

S K R I P S I

PENGARUH TERAPI AKTIFITAS KELOMPOK (TAK)
STIMULASI PERSEPSI MODIFIKASI TERHADAP
PENGENDALIAN HALUSINASI DENGAR PADA
KLIEN SKIZOFRENIA
DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA

PENELITIAN *QUASY EXPERIMENTAL*

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga



Oleh :

ISKANDAR

NIM : 010531058 B

PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
S U R A B A Y A
2007

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

Tanggal: 05 Februari 2007

OLEH

Pembimbing Ketua



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

Pembimbing



Rizki Fitryasari, S. Kep., Ns
NIP: 132 318 820

Mengetahui

**An. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga**

Wakil Ketua II



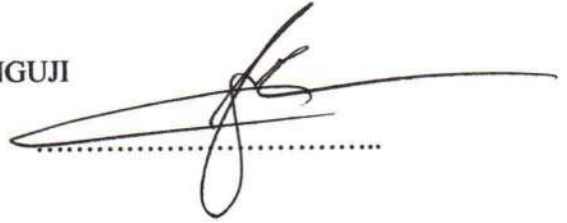
Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP : 140 238 226

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

TELAH DI UJI
Pada Tanggal: 08 Februari 2007

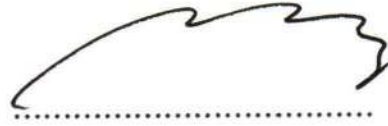
PANITIA PENGUJI

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



.....

Anggota: 1. Ahmad Yusuf, S. Kp., M. Kes
NIP. 132 255 152



.....

2. Rizki Fitryasari, S. Kep, Ns
NIP . 132 318 820



.....

Mengetahui

a.n. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran UNAIR

Wakil Ketua II



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

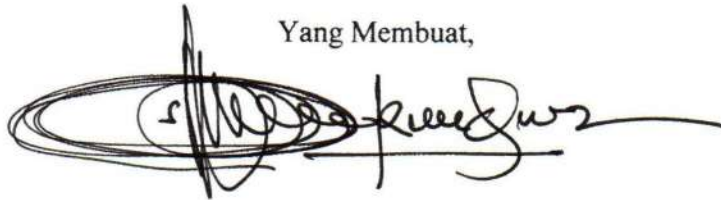


.....

SURAT PERNYATAAN

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

Yang Membuat,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Iskandar', written over a horizontal line. The signature is stylized and includes a large circular flourish on the left side.

ISKANDAR

NIM : 010531058 - B

UCAPAN TERIMA KASIH

Segala puji dan rasa syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas rahmat, karunia, taufik serta hidaya-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “ **Pengaruh Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi Modifikasi Terhadap Pengendalian Halusinasi Dengar Pada Klien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya**”

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu besar harapan penulis atas saran dan kritik dari pembaca demi kesempurnaan hasil penelitian ini.

Adanya bantuan dari semua pihak terkait sehingga ini dapat tersusun hingga selesai, untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang tulus kepada :

1. Prof. Dr. H. M. S. Wiyadi, dr, SP. THT,(K) Selaku dekan fakultas kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberi kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Prof. H. Eddy Soewandojo, dr. Sp. PD. KTI, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Bp. Nugroho Edison Brodjonegoro, dr, SpKj, MARS., selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya beserta staff yang telah memberikan ijin, bantuan dan fasilitas terlaksananya pengumpulan data hingga kegiatan penelitian ini dapat berjalan lancar.

4. Bp. Ahmad Yusuf, S.Kp, M.Kes, selaku pembimbing ketua yang telah banyak memberikan bimbingan serta motivasi dengan penuh kesabaran sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
5. Ibu Rizki Fitryasari, S.Kep,Ns, selaku pembimbing y6ang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini selesai tepat pada waktunya.
6. Orang tuaku, anakku dan saudaraku yang telah memberikan dorongan, motivasi serta semangat dalam mengikuti pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
7. Sahabat dan rekan seprofesi yang telah banyak memberikan dorongan serta motivasi pada penulis sehingga skripsi ini dapat selesai pada waktunya.
8. Semua klien skizofrenia yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini

Semoga amal baik yang telah diberikan kepada penulis akan bermanfaat dan mendapat balasan dari Allah SWT. Amin

Surabaya,Februari 2007

Penulis,

ABSTRACT
THE EFFECT OF MODIFIED PERCEPTION STIMULATION GROUP
ACTIVITY THERAPY (GAT) ON THE AUDITORY HALLUCINATION
MANAGEMENT IN PATIENT WITH SCHIZOPHRENIA

A Quasy– Experimental Study in Menur Mental Hospital, Surabaya

Iskandar

Hallucination is one of symptom in schizophrenia, it impacts as violence to themselves and the others, attempted suicide, social interaction disorder, as well as verbal and non verbal communication disorder, if hallucination isn't immediately handled. The objective of this study was explained the effect of modified perception stimulation on auditory hallucination management in schizophrenia.

This study used a quasy experimental design and samples were 18 persons, taken from the client of Menur Mental Hospital Surabaya who were treated at male class III wards. The symptom was using purposive sampling. Respondent were divided into two groups, 9 persons experiment group and 9 person as control group. Data were analyzed using Wilcoxon Signed Rank test with SPSS 11.5 and Mann Whitney test with significance level of $p < 0,05$.

The result of this study using Wilcoxon Signed Rank test was $p = 0,007$ for treatment group and $p = 0,564$ for control group while using the Mann Whitney test in both groups were $p = 0,000$, indicating that modified perception stimulation had effected on hallucination management in schizophrenia.

It can be concluded that modified perception stimulation of GAT can manage hallucination for patient auditory hallucination. Further studies should be recommended on the effect of modified perception stimulation group activity therapy (GAT) on others hallucination.

Key words : Auditory hallucination, perception stimulation group activity therapy.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL DAN PRASYARAT GELAR.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	iv
UCAPAN TERIMA KASIH.....	v
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Rumusan Masala.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan khusus.....	4
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Teoritis.....	5
1.4.2 Praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Terapi Aktifitas Kelompok.....	6
2.1.1 Kelompok.....	6
2.1.2 Aspek-aspek kelompok.....	7
2.1.3 Perkembangan Kelompok.....	10
2.1.4 Jenis Terapi Kelompok.....	14
2.1.5 Perbandingan TAK Konsep dan Modifikasi.....	18
2.2 Konsep Dasar Halusinasi.....	24
2.2.1 Definisi.....	24
2.2.2 Perilaku yang Berhubungan dengan Halusinasi.....	26
2.2.3 Faktor-Faktor Predisposisi.....	26
2.2.4 Faktor Presipitasi.....	27
2.2.5 Identifikasi Perilaku Halusinasi.....	28
2.2.6 Tingkat / Fase Halusinasi.....	32
2.2.7 Jenis Halusinasi.....	33
2.2.8 Asuhan Keperawatan Klien Halusinasi.....	34
2.3 Konsep Skizofrenia.....	37
2.3.1 Definisi.....	37
2.3.2 Tampilan Klinis.....	37
2.3.3 Penyebab.....	42
2.3.4 Pedoman Diagnostik Skizofrenia.....	45
2.3.5 Pembagaan Skizofrenia.....	47
2.3.6 Pengobatan.....	48
2.3.7 Prognosis.....	49

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konseptual.....	51
3.2 Hipotesis Penelitian.....	53
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Rancangan Penelitian.....	54
4.2 Kerangka Oprasional.....	56
4.3 Populasi,Sampel dan Sampling.....	57
4.3.1 Populasi.....	57
4.3.2 Sampel.....	57
4.3.3 Besar Sampel.....	58
4.3.4 Sampling.....	59
4.4 Identifikasi Variabel.....	59
4.4.1 Variabel Independen.....	59
4.4.2 Variabel Dependen.....	59
4.5 Definisi Oprasional.....	60
4.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data.....	61
4.6.1 Instrumen.....	61
4.6.2 Lokasi dan Waku Penelitian.....	62
4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data.....	62
4.6.4 Cara Analisa Data.....	64
4.7 Etika Penelitian	65
4.8 Keterbatasan.....	65
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian.....	67
5.1.1 Gambaran Umum dan Lokasi Penelitian.....	67
5.1.2 Data Umum.....	68
5.1.3 Data Khusus.....	73
5.2 Pembahasan.....	74
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan.....	81
6.2 Saran.....	82
DAFTAR PUSTAKA.....	83
LAMPIRAN	85

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Peran dan fungsi kelompok (Stuart & Laraia,2001).....	9
Tabel 2.2	Tujuan, tipe, dan aktifitas dari terapi aktifitas kelompok (sumber: Rawlins, Williams, dan Beck,1993).....	17
Tabel 2.3	Perbedaan TAK Konsep dan Modifikasi.....	19
Tabel 2.4	Faktor presipitasi.....	28
Tabel 2.5	Tingkatan intensitas halusinasi pada klien skizofrenia	26
Tabel 2.6	Identifikasi perilaku halusinasi dan tingkat halusinasi dilihat dari afektif, kognitif dan psikomotor.....	30
Tabel 2.7	Perilaku yang berhubungan dengan halusinasi.....	33
Tabel 4.1	Desain Penelitian.....	54
Tabel 4.2	Definisi oprasional pengaruh terapi aktifitas kelompok (TAK) stimulasi persepsi modifikasi terhadap pengendalian halusinasi dengar pada klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.....	60
Tabel 5.1	Data Hasil Uji Wilcoxon Sign Rank Test dan Mann Whitney Test Pengendalian Halusinasi Dengar Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Perlakuan pada tanggal 10 Januari – 23 Januari 2007 di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.....	73

DAFTAR GAMBAR

Gambar	2.1	Gambar besar notulen sesi kelom.....	14
Gambar	2.2	Rentang respon neurobiologi.....	26
Gambar	3.1	Kerangka konseptual “ Pengaruh Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi Modifikasi Terhadap Pengendalian Halusinasi Dengar Pada Klien Skiozofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya”.....	51
Gambar	4.1	Kerangka oprasional penelitian pengaruh terapi aktifitas kelompok (TAK) stimulasi persepsi modifikasi terhadap pengendalian halusinasi dengar pada klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.....	56
Gambar	5.1	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Umur di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 10 Januari – 23 Januari.....	68
Gambar	5.2	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Jenis Kelamin di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 10 Januari – 23 Januari 2007.....	69
Gambar	5.3	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarakan Tingkat Pendidikan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 10 Januari – 23 Januari 2007.....	69
Gambar	5.4	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarakan jenis Pekerjaan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 10 Januari – 23 Januari 2007.....	70
Gambar	5.5	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarakan status Perkawinan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 10 Januari – 23 Januari 2007.....	70
Gambar	5.6	Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarakan Agama di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 10 Januari – 23 Januari 2007.....	71
Gambar	5.7	Pengendalian Halusinasi Dengar pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum Diberikan TAK Stimulasi Pesepsi Modifikasi di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 10 Januari – 23 Januari 2007.....	72
Gambar	5.8	Pengendalian Halusinasi Dengar pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Setelah Diberikan TAK Stimulasi Pesepsi Modifikasi di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 10 Januari – 23 Januari 2007.....	72

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Permohonan Fasilitas Penelitian.....	85
Lampiran 2	Surat Keterangan / Jawaban Kepala Instalasi Diklat RSJ Menur Surabaya.....	86
Lampiran 3	Lembar persetujuan menjadi responden.....	87
Lampiran 4	Proposal pelaksanaan TAK stimulasai persepsi modsifikasi.....	91
Lampiran 5	Lembar Observasi TAK stimulasai persepsi modifikasi.....	103
Lampiran 6	Lembar hasil identifikasi halusinasi melalui metode gambar.....	105
Lampiran 7	Hasil Tabulasi.....	114
Lampiran 8	Hasil Uji Statistik.....	115

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Halusinasi merupakan suatu bentuk gangguan persepsi dimana individu mengalami kehilangan kemampuan dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada obyek atau rangsangan yang nyata. Salah satu kasus yang banyak dijumpai 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 pengelihatan (Sturat & Sundeen, 1995). 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 dan Akemat:2005).

Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya tahun 2006, rata-rata terdapat 150 pasien skizofrenia perbulan, yang mengalami halusinasi sekitar 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 pengelihatan 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 atau penanganan 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 baik ditujukan 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 melukai diri sendiri maupun orang lain sebagian besar disebabkan oleh halusinasi yang menyebabkan klien salah dalam mempersepsikan suatu rangsangan.

Pendekatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi halusinasi dengar bisa menggunakan terapi psikofarmaka, terapi somatik (elektro convulsi terapi), terapi lingkungan, terapi bermain, okupasi terapi, dan terapi aktifitas kelompok yang bertujuan untuk mengorientasikan klien pada realita. Orientasi pada realitas akan mengurangi persepsi sensorik yang salah dan meningkatkan rasa makna-diri dan keluhuran pribadi klien (Mary C. Townsend, 1998; 114). Untuk dapat mengorientasikan klien pada realita diperlukan pendekatan terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi. Terapi aktivitas kelompok merupakan salah satu bentuk terapi modalitas yang dilakukan dalam sebuah aktivitas secara kolektif dalam rangka pencapaian penyesuaian psikologis, perilaku dan pencapaian adaptasi optimal pasien. Dalam kegiatan aktivitas kelompok, tujuan ditetapkan berdasarkan akan kebutuhan dan masalah yang dihadapi oleh sebagian besar peserta. Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) stimulasi persepsi adalah terapi yang menggunakan aktifitas mempersepsikan berbagai stimulus yang terkait dengan pengalaman dan atau kehidupan untuk

didiskusikan dalam kelompok. hasil diskusi kelompok dapat berupa kesepakatan persepsi atau alternatif penyelesaian masalah (Budi Anna Keliat, 2002). Namun kenyataannya di Rumah Sakit jiwa Menur Surabaya pelaksanaan TAK stimulasi persepsi belum dapat dilaksanakan secara optimal hal ini disebabkan oleh beberapa factor; 1) kurangnya pemahaman perawat tentang terapi aktifitas kelompok, 2) perawat di ruang rawat inap masih menganggap bahwa terapi aktifitas kelompok terlalu berbelit belit/prosesnya terlalau panjang dan hasil nyatanya belum nampak, 3) kurangnya tenaga perawat yang ada diruang rawat inap untuk dapat mengaplikasikan terapi aktifitas kelompok secara teratur, dari jumlah total perawat di rumah sakit jiwa Menur Surabaya hanya sekitar 16 % yang paham tentang terapi aktifitas kelompok, khususnya terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi.

Dari latar belakang tersebut penulis ingin membuat modifikasi TAK stimulasi persepsi sehingga dapat diterapkan dilapangan, pada terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi klien diajarkan untuk mengenal halusinasi sebagai suatu yang tidak nyata dan mengajarkan cara pengendalian halusinasi. Terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi dilakukan dalam tiga sesi dan dilakukan selama tiga hari agar kemampuan klien dalam mengendalikan halusinasi dengar dapat dievaluasi dengan baik. Dari alasan tersebut diatas penulis tertarik untuk meneliti sejauh mana pengaruh terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi terhadap pengendalian halusinasi dengar pada klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi terhadap pengendalian halusinasi dengar pada klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mempelajari pengaruh terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi terhadap pengendalian halusinasi dengar pada klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pengendalian halusinasi dengar pada klien skizofrenia sebelum diberikan terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
2. Mengidentifikasi pengendalian halusinasi dengar pada klien skizofrenia sesudah diberikan terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
3. Menganalisis pengaruh terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi terhadap pengendalian halusinasi dengar pada klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Dengan penelitian ini akan memperluas konsep atau teori tentang jenis terapi modalitas khususnya terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi pada klien skizofrenia.

1.4.1 Manfaat Praktis

1. Sebagai bahan masukan untuk program pengembangan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Jiwa Menur dalam memberikan terapi modalitas khususnya terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi pada klien halusinasi sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang professional.
2. Diketuinya efektifitas terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi terhadap pengendalian halusinasi pada klien skizofrenia dan digunakan sebagai salah satu pilihan terapi/tindakan dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada klien halusinasi.
3. Dapat dipakai sebagai dasar atau pijakan bagi perawat dalam memberikan terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi pada klien skizofrenia dengan halusinasi.
4. Dapat memberikan gambaran dan informasi bagi perawat tentang terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi pada klien skizofrenia dengan halusinasi.
5. Dapat digunakan sebagai dasar dalam penelitian bagi mahasiswa keperawatan yang akan datang yang berkaitan dengan terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi pada klien skizofrenia.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan konsep tentang (1) terapi aktivitas kelompok,(2) konsep halusinasi,(3) konsep skizofrenia.

2.1 Terapi Aktivitas Kelompok

2.1.1 Kelompok

Kelompok adalah kumpulan individu yang mempunyai hubungan satu dengan yang lain, saling ketergantungan dan mempunyai norma yang sama (Stuart & Laraia,2001). Anggota kelompok mungkin datang dari berbagai latar belakang yang harus ditangani sesuai keadaanya seperti agresif, takut, kebencian, kompetitif, kesamaan, ketidaksamaan, kesukaan dan menarik (Yalom,1995 dalam Stuart dan Laraia,2001). Semua kondisi ini akan mempengaruhi dinamika kelompok,dimana anggota kelompok memberi dan menerima umpan balik yang berarti dalam berbagai interaksi yang terjadi dalam kelompok.Tujuan dari kelompok adalah membantu anggota yang berperilaku destruktif dalam berhubungan dengan orang lain dan merubah perilaku yang maladaftif. Kekuatan kelompok ada pada kontribusi dari tiap anggota kelompok dan pemimpin kelompok dalam mencapai tujuan kelompok. Fungsi kelompok akan tercapai jika anggota kelompok berbagi pengalaman dan saling membantu satu sama lain. Jika anggota kelompok berbagi cara mereka menyelesaikan masalah maka kelompok berfungsi dengan baik. Kelompok merupakan laboratorium tempat mencoba dan menemukan hubungan interpersonal dan perilaku.

2.1.2 Aspek – aspek kelompok

Kelompok terdiri dari delapan aspek yaitu (1) Struktur kelompok (2) Besar kelompok (3) Lamanya sesi (4) Komunikasi (5) Peran kelompok (6) Kekuatan kelompok (7) Norma kelompok (8) Kekohesifan

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

3. Lamanya sesi

Waktu yang 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 pemanasan berupa orientasi, kemudian tahap kerja, dan finishing berupa terminasi. Banyaknya sesi

tergantung pada tujuan kelompok, dapat satu/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. Elemen terpenting dalam mengobservasi komunikasi verbal dan nonverbal adalah : Komunikasi setiap anggota kelompok, rancangan tempat dan duduk, tema umum yang diekspresikan, frekuensi komunikasi dan orang yang dituju selama komunikasi, kemampuan anggota kelompok sebagai pandangan terhadap kelompok, dan proses penyelesaian masalah yang terjadi.

5. Peran kelompok

Pemimpin perlu mengobservasi peran yang terjadi dalam kelompok, ada tiga peran dan fungsi kelompok yang ditampilkan anggota kelompok dalam kerja kelompok, yaitu (Beme & Sheats,1948 dalam Stuart & Laraia,2001) *maintenance roles*, *task roles* dan *individual roles*. *Maintenanace 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 kelompok adalah kemampuan anggota kelompok dalam mempengaruhi berjalanya kegiatan kelompok. Untuk menetapkan kekuatan

anggota kelompok yang bervariasi diperlukan kajian siapa yang paling banyak mendengar, dan siapa yang membuat keputusan dalam kelompok.

Tabel 2.1 Peran dan fungsi kelompok (Stuart & Laraia, 2001)

Peran	Fungsi
Peran mempertahankan Pendorong (<i>encourager</i>) Penyelaras (<i>harmonizer</i>) Pemusyawarah (<i>compromiser</i>) Penjaga (<i>gatekeeper</i>) Pengikut (<i>follower</i>) Membuat peraturan (<i>rule maker</i>) Penyelesai masalah (<i>problem solver</i>)	Memberi pengaruh positif pada kelompok Menjaga tetap damai Meminimalkan konflik dengan mencari alternatif Menetapkan tingkat penerimaan kelompok terhadap anggota secara individual Berperan sebagai peserta yang menarik Membuat standar perilaku kelompok (misalnya, waktu) Menyelesaikan masalah agar kelompok dapat terus bekerja
Peran menyelesaikan tugas Pemimpin (<i>leader</i>) Penanya (<i>questioner</i>) Fasilitator (<i>facilitator</i>) Penyimpul (<i>summarizer</i>) Evaluator (<i>evaluator</i>) Pemberi inisiatif (<i>initiator</i>)	Memberi arahan Mengklarifikasi isu dan informasi Menjaga kelompok agar tetap focus Menyimpulkan posisi kelompok Mengkaji kinerja kelompok Memulai diskusi kelompok
Peran individu Korban Monopoli Seduser Diam Tukang komplain Negatif Moralitas	Dipandang negatif oleh kelompok Berperan aktif mengontrol kelompok Menjaga jarak dan meminta diperhatikan Mengontrol secara pasif dengan diam Mengeluh dan marah pada kerja kelompok Mengecilkan kerja kelompok Berperan sebagai penilai benar dan salah

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, yang penting dalam menerima anggota kelompok. Anggota

kelompok yang tidak mengikuti norma dianggap pemberontak dan ditolak anggota kelompok yang lain.

8. Kekohesifan

Kekohesifan adalah kekuatan anggota kelompok bekerja sama dalam mencapai tujuan. Hal ini mempengaruhi anggota untuk tetap betah dalam 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 bicara 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 antara anggota memberi pujian dan mengungkapkan kekaguman satu sama lain

2.1.3 Perkembangan kelompok

Kelompok sama dengan individu, mempunyai kapasitas untuk tumbuh dan kembang. Pemimpin akan mengembangkan kelompok melalui empat fase, yaitu: 1. Fase pra-kelompok 2. Fase awal kelompok 3. Fase kerja kelompok 4. Fase terminasi kelompok

1. Fase pra-kelompok

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.

Garis besar isi proposal adalah; daftar tujuan umum dan khusus, daftar pemimpin kelompok disertai keahliannya; daftar kerangka teoritis yang akan digunakan

pemimpin untuk mencapai tujuan; daftar kriteria anggota kelompok; uraian proses seleksi anggota kelompok; uraian struktur kelompok: tempat sesi, waktu sesi, jumlah anggota, jumlah sesi, perilaku anggota yang diharapkan, dan perilaku pemimpin yang diharapkan; uraian tentang proses evaluasi anggota kelompok dan kelompok; uraian alat dan sumber yang dibutuhkan; jika perlu, uraian dana panduan menjalankan kegiatan kelompok.

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, yaitu forming, storming, dan norming.

1) Tahap orientasi

Pada tahap ini pemimpin kelompok lebih aktif dalam memberi pengarahan. Pemimpin kelompok mengorientasikan anggotanya 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

2) 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.

3) 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 dengan yang 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 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 realitas. Kekuatan terapeutik dapat tampak seperti dijelaskan oleh Yalom dan Vinogradov (1989) dalam Stuart dan Laria (2001), yaitu sebelas faktor: memberi informasi, instalasi 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 ke arah pencapaian tujuan. Serta mengurangi dampak dari faktor

apa saja yang dapat mengurangi produktifitas kelompok. Selain itu, pemimpin juga bertindak sebagai konsultan.

Beberapa masalah yang mungkin muncul adalah *subgroup*, *conflict*, *self-disclosure*, dan *resistance*. Beberapa anggota kelompok menjadi sangat akrab, berlomba mendapatkan perhatian pemimpin kelompok agar segera melakukan strukturisasi.

Pada akhir fase ini, anggota kelompok menyadari produktifitas 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 instrumen evaluasi kemampuan individual 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 di luar sesi

Tanggal	Sesi ke
Anggota kelompok:	
<input type="checkbox"/> Daftar anggota yang hadir (sebutkan jika baru) <input type="checkbox"/> Daftar anggota yang terlambat <input type="checkbox"/> Daftar anggota yang absen	
Daftar individu yang menyimpan isu atau perilaku yang didiskusikan	
Daftar tema kelompok	
Identifikasi proses kelompok yang penting (pengembangan kelompok, peran, dan norma)	
Identifikasi strategi kritis yang digunakan pemimpin	
Daftar strategi pemimpin yang diusulkan	
Prediksi respons anggota dan kelompok pada sesi berikutnya	
Sumber : Stuart dan Laraia, 2001 hal: 681	

Gambar 2.1 Gambar besar notulen sesi kelompok

2.1.4 Jenis terapi kelompok

Beberapa ahli membedakan kegiatan kelompok sebagai tindakan keperawatan pada kelompok dan terapi kelompok. Stuart dan Laraia (2001) menguraikan beberapa kelompok yang dapat dipimpin dan digunakan perawat sebagai tindakan keperawatan bagi klien misalnya, *task groups*, *suporative groups*, *brief therapy groups*, *intensive problem solving groups*, *medication groups*, *activity therapy*, dan *peer support groups*. Wilson dan Kneisl (1992) menyampaikan beberapa terapi kelompok seperti, *analytic group psychotherapy*, *psycho drama*, *self-help groups*, *remotivation*, reduksi, dan *client government groups*. Terapi aktivitas kelompok Rawlins, Williams, dan Beck (1993) membagi kelompok menjadi tiga, yaitu terapi kelompok, kelompok terapeutik, dan terapi aktivitas kelompok.

1. Terapi kelompok

Terapi kelompok adalah metode pengobatan ketika klien ditemui dalam rancangan

waktu tertentu dengan tenaga yang memenuhi persyaratan tertentu. Fokus terapi kelompok adalah membuat sadar diri, peningkatan hubungan interpersonal, membuat perubahan, atau ketiganya.

2. Kelompok terapeutik

Kelompok terapeutik membantu mengatasi stress emosi, penyakit fisik krisis, tumbuh kembang, atau penyesuaian sosial, misalnya kelompok wanita hamil yang akan menjadi ibu, individu yang kehilangan, dan penyakit terminal. Banyak kelompok terapeutik yang dikembangkan menjadi *self-help-group*. Tujuan dari kelompok ini adalah sebagai berikut:

- 1) Mencegah masalah kesehatan
- 2) Mendidik dan mengembangkan potensi kelompok
- 3) Meningkatkan kualitas kelompok. Antara anggota kelompok saling membantu dalam menyelesaikan masalah.

3. Terapi aktifitas kelompok

Terapi aktifitas kelompok dibagi sesuai dengan kebutuhan yaitu, stimulasi persepsi, stimulasi sensoris, orientasi realita, dan sosialisasi. Terapi aktifitas kelompok sering dipakai sebagai terapi tambahan. Sejalan dengan hal tersebut, maka Lancaster mengemukakan beberapa aktifitas yang digunakan pada TAK, yaitu menggambar, membaca puisi, mendengarkan musik, mempersiapkan meja makan, dan kegiatan sehari-hari yang lain. Wilson dan Kneisl (1992) menyatakan bahwa TAK adalah manual, rekreasi, dan teknik kreatif untuk memfasilitasi pengalaman seseorang serta meningkatkan respon sosial dan harga diri. Aktifitas yang digunakan sebagai terapi di dalam kelompok, yaitu membaca puisi, seni, musik, menari, dan literatur. Dari uraian tentang terapi aktifitas kelompok yang dikemukakan oleh Wilson, Kneisl, dan Lancaster ditemukan kesamaan dengan

terapi aktifitas kelompok tambahan yang disampaikan oleh Rawlins, Williams, dan Beck. Oleh karena itu, akan diuraikan kombinasi keduanya menjadi terapi aktivitas kelompok.

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

1) Terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi/ kognitif

Klien dilatih mempersiapkan 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 berupa stimulus dan persepsi. Stimulus yang disediakan: baca artikel/ majalah/ buku/puisi, menonton acara TV (ini merupakan stimulus yang disediakan); stimulus 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.

2) Terapi aktivitas kelompok stimulasi sensoris

Aktifitas 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 respon. Aktifitas yang digunakan sebagai stimulus adalah musik, seni, menyanyi, menari. Jika hobi klien

diketahui sebelumnya, dapat dipakai sebagai stimulus, misalnya lagu kesukaan klien, dapat digunakan sebagai stimulus.

3) Terapi aktifitas kelompok orientasi realita

Klien diorientasikan pada kenyataan yang ada disekitar klien, yaitu diri sendiri, orang lain yang ada di sekeliling klien atau orang dekat dengan klien, dan lingkungan yang pernah mempunyai hubungan dengan klien. Demikian pula dengan orientasi waktu saat ini, waktu yang lalu, dan rencana ke depan. Aktifitas dapat berupa orientasi orang, waktu, tempat, benda yang ada disekitar, dan semua kondisi yang nyata.

4) Terapi aktifitas kelompok sosialisasi

Klien dibantu untuk melakukan sosialisasi dengan individu yang ada disekitar klien. Sosialisasi dapat pula dilakukan secara bertahap dari interpersonal (satu dan satu), kelompok, dan massa. Aktifitas dapat berupa latihan sosialisasi dalam kelompok.

Tabel 2.2 Tujuan, tipe, dan aktifitas dari terapi aktifitas kelompok (sumber: Rawlins, Williams, dan Beck, 1993)

Tujuan	Tipe	Aktifitas
Mengembangkan stimulasi persepsi	<i>Bibliotherapy</i>	Menggunakan artikel, buku, sajak, puisi, surat kabar untuk merangsang atau menstimulasi berfikir dan mengembangkan hubungan dengan orang lain. Stimulus bisa berupa berbagai hal yang bertujuan untuk melatih persepsi
Mengembangkan stimulasi sensoris	Musik, seni, menari Relaksasi	Menyediakan kegiatan mengekspresikan perasaan Belajar teknik relaksasi dengan cara nafas dalam, relaksasi otot, imajinasi
Mengembangkan orientasi realita	Kelompok orientasi realitas, validasi kelompok	Focus pada orientasi waktu, tempat, dan orang; benar dan salah; Bantu memenuhi kebutuhan

Mengembangkan sosialisasi	Kelompok remotivasi Kelompok mengingatkan	Mengorientasikan diri dan regresi pada klien menarik dari realitas dalam berinteraksi atau sosialisasi Fokus pada mengingat
---------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.1.5 Perbandingan TAK stimulasi persepsi konsep dan TAK stimulasi persepsi modifikasi

Dalam melaksanakan terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi: halusinasi, secara teoritis/konsep terdapat lima sesi yaitu: 1) Mengenal halusinasi, 2) Mengontrol halusinasi dengan menghardik, 3) Mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan, 4) Mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap, 5) Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat.

Sedangkan pelaksanaan terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi: halusinasi modifikasi terdapat tiga sesi; 1) sesi pertama adalah cara pengenalan halusinasi pada klien, pada TAK konsep halusinasi dikenalkan dengan metode diskusi, tanya jawab dan bermain peran/simulasi, tapi pada TAK modifikasi halusinasi dikenalkan dengan metode gambar, diskusi, tanya jawab dan bermain peran/simulasi. 2) Sesi kedua merupakan penggabungan dari sesi kedua dan sesi keempat pada TAK konsep, yaitu sesi mengontrol halusinasi dengan menghardik di gabung dengan sesi mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap. 3) Sesi ketiga merupakan penggabungan sesi ketiga dan kelima pada TAK konsep, yaitu sesi mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan digabung dengan sesi mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat.

Tabel 2.3 Perbedaan TAK stimulasi persepsi halusinasi secara konsep dan modifikasi

Sessi	TAK Konsep	TAK Modifikasi
I	<p>Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat mengenal isi halusinasi. 2. Klien mengenal waktu halusinasi 3. Klien mengenal situasi saat halusinasi 4. Klien mengenal perasaannya pada saat terjadi halusinasi <p>Kontrak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapis menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan, yaitu mengenal suara-suara yang didengar 2. Terapis menjelaskan aturan main berikut: Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok, harus minta izin kepada terapis Lama kegiatan 45 menit Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai <p>Metode</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusi dan Tanya jawab 2. Bermain peran / simulasi <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Terapis menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, yaitu mengenal suara-suara yang didengar (halusinasi) tentang isinya, waktu terjadinya, situasi terjadinya, dan perasaan klien pada saat terjadi halusinasi b. Terapis meminta klien menceritakan isi halusinasi, kapan terjadinya, situasi yang membuat terjadi, dan perasaan klien saat terjadi halusinasi. Mulai dari klien yang sebelah kanan, secara berurutan sampai semua klien mendapat giliran. Hasilnya di tulis di <i>whiteboard</i> c. Beri pujian pada klien yang dapat melakukan dengan baik d. Simpulkan isi, waktu terjadi, situasi terjadi, dan perasaan klien dari yang biasa didengar 	<p>Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat mengenal halusinasi / isi halusinasi 2. Klien mengenal frekwensi dan waktu terjadinya halusinasi 3. Klien mengenal perasaannya pada saat terjadi halusinasi 4. Klien mampu menceritakan mekanisme koping yang dilakukan saat terjadi halusinasi <p>Kontrak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapis menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan, yaitu mengenal suara-suara yang didengar dan yang dirasakan lalu dituangkan melalui media gambar 2. Terapis menjelaskan aturan main berikut Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok, harus minta izin kepada terapis Lama kegiatan 45 menit <p>Metode</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusi dan Tanya jawab 2. Bermain peran / simulasi 3. Pengungkapan perasaan (halusinasi) dengan media gambar <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Terapis menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, yaitu menggambar / atau melukiskan apa yang dirasakan, didengar, dan yang dilihat, yang menurut klien sangat mengganggu b. Terapis meminta seorang klien menceritakan dari apa yang dilukis atau yang digambar di kertas HVS yang meliputi: apa maksud / isi gambaran tersebut, kapan itu terjadi atau muncul, bagaimana perasaan klien saat gambaran / halusinasi itu muncul, dan apa yang telah dilakukan klien saat halusinasi itu terjadi. Setelah itu klien yang lain diminta untuk menanggapi lukisan dan keterangan itu secara berurutan, dan disini peran dari terapis adalah sebagai barometer dimana terapis dituntut tidak membenarkan dan tidak menyalakan adanya halusinasi tersebut. Prinsip tindakan klien dengan halusinasi pada sesi ini adalah terima halusinasi sebagai hal yang nyata bagi klien tidak bagi perawat c. Beri kesempatan pada klien yang lain untuk mengungkapkan dan menceritakan apa yang telah dilukis secara bergiliran dan ditanggapi seperti poin b d. Beri pujian pada klien yang dapat melakukan dengan baik e. Terapis menyimpulkan isi, waktu terjadi, situasi terjadi, perasaan klien dan apa yang telah dilakukan saat terjadi halusinasi

2.	<p>Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menjelaskan cara yang selama ini dilakukan untuk mengatasi halusinasi 2. Klien dapat memahami cara menghardik halusinasi 3. Klien dapat memperagakan cara menghardik halusinasi <p>Kontrak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapis menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan, yaitu mengontrol halusinasi 2. Terapis menjelaskan aturan main berikut Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok, harus minta izin kepada terapis Lama kegiatan 45 menit Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai <p>Metode</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusi dan tanya jawab 2. Bermain peran / simulasi <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Terapis meminta klien menceritakan apa yang dilakukan pada saat mengalami halusinasi, dan bagaimana hasilnya. Ulangi sampai semua klien mendapat giliran b. Beri pujian pada klien yang dapat melakukan dengan baik c. Terapis menjelaskan cara mengatasi halusinasi dengan menghardik halusinasi saat halusinasi itu muncul d. Terapis memperagakan cara menghardik halusinasi, yaitu: "Pergi jangan ganggu saya". e. Terapis meminta masing masing klien memperagakan cara menghardik halusinasi dimulai dari klien di sebelah kiri terapis berurutan searah jarum jam sampai semua peserta mendapatkan giliran f. Terapis memberikan pujian dan mengajak semua klien bertepuk tangan setiap klien selesai memperagakan cara menghardik halusinasi 	<p>Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menjelaskan cara yang selama ini dilakukan untuk mengatasi halusinasi 2. Klien dapat memahami cara menghardik halusinasi 3. Klien dapat memperagakan cara menghardik halusinasi 4. Klien memahami pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah munculnya halusinasi 5. Klien dapat bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah halusinasi <p>Kontrak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapis menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan, yaitu mengontrol dan mengendalikan halusinasi 2. Terapis menjelaskan aturan main berikut Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok, harus minta izin kepada terapis Lama kegiatan 45 menit Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai <p>Metode</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusi dan tanya jawab 2. Bermain peran / simulasi <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Terapis meminta klien menceritakan apa yang dilakukan pada saat mengalami halusinasi, dan bagaimana hasilnya. Ulangi sampai semua klien mendapat giliran b. Beri pujian pada klien yang dapat melakukan dengan baik c. Terapis menjelaskan cara mengatasi halusinasi dengan menghardik halusinasi dan, bercakap-cakap dengan orang lain d. Terapis memperagakan cara menghardik halusinasi, yaitu: "Pergi jangan ganggu saya". e. Terapis meminta masing masing klien memperagakan cara menghardik halusinasi dimulai dari klien di sebelah kiri terapis berurutan searah jarum jam sampai semua peserta mendapatkan giliran f. Terapis memberikan pujian dan mengajak semua klien bertepuk tangan setiap klien selesai memperagakan cara menghardik halusinasi g. Terapis juga menyarankan kepada klien untuk melakukan kegiatan bercakap-cakap, untuk mengatasi adanya halusinasi
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>3.</p>	<p>Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat memahami pentingnya melakukan kegiatan untuk mencegah munculnya halusinasi 2. Klien dapat menyusun jadwal kegiatan untuk mencegah terjadinya halusinasi <p>Kontrak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapis menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan, yaitu mencegah terjadinya halusinasi dengan cara melakukan kegiatan 2. Terapis menjelaskan aturan main berikut Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok, harus minta izin kepada terapis Lama kegiatan 45 menit Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai <p>Metode</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusi dan tanya jawab 2. Bermain peran / simulasi dan latihan <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 bisa dilakukan sehari hari, dan tulis di <i>whiteboard</i> c. Terapis membagikan fomulir jadwal kegiatan harian. Terapis menulis fomulir yang sama di <i>whiteboard</i> d. Terapis membimbing satu per satu klien untuk membuat jadwal kegiatan harian, dari bangun pagi sampai tidur malam. Klien menggunakan fomulir, terapis menggunakan <i>whiteboard</i> e. Terapis melatih klien mempragakan kegiatan yang telah disusun f. Berikan pujian dengan tepuk tangan bersama kepada klien yang sudah selesai membuat jadwal dan mempragakan kegiatan 	<p>Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat memahami pentingnya melakukan kegiatan untuk mencegah munculnya halusinasi 2. Klien dapat menyusun jadwal kegiatan untuk mencegah terjadinya halusinasi 3. Klien memahami pentingnya patuh minum obat 4. Klien memahami akibat tidak patuh minum obat 5. Klien dapat menyebutkan lima benar cara minum obat <p>Kontrak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapis menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan, yaitu mencegah terjadinya halusinasi dengan cara melakukan kegiatan 2. Terapis menjelaskan aturan main berikut Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok, harus minta izin kepada terapis Lama kegiatan 45 menit <p>Metode</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusi dan tanya jawab 2. Bermain peran / simulasi 3. Membuat jadwal harian <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Terapis menjelaskan cara kedua, yaitu melakukan kegiatan sehari hari dan minum obat secara teratur. b. Jelaskan bahwa dengan melakukan kegiatan yang teratur akan mencegah munculnya halusinasi c. Terapis meminta tiap klien menyampaikan kegiatan yang bisa dilakukan sehari hari, dan tulis di <i>whiteboard</i> d. Terapis membagikan fomulir jadwal kegiatan harian. Terapis menulis fomulir yang sama di <i>whiteboard</i> e. Terapis membimbing satu per satu klien untuk membuat jadwal kegiatan harian, dari bangun pagi sampai tidur malam. Klien menggunakan fomulir, terapis menggunakan <i>whiteboard</i> f. Terapis melatih klien mempragakan kegiatan yang telah disusun g. Berikan pujian dengan tepuk tangan bersama kepada klien yang sudah selesai membuat jadwal dan mempragakan kegiatan h. Terapis menjelaskan pentingnya pentingnya patuh minum obat untuk mencegah kekambuhan karena obat dapat memberikan perasaan tenang dan mempercepat proses kesembuhan i. Terapis menjelaskan kerugian bila tidak patuh minum obat, yaitu dapat mengakibatkan kekambuhan j. Terapis meminta klien untuk menyebutkan lima benar cara meminum obat, secara bergiliran.
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.	<p>Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien memahami pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah munculnya halusinasi 2. Klien dapat bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah halusinasi <p>Kontrak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapis menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan, yaitu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap 2. Terapis menjelaskan aturan main berikut Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok, harus minta izin kepada terapis Lama kegiatan 45 menit Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai <p>Metode</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusi dan tanya jawab 2. Bermain peran / simulasi <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Terapis menjelaskan pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain untuk mengontrol dan mencegah halusinasi b. Terapis meminta tiap klien menyebutkan orang yang biasa dan bias diajak bercakap-cakap c. Terapis meminta tiap klien menyebutkan pokok pembicaraan yang biasa dan bias dilakukan d. Terapis memperagakan cara bercakap-cakap jika halusinasi muncul “Suster,ada suara ditelinga saya, saya ingin ngobrol saja dengan suster tentang kapan saya boleh pulang” e. Terapis meminta klien untuk memperagakan percakapan dengan orang disebelahnya. f. Berikan pujian atas keberhasilan klien g. Ulangi poin e dan f sampai semua klien mendapat giliran 	
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

5.	<p>Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien memahami pentingnya patuh minum obat 2. Klien memahami akibat tidak patuh minum obat 3. Klien dapat menyebutkan lima benar cara minum obat <p>Kontrak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Terapis menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan, yaitu mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat 2. Terapis menjelaskan aturan main berikut Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok, harus minta izin kepada terapis Lama kegiatan 45 menit Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai <p>Metode</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusi dan tanya jawab 2. Melengkapi jadwal harian <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Terapis menjelaskan pentingnya patuh minum obat untuk mencegah kekambuhan karena obat dapat memberikan perasaan tenang dan mempercepat proses kesembuhan b. Terapis menjelaskan kerugian bila tidak patuh minum obat, yaitu dapat mengakibatkan kekambuhan c. Terapis meminta tiap klien menyebutkan obat yang biasa dimakan dan waktu memakanya. Buat daftar di <i>whiteboard</i> d. Terapis menjelaskan lima benar minum obat, yaitu benar obat, benar waktu minum obat, benar orang yang minum obat, benar cara minum obat, dan benar dosis / ukuran / jumlah obat e. Terapis meminta klien untuk menyebutkan lima benar cara meminum obat, secara bergiliran. f. Berikan pujian atas keberhasilan klien g. Mendiskusikan perasaan klien sebelum minum obat (catat di <i>whiteboard</i>) h. Mendiskusikan perasaan klien setelah teratur meminum obat (catat di <i>whiteboard</i>) i. Menjelaskan keuntungan patuh minum obat, yaitu salah satunya adalah mencegah agar halusinasi tersebut tidak kambuh j. Menjelaskan akibat / kerugian tidak patuh minum obat k. Meminta klien menyebutkan kembali keuntungan patuh meminum obat dan kerugian tidak patuh minum obat l. Memberi pujian kepada klien yang benar dalam menyebutkan keuntungan dan kerugian dalam minum obat 	
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

2.2 Konsep Dasar Halusinasi

2.2.1 Definisi

Dalam mengartikan halusinasi yang merupakan salah satu gangguan persepsi, ada dua hal yang harus dijabarkan: 1) Pengertian persepsi, dan 2) Pengertian halusinasi

1. Persepsi

Adalah proses diterimanya stimulus sampai stimulus tersebut disadari dan dimengerti oleh pengindraan/sensasi: proses penerima rangsang. Jadi gangguan persepsi adalah ketidakmampuan manusia dalam membedakan antara rangsangan yang timbul dari bentuk internal seperti pikiran, perasaan, sensasi somatik dengan impuls dan stimulus eksternal. Dengan maksud bahwa manusia masih mempunyai kemampuan dalam membandingkan dan mