalah, ketidakberdayaan, penyesalan yang mendalam, marah dan perasaan malu dapat mempengaruhi kesehatan mental yang dapat berujung pada depresi hingga risiko bunuh diri. Kesedihan mendalam akibat berpisah dengan suami juga dapat berdampak pada kesehatan fisik serta hubungan interpersonal seperti diskriminasi dari lingkungan atau tetangga terhadap

keluarga yang bercerai (Hasana & Widuri, 2014).

Perceraian merupakan suatu pengalaman negatif dalam kehidupan yang berpotensi menjadi suatu stressor pada risiko bunuh diri. Penelitian Zhang et al., (2015) menjelaskan bahwa ketidakharmonisan hubungan dengan pasangan, perselisihan dengan anggota keluarga atau teman, kesulitan ekonomi keluarga serta riwayat penyakit kronis merupakan beberapa faktor yang secara independen terkait dengan percobaan bunuh diri. Pada kasus ini, klien memiliki beberapa faktor predisposisi sekaligus, yaitu adanya riwayat penyakit kronis (hipertensi) dan masalah kesulitan ekonomi keluarga. Sedangkan faktor presipitasi utama yaitu berupa ketidakharmonisan hubungan dengan pasangan yang dihadapkan pada perceraian.

Ide bunuh diri merupakan pikiran untuk membunuh diri sendiri, baik yang disimpan sendiri maupun diungkapkan kepada orang lain (Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, 2016). Ide bunuh diri ini merupakan suatu proses kontemplasi dari tindakan bunuh diri yang tidak atau belum disertai dengan adanya aksi atau tindakan. Pada tahap ini, klien bisa saja tidak mengungkapkan pikirannya tersebut kepada orang lain. Namun demikian, sangat penting untuk disadari oleh keluarga maupun perawat bahwa pada tahap ini klien memiliki pikiran tentang keinginan untuk mati (Muhith, 2015).

Terapi kognitif diberikan kepada klien dengan tujuan untuk mengubah pikiran negatif ke arah positif, menurunkan gejala dan pikiran tentang ide bunuh diri melalui perbaikan distorsi

kognitif, depresi serta keputusan yang dialami oleh klien (Hymen, 2014; Towsend, 2005). Melalui terapi kognitif, perawat membantu klien untuk mengidentifikasi peristiwa atau pengalaman tidak menyenangkan yang menimbulkan munculnya pikiran otomatis negatif dan membimbing klien untuk melawan pikiran negatif tersebut dan mengarahkan klien untuk berpikir secara logis. Pada sesi awal terapi, klien tampak belum menunjukkan respons komunikasi terbuka dengan perawat. Hal tersebut dapat terjadi karena klien risiko bunuh diri mungkin mengalami kesulitan dalam berbagi pikiran dan perasaan secara mendalam dengan orang lain. Pada kasus ini, masalah yang dialami merupakan salah satu masalah sensitif sosial, sehingga klien mungkin merasa malu, timbul perasaan bersalah, maupun perasaan takut terhadap stigma (Joiner et al., 2016). Adapun pendekatan yang dilakukan oleh perawat yaitu dengan mengembangkan hubungan terapeutik melalui membangun kepercayaan, memberikan dukungan dan rasa aman kepada klien untuk mengungkapkan perasaan dan pikiran klien tanpa takut dihakimi atau diabaikan (Ellis & Newman, 2017).

Evaluasi pada ide bunuh diri menunjukkan adanya penurunan ide bunuh diri yang semula 78% menjadi 22%. Hasil ini sejalan dengan penelitian (Johnco et al., 2014) yang menyebutkan bahwa terapi kognitif dapat merestrukturisasi kognitif serta dapat menurunkan tekanan emosi yang selanjutnya akan berdampak pada perbaikan perilaku.

Distorsi pikiran pada klien risiko bunuh diri juga mempengaruhi sistem biologis dimana gangguan pikiran akan mempengaruhi sistem saraf simpatis

dan parasimpatis yang menimbulkan gejala fisik seperti peningkatan detak jantung, kelelahan, ketegangan otot, dan gangguan lambung (Groer et al., 2020). Pada kasus ini, intervensi keperawatan yang diberikan dapat menurunkan respons fisiologis berupa kelelahan, pusing, penurunan tekanan darah, perbaikan kualitas tidur dan peningkatan nafsu makan.

Penanganan kasus risiko bunuh diri membutuhkan keterlibatan berbagai aspek terutama keluarga sebagai sistem dukungan utama bagi klien. Melalui *Family Psychoeducation* (FPE), perawat melibatkan keluarga dalam merawat klien dengan memberikan informasi dan edukasi. Keluarga perlu dibekali dengan pengetahuan dan informasi yang tepat terkait dengan kondisi kesehatan klien. Selain pemberian informasi, melalui FPE ini keluarga juga dilatih untuk mengelola stres dan beban dalam merawat klien sehingga keluarga mampu memahami dan menggunakan mekanisme koping yang tepat dalam menghadapi masalah keluarga. Selain itu, dengan memahami masalah kesehatan yang dialami klien, maka keluarga akan mampu memberikan perawatan yang tepat dan menciptakan suasana dan lingkungan yang mendukung kesehatan klien. Keluarga berperan dalam mencari pertolongan serta memutuskan upaya yang tepat sesuai dengan kondisi kesehatan klien (Friedman, 2010). Hal ini sesuai dengan penelitian (Pedersen et al., 2015) yang menjelaskan bahwa FPE dapat membantu keluarga untuk mandiri dalam mengatasi masalah kesehatan klien.

SIMPULAN DAN SARAN

Penerapan terapi kognitif dan *family psychoeducation* (FPE) pada kasus risiko bunuh diri non-psikotik khususnya

pada keluarga disharmoni berdampak pada penurunan ide bunuh diri serta meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan risiko bunuh diri. Terapi kognitif dan FPE ini dapat dilakukan baik di setting pelayanan rumah sakit maupun di komunitas. Perawat sebagai terapis hendaknya mampu mengidentifikasi tanda dan gejala risiko bunuh diri serta mampu menciptakan lingkungan yang terapeutik agar tujuan intervensi dapat tercapai optimal.

RUJUKAN

- Auerbach, R. P., Ho, M. H. R. , & Kim, J. C. (2018). Identifying cognitive and interpersonal predictors of adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology. Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 913–924.
- Beck, A. T. , Kovacs, M. , & Weissman, A. (1979). Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352.
- Byrne, P. R. (2012). Cognitive Therapy Prevent Future Suicide Attemp. . *Journal of Watch Psychiatry*.
- Centre For Disease Control and Prevention. (2016). *Suicide*. [Www.Cdc.Gov/ViolencePrevention/Suicide/Index.Html](http://www.Cdc.Gov/ViolencePrevention/Suicide/Index.Html).
- Das, S. , Das, B. , Nath, K., Duta, A. , Bora, P. , & Hazarika, M. (2018). Impact of stress, coping, social support, and resilience of families having children with autism: A North East India-based study. *Asian Journal of Psychiatry*.
- Ellis, T. E. , & Newman, C. F. (2017). *Choosing to Live: How to Defeat Suicide Through Cognitive Therapy*.
- Fortaine, K. L. (2009). *Mental health nursing*. (6th ed.). Pearson Education, Inc.
- Friedman, M. M. ,. (2010). *Keperawatan Keluarga*. EGC.
- Groer, M. , Meagher, M. , & Kendall-Tackett, K. (2020). *An overview of stress and immunity. The psychoneuroimmunology of chronic disease: Exploring the link between inflammation, stress and illness* . American Psychological Asssocation.
- Hymen, et al. (2014). Cognitive Distortions And Suicide Attempts. *Cognit Ther Res*, 38(4), 369–374.
- Irfanudin, M. , Keliat, B. A. , & Daulima, N. H. C. (2018). *Pengaruh cognitive therapy (CT) dan social skill training (SST): case series pada klien dengan risiko bunuh diri* . Universitas Indonesia.
- Johnco, C., Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2014). The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive behavioural treatment for anxiety and depression in older adults: Results of a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 57(1). <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.005>
- Joiner, T. E., Brown, J. S., & Kistner, J. (2016). *The interpersonal, cognitive, and social nature of depression*. Lawrence Erlbaum.

- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Penerbit Andi.
- Mulia, M. , Keliat, B. A. , & Wardani, I. Y. (2017). *Pengaruh terapi kognitif perilaku dan terapi psikoedukasi keluarga terhadap penggunaan napza, ansietas dan harga diri narapidana remaja di lembaga pemsayarakatan narkotika*. Universitas Indonesia.
- O'Connor, R. C. , & Knock, M. K. (2014). Suicide 2. The psychology of suicidal behavior. *Lancet Psychiatry*, *1*, 73–85.
- Pedersen, P., Søgaard, H. J., Labriola, M., Nohr, E. A., & Jensen, C. (2015). Effectiveness of psychoeducation in reducing sickness absence and improving mental health in individuals at risk of having a mental disorder: A randomised controlled trial. *BMC Public Health*, *15*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2087-5>
- Shives, L. R. (2012). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing* (8th ed., Vol. 39). Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer.
- Sirait, N. y. , & Minauli, I. (2015). Hardiness pada single mother. *Jurnal diversita*. *Jurnal Diversita*, *29*(1).
- Solikhah, A. (2016). *Problematika dan resiliensi keluarga single parent (studi kasus empat keluarga di desa Sabdodadi Bantul)*. UIN Sunan Kalijaga.
- Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). *Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa stuart. Edisi Indonesia*. Elsevier.
- Towsend, M. C. . (2005). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing 3ed*. Fa Davis Company.
- Varcarolis, E. M., & Halter, M. J. (2014). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing A Clinical Approach*. Elsevier Inc.
- Zhang, W. C., Jia, C. X., Zhang, J. Y., Wang, L. L., & Liu, X. C. (2015). Negative life events and attempted suicide in rural China. *PLoS ONE*, *10*(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116634>