

SKRIPSI

**PENGARUH TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK (TAK)
STIMULASI PERSEPSI SESSI 1-3 TERHADAP KEMAMPUAN
MEMUTUS HALUSINASI PADA KLIEN SKIZOFRENIA**

PENELITIAN *QUASY EXPERIMENTAL*

DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA



Oleh :
AGUSTA DIAN ELLINA
NIM. 010310541 B

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2007**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, Juli 2007

Yang menyatakan

Agusta Dian Ellina
010310541 B

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

Tanggal Juli 2007

Pembimbing Ketua

Ahmad Yusuf, S.Kp, M.Kes
NIP. 132 255 152

Pembimbing

Hanik Endang N., S.Kep. Ns
NIK. 139 040 678

Mengetahui
a.n. Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Wakil Ketua II

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP. 140 238 226

Telah diuji
Pada tanggal, Juli 2007
PANITIA PENGUJI

Ketua : Ahmad Yusuf, S.Kp, M.Kes
NIP. 132 255 152

Anggota :1. Rizky Fitriyani, S.Kep., Ns
NIP. 132 318 820

2. Hanik Endang N., S.Kep. Ns
NIK. 139 040 678

Mengetahui
a.n. Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Wakil Ketua II

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP. 140 238 226

MOTTO

Be Happy, It's One Way of Being Wise.

JIA YOU !!!

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “**PENGARUH TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK STIMULASI PERSEPSI SESSI 1-3 TERHADAP KEMAMPUAN MEMUTUS HALUSINASI PADA KLIEN SKIZOFRENIA**” dapat terselesaikan. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Prof. Dr Mohammad Amin, Sp.P(K), selaku Dekan Fakultas kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi S1 Ilmu Keperawatan.
2. Prof. H Eddy Soewandojo, dr. SpPD, KTI, selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Surabaya.
3. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku pembimbing ketua
4. Bapak Ahmad Yusuf, S.Kp., M.Kes, selaku pembimbing ketua yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Ibu Hanik Endang N., S.Kep. Ns, selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan motivasi untuk menyelesaikan skripsi ini.
6. Direktur RS Jiwa menur Surabaya yang telah memberikan ijin, bantuan dan fasilitas terlaksananya penelitian.
7. Staf pendidikan, perpustakaan dan tata usaha PSIK FK UNAIR Surabaya.
8. Orang tuaku, adikku dan saudara-saudaraku yang telah memberikan motivasi, semangat, kasih sayang dan doa, semoga Allah SWT memberikan kesempatan pada saya untuk lebih berbakti kepadanya.

9. Semua sahabatku (maaf tidak bisa saya sebutkan satu-satu, karena banyak sekali) yang selama ini telah memberikan motivasi, semangat, bantuan dan doa. *Thank you for everything.*
10. Semua klien skizofrenia yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
Semoga amal baik yang telah anda berikan kepada penulis akan bermanfaat dan mendapat balasan dari Allah SWT. Amin

Surabaya, Juli 2007

Penulis,

ABSTRACT**THE EFFECT GROUP ACTIVITY THERAPY (GAT) PERCEPTION STIMULATION SESSION 1-3 REGARDED THE ABILITY TO CUT OF HALLUCINATION****A Quasy-Experimental Study in Menur Psyciatric Hospital****By: Agusta Dian Ellina**

Schizophrenia is not a single disorder, but a group of related disorder characterized by disordered thinking and perception. One positive symptoms of schizophrenia is hallucination. Hallucination generally flange at behavior that can injury themselves, other people and environment. Destructive agresive action or hardness behavior that be done by schizophrenia patient to injury themselves or other people, most of it caused by hallucination. GAT is a therapy given to schizophrenia patient to train them, so that they can recognize stimulation that nurses given.

Design used in this study was Quasy-eksperiment two group pre test- post test design, sampel consist of 14 respondent, 7 people treatment group and 7 people control group. The independent variable was group activity therapy (GAT) perception stimulasi, while the dependent variable was the ability to cut of hallucination. Data were collected using observation. Data was obtained using question in pre test and post test would be collected and analized using Wilcoxon Signed Rank Test with level of significance $<0,05$, while to know the difference of the ability to cut of hallucination post test between treatment group and control group would be analized using Mann-Whitney Test with level of significance $<0,05$.

The result showed that giving GAT had strong influence to increase the ability to cut of hallutination of schizophrenia patient, with the result of statistical test had same significant level $p=0,014$. The result showed that there was differences of the ability to cut of hallucination post test between treatment group and control group, with the result of statistical test had same significance level $p= 0,002$.

It can be concluded that group activity therapy (GAT) perception stimulation could increased ability to cut of hallucination. Recommendation for the nurse and other health profession to use group activity therapy (GAT) perception stimulation to increased ability to cut of hallucination. Further study of group activity therapy (GAT) perception stimulation to increased ability to cut of hallucination to be continued until session 5 so hopefully assisted curing prosess.

Key word: Group Activity Therapy (GAT) perception stimulation, Hallucination, cut of.

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji Skripsi	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih	vi
Abstract	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan umum	4
1.3.2 Tujuan khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat teoritis	5
1.4.2 Manfaat praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Kelompok.....	6
2.1.1 Pengertian Kelompok.....	6
2.1.2 Tujuan dan fungsi kelompok	6
2.1.3 Komponen kelompok.....	7
2.1.4 Perkembangan kelompok.....	9
2.2 Terapi Aktivitas kelompok	13
2.2.1 Pengertian Terapi Aktivitas kelompok	13
2.2.2 Jenis Terapi Aktivitas Kelompok.....	13
2.2.3 Peran terapis.....	16
2.2.4 TAK Stimulasi Persepsi:halusinasi.....	16
2.3 Konsep Dasar Halusinasi	17
2.3.1 Pengertian halusinasi	17
2.3.2 Faktor predisposisi dan presipitasi.....	18
2.3.3 Bentuk halusinasi	19
2.3.4 Tingkat intensitas halusinasi	21
2.3.5 Asuhan keperawatan halusinasi	23
2.4 Skizofrenia	25
2.4.1 Pengertian skizofrenia.....	25
2.4.2 Penyebab skizofrenia	26
2.4.3 Gejala skizofrenia	27
2.4.4 Jenis skizofrenia.....	29

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	32
3.1 Kerangka Konseptual	32
3.2 Hipotesis Penelitian	33
BAB 4 METODE PENELITIAN	34
4.1 Desain Penelitian	34
4.2 Kerangka Kerja	35
4.3 Desain Sampling	36
4.3.1 Populasi	36
4.3.2 Sampel	36
4.3.3 Besar sampel	37
4.3.4 Sampling	37
4.4 Identifikasi Variabel	38
4.4.1 Variabel independen	38
4.4.2 Variabel dependen	38
4.5 Definisi Operasional	39
4.6 Pengumpulan Data	40
4.6.1 Instrumen	40
4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian	40
4.6.3 Prosedur pengumpulan data	40
4.7 Analisis data	41
4.8 Etik Penelitian	42
4.9 Keterbatasan	43
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN	44
5.1 Hasil Penelitian	44
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian	44
5.1.2 Data umum	45
5.1.3 Data khusus	47
5.2 Pembahasan	49
5.2.1 Kemampuan memutus halusinasi sebelum TAK	49
5.2.2 Kemampuan memutus halusinasi sesudah TAK	50
5.2.3 Pengaruh TAK stimulasi persepsi terhadap kemampuan memutus halusinasi pada klien skizofrenia	52
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN	54
6.1 Simpulan	54
6.2 Saran	54
Daftar Pustaka	56
Lampiran	58

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Faktor predisposisi dan presipitasi halusinasi.....	19
Tabel 2.2	Tingkat intensitas halusinasi	22
Tabel 4.1	Definisi Operasional	39
Tabel 5.1	Data hasil uji statistik <i>Wilcoxon Signed Rank Test dan Mann Whitney Test</i>	48

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Kerangka Konseptual “Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi Sessi 1-3 Terhadap Kemampuan Memutus Halusinasi Pada Klien Skizofrenia”	32
Gambar 4.1	Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi Sessi 1-3 Terhadap kemampuan memutus Halusinasi Pada Klien Skizofrenia	35
Gambar 5.1	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan kelompok Kontrol Berdasarkan Umur di RSJ Menur Surabaya.....	45
Gambar 5.2	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Tingkat pendidikan di RSJ Menur Surabaya.....	45
Gambar 5.3	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Jenis Pekerjaan di RSJ Menur Surabaya.....	46
Gambar 5.4	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Status Perkawinan di RSJ Menur Surabaya.....	46
Gambar 5.5	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Agama di RSJ Menur Surabaya.....	46
Gambar 5.6	Diagram Kemampuan Memutus Halusinasi Pada Kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sesudah TAK.....	47
Gambar 5.7	Diagram Kemampuan memutus halusinasi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah TAK.....	48

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Proposal Terapi Aktivitas kelompok sesi 1-3	58
Lampiran 2	Surat permohonan data awal	58
Lampiran 3	Surat permohonan namtuan fasilitas penelitian.....	59
Lampiran 4	Surat balasan dari RS Jiwa Menur.....	60
Lampiran 5	Lembar permohonan menjadi responden	70
Lampiran 6	Lembar persetujuan menjadi responden	71
Lampiran 7	Format pengumpulan data	72
Lampiran 8	Lembar evaluasi/observasi	74
Lampiran 9	Tabulasi data demografi	75
Lampiran 10	Tabulasi data penelitian	76
Lampiran 11	Hasil uji statistik	77

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berdasarkan pengalaman dan survey di rumah sakit jiwa, masalah keperawatan yang paling banyak ditemukan adalah perilaku kekerasan, halusinasi, menarik diri dan harga diri rendah (Keliat&Akemat, 2005). Halusinasi umumnya mengarah pada perilaku yang membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Halusinasi pendengaran merupakan bentuk yang paling sering dari gangguan persepsi pada klien skizofrenia. Bentuk halusinasi bisa berupa suara-suara bisung atau mendengung. Tapi paling sering berupa kata-kata yang tersusun dalam bentuk kalimat. Bisa juga klien bersikap mendengarkan dengan penuh perhatian pada orang yang tidak berbicara atau pada benda mati. Halusinasi dapat mempengaruhi tingkah laku klien, sehingga menghasilkan respons tertentu seperti: bicara sendiri, bertengkar, atau respons lain yang membahayakan. Kasus yang paling banyak di Rumah Sakit Jiwa adalah klien dengan diagnosa skizofrenia, 70% mengalami halusinasi dan 30% nya mengalami waham. Sedangkan klien yang mengalami waham, 35% nya mengalami halusinasi. Klien skizofrenia dan psikotik lain, 20% mengalami campuran halusinasi pendengaran dan penglihatan (Stuart&Sundeen, 1995).

Berdasarkan data Departemen Kesehatan, jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mencapai 2,5 juta orang. Diperkirakan terdapat 200.000 kasus baru yang didiagnosa skizofrenia setiap tahun di United States, dan 2 juta diseluruh dunia. Kira-kira sekitar 1% dari populasi di United States menderita skizofrenia.

Angka kejadian skizofrenia biasanya terjadi pada remaja tua dan dewasa muda, dan angka itu kadang-kadang terjadi setelah usia 50 tahun, walaupun lebih jarang. 50% klien skizofrenia melakukan percobaan bunuh diri, dan sebagian besar berhasil. Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya tahun 2006, rata-rata terdapat 150 pasien skizofrenia perbulan, yang mengalami halusinasi 60% (90 klien), kerusakan interaksi dan gangguan konsep diri 25% (38 klien), perilaku kekerasan 10% (15 klien) dan klien dengan waham sekitar 5% (8 klien). (Medical Record RSJ Menur Surabaya, 2005). Dari 90 klien yang mengalami halusinasi dapat digolongkan dalam jenis halusinasi: klien yang mengalami halusinasi dengar sekitar 50% (45 klien), halusinasi penglihatan 45% (40 klien) dan gangguan halusinasi jenis lain sekitar 5% (5 klien). Ini merupakan angka yang cukup besar dan perlu mendapat perhatian perawat dalam merawat klien dengan gangguan persepsi halusinasi khususnya pada halusinasi pendengaran. Bila halusinasi tidak segera mendapatkan terapi pada klien gangguan jiwa akan menimbulkan masalah-masalah yang lebih banyak dan lebih buruk.

Dampak yang dapat ditimbulkan oleh halusinasi pada klien skizofrenia adalah: 1) perilaku kekerasan pada diri sendiri maupun orang lain, 2) resiko tinggi tindakan bunuh diri, 3) gangguan interaksi sosial, 4) kerusakan komunikasi verbal dan non verbal. Tindakan agresif destruktif/perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien skizofrenia baik mencederai diri sendiri atau orang lain sebagian besar disebabkan oleh halusinasi. Pendekatan yang dilakukan untuk mengatasi halusinasi dengar bisa menggunakan terapi psikofarmaka, terapi somatik (elektro convulsi terapi/ECT), terapi lingkungan, terapi bermain, okupasi terapi, dan terapi aktivitas kelompok yang bertujuan untuk mengorientasikan klien pada realita.

Orientasi realitas akan mengurangi persepsi sensorik yang salah dan meningkatkan rasa makna diri dan perpecahan pada pribadi klien (Mary C. Townsend, 1998). Untuk dapat mengorientasikan klien pada realita diperlukan pendekatan terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi. Terapi Aktivitas kelompok (TAK) stimulasi persepsi adalah terapi yang menggunakan aktivitas mempersepsikan berbagai stimulus yang terkait dengan pengalaman hidup untuk didiskusikan dalam kelompok. Hasil diskusi kelompok dapat berupa kesepakatan persepsi atau alternatif penyelesaian masalah (Keliat&Akemat, 2002)

Dari latar belakang tersebut penulis ingin membuat TAK stimulasi persepsi sehingga dapat membantu klien untuk mengenal halusinasi sebagai sesuatu yang tidak nyata dan mengajarkan cara memutus halusinasi. Dari alasan tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti sejauh mana pengaruh TAK stimulasi persepsi sesi 1-3 terhadap kemampuan memutus halusinasi pada klien skizofrenia.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimanakah kemampuan klien skizofrenia untuk memutus halusinasi sebelum dilakukan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) stimulasi persepsi di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya?
2. Bagaimanakah kemampuan klien skizofrenia untuk memutus halusinasi sesudah dilakukan Terapi Ktivitas Kelompok (TAK) stimulasi persepsi di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya?

3. Apakah ada pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) stimulasi persepsi terhadap kemampuan klien memutus halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Membuktikan pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) stimulasi persepsi: halusinasi sesi 1-3 terhadap kemampuan memutus halusinasi pada klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi kemampuan klien untuk memutus halusinasi sebelum dilakukan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) stimulasi persepsi di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
2. Mengidentifikasi kemampuan klien untuk memutus halusinasi sesudah dilakukan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) stimulasi persepsi di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
3. Menganalisis pengaruh Terapi Aktivitas kelompok (TAK) stimulasi persepsi sesi 1-3 terhadap kemampuan klien memutus halusinasi pada klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa menur Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjelaskan pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) stimulasi persepsi sesi 1-3 terhadap kemampuan memutus halusinasi pada klien skizofrenia sehingga dapat digunakan sebagai kerangka dalam mengembangkan ilmu keperawatan jiwa khususnya terapi modalitas yang berhubungan dengan penanganan halusinasi pada klien skizofrenia.

1.4.2 Praktis

1. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) diharapkan dapat digunakan sebagai salah satu cara yang efektif membantu klien mengatasi halusinasi dan penurunan hari rawat pada klien skizofrenia.
2. Sebagai masukan Rumah Sakit Jiwa dalam membuat rencana program, melaksanakan dan mengevaluasi TAK stimulasi persepsi pada klien skizofrenia dalam pelayanan keperawatan, untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan penurunan hari rawat.
3. Sebagai data dasar untuk mengembangkan dan melaksanakan penelitian lebih lanjut tentang TAK stimulasi persepsi: halusinasi yang dilakukan 5 sesi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini peneliti akan membahas konsep: 1) Kelompok. 2) Terapi Aktivitas Kelompok, 3) Halusinasi, 4) Skizofrenia.

2.1 Kelompok

2.1.1 Pengertian Kelompok

Kelompok adalah kumpulan individu yang memiliki hubungan satu dengan yang lain, saling tergantung, dan mempunyai norma yang sama. (Stuart&Laraia, 2001)

2.1.2 Tujuan dan Fungsi Kelompok

Tujuan kelompok adalah membantu anggotanya berhubungan dengan orang lain serta mengubah perilaku yang destruktif dan maladaptif. Kekuatan kelompok ada pada kontribusi dari setiap anggota dan pemimpin dalam mencapai tujuannya.

Kelompok berfungsi sebagai tempat berbagi pengalaman dan saling membantu satu sama lain, untuk menemukan cara menyelesaikan masalah. Kelompok merupakan laboratorium tempat mencoba dan menemukan hubungan interpersonal yang baik, serta mengembangkan perilaku yang adaptif. Anggota kelompok merasa dimiliki, diakui dan dihargai eksistensinya oleh anggota kelompok yang lain.

2.1.3 Komponen Kelompok

Kelompok terdiri dari delapan aspek, sebagai berikut (Stuart&Laraia, 2001):

1. Struktur Kelompok

Struktur kelompok menjelaskan batasan, komunikasi, proses pengambilan keputusan, dan hubungan otoritas dalam kelompok. Struktur kelompok menjaga stabilitas dan membantu pengaturan pola perilaku dan interaksi. Struktur dalam kelompok diatur dengan adanya pemimpin dan anggota, arah komunikasi dipandu oleh pemimpin, sedangkan keputusan diambil secara bersama.

2. Besar Kelompok

Jumlah anggota kelompok yang nyaman adalah kelompok kecil yang anggotanya berkisar antara 5-12 orang. Jumlah anggota kelompok kecil menurut Stuart & Laraia (2001) adalah 7-10 orang, menurut Lancaster (1980) adalah 10-12 orang, sedangkan menurut Rawlins, Williams, dan Beck (1993) adalah 5-10 orang. Jika anggota kelompok terlalu besar akibatnya tidak semua anggota mendapat kesempatan mengungkapkan perasaan, pendapat, dan pengalamannya. Jika terlalu kecil, tidak cukup variasi informasi dan interaksi yang terjadi.

3. Lamanya Sesi

Waktu optimal untuk satu sesi adalah 20-40 menit bagi fungsi kelompok yang rendah dan 60-120 menit bagi fungsi kelompok yang tinggi (Stuart&Laraia, 2001). Biasanya dimulai dengan pemahaman berupa orientasi, kemudian tahap kerja, dan finishing berupa terminasi. Banyaknya sesi bergantung pada tujuan kelompok, dapat satu kali/dua kali per minggu atau dapat direncanakan sesuai dengan kebutuhan.

4. Komunikasi

Salah satu tugas pemimpin kelompok yang terpenting adalah mengobservasi dan menganalisis pola komunikasi dalam kelompok. Pemimpin menggunakan umpan balik untuk memberi kesadaran pada anggota kelompok terhadap dinamika yang terjadi.

Pemimpin kelompok dapat mengkaji hambatan dalam kelompok, konflik interpersonal, tingkat kompetisi, dan seberapa jauh anggota kelompok mengerti serta melaksanakan kegiatan yang dilaksanakan.

5. Peran Kelompok

Pemimpin perlu mengobservasi peran yang terjadi dalam kelompok. Ada tiga peran dan fungsi kelompok yang ditampilkan anggota kelompok, yaitu (Stuart&Laraia, 2001) *maintenance roles*, *task role*, dan *individual role*. Maintenance roles, yaitu peran serta aktif dalam proses kelompok dan fungsi kelompok. Task roles, yaitu fokus pada penyelesaian tugas. Individual roles adalah self centered dan distraksi pada kelompok.

6. Kekuatan Kelompok

Kekuatan (power) adalah kemampuan anggota kelompok dalam mengetahui berjalannya kegiatan kelompok. Untuk menetapkan kekuatan anggota kelompok yang bervariasi diperlukan kajian siapa yang paling banyak mendengar, dan siapa yang membuat keputusan dalam kelompok.

7. Norma Kelompok

Norma adalah standar perilaku yang ada dalam kelompok. Pengharapan terhadap perilaku kelompok pada masa yang akan datang berdasarkan pengalaman masa lalu dan saat ini. Pemahaman tentang norma kelompok berguna untuk

mengetahui pengaruhnya terhadap komunikasi dan interaksi dalam kelompok. Kesesuaian perilaku anggota kelompok dengan norma kelompok, penting dalam menerima anggota kelompok. Anggota kelompok yang tidak mengikuti norma dianggap pemberontak dan ditolak anggota kelompok lain.

8. Kekohesifan

Kekohesifan adalah kekuatan anggota kelompok bekerja sama dalam mencapai tujuan. Hal ini mempengaruhi anggota kelompok untuk tetap betah dalam anggota kelompok. Apa yang membuat anggota kelompok tertarik dan puas terhadap kelompok, perlu diidentifikasi agar kehidupan kelompok dapat dipertahankan.

Pemimpin kelompok (terapis) perlu melakukan upaya agar kekohesifan kelompok dapat terwujud, seperti mendorong anggota kelompok berbicara satu sama lain, diskusi dengan kata-kata “kita”, menyampaikan kesamaan anggota kelompok, membantu anggota kelompok untuk mendengarkan ketika yang lain bicara. Kekohesifan perlu diukur melalui seberapa sering antar anggota memberi pujian dan mengungkapkan kekaguman satu sama lain.

2.1.4 Perkembangan kelompok

Kelompok sama dengan individu, mempunyai kapasitas untuk tumbuh dan kembang. Pemimpin akan mengembangkan kelompok melalui empat fase, yaitu (Stuart&Laraia, 2001): fase pra-kelompok; fase awal kelompok; fase kerja kelompok; fase terminasi kelompok.

1. Fase Prakelompok

Hal penting yang harus diperhatikan ketika memulai kelompok adalah tujuan dari kelompok. Ketercapaian tujuan sangat dipengaruhi oleh perilaku pimpinan dan pelaksanaan kegiatan kelompok untuk mencapai tujuan tersebut. Untuk itu, perlu disusun proposal atau panduan pelaksanaan kegiatan kelompok.

Langkah-langkah persiapan sebagai berikut:

- Daftar tujuan umum dan khusus.
- Daftar pimpinan kelompok disertai keahliannya.

2. Fase Awal kelompok

Fase ini ditandai dengan ansietas karena masuknya kelompok baru, dan peran yang baru. Yalom (1995) dalam Stuart dan Laraia (2001) membagi fase ini menjadi tiga fase, yaitu orientasi, konflik, dan kohesif. Sementara itu, Tukman (1965) dalam Stuart dan Laraia (2001) juga membaginya dalam tiga fase, forming, storming, dan norming.

Tahap orientasi

Pada tahap ini pemimpin kelompok lebih aktif dalam memberi pengarahan. Pemimpin kelompok mengorientasikan anggota pada tugas utama dan melakukan kontrak yang terdiri dari tujuan, kerahasiaan, waktu pertemuan, struktur, kejujuran, dan aturan komunikasi, misalnya hanya satu orang yang bicara pada satu waktu, norma perilaku, rasa memiliki, atau kohesif antara anggota kelompok diupayakan terbentuk pada fase orientasi.

Tahap konflik

Peran dependen dan independen terjadi pada tahap ini, sebagian ingin pemimpin yang memutuskan dan sebagian ingin pemimpin lebih mengarahkan,

atau sebaliknya anggota ingin berperan sebagai pemimpin. Adapula anggota yang netral dan dapat membantu menyelesaikan konflik peran yang terjadi. Perasaan bermusuhan yang ditampilkan, baik antar anggota kelompok maupun anggota dengan pemimpin dapat terjadi pada tahap ini. Pemimpin perlu memfasilitasi ungkapan perasaan, baik positif maupun negatif dan membantu kelompok mengenali penyebab konflik. Serta mencegah perilaku yang tidak produktif, seperti menuduh anggota tertentu sebagai penyebab konflik.

Tahap kohesif

Setelah tahap konflik, anggota kelompok merasakan ikatan yang kuat satu sama lain. Perasaan positif akan semakin sering diungkapkan. Pada tahap ini, anggota kelompok merasa bebas membuka diri tentang informasi dan lebih intim satu sama lain. Pemimpin tetap berupaya memberdayakan kemampuan anggota kelompok dalam melakukan penyelesaian masalah.

Pada tahap akhir fase ini, tiap anggota kelompok belajar bahwa perbedaan tidak perlu ditakutkan. Mereka belajar persamaan dan perbedaan, anggota kelompok akan membantu pencapaian tujuan yang menjadi suatu realitas.

3. Fase kerja Kelompok

Pada fase ini, kelompok sudah menjadi tim. Walaupun mereka bekerja keras, tetapi menyenangkan bagi anggota dan pemimpin kelompok. Kelompok menjadi stabil dan realistis.

Kekuatan terapiutik dapat tampak seperti dijelaskan oleh Yalom dan Vinogradov (1989) dalam Stuart dan Laraia (2001), yaitu sebelas faktor: memberi informasi, instalansi harapan, kesamaan, altruisme, koreksi pengalaman,

pengembangan teknik interaksi sosial, peniruan perilaku, belajar hubungan interpersonal, faktor eksistensi, katarsis dan kekohesifan kelompok.

Tugas utama pemimpin adalah membantu kelompok mencapai tujuan dan tetap menjaga kelompok kearah pencapaian tujuan. Serta mengurangi dampak dari faktor apa saja yang dapat mengurangi produktivitas kelompok. Selain itu, pemimpin juga bertindak sebagai konsultan.

Beberapa problem yang mungkin muncul adalah *subgroup*, *conflict*, *self-disclosure*, dan *resistance*. Beberapa anggota kelompok menjadi sangat akrab, berlomba mendapatkan perhatian pemimpin, tidak ada lagi kerahasiaan karena keterbukaan yang tinggi, dan keengganan berubah perlu didefinisikan pemimpin kelompok agar segera melakukan strukturisasi.

Pada akhir fase ini, anggota kelompok menyadari produktivitas dan kemampuan yang bertambah disertai percaya diri dan kemandirian. Pada kondisi ini kelompok segera masuk ke fase berikut, yaitu perpisahan.

4. Fase Terminasi

Terminasi dapat sementara (temporal) atau akhir. Terminasi dapat pula terjadi karena anggota kelompok atau pemimpin kelompok keluar dari kelompok. Evaluasi umumnya difokuskan pada jumlah pencapaian baik kelompok maupun individu. Pada tiap sesi dapat pula dikembangkan instrument evaluasi kemampuan individu dari anggota kelompok. Terminasi dapat dilakukan pada akhir tiap sesi atau beberapa sesi yang merupakan paket dengan memperhatikan pencapaian tertentu. Terminasi yang sukses ditandai oleh perasaan puas dan pengalaman kelompok akan digunakan secara individual pada kehidupan sehari-hari.

Pada akhir sesi, perlu dicatat atau didokumentasikan proses yang terjadi berupa notulen. Juga didokumentasikan pada catatan implementasi tindakan keperawatan tentang pencapaian dan perilaku yang perlu dilatih pada klien diluar sesi.

2.2 Terapi Aktivitas Kelompok

2.2.1 Pengertian Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) merupakan salah satu terapi modalitas yang dilakukan perawat kepada sekelompok klien yang mempunyai masalah keperawatan yang sama (Keliat&Akemat, 2002).

Di dalam kelompok terjadi dinamika interaksi yang saling bergantung, saling membutuhkan dan menjadi laboratorium tempat klien berlatih perilaku baru yang adaptif untuk memperbaiki perilaku lama yang maladaptif.

2.2.2 Jenis Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok dibagi menjadi dibagi empat, yaitu terapi aktivitas kelompok stimulasi kognitif/persepsi, terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori, terapi aktivitas stimulasi realita, dan terapi aktivitas kelompok sosialisasi.

1. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Kognitif/Persepsi

Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi adalah suatu terapi dimana klien dilatih mempersepsikan stimulus yang disediakan atau stimulus yang pernah dialami. Kemampuan persepsi klien dievaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi. Dengan proses ini, diharapkan respons klien terhadap berbagai stimulus dalam kehidupan menjadi adaptif.

Aktivitas yang diberikan dalam terapi berupa stimulus dan persepsi. Stimulus yang disediakan yaitu: baca artikel/majalah/buku/puisi, menonton acara TV. Stimulus bisa juga dari pengalaman masa lalu yang menghasilkan proses persepsi klien yang maladaptif atau destruktif, misalnya kemarahan, kebencian, putus hubungan, pandangan negatif pada orang lain, dan halusinasi. Kemudian dilatih persepsi klien terhadap stimulus.

Aktivitas TAK Stimulasi Persepsi dibagi menjadi empat bagian, yaitu:

1. Mempersepsikan stimulus nyata sehari-hari.

Klien yang mempunyai indikasi TAK ini adalah klien perubahan sensori persepsi dan klien menarik diri yang telah mengikuti TAKS.

2. Aktivitas mempersepsikan stimulus nyata dan respons yang dialami dalam kehidupan.

Klien yang mempunyai indikasi TAK ini adalah klien perilaku kekerasan yang telah kooperatif.

3. Aktivitas mempersepsikan stimulus tidak nyata dan respons yang dialami dalam kehidupan.

Klien yang mempunyai indikasi TAK ini adalah klien halusinasi

4. Aktivitas mempersepsikan stimulus nyata yang menyebabkan harga diri rendah.

Klien yang mempunyai indikasi TAK ini adalah klien dengan gangguan konsep diri: harga diri rendah.

2. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensoris

Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi adalah upaya menstimulasi semua panca indera agar memberi respons yang adekuat. Aktivitas digunakan sebagai stimulus pada sensoris klien. Kemudian diobservasi reaksi sensoris klien terhadap stimulus yang disediakan, berupa ekspresi perasaan secara nonverbal (ekspresi wajah, gerakan tubuh). Biasanya klien yang tidak mau mengungkapkan komunikasi verbal akan terstimulasi emosi dan perasaannya, serta menampilkan respons. Aktivitas yang digunakan sebagai stimulus adalah: musik, seni, menyanyi dan menari. Jika hobi klien diketahui sebelumnya dapat dipakai sebagai stimulus, misalnya lagu kesukaan klien. Klien yang mempunyai indikasi TAK Stimulasi Sensoris adalah isolasi sosial, menarik diri, harga diri rendah yang disertai dengan kurang komunikasi verbal.

3. Terapi Aktivitas Kelompok Orientasi Realitas

Terapi aktivitas kelompok orientasi realita yaitu suatu kegiatan dimana klien diorientasikan pada kenyataan yang ada, yaitu diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang pernah mempunyai hubungan dengan klien. Demikian pula dengan orientasi waktu.

Aktivitas yang dilakukan tiga sesi. Klien yang mempunyai indikasi TAK Orientasi Realitas adalah klien halusinasi, dimensia, kebingungan, tidak kenal dirinya (depersonalisasi), salah mengenal orang lain, tempat dan waktu.

4. Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi

Terapi aktivitas kelompok sosialisasi adalah suatu kegiatan dimana klien dibantu untuk melakukan sosialisasi dengan individu yang ada di sekitarnya. Sosialisasi dapat pula dilakukan secara bertahap dari interpersonal (satu dan satu), kelompok, dan massa.

Aktivitas TAKS dilakukan tujuh sesi yang melatih kemampuan sosialisasi klien. Klien yang mempunyai indikasi TAKS adalah klien dengan gangguan hubungan sosial berikut.

1. Menarik diri yang telah mulai melakukan interaksi personal.
2. Kerusakan komunikasi verbal yang telah berespon sesuai dengan stimulus.

2.2.3 Peran Terapis

Peran terapis adalah sebagai fasilitator. Idealnya, anggota kelompok sendiri adalah sumber primer penyembuhan dan perubahan. Suasana yang ditimbulkan oleh kepribadian terapis (empati, kehangatan dan kasih sayang) bisa menjadi faktor pendukung terjadinya perubahan. (Kaplan&Sadock, 1998)

2.2.4 TAK Stimulasi Persepsi: Halusinasi

Pada terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi: halusinasi klien dilatih untuk dapat mengenal halusinasi yang dialaminya dan cara memutus halusinasi. Kemampuan persepsi klien dievaluasi dan ditingkatkan pada setiap sesi. Dalam proses ini diharapkan respons klien terhadap berbagai stimulus dlm kehidupan menjadi adaptif.

Aktivitas yang diberikan:

a) Sesi 1: Mengenal Halusinasi

Pada sesi 1 klien diajarkan untuk mengenal halusinasi meliputi waktu (isi, frekuensi), situasi dan perasaan klien pada saat terjadi halusinasi. Dan pada sesi ini diharapkan klien mampu mengenal halusinasi.

b) Sesi 2: Memutus Halusinasi dengan Menghardik

Pada sesi 2 klien diajarkan cara memutus halusinasi dengan menghardik. Namun sebelumnya klien menceritakan pada terapi cara yang selama ini digunakan untuk mengatasi halusinasi.

Setelah melewati TAK stimulasi persepsi sesi 2 diharapkan klien dapat memahami cara menghardik dan memperagakannya saat halusinasi muncul.

c) Sesi 3: Memutus Halusinasi dengan Melakukan Kegiatan

Pada sesi ini klien diajarkan untuk membuat jadwal kegiatan harian untuk mencegah halusinasi. Jadwal kegiatan yang dibuat yaitu mulai klien bangun tidur sampai klien tidur lagi. Cara memutus halusinasi dengan menghardik dimasukkan di dalam jadwal kegiatan.

Dengan adanya jadwal kegiatan yang harus dilakukan klien diharapkan dapat meminimalkan munculnya halusinasi.

2.3 Konsep Dasar Halusinasi

2.3.1 Pengertian

Persepsi adalah sensasi ditambah dengan pengertian. Dengan kata lain persepsi adalah sensasi yang disertai dengan pengertian (Baihaqi dkk, 2005).

Persepsi juga diartikan sebagai daya mengenal sesuatu yang hadir dalam sifatnya

yang konkrit jasmaniah, bukan yang sifatnya batiniyah, seperti: benda, barang, kualitas atau perbedaan antara dua hal atau lebih yang diperoleh melalui proses mengamati, mengetahui, dan mengartikan setelah panca inderanya mendapat rangsang. Persepsi seseorang dapat salah atau tidak tepat. Persepsi yang benar adalah mampu mencerminkan apa yang serasi antara indera yang satu dengan yang lain.

Halusinasi adalah suatu persepsi yang salah atau palsu tetapi tidak ada rangsang yang menimbulkannya (Baihaqi dkk, 2005). Halusinasi muncul sebagai suatu proses panjang yang berkaitan erat dengan kepribadian seseorang, karena itu halusinasi selalu dipengaruhi oleh pengalaman-pengalaman psikologis seseorang. Isi halusinasi biasanya menunjukkan gambaran-gambaran penginderaan sebagai jawaban terhadap situasi dan kebutuhan-kebutuhan psikologisnya. Klien menarik diri bisa disebabkan karena mekanisme koping yang negatif. Klien dengan masalah keperawatan menarik diri lebih mudah mengalami halusinasi. Halusinasi ini terjadi karena klien menginginkan kebutuhan psikologisnya terpenuhi. Seperti pemuasan impuls-impuls yang direpresi atau keinginan terhadap kenyataan yang lebih memuaskan. Halusinasi pada umumnya dialami oleh sebagian besar para penderita gangguan mental berat.

2.3.2 Faktor Predisposisi dan Presipitasi

Adapun faktor predisposisi dan faktor presipitasi timbulnya halusinasi. Faktor predisposisi meliputi: Biologis, Psikologis dan Sosial Budaya. Dan faktor presipitasi timbulnya halusinasi meliputi: Kesehatan, Lingkungan, Sikap dan perilaku. Yang akan disajikan dalam tabel 2.1

Faktor Predisposisi	Faktor Presipitasi
<p>Biologis Abnormalitas otak yang menyebabkan respon neurobiologis yang maladaptif yang baru mulai dipahami.</p> <p>Psikologis Teori psikodinamika untuk terjadinya respon neurobiologis yang maladaptive belum didukung oleh penelitian. Sayangnya, teori psikologis terdahulu menyatakan keluarga sebagai penyebab gangguan ini. Sehingga menimbulkan kurangnya percaya keluarga terhadap tenaga kesehatan jiwa profesional.</p> <p>Sosial Budaya Stres yang menumpuk dapat menunjang awal terjadinya skizofrenia dan gangguan psikotik lain tetapi tidak diyakini sebagai gangguan utama.</p>	<p>Kesehatan Gizi buruk, kurang tidur, kelelahan, infeksi, gangguan proses informasi, kurang olah raga, kelainan perilaku, alam perasaan abnormal, ansietas sedang sampai berat.</p> <p>Lingkungan Bermusuhan/lingkungan yang penuh kritik, masalah perumahan, tekanan terhadap penampilan, perubahan dalam kejadian kehidupan, pola aktivitas hidup sehari-hari, stress, gangguan hubungan interpersonal, kesepian, tekanan pekerjaan, kemiskinan.</p> <p>Sikap/perilaku Kurang kendali, perasaan dikuasai oleh gejala, tampak/bertindak berbeda dengan orang lain yang berusia atau berbudaya sama, keterampilan sosial kurang, perilaku agresif, perilaku amuk.</p>

Tabel 2.1 Faktor predisposisi dan faktor pesipitasi timbulnya halusinasi.

2.3.3 Bentuk Halusinasi

Ada beberapa bentuk halusinasi sebagai berikut:

1. Halusinasi pendengaran

Halusinasi ini paling sering dialami penderita gangguan mental. Misalnya mendengar suara melengking, mendesir, bising, mungkin juga dalam bentuk kata-kata atau kalimat. Suara itu dirasakan tertuju pada dirinya, sehingga sering penderita terlihat bertengkar atau berbicara (sendiri) dengan suara yang didengarnya. Sumber suara dapat berasal dari bagian tubuhnya sendiri, dari sesuatu yang jauh atau dekat. Kadang berhubungan dengan sesuatu yang mengancam, mencela, memaki, dan sebagainya. Sering juga dirasakan

sebagai suruhan yang meyakinkan, misalnya menyuruh masuk ke sumur, menyuruh membunuh, dan lain sebagainya.

2. Halusinasi penglihatan

Biasanya terjadi bersamaan dengan adanya penurunan kesadaran, paling sering dijumpai pada penderita dengan penyakit otak organik Umumnya halusinasi lihat yang muncul adalah sesuatu yang menakutkan atau mengerikan. Misalnya merasa melihat ular yang besar, sebesar pohon kelapa, dengan bulu-bulu yang menakutkan, seolah-olah akan memangsanya, atau melihat kilatan cahaya.

3. Halusinasi penciuman

Seolah-olah merasa mencium bau tertentu. Misalnya ia merasakan bau-bauan kemenyan, sampah, kotoran, seperti mengikuti kemanapun dia bergerak.

4. Halusinasi pengecapan

Seolah-olah merasa mengecap sesuatu. Misalnya ia merasakan lidahnya selalu pahit.

5. Halusinasi perabaan

Seolah-olah merasa diraba, disentuh, ditiup, disinari, atau ada sesuatu yang bergerak di kulit atau bawah kulitnya (ulat misalnya)

6. Halusinasi kinestetik

Seolah-olah merasa badannya bergerak dalam sebuah ruang, atau anggota badannya bergerak-gerak tanpa ada berhentinya.

7. Halusinasi visceral

Ada semacam perasaan tertentu dalam tubuhnya.

8. Halusinasi hipnagogik

Ada kalanya terjadi pada orang normal, dimana tepat sebelumnya ia tidur, persepsi sensorik bekerja salah.

9. Halusinasi hipnopompik

Halusinasi yang terjadi atau dialami tepat sebelum terbangun dari tempat tidurnya.

10. Halusinasi histerik

Timbul pada neurosa histerik karena konflik emosi.

11. Depersonalisasi

Perasaan aneh tentang dirinya atau perasaan bahwa pribadinya sudah tidak seperti dulu lagi, tidak menurut kenyataan. Misalnya: penderita merasa seperti diluar badannya atau sesuatu bagian tubuhnya sudah bukan miliknya lagi.

12. Derealisasi

Perasaan aneh tentang lingkungannya dan tidak menurut kenyataan, misalnya segala sesuatu dialaminya seperti dalam impian.

2.3.4 Tingkat Intensitas Halusinasi

Halusinasi memiliki beberapa tingkat intensitas. Setiap tingkat memiliki perbedaan karakteristik dan pada perilaku yang ditampakkan. Pada tabel dibawah ini akan diuraikan tingkat intensitas pada halusinasi.

Tabel 2.2 Tingkat intensitas halusinasi pada klien skizofrenia (Stuart&Sundeen, 1998 hal 427)

Tingkat	Karakteristik	Perilaku yang tampak
Tingkat 1 Memberi rasa nyaman tingkat ansietas sedang secara umum. Halusinasi merupakan suatu kesenangan.	Mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan ketakutan. Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas. Fikiran dan pengalaman sensori masih ada dalam kontrol kesadaran.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tersenyum, tertawa sendiri. ▪ Menggerakkan bibir tanpa suara. ▪ Gerakan mata yang cepat. ▪ Respon verbal yang lambat. ▪ Diam dan berkonsentrasi.
Tingkat 2 Menyalahkan. Tingkat kecemasan berat. Halusinasi menyebabkan perasaan antipati.	Pengalaman sensori menakutkan. Merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut. Mulai merasa kehilangan kontrol. Menarik diri dari orang lain.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terjadi peningkatan denyut jantung dan tekanan darah. ▪ Perhatian pada lingkungan berkurang. ▪ Penyempitan kemampuan konsentrasi. ▪ Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita.
Tingkat 3 Mengendalikan ansietas tingkat berat. Pengalaman halusinasi tidak dapat di tolak lagi.	Klien menyerah dan menerima pengalaman sensori (halusinasi). Isi halusinasi menjadi atraktif. Kesepian bila pengalaman halusinasi berakir.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perintah halusinasi ditaati. ▪ Sulit berhubungan dengan orang lain. ▪ Perhatian terhadap lingkungan berkurang, hanya beberapa detik atau menit. ▪ Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, tremor dan berkeringat.
Tingkat 4 Klien sudah dikuasai oleh halusinasi. Klien panic.	Pengalaman sensori mungkin menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah halusinasi, bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak ada intervensi terapeutik.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perilaku panik. ▪ Resiko tinggi mencederai. ▪ Agitasi atau katatonik. ▪ Tidak mampu berespon pada lingkungan.

Klien dengan halusinasi tingkat 1-3 dapat diberikan Terapi Aktivitas kelompok (TAK) stimulasi persepsi karena halusinasi masih dapat dikendalikan. Pada halusinasi tingkat 4 sudah tidak dapat diberikan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) karena klien sudah dikuasai oleh halusinasinya sehingga perilaku yang tampak adalah tidak mampu berespon terhadap lingkungan dan petunjuk.

2.3.5 Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Halusinasi

Sub bab ini menjelaskan Tujuan Umum (TUM) dan Tujuan khusus (TUK) asuhan keperawatan pada klien halusinasi.

Perawatan yang dilakukan di rumah sakit adalah sebagai berikut:

TUM: Klien tidak melakukan perilaku kekerasan.

1. TUK 1: Klien dapat mengungkapkan perasaannya
 - 1) Bina hubungan saling percaya (BHSP).
 - 2) Ciptakan lingkungan yang hangat dan bersahabat.
 - 3) Dorong dan beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya.
 - 4) Ajak klien membicarakan hal-hal nyata yang ada dilingkungan.
2. TUK 2: Klien dapat mengenal halusinasinya
 - 1) Adakan kontak sering dan singkat.
 - 2) Observasi perilaku (verbal dan nonverbal) yang berhubungan dengan halusinasi.
 - 3) Terima halusinasi sebagai hal yang nyata bagi klien tapi tidak bagi perawat.

- 4) Identifikasi bersama klien tentang waktu munculnya halusinasi, isi halusinasi, dan frekuensi timbulnya halusinasi.
- 5) Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya ketika halusinasi muncul.
- 6) Diskusikan dengan klien mengenai perasaannya saat terjadi halusinasi.

3. TUK 3: Klien dapat mengendalikan halusinasinya

Identifikasi bersama klien tindakan yang biasa dilakukan saat halusinasi itu muncul.

- 1) Beri penguatan dan pujian terhadap tindakan klien yang positif.
- 2) Bersama klien merencanakan kegiatan untuk mencegah terjadinya halusinasi.
- 3) Diskusikan cara mencegah timbulnya halusinasi dan mengendalikan halusinasi. Contoh: menghardik, melakukan kegiatan, bicara dengan orang lain.
- 4) Dorong klien untuk memilih cara yang akan digunakannya dalam menghadapi halusinasi.
- 5) Beri penguatan dan pujian terhadap pilihan klien yang benar.
- 6) Dorong klien untuk melakukan tindakan yang sesuai dengan cara yang telah dipilih dalam menghadapi halusinasi.
- 7) Diskusikan dengan klien hasil upaya yang telah dilakukan.
- 8) Beri penguatan atas upaya yang berhasil dan jalan keluar atas upaya yang belum berhasil.

4. TUK 4: Klien mendapat dukungan keluarga untuk mengendalikan halusinasinya
 - 1) Bina hubungan saling percaya dengan keluarga (BHSP).
 - 2) Kaji pengetahuan keluarga tentang halusinasi, dan tindakan yang dilakukan dalam merawat klien.
 - 3) Beri penguatan dan pujian terhadap tindakan yang positif.
 - 4) Diskusikan dengan keluarga tentang halusinasi, tanda, dan cara merawat klien di rumah.
 - 5) Anjurkan keluarga untuk mendemonstrasikan cara merawat klien di rumah.
 - 6) Beri penguatan dan pujian terhadap tindakan yang tepat.
5. TUK 5: Klien dapat menggunakan obat untuk mengendalikan halusinasinya
 - 1) Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang obat untuk mengendalikan halusinasi.
 - 2) Bantu klien untuk pastikan bahwa klien minum obat sesuai dengan program dokter.
 - 3) Observasi tanda-tanda yang terkait dengan efek samping obat.
 - 4) Diskusikan dengan dokter tentang efek samping obat.

2.4 Skizofrenia

2.4.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu diskripsi sindrom dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada pertimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya

(Rusdi Maslim, 1997). Menurut Maramis (1998) Skizofrenia merupakan salah satu bentuk gangguan jiwa dengan gejala yaitu jiwa yang terpecah-pecah, adanya keretakan atau disharmoni antara pikiran, perasaan (Skizon: Pecah belah atau bercabang).

2.4.2 Penyebab Skizofrenia

Penyebab gangguan skizofrenia belum diketahui dengan pasti. Ada beberapa teori penyebab (UPF Ilmu Kedokteran Jiwa, 1994) antara lain:

1. Teori Somatik

- a) Keutuhan : diturunkan melalui gen yang represif.
- b) Endokrin : sering timbul skizofrenia pada masa pubertas, kehamilan dan puerperium.
- c) Metabolisme : mungkin disebabkan karena kesalahan metabolisme (in born error of metabolisme)
- d) Susunan saraf pusat: diduga kelainan susunan saraf pusat yang dapat menyebabkan gangguan neurotransmitter.

2. Teori Psikogenik

- a) Adolf Meyer : suatu maladaptasi
- b) Sigmund Freud : mundurnya atau kembalinya seseorang ke proses perkembangan saat masa-masa dini dari kehidupan.
- c) Stress Psikologik : - persaingan antar saudara kandung
- hubungan yang kurang baik dalam keluarga, pekerjaan, dan masyarakat.
- d) Eugene Bleuler : adanya jiwa yang terpecah belah atau disharmoni.

e) Deteriosasi : keruntuhan jiwa seseorang yang ditandai oleh menurunnya kemampuan melakukan fungsi sebelumnya.

2.4.3 Gejala Skizofrenia

Gejala-gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi 2 kelompok menurut Bleuer, yaitu primer dan sekunder (Maramis, 2004).

Gejala-gejala primer

1. Gangguan proses pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran)

Pada skizofrenia ini gangguan ini memang terdapat pada proses pikir. Yang terganggu terutama ialah asosiasi. Kadang-kadang satu ide belum selesai diutarakan, sudah timbul ide lain. Seorang dengan skizofrenia juga mempunyai kecenderungan untuk menyamakan hal-hal. Blocking dan flight of ideas biasanya juga muncul pada skizofrenia.

2. Gangguan afek dan emosi

Gangguan ini pada skizofrenia mungkin berupa:

- Kedangkalan afek dan emosi.
- Parathimi dan paramimi.
- Emosi yang berlebihan.
- Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi dengan baik.
- Karena terpecah belahnya kepribadian, maka dua hal yang berlawanan mungkin terdapat bersama-sama.

3. Gangguan kemauan

- **Negativisme:** sikap atau perbuatan yang negatif atau berlawanan terhadap suatu permintaan.
- **Ambivalensi kemauan:** menghendaki dua hal yang berlawanan pada waktu yang sama, misalnya mau makan dan tidak mau makan. Jadi sebelum suatu perbuatan selesai sudah timbul dorongan yang berlawanan.
- **Otomatisme:** penderita merasa kemauannya dipengaruhi oleh orang lain atau oleh tenaga dari luar, sehingga ia melakukan sesuatu secara otomatis.

4. Gejala psikomotor

Juga dinamakan gejala-gejala katatonik atau gangguan perbuatan. Kelompok gejala ini oleh Bleuler dimasukkan ke dalam kelompok gejala skizofrenia sekunder.

Gejala katalepsi ialah bila suatu posisi badan dipertahankan untuk waktu yang lama. *Flexibilitas cerea:* bila anggota badan dibengkokkan terasa suatu tahanan seperti pada lilin.

Gejala-gejala sekunder

1. **Waham:** pada skizofrenia waham sering tidak logis sama sekali dan sangat biasa. Tetapi penderita tidak menginsafi hal ini dan untuk penderita wahamnya merupakan fakta dan tidak dapat diubah oleh siapapun.
2. **Halisunasi:** Pada skizofrenia, halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan suatu gejala yang hampir tidak dijumpai pada keadaan lain.

2.4.4 Jenis Skizofrenia

Pembagian skizofrenia ialah sebagai berikut (Maramis, 2004):

1. Skizofrenia simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis ini ialah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi juga jarang terdapat. Jenis ini timbulnya perlahan-lahan. Permulaan penderita akan kurang memperhatikan keluarganya atau menarik diri dari pergaulan.

2. Skizofrenia hebefrenik

Permulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah: gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau double personality. Waham dan halusinasi banyak terjadi.

3. Skizofrenia katatonik

Timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stress emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

a. Stupor katatonik

Pada stupor katatonik penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya. Emosinya sangat dangkal. Gejala yang penting: mutisme; muka tanpa mimik; stupor (penderita tidak bergerak sama sekali untuk waktu lama); bila diganti posisinya penderita menentang (negativisme); terdapat grimas dan katalepsi.

b. Gaduh gelisah katatonik

Terdapat hiperaktivitas motorik, tetapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi rangsangan dari luar. Penderita terus berbicara atau bergerak saja. Ia menunjukkan stereotipi, manarisme, grimas, dan neologisme. Ia tidak dapat tidur, tidak makan dan minum sehingga mungkin terjadi dehidrasi atau kolaps dan kadang-kadang kematian.

4. Skizofrenia paranoid

Gejala yang mencolok: gangguan proses berfikir, gangguan afek, emosi dan kemauan. Jenis skizofrenia ini sering mulai sesudah umur 30 tahun. Permulaannya mungkin subakut, tetapi juga akut. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak dan kurang percaya pada orang lain.

5. Episode skizofrenia akut

Gejala ini timbul mendadak sekali dan pasien seperti dalam keadaan mimpi. Kesadaran mungkin berkabut. Dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia luar maupun dirinya sendiri berubah, semuanya seakan-akan mempunyai arti arti khusus baginya.

6. Skizofrenia residual

Keadaan skizofrenia dengan gejala-gejala primernya, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.

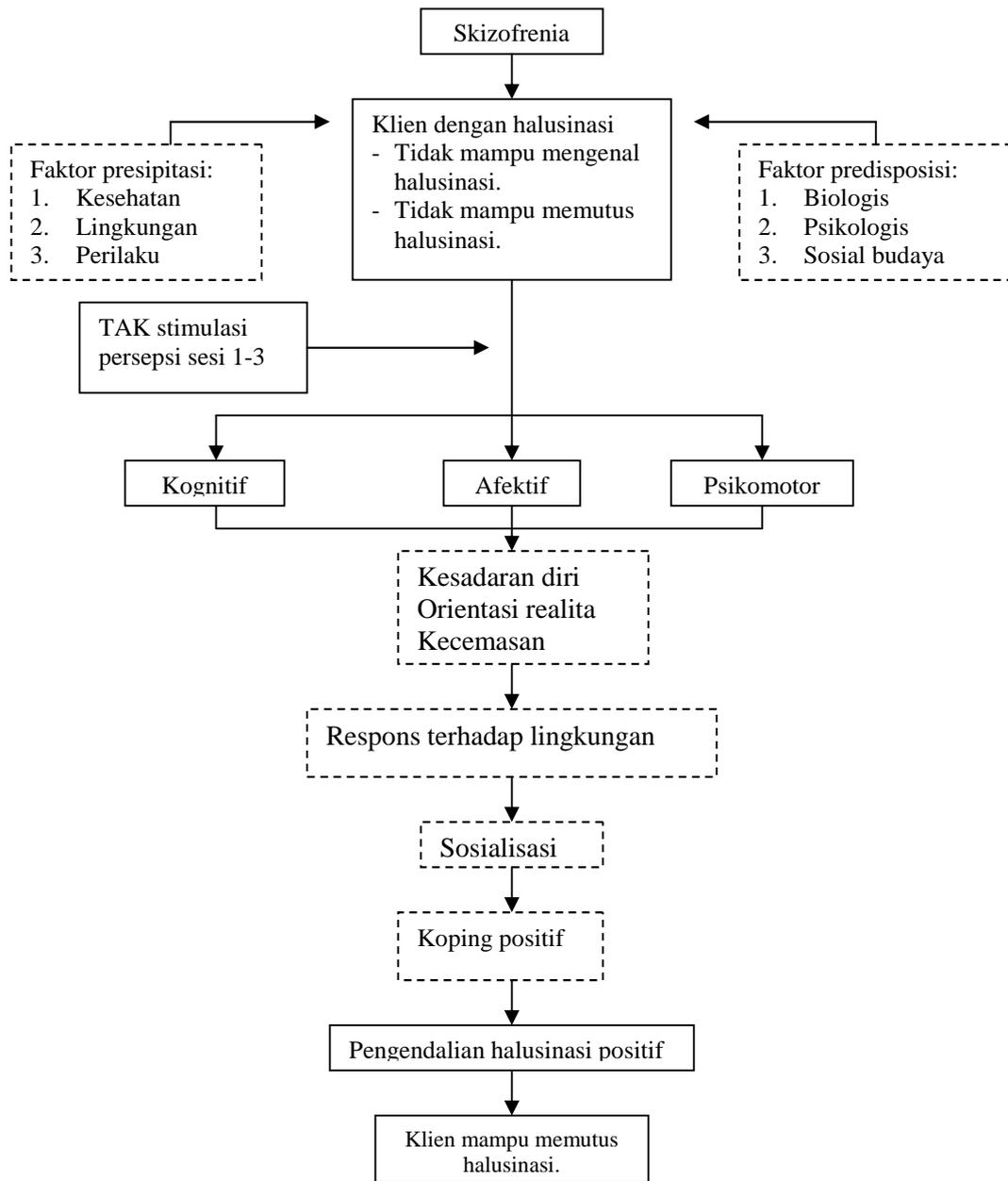
7. Skizo-afektif

Disamping gejala-gejala skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan juga gejala-gejala depresi (skizo-afektif) atau gejala-gejala mania (skizo-mania).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan: Diukur Tidak diukur

Gambar 3.1. Kerangka konseptual “Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi sesi 1-3 Terhadap Kemampuan Memutus Halusinasi Pada Klien Skizofrenia”

Halusinasi adalah suatu bentuk gangguan orientasi realitas, sehingga pendekatan yang dilakukan adalah mengembalikan persepsi klien pada realitas. Orientasi pada realitas akan mengurangi persepsi yang salah dan meningkatkan rasa makna diri dan keluruhan pribadi klien (Mary C. Townsend, 1998; 114). Menurut Keliat (2004) TAK stimulasi persepsi dapat membantu meningkatkan kemampuan klien dalam mengungkapkan perasaannya, mengenal halusinasinya, memutus halusinasi. Klien dapat diberikan TAK stimulasi persepsi sesi 1-3 dengan harapan klien dapat meningkatkan kesadaran diri, orientasi realita, sehingga klien menyadari bahwa yang dialami adalah suatu bentuk kejadian yang non realita. Selain itu diharapkan klien dapat berespon terhadap lingkungan untuk meningkatkan sosialisasi sehingga koping klien menjadi positif. Dan hasil akhirnya klien mampu memutus halusinasinya dengan cara menghardik dan melakukan kegiatan.

3.2 Hipotesis Penelitian

Ada pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi sesi 1-3 terhadap kemampuan memutus halusinasi pada klien skizofrenia.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara menyelesaikan masalah dengan menggunakan metode keilmuan (Nursalam, 2003). Pada bab ini akan disajikan desain penelitian berupa kerangka kerja (*frame work*), identifikasi variabel, definisi operasional, populasi, sample, pengumpulan data dan pengolahan data, etika penelitian, keterbatasan penelitian.

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan atau desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, yang memungkinkan pemaksimalan kontrol beberapa faktor yang bisa mempengaruhi akurasi suatu hasil (Nursalam, 2003).

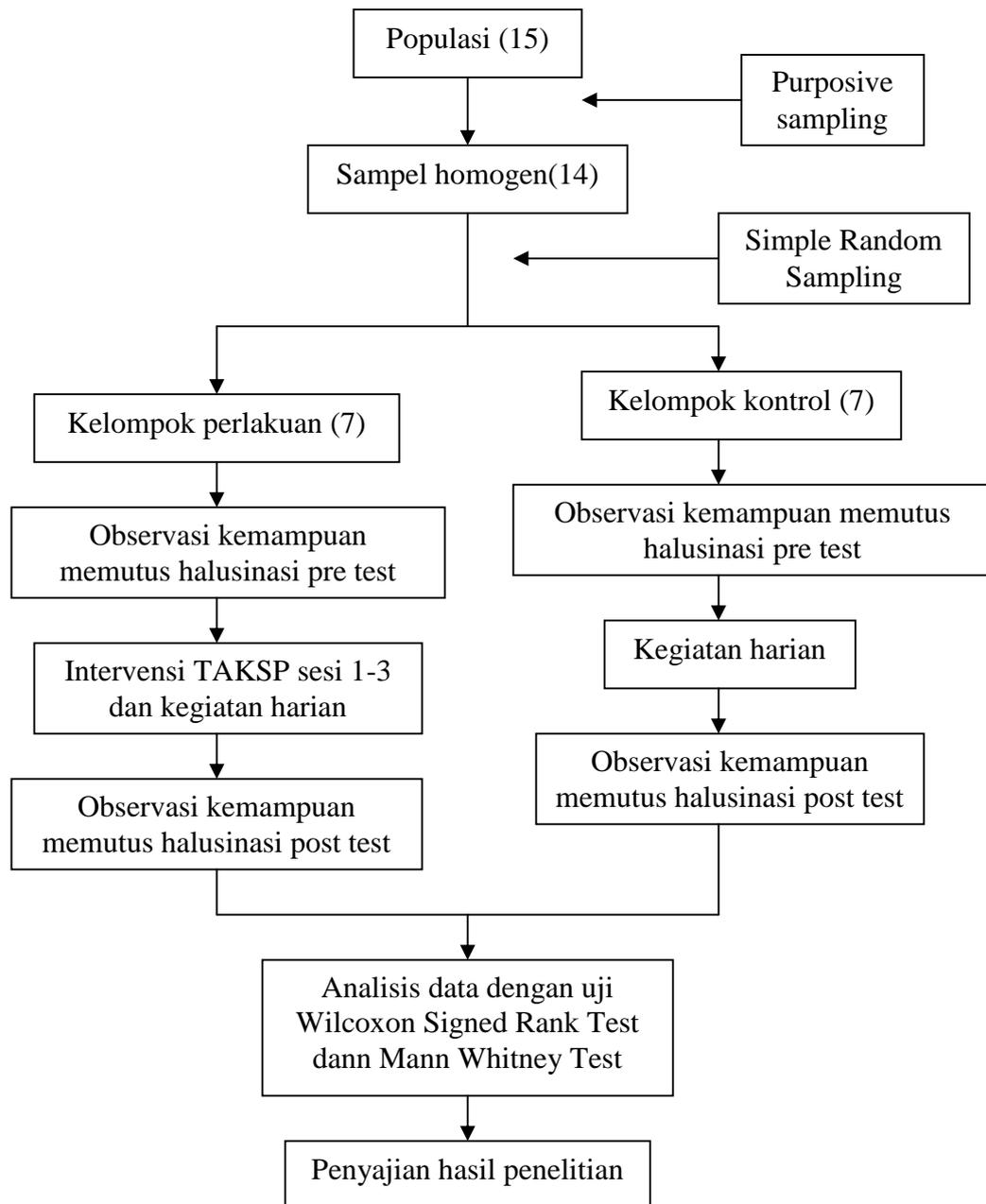
Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan “*quasy-experimental*” Pada penelitian ini, peneliti memberikan perlakuan tertentu pada suatu kelompok subjek yang diobservasi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Dan kelompok kontrol tidak diberikan intervensi.

Subjek	Pretest	Perlakuan	Posttest
K-A	O	I	O1-A
K-B	O	-	O1-B
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan:

K-A	: Subjek perlakuan
K-B	: Subjek control
-	: Tidak diberi intervensi
O	: Observasi sebelum TAK dilakukan
I	: Intervensi
O1(A+B)	: Observasi sesudah TAK dilakukan

4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka kerja penelitian pengaruh TAKSP sesi 1-3 terhadap kemampuan menghalau halusinasi pada klien skizofrenia.

4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003). Pada penelitian ini populasinya adalah semua klien skizofrenia yang mengalami halusinasi.

4.3.2 Sampel

Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling.

Sampel dari penelitian ini adalah bagian dari populasi yang memenuhi kriteria inklusi.

1. Kriteria inklusi

- Klien skizofrenia dengan halusinasi
- Klien dengan halusinasi tingkat 1-3
- Usia 18-50 tahun
- Klien kooperatif
- Klien tidak mengalami disorientasi orang, waktu, tempat
- Klien baru (belum pernah MRS atau 1 x MRS)

2. Kriteria eksklusi

- Klien skizofrenia gaduh gelisah
- Klien skizofrenia yang mengalami gangguan fungsi bicara, tuli, dan buta
- Klien skizofrenia katatonik stupor

4.3.3 Besar Sampel

Sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut (Zainuddin, M; 2000)

$$n = \frac{N.Z^2.p.q}{d^2(N-1) + Z^2.p.q}$$

Keterangan:

N : Besar populasi

n : Besar sample

Z : Nilai standar normal untuk $\alpha = 0.05$ (1,96)

p : perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%

q : 1- p (100% - p)

d : tingkat kesalahan yang dipilih (d = 0,05)

Perkiraan besar sample pada penelitian ini adalah:

$$n = \frac{14 (1.96)^2 (0,5) (0,5)}{(0,05)^2 (14-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{13,4456}{0,9929}$$

$$n = 13,54$$

$$n = 14$$

4.3.4 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dan populasi untuk mewakili populasi, pada penelitian ini teknik sampling yang digunakan *simple random sampling*, dimana teknik penerapan sample dengan cara memilih sample diantara populasi secara random, sehingga sample tersebut dapat mewakili karakteristik populasi (Nursalam, 2003).

4.4 Variabel Penelitian

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang suatu konsep (Notoatmodjo, 2002).

Variabel juga merupakan konsep dari berbagai level dari abstrak yang didefinisikan sebagai suatu fasilitas untuk pengukuran dan atau manipulasi suatu penelitian (Nursalam, 2003).

4.4.1 Variabel Independen

Variabel independent adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lainnya (Nursalam, 2003). Variabel independen dalam penelitian ini adalah TAK stimulasi persepsi.

4.4.2 Variabel Dependen

Variabel dependen adalah aspek tingkah laku yang diamati dari suatu organisme yang dikenai stimulus. Variabel dependen menurut Nursalam 2003 adalah variabel yang nilainya ditentukan variabel lain. Dalam penelitian ini variabel dependennya adalah kemampuan memutus halusinasi pada klien skizofrenia.

4.5 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skore
Independen TAK stimulasi persepsi halusinasi	Suatu bentuk terapi modalitas yang diberikan kepada klien secara berkelompok untuk menyelesaikan masalah yang sama	<p>Sesi 1 Klien dapat mengenal halusinasi, meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - isi - waktu - perasaan <p>Sesi 2 Klien dapat memutus halusinasi dengan menghardik</p> <p>Sesi 3 Klien dapat memutus halusinasi dengan melakukan kegiatan.</p> <p>Tiap sesi dilakukan selama ± 45 menit</p>	Panduan TAK (Keliat&Akemat, 2002)		
Dependen Memutus halusinasi	Suatu bentuk perilaku yang konstruktif dalam menerima stimulus/rangsang yang berasal dari suatu persepsi yang tidak sesuai dengan realita	Kemampuan klien dari segi <ul style="list-style-type: none"> - kognitif - afektif - psikomotor 	Observasi (Stuart&Sundeen, 1998)	ordinal	1: bisa memutus halusinasi 60-100% 2: tidak bisa memutus halusinasi 0-59%

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini adalah lembar observasi. Beberapa penelitian membutuhkan pengamatan secara langsung untuk memperoleh fakta yang nyata dan akurat dalam membuat kesimpulan (Nursalam, 2003)

Lembar observasi digunakan untuk mengukur variabel dependen tentang kemampuan klien untuk memutus halusinasi yaitu berupa lembar cek list. Peneliti mengamati kemampuan klien memutus halusinasi dengan membubuhkan tanda () pada kolom yang sesuai. Cek list yang digunakan adalah tunggal yakni digunakan sebelum perlakuan dan sesudah perlakuan, dengan tujuan memudahkan melihat perbedaan hasil sebelum dan sesudah TAK stimulasi persepsi.

4.6.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Waktu penelitian dilaksanakan pada tanggal 22 Mei – 13 Juni 2007.

4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini proses pengumpulan data yang dilakukan di RSJ Menur Surabaya dilaksanakan setelah mendapat ijin dari RSJ Menur. Dalam penelitiannya, peneliti menemui keluarga sebagai responden, karena pada penelitian ini pasien yang bersangkutan adalah pasien jiwa. Setelah dokter yang bertanggung jawab pada klien menyetujui *informed concern*, dilakukan observasi awal secara langsung selama 7 hari. Selanjutnya dilakukan intervensi berupa TAK

stimulasi persepsi sesi 1-3. Tiap sesi dilakukan selama ± 45 menit, selama 11 hari. Dalam penelitian ini peneliti berperan sebagai leader yang dibantu lima fasilitator dan satu observer (fasilitator dan observer adalah mahasiswa S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga). Setelah intervensi selesai, dilakukan observasi ulang selama 5 hari sebagai validasi untuk menilai pengaruh TAK stimulasi persepsi terhadap kemampuan klien memutus halusinasinya.

4.7 Cara Analisis Data

Dalam penelitian ini analisis data dilakukan melalui tahap-tahap sebagai berikut:

1. Persiapan

Langkah persiapan dimaksudkan untuk merapikan data agar bersih dan tinggal mengadakan pengolahan lanjutan atau menganalisis (Arikunto, 1998):

- 1) Mengecek nama dan kelengkapan identitas responden untuk menghindari kesalahan ataupun kekurangan data identitas sample.
- 2) Mengecek kelengkapan data dengan memeriksa isi instrument pengumpulan data.
- 3) Mengecek macam isian (lembar observasi) untuk menghindari ketidakpastian pengisian.

2. Tabulasi data

Merupakan suatu kegiatan untuk mengelompokkan data sesuai item yang ditentukan oleh peneliti (Arikunto, 1998). Adapun langkah yang dilakukan dalam tabulasi data adalah:

- 1) Memberi skor terhadap item-item yang perlu diskor dengan yang telah ditetapkan dalam operasional.
 - 2) Mengubah jenis data bila diperlukan, disesuaikan atau dimodifikasi dengan teknik analisis yang digunakan.
- ## 3. Analisis uji statistik hasil observasi dan wawancara.
- ## 4. Kemudian dilakukan analisis dengan menggunakan *Wilcoxon signed rank test* dan disajikan dalam bentuk tabulasi silang antara variabel dependen dengan menggunakan program SPSS 14.
- ## 5. Untuk mengetahui pengaruh variabel independen dan dependen dilakukan uji statistic *Mann Whitney test* dengan derajat kemaknaan $p < 0,05$ maka H_0 diterima, artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara 2 variabel.

4.8 Etik Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan setelah peneliti mendapat rekomendasi PSIK FK Unair. Setelah mendapat izin Direktur RS Jiwa Menur Surabaya barulah melakukan penelitian dengan menekankan masalah etik yang meliputi:

1. *Informed consent* kepada dokter yang merawat/bertanggungjawab kepada klien yang memenuhi criteria inklusi untuk bersedia menjadi responden penelitian.

2. *Anonimity* (tanpa nama) Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data atau kuosioner uyang akan diisi oleh responden. Lembar ini hanya diberi kode tertentu oleh peneliti.
3. *Confidentiality* (kerahasiaan) Klien yang menjadi objek penelitian akan dijaga kerahasiaan oleh peneliti, dan hanya disajikan pada kelompok tertentu yang akan berhubungan dengan penelitian.

4.9 Keterbatasan

Penelitian ini hanya akan dilakukan hingga tiga sesi saja karena keterbatasan waktu, biaya dan kemampuan peneliti. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *Simple Random Sampling*, menyebabkan adanya subjek dalam populasi yang tidak terpilih sebagai sampel karena sampel dipilih secara acak sehingga dimungkinkan sampel tidak representatif.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan tentang pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) stimulasi persepsi terhadap kemampuan memutus halusinasi pada klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, hasil penelitian meliputi: 1) gambaran umum, 2) data umum meliputi karakteristik responden berdasarkan umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan agama, 3) data khusus kemampuan memutus halusinasi pada klien skizofrenia.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSJ Menur Surabaya. Jumlah tenaga kerja ±378 orang, dengan jumlah perawat 74 orang. Jumlah pasien yang dirawat inap rata-rata 210 orang per bulan. Sedangkan untuk ruangan perawatan berjumlah 8 ruangan yang terbagi atas ruang kelas III laki-laki, yaitu ruang D (Murai), ruang G (Gelatik), ruang F (Kenari). Ruang kelas III perempuan, yaitu ruang C (Dahlia) dan ruang E (Flamboyan). Ruang paviliun, yaitu ruang Anggrek. Selain itu ada Ruang gawat Darurat Psikiatrik (Wijaya Kusuma) dan ruang Puri Mitra keluarga (Napza).

Penelitian dilakukan di ruang kelas III wanita, yaitu ruang C (Dahlia) pada tanggal 22 Mei sampai 13 Juni 2007.

5.1.2 Data Umum

Dalam karakteristik demografi, akan diuraikan kerakteristik demografi berdasarkan umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, dan agama.

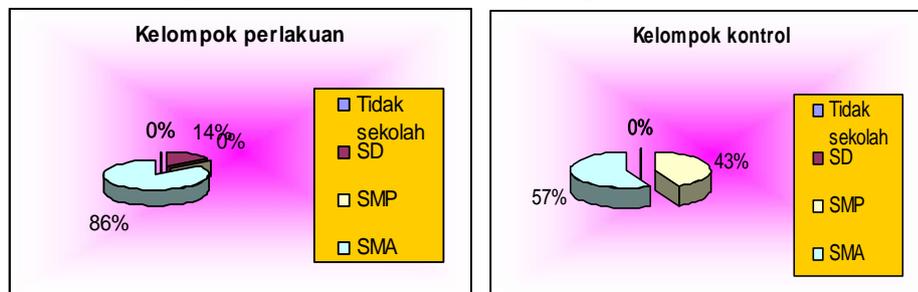
1. Distribusi responden berdasarkan umur



Gambar 5.1 Diagram distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan umur di RS Jiwa Menur Surabaya, 22 Mei – 13 Juni 2007

Berdasarkan gambar 5.1 responden kelompok perlakuan sebagian besar berumur 44-50 tahun yaitu sebanyak 2 orang (29%) dan 34-43 tahun yaitu sebanyak 6 orang (29%). Dan responden kelompok kontrol sebagian besar berumur 34-43 tahun yaitu 5 orang (43%).

2. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan



Gambar 5.2 Diagram distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan tingkat pendidikan di RS Jiwa Menur Surabaya, 22 Mei – 13 Juni 2007

Berdasarkan gambaran 5.2 responden kelompok perlakuan sebagian besar berpendidikan SMA yaitu sebanyak 6 orang (86%). Dan pada kelompok kontrol sebagian besar berpendidikan SMA yaitu sebanyak 4 orang (57%).

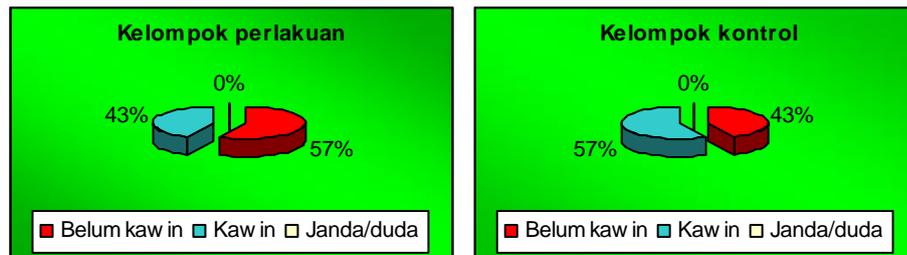
3. Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan



Gambar 5.3 Diagram distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan jenis pekerjaan di RS Jiwa Menur Surabaya, 22 Mei – 13 Juni 2007

Berdasarkan gambaran 5.3 responden kelompok perlakuan sebagian besar tidak bekerja yaitu 5 orang (71%). Dana pada kelompok kontrol sebagian besar tidak bekerja yaitu 6 orang (86%).

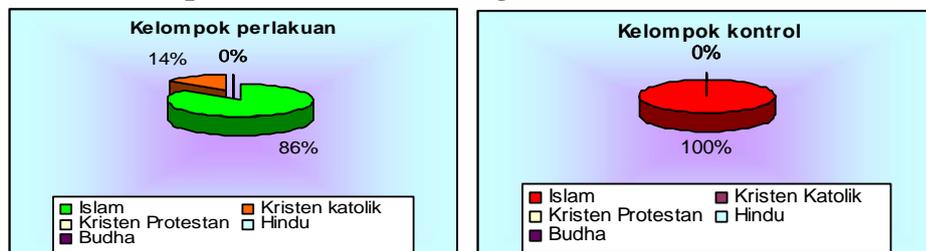
4. Distribusi responden berdasarkan status perkawinan



Gambar 5.4 Diagram distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan status perkawinan di RS Jiwa Menur Surabaya, 22mei – 13 Juni 2007

Berdasarkan gambar 5.4 jumlah responden kelompok perlakuan sebagian besar berstatus belum kawin yaitu 4 orang (57%). Dan pada kelompok kontrol sebagian besar berstatus sudah kawin yaitu 4 orang (57%).

5. Distribusi responden berdasarkan agama



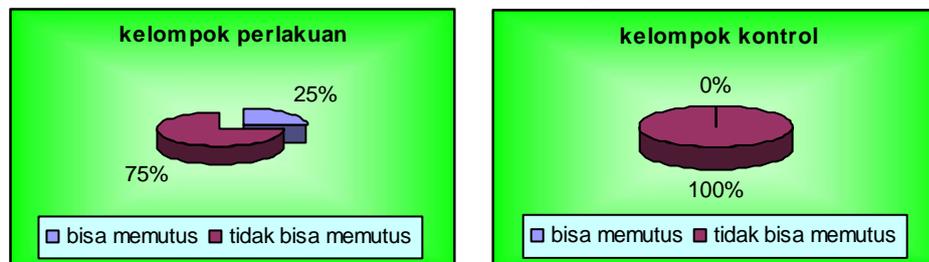
Gambar 5.5 Diagram distribusi responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan agama di RS Jiwa Menur Surabaya, 22 Mei – 13 Juni 2007

Berdasarkan gambar 5.5 responden kelompok perlakuan sebagian besar beragama islam yaitu sebanyak 6 orang (86%). Dan pada kelompok kontrol sebagian semuanya beragama islam yaitu 7 orang (100%).

5.1.3 Data Khusus

Pada bagian ini akan disajikan data variabel yang diukur mengenai kemampuan klien untuk memutus halusinasi sebelum dan sesudah diberikan TAK stimulasi persepsi sesi 1-3 pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

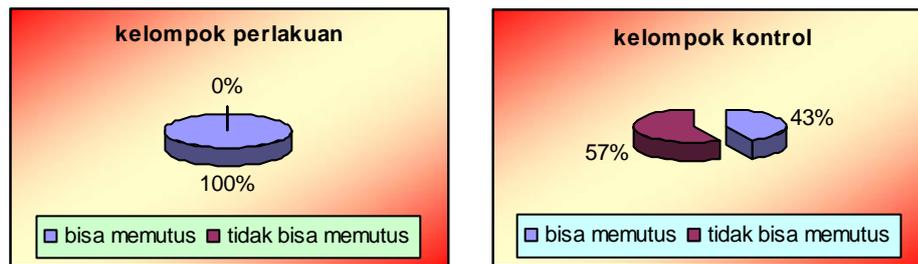
1. Kemampuan memutus halusinasi sebelum perlakuan



Gambar 5.6 Diagram kemampuan memutus halusinasi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum diberikan TAK stimulasi persepsi di RS Jiwa Menur Surabaya, 22 Mei – 13 Juni 2007

Berdasar gambar 5.6 memberikan gambaran tentang kemampuan klien dalam memutus halusinasi sebelum diberikan TAK stimulasi persepsi sesi 1-3. Responden seluruhnya tidak mampu memutus halusinasinya. Pada kelompok kontrol sebanyak 7 orang (100%), dan pada kelompok perlakuan 5 orang (75%).

2. Kemampuan memutus halusinasi sesudah perlakuan



Gambar 5.7 Diagram kemampuan memutus halusinasi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberikan TAK stimulasi persepsi di RS Jiwa Menur Surabaya, 22 Mei – 13 Juni 2007

Berdasarkan gambar 5.7 memberikan gambaran tentang kemampuan klien memutus halusinasi pada kelompok perlakuan yaitu 7 orang (100%). Pada kelompok kontrol yaitu 2 orang (43%).

3. Pengaruh terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi sesi 1-3 terhadap kemampuan klien memutus halusinasi.

Tabel 5.1 Data hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* dan *Mann Whitney Test* kemampuan memutus halusinasi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah perlakuan.

Kemampuan memutus halusinasi	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol		Kelompok Perlakuan	Kelompok Kontrol
	sebelum	sesudah	sebelum	sesudah		
Bisa memutus	25%	100%	0%	43%	100%	43%
Tidak bisa memutus	75%	0%	100%	57%	0%	57%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Wilcoxon Signed Rank test				Mann Whitney Test	
	Z = -2,449 p = 0,014		Z = -1,000 p = 0,317		Z = -3,060 p = 0,002	

5.2 Pembahasan

5.2.1 Kemampuan Memutus Halusinasi Sebelum Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi pada Klien Skizofrenia

Dari hasil penelitian bahwa kemampuan klien memutus halusinasi pada kelompok perlakuan adalah 25% (2 orang), sedangkan pada kelompok kontrol 100% (7 orang) klien tidak dapat memutus halusinasi.

Pengendalian halusinasi adalah kemampuan klien dalam mengendalikan stimulus yang datang dikaitkan dengan penurunan, berlebihan, distorsi atau kerusakan terhadap stimulasi (Nurjannah, 2001).

Hal-hal yang mempengaruhi ketidakmampuan klien memutus halusinasi antara lain: 1) klien merupakan penderita baru, pertama kali mengalami gangguan jiwa dan menjalani rawat inap di RS Jiwa, 2) mekanisme coping klien tidak efektif dan cenderung menarik diri sehingga menyebabkan terjadi halusinasi, 3) pada masa-masa awal terjadi kebingungan pada klien sampai terjadi kecemasan. Klien merasa apa yang dilihat atau didengar merupakan suatu hal yang nyata, 4) TAK tidak dimasukkan dalam protap penanganan klien dengan halusinasi di RSJ Menur. Terapi terfokus pada pemberian obat psikofarmaka, 5) klien rata-rata menjalani masa perawatan pada minggu ke-2, dimana klien sudah mulai tenang dan kooperatif, 5) pada kelompok perlakuan ada dua orang klien yang sudah mampu menceritakan halusinasinya, namun belum bisa memutus halusinasinya dengan cara yang benar. Klien biasanya meminta kepada perawat untuk diikat saat halusinasinya datang, ada juga yang memejamkan mata sambil berdoa sampai halusinasinya hilang. Sedangkan pada kelompok kontrol juga ada dua orang klien

yang mampu menceritakan halusinasinya, namun hanya sesekali saja klien berusaha memutus halusinasi yang datang dengan caranya sendiri.

Tidak ada perbedaan yang berarti pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum diberikan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) baik dari segi afektif, kognitif dan psikomotor. Dari segi afektif, klien mampu membina hubungan dengan orang lain, masih terlihat sedih dan cemas, kadang marah-marah saat halusinasi datang, namun respon verbal klien sudah baik. Dari segi kognitif klien mampu menceritakan pengalaman halusinasinya, tapi belum mampu berkonsentrasi dan membedakan realita dengan non realita. Dari segi psikomotor, sikap menyendiri, agresif hampir tidak tampak lagi. Sebagian besar klien masih mondar-mandir, tersenyum, tertawa dan berbicara sendiri. Penyebab gangguan jiwa sangat kompleks sehingga dalam memberikan terapi sebaiknya tidak terfokus pada psikofarmaka tetapi klien juga perlu dilibatkan pada suatu aktifitas (Terapi Aktivitas Kelompok) untuk menyelesaikan masalah sosialnya sehingga klien lebih cepat berorientasi pada realita dan dapat membina hubungan dengan lingkungannya.

5.2.2 Kemampuan Memutus Halusinasi Setelah Terapi Aktivitas kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi pada Klien Skizofrenia

Kemampuan memutus halusinasi pada klien setelah dilakukan TAK stimulasi persepsi mengalami perubahan yang lebih baik. Pada kelompok perlakuan menunjukkan kemampuan memutus halusinasi dari yang tidak bisa memutus halusinasi sebesar 75% menjadi 0%. Sedangkan pada kelompok kontrol juga terjadi perubahan yaitu dari 100% menjadi 57%.

Kemampuan memutus halusinasi tersebut dengan cara: 1) lingkungan kelompok yang kondusif dan rasa saling percaya antar anggota kelompok, 2) memutus halusinasi dengan cara menghardik, 3) memutus halusinasi dengan melakukan kegiatan, 4) memutus halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, 5) memutus halusinasi dengan cara patuh minum obat (Keliat, 2004).

Townsend (1998) menyatakan bahwa orientasi pada realitas akan mengurangi persepsi sensorik yang salah dan meningkatkan makna diri dan keluruhan pribadi klien. Sehingga pemberian TAK stimulasi persepsi dibutuhkan pada klien dengan halusinasi agar dapat berorientasi pada realita.

Hal-hal yang mempengaruhi keberhasilan pada kelompok perlakuan antara lain: 1) lingkungan kelompok yang kondusif dan rasa saling percaya antar anggota kelompok, 2) tingkat pendidikan klien yang sebagian besar sama (SMA) merupakan modal awal bagi terapis yang dapat mempermudah terapis dalam memberikan informasi dan mengajarkan cara memutus halusinasi. Karena klien memiliki tingkat pemahaman yang lebih baik, 3) pelaksanaan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) yang berkelanjutan akan mempermudah klien untuk saling mengenal dan bertukar pengalaman, berkomunikasi dan menggali pengetahuan tentang cara memutus halusinasi, 4) dalam Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) klien tidak hanya mendapatkan informasi dan pendidikan tentang cara memutus halusinasi, namun juga mendapatkan dorongan agar klien mau merubah perilaku yang maladaptif menjadi adaptif.

Sedangkan perubahan pada kelompok kontrol disebabkan karena beberapa hal yaitu: 1) perbedaan mekanisme coping individu dalam menyelesaikan masalah. Ada klien yang suka menceritakan masalahnya pada orang lain dan

meminta saran untuk penyelesaiannya namun ada juga yang cenderung menutupi masalahnya, 2) perbedaan terapi psikofarmaka dan terapi modalitas khususnya Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) yang diberikan, 3) asuhan keperawatan yang diberikan pada klien tentang cara memutus halusinasi.

Setelah dilakukan terapi Aktivitas Kelompok (TAK) terjadi perubahan pada kelompok perlakuan dari segi afektif, kognitif dan psikomotor. Dari segi afektif klien mampu membina hubungan dengan orang lain, tidak sedih dan cemas, tidak marah-marah dan respon verbal baik. Kognitif, klien mampu membedakan realita dan non realita, mampu berkonsentrasi dan mampu menceritakan pengalaman halusinasinya. Psikomotor, klien sudah tidak mondar-mandir, berbicara, tersenyum dan tertawa sendiri, tidak agresif, tidak menyendiri, mampu memulai hubungan dengan orang lain dan mampu melakukan kegiatan sehari-hari.

5.2.3 Pengaruh TAK Stimulasi Persepsi Terhadap Kemampuan Memutus Halusinasi Pada Klien Skizofrenia

Dari hasil statistik *wilcoxon signed ranks test* didapat $p=0,014$ yang artinya ada perbedaan yang nyata antara kemampuan memutus halusinasi sebelum dan sesudah diberikan TAK stimulasi persepsi pada klien skizofrenia. Dari hasil statistik *mann-witney test* didapat $p=0,002$ yang artinya ada perubahan kemampuan memutus halusinasi yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) stimulasi persepsi adalah terapi yang menggunakan aktifitas mempersepsikan berbagai stimulus yang terkait dengan

pengalaman dalam kehidupan untuk didiskusikan dalam kelompok. Hasil diskusi kelompok dapat berupa kesepakatan persepsi atau alternatif penyelesaian masalah (Keliat 2002). Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) merupakan salah satu terapi modalitas yang dilakukan perawat kepada sekelompok klien yang mempunyai masalah keperawatan yang sama. Aktivitas digunakan sebagai terapi, dan kelompok digunakan sebagai target asuhan. Di dalam kelompok terjadi dinamika interaksi yang saling tergantung, saling membutuhkan, dan menjadi tempat untuk klien berlatih perilaku yang adaptif.

Pada Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi klien diajarkan untuk mengenal halusinasi sebagai sesuatu yang tidak nyata dan mengajarkan cara memutus halusinasi. Cara yang digunakan yaitu: 1) mengenal halusinasi, karena bagi klien halusinasi merupakan hal yang nyata dan dapat dirasakan kehadirannya, tapi dalam hal ini klien harus bisa membedakan mana yang nyata dan mana yang tidak nyata dengan cara mengorientasikan klien pada realita dengan cara mengetahui dan mengungkapkan: isi halusinasi, waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi, perasaan saat terjadinya halusinasi. Dengan mengenal halusinasi maka kecemasan klien dapat berkurang dan klien dapat membedakan realita dan non realita; 2) memutus halusinasi dengan menghardik. Metode menghardik halusinasi dapat mengajarkan kepada klien untuk bisa mengatakan “tidak” pada semua perintah halusinasi sehingga klien lebih berani untuk mengabaikan halusinasi yang selama ini mengontrol perilaku klien; 3) memutus halusinasi dengan melakukan kegiatan. Dengan melakukan kegiatan diharapkan klien tidak menyendiri, sehingga halusinasi yang muncul dapat diabaikan.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pemberian Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) stimulasi persepsi sesi 1-3 memberi pengaruh yang signifikan terhadap kemampuan memutus halusinasi pada klien skizofrenia sebelum dan sesudah diberikan TAK, sehingga klien lebih terkendali dalam menghadapi setiap halusinasi yang muncul.
2. Pemberian Terapi Aktivitas Kelompok stimulasi persepsi mampu merubah perilaku klien untuk memutus halusinasi, dengan cara mengenal halusinasi, memutus halusinasi dengan menghardik, dan memutus halusinasi dengan melakukan kegiatan.

6.2 Saran

Saran yang dapat dipertimbangkan dan bermanfaat untuk meningkatkan kemampuan klien memutus halusinasi adalah sebagai berikut:

1. Diterapkannya TAK stimulasi persepsi dalam terapi dan dilakukan secara rutin sebagai upaya mempercepat kesembuhan klien di RS Jiwa Menur Surabaya.

2. Perlu diadakan pelatihan-pelatihan kepada perawat tentang pemberian terapi modalitas (TAK) agar perawat mampu menjadi terapis yang dapat menjalankan terapi kelompok dengan benar.
3. Perlu diadakan penelitian lebih lanjut tentang terapi aktivitas kelompok yang lain untuk memperluas wawasan tentang terapi modalitas khususnya terapi aktivitas kelompok untuk klien skizofrenia.
4. Perlu adanya protap yang memasukkan TAK sebagai penanganan klien halusinasi di RSJ Menur, sehingga dalam pemberian terapi tidak hanya berfokus pada psikofarmaka.

DAFTAR PUSTAKA

- Antai-Otong.D, (1995). *Psychiatric Nursing Biological and Behavioral Councpets*, Philadelphia, WB Saunder Company, Hal. 560-561
- Antai-Otong, Johnston, Baumann, (1990), *Decision making in Psychiatric and Psychosocial Nursing*, Philadelphia, B.C Decker, Hal. 136,138
- Arikunto.S, (2002). *Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktek*, Jakarta, PT. Ribeka Cipta, Hal.215
- Baihaqi MIF, dkk, (2005). *Psikiatri: Konsep Dasar dan Gangguan-Gangguan*, cetakan 1, Bandung, Refika Aditama, Hal. 63-72
- Betty. J. Ackley, (2004). *Nursing Diagnosis: Disturbed Sensory Perception (Specify: Visual, Auditory, Kinesthetic, Gustatory, Tactile, Olfactory)*. Retrieved Juni 20th.
From://www.us.elsewerhealth.com/MARLIN/Ackley/NHD/contractor/ind ex.cfm?plan=42
- Carpenito, L.J, (2000). *Buku Saku Diagnosa keperawatan, Edisi VIII*, Jakarta, EGC, Hal.370
- Hawari, dadang, (2003). *Pendekatan Holistik pada Gangguan jiwa: Skizofrenia*, Jakarta, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Gaya Baru, Hal. 41
- Isaacs, Ann, (2004). *Panduan Belajar: Keperawatan Jiwa dan Psikiatrik*, Jakarta, EGC, Hal.46
- Kaplan dan Sadock, (1998). *Sinopsis Psikiatrik: Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*, Edisi VII jilid 1, Jabar-Indonesia, Binarupa Aksara.
- Kaplan dan Sadock, (1998), *Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*, Edisi VII jilid 2, Jabar-Indonesia, Binarupa Aksara, Hal. 408
- Kaplan dan Sadock, (1998), *Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat*, cetakan 1, Jakarta, Widya Medika.
- Keliat, Budi Anna, (2004). *Keperawatan Jiwa: terapi aktivitas kelompok*, Jakarta, EGC, Hal. 3-15, 49-51, 80-89
- Keliat, Budi Anna, (2005). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Edisi 2, Jakarta, EGC, Hal. 46
- Maramis.W.F, (2004). *Catatan Ilmu kedokteran Jiwa*, Cetakan VIII, Surabaya, Airlangga University Press, Hal. 119, 215-234

- Maslim.R, (1993). *Diagnosis Gangguan Jiwa*, Dirjend Pelayanan Medik, Depkes RI
- Nursalam, (2002). *Manajemen Keperawatan Aplokasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*, Jakarta, Salemba Medika, Hal. 92
- Nursalam, (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*, Jakarta, Salemba medika, Hal. 79, 89, 93, 97, 101-102, 107
- Nizami A, (2006). *Skizofrenia: 30% Warga jabar Alami Gangguan Jiwa*. Retrieved 16 Oktober 2006. From <http://www.pikiran-rakyat.com/cetak/2005/1205/18/0901.htm>
- Notoatmodjo, (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta, Rineka Cipta, Hal. 145
- Stuart dan Sundeen, (1995). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, St.Louis, Mosby Year Book, Hal. 487
- Stuart dan Sundeen, (1998). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Jakarta, EGC, Hal. 227-237
- Stuart and laraia, (2001). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 7th edition, St. Louise: Mosby
- Stuart W, Gail, (2007). *Buku Saku keperawatan Jiwa*, Edisi V, Jakarta, EGC.
- Patricia, Katherine, (1995). *Psychiatric Nursing Care Plans*, Second Edition, St.Louis, Mosby Year Book. Hal. 74-78
- Pudjirahardjo. J. widodo, dkk, (1994). *Lab/UPK Ilmu kedokteran Jiwa FK Unair/RSU Dr.Soetomo Surabaya*.

Lampiran 1

**PROPOSAL PELAKSANAAN TERAPI AKTIVITAS
KELOMPOK (TAK) STIMULASI PERSEPSI SESI 1-3
RS Jiwa Menur Surabaya**

A. Pengertian

Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi (TAKSP) adalah upaya memfasilitasi kemampuan persepsi sejumlah klien dengan masalah gangguan persepsi.

B. Tujuan

Tujuan umum TAKSP :

1. Klien dapat mempersepsikan stimulus yang dipaparkan kepadanya dengan tepat.
2. Klien dapat menyelesaikan masalah yang timbul dari stimulus yang dialami.

Tujuan khusus

Sesi 1: 1. Klien dapat mengenal halusinasi.

2. Klien mengenal waktu terjadinya halusinasi.
3. Klien mengenal situasi terjadinya halusinasi.
4. Klien mengenal perasaannya saat terjadi halusinasi.

Sesi 2: 1. Klien dapat menjelaskan cara yang selama ini dilakukan untuk mengatasi halusinasi.

2. Klien dapat memahami cara menghardik halusinasi.

2. Klien dapat memperagakan cara menghardik halusinasi.

Sesi 3: 1. Klien dapat memahami pentingnya melakukan kegiatan untuk mencegah munculnya halusinasi.

2. Klien dapat menyusun jadwal kegiatan untuk mencegah terjadinya halusinasi.

C. Karakteristik Klien

Sesi 1: Klien depersonalisasi yang telah mulai melakukan interaksi interpersonal, dan klien dengan halusinasi.

Sesi 2: Klien yang sudah mengikuti TAK stimulasi persepsi sesi 1.

Sesi 3: Klien yang sudah mengikuti TAK stimulasi persepsi sesi 2.

D. Masalah Keperawatan

1. Halusinasi
2. Menarik diri
3. Harga diri rendah
4. Defisit perawatan diri

E. Proses TAK

Sesi 1: Mengenal halusinasi

1. Fase Orientasi
 - a. Salam terapeutik
 1. Salam dari terapis kepada klien.
 2. Perkenalkan nama dan panggilan terapis (pakai papan nama).

3. Menanyakan nama dan panggilan semua klien (beri papan nama)
- b. Evaluasi dan validasi: Menanyakan perasaan klien saat ini.
- c. Kontrak
5. Terapis menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilakukan, yaitu mengenal suara-suara yang didengar.
6. Terapis menjelaskan aturan main TAK
 - i. Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok harus minta ijin kepada terapis.
 - ii. Lama kegiatan 45 menit.
 - iii. Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.
4. Tahap Kerja
 - a. Leader menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan yaitu mengoper kelereng dengan sendok, dengan durasi waktu (5 menit), kegiatan ini akan berlangsung diiringi musik.
 - b. Leader mulai mengoper kelereng mulai dari klien yang ada disebelah kanannya. Dalam waktu 15 detik musik akan dimatikan. Klien yang memegang kelereng mendapat tugas untuk menceritakan isi halusinasi, kapan terjadinya, situasi yang membuat terjadi, dan perasaan klien saat terjadi halusinasi.
 - c. Beri pujian setiap klien melakukan tugasnya dengan baik.
 - d. Simpulkan isi, waktu terjadi, situasi terjadi, dan perasaan klien dari suara yang biasa didengar.
 - e. Kegiatan dilakukan sampai semua anggota kelompok mendapat giliran.

5. Tahap Terminasi

a. Evaluasi

1. Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK.
2. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan kelompok.

b. Tindak lanjut

Terapis meminta klien untuk melaporkan isi, waktu, situasi, dan perasaannya jika terjadi halusinasi.

c. Kontrak yang akan datang

1. Menyepakati TAK yang akan datang, yaitu cara mengontrol halusinasi.
2. Menyepakati waktu dan tempat.

Sesi 2: Mengontrol Halusinasi dengan Menghardik

1. Fase Orientasi

a. Salam terapeutik

1. Salam dari terapis kepada klien
2. Klien dan terapis pakai papan nama

b. Evaluasi dan validasi

1. Terapis menanyakan perasaan klien saat ini
2. Terapis menanyakan pengalaman halusinasi yang terjadi: isi, waktu, situasi, dan perasaan.

c. Kontrak

1. Menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu dengan latihan satu cara mengontrol halusinasi.
2. Menjelaskan aturan main, yaitu:

- Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok, harus minta izin pada terapis.
- Lama kegiatan 45 menit.
- Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir.

2. Tahap Kerja

- a. Permainan yang digunakan pada sesi 2 sama seperti sesi 1.
- b. Terapis meminta klien menceritakan apa yang dilakukan pada saat mengalami halusinasi, dan bagaimana hasilnya. Ulangi sampai semua klien mendapat giliran.
- c. Berikan pujian setiap klien selesai bercerita.
- d. Terapis memperagakan cara menghardik halusinasi, yaitu: “Pergilah jangan ganggu saya”, “Saya mau bercakap-cakap dengan. . .”
- e. Leader mulai mengoper kelereng kearah kiri sambil diiringi lagu selama 15 detik. Klien yang memegang kelereng mendapat tugas memperagakan cara menghardik halusinasi.
- f. Terapis memberikan pujian dan mengajak semua klien bertepuk tangan saat setiap klien selesai memperagakan manghardik halusinasi.

3. Tahap Terminasi

- a. Evaluasi
 1. Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK.
 2. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan kelompok.
- b. Tindak lanjut
 1. Terapis menganjurkan klien untuk menerapkan cara yang telah dipelajari jika halusinasi muncul.

2. Memasukkan kegiatan menghardik dalam jadwal kegiatan harian klien.
- c. Kontrak yang akan datang
1. Terapis membuat kesepakatan dengan klien untuk TAK yang berikutnya, yaitu belajar cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan.
 2. Terapis membuat kesepakatan waktu dan tempat TAK berikutnya.

Sesi 3: Mengontrol Halusinasi dengan Melakukan Kegiatan

1. Fase Orientasi
 - a. Salam terapeutik
 1. Salam dari terapis kepada klien
 2. Klien dan terapis pakai papan nama
 - b. Evaluasi dan validasi
 1. Terapis menanyakan keadaan klien saat ini
 2. Terapis menanyakan cara mengontrol halusinasi yang sudah dipelajari.
 3. terapis menanyakan pengalaman klien menerapkan cara menghardik halusinasi
 - c. Kontrak
 1. Terapis menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu mencegah terjadinya halusinasi dengan melakukan kegiatan.
 2. Menjelaskan aturan main berikut
 - Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok, harus meminta ijin kepada terapis.

- Lama kegiatan 45 menit.
- Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir.

2. Tahap Kerja

- a. Terapis menjelaskan cara kedua, yaitu melakukan kegiatan sehari-hari. Jelaskan bahwa dengan melakukan kegiatan yang teratur akan mencegah munculnya halusinasi.
- b. Terapis meminta tiap klien menyampaikan kegiatan yang biasa dilakukan sehari-hari.
- c. Terapis membagi formulir jadwal kegiatan harian.
- d. Terapis membimbing satu persatu klien untuk membuat jadwal kegiatan harian, dari bangun pagi sampai tidur malam.
- e. Terapis melatih klien memperagakan kegiatan yang telah disusun.
- f. Berikan pujian dengan tepuk tangan bersama kepada klien yang sudah selesai membuat jadwal dan memperagakan kegiatan.

3. Tahap Terminasi

- a. Evaluasi
 1. Terapis menanyakan perasaan klien setelah selesai menyusun jadwal kegiatan dan memperagakannya.
 2. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan kelompok.
- b. Tindak lanjut

Terapis menganjurkan klien melaksanakan dua cara mengontrol halusinasi, yaitu menghardik dan melakukan kegiatan.

F. Pengorganisasian

1. Terapis

Peran dan fungsi:

a. Leader: Agusta Dian Ellina

Fungsi:

- Menyusun rencana aktivitas kelompok (proposal)
- Mengarahkan kelompok dalam mencapai tujuan
- Memfasilitasi setiap anggota untuk mengekspresikan persepsi tentang dirinya, mengajukan pendapat dan memberi umpan balik
- Sebagai “Role Model”
- Memotivasi setiap anggota kelompok untuk mengemukakan pendapat dan memberi umpan balik.

b. Co Leader: Ratna Puji .P

Fungsi: Membantu leader dalam mengorganisir anggota kelompok.

c. Observer: Rahmatul Fitriya

Fungsi:

- Mengobservasi semua respon klien
- Mencatat semua respon yang terjadi dan semua perubahan perilaku klien.
- Memberikan umpan balik kepada kelompok.

d. Fasilitator: Nirma Yunita, Nety Mawarda, Sartika, Setho Hadi S, Deni

Yasmara, Wiwin, Dian Nur A, Eka S.

Fungsi:

- Membantu leader memfasilitasi anggota untuk berperan aktif dan memotivasi anggota.
- Memfokuskan kegiatan.
- Membantu mengkoordinasi anggota kelompok.

2. Seleksi klien

Seleksi dilaksanakan 3 hari sebelum pelaksanaan TAK dan berdasarkan pada status dan pengamatan klien yang ada di RSJ Menur Surabaya.

3. Nama klien yang ikut

- a. Ny. A
- b. Ny. B
- c. Ny. C
- d. Ny. D
- e. Ny. E
- f. Ny. F
- g. Ny. G

G. Pelaksanaan

1. Waktu

Sesi 1: Senin, 14 Mei 2007 pukul 09.00-09.45 (45 menit)

Sesi 2: Selasa, 15 Mei 2007 pukul 09.00-09.45 (45 menit)

Sesi 3: Rabu, 16 Mei 2007 pukul 09.00-09.45 (45 menit)

2. Tempat

TAKSP Sesi 1-3 dilaksanakan di taman RSJ Menur Surabaya

3. Alat dan Bahan

- Sendok plastik
- Kelereng
- Tape dan CD

H. Antisipasi Masalah

Masalah yang mungkin timbul dalam TAK ini antara lain:

- Keterbukaan yang kurang

Intervensi: Leader, Co-Leader maupun fasilitator harus berusaha memotivasi klien untuk memberikan pertanyaan-pertanyaan yang bersifat terbuka. Berikan dukungan dan rasa nyaman sehingga klien mampu mengekspresikan perasaannya dengan leluasa.

- Resistensi baik individu atau kelompok

Peran fasilitator sangat diperlukan untuk menciptakan suasana yang mendukung keberhasilan suatu terapi.

- Persepsi yang salah tentang diri klien

Intervensi: Leader, Co-Leader, maupun fasilitator memvalidasi kebenaran persepsi klien tentang dirinya dengan cara meminta pendapat teman-teman klien tentang dirinya.

- Klien tidak mau berperan aktif

Intervensi: Jika klien tidak mau bermain biarkan klien untuk melihat dulu temannya yang bermain, setelah seluruh anggota mendapat giliran anjurkan klien tersebut untuk bermain.

- Klien bingung dengan aturan permainan

Intervensi: Agar klien tidak bingung dengan permainan yang akan datang, maka leader, co-leader maupun fasilitator terlebih dahulu memberikan contoh.

I. Setting

Keterangan:

: Leader

: Co-Leader

: Fasilitator

: Peserta

Sesi 1: Kemampuan mengenal halusinasi

No	Nama Klien	Menyebutkan isi terjadinya halusinasi	Menyebutkan waktu terjadinya halusinasi	Menyebutkan situasi terjadinya halusinasi	Menyebutkan perasaan saat halusinasi muncul
1.	Mr				
2.	Ps				
3.	Sw				
4.	Er				
5.	Sm				
6.	Tn				
7.	Ir				

Sesi 2: Kemampuan menghardik halusinasi

No	Nama Klien	Cara yang digunakan mengatasi halusinasi	Menyebutkan efektivitas cara	Menyebutkan cara mengatasi halusinasi dengan menghardik	Memperagakan menghardik halusinasi
1.	Mr				
2.	Ps				
3.	Sw				
4.	Er				
5.	Sm				
6.	Tn				
7.	Ir				

Sesi 3: Kemampuan memutus halusinasi dengan malakukan kegiatan

No	Nama Klien	Menyebutkan kegiatan yang biasa dilakukan	Memperagakan kegiatan yang biasa dilakukan	Menyusun jadwal kegiatan harian	Menyebutkan dua cara memutus halusinasi
1.	Mr				
2.	Ps				
3.	Sw				
4.	Er				
5.	Sm				
6.	Tn				
7.	Ir				

Petunjuk:

1. Tulis nama panggilan klien yang ikut TAK pada kolom nama klien.
2. Beri tanda () bila klien mampu dan tanda (x) bila klien tidak mampu.

Lampiran 5

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Responden yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : AGUSTA DIAN ELLINA

NIM : 010310541 B

Adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, yang akan melakukan penelitian yang berjudul “Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi: Halusinasi Sesi 1-3 terhadap Kemampuan Memutus Halusinasi pada Klien Skizofrenia” di RSJ Menur Surabaya. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana pengaruh terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi sesi 1-3 terhadap kemampuan memutus halusinasi pada klien skizofrenia.

Untuk itu saya mohon partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan untuk pengembangan ilmu keperawatan.

Partisipasi Bapak/Ibu sebagai perwakilan dari pasien adalah sukarela, tanpa adanya paksaan. Bila Bapak/Ibu berkenan menjadi responden silahkan menandatangani pada lembar yang telah disediakan. Atas partisipasi Bapak/Ibu saya mengucapkan terima kasih.

Surabaya, Mei 2007

Hormat saya,

AGUSTA DIAN ELLINA

Lampiran 6

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : AGUSTA DIAN ELLINA

NIM : 010310541 B

Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul “Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi:Halusinasi sesi 1-3 terhadap Kemampuan menghalau Halusinasi Pada Klien Skizofrenia” di RSJ Menur Surabaya.

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa saya telah diberi informasi dan memutuskan ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.

Surabaya, Mei 2007

Responden

Tanda tangan:

Nomor Responden:

Lampiran 7

FORMAT PENGUMPULAN DATA

Petunjuk pengisian: Beri tanda () pada kotak yang telah disediakan.

Pernyataan karakteristik responden

1. Nomer responden

2. Umur
 - a. 18-25 tahun
 - b. 26-33 tahun
 - c. 34-43 tahun
 - d. 44-50 tahun

3. Pendidikan
 - a. Tidak sekolah
 - b. SD
 - c. SMP
 - d. SMA
 - e. PT

4. Pekerjaan
 - a. Buruh
 - b. Swasta
 - c. PN/TNI
 - d. Tidak bekerja

5. Status perkawinan
- a. Belum kawin
 - b. Kawin
 - c. Janda/Duda
6. Agama
- a. Islam
 - b. Kristen Katolik
 - c. Kristen Protestan
 - d. Hindu
 - e. Budha

Lampiran 8

LEMBAR EVALUASI/OBSERVASI (Chek list)

Cara pengisian Chek List

Beri tanda () pada kolom chek list sesuai dengan hasil observasi pada tiap-tiap sesi.

No	Komponen Yang Dinilai	Ya	Tidak	Kode	Skore
1.	Afektif 1. Klien mampu membina hubungan dengan orang lain. 2. Klien tidak sedih dan cemas. 3. Klien tidak marah-marah. 4. Respon verbal klien baik.				
2.	Kognitif 1. Klien mampu membedakan antara realita dan non realita. 2. Klien mampu berkonsentrasi. 3. Klien mampu menceritakan tentang pengalaman halusinasi yang dialami.				
3.	Psikomotor 1. Klien tidak mondar-mandir. 2. Klien tidak berbicara sendiri. 3. Klien tidak tersenyum dan tertawa sendiri. 4. Klien tidak agresif. 5. Klien tidak menyendiri. 6. Klien mampu memulai hubungan dengan orang lain. 7. Klien mampu melakukan kegiatan sehari-hari.				

Lampiran 9

TABULASI DATA DEMOGRAFI

No	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Status perkawinan	Agama
1.	4	4	4	2	2
2.	3	4	4	2	1
3.	2	4	4	2	1
4.	1	4	4	1	1
5.	3	4	3	1	1
6.	4	2	3	1	1
7.	1	4	4	1	1
8.	3	4	4	2	1
9.	2	3	4	1	1
10.	2	4	4	2	1
11.	1	3	4	1	1
12.	2	4	4	1	1
13.	2	3	2	2	1
14.	2	4	4	2	1

Lampiran 10

TABULASI DATA PENELITIAN

No	Responden	Kemampuan Memutus Halusinasi		Koding
		Pre	Post	
	Kelompok Perlakuan			
1.	Mr	2	3	K = 1 C = 2 B = 3
2.	Ps	2	3	
3.	Sw	2	3	
4.	Er	2	3	
5.	Sm	2	3	
6.	Tn	1	2	
7.	Ir	3	3	
	Kelompok Kontrol			
1.	Ft	2	2	
2.	An	1	2	
3.	Wn	2	2	
4.	Ml	1	1	
5.	Mt	1	1	
6.	Ms	2	2	
7.	Dr	2	2	

Lampiran 11

NPar Tests**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
pre kemampuan memutus halusinasi-perlakuan	7	2.00	.577	1	3
pre kemampuan memutus halusinasi-kontrol	7	1.57	.535	1	2
post kemampuan memutus halusinasi-perlakuan	7	2.86	.378	2	3
post kemampuan memutus halusinasi-kontrol	7	1.71	.488	1	2

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post kemampuan memutus halusinasi-perlakuan - pre kemampuan memutus halusinasi-perlakuan	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	6 ^b	3.50	21.00
	Ties	1 ^c		
	Total	7		
post kemampuan memutus halusinasi-kontrol - pre kemampuan memutus halusinasi-kontrol	Negative Ranks	0 ^d	.00	.00
	Positive Ranks	1 ^e	1.00	1.00
	Ties	6 ^f		
	Total	7		

- a. post kemampuan memutus halusinasi-perlakuan < pre kemampuan memutus halusinasi-perlakuan
- b. post kemampuan memutus halusinasi-perlakuan > pre kemampuan memutus halusinasi-perlakuan
- c. post kemampuan memutus halusinasi-perlakuan = pre kemampuan memutus halusinasi-perlakuan
- d. post kemampuan memutus halusinasi-kontrol < pre kemampuan memutus halusinasi-kontrol
- e. post kemampuan memutus halusinasi-kontrol > pre kemampuan memutus halusinasi-kontrol
- f. post kemampuan memutus halusinasi-kontrol = pre kemampuan memutus halusinasi-kontrol

Test Statistics^b

	post kemampuan memutus halusinasi-pe rlakuan - pre kemampuan memutus halusinasi-pe rlakuan	post kemampua n memutus halusinasi- kontrol - pre kemampua n memutus halusinasi- kontrol
Z	-2.449 ^a	-1.000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.014	.317

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test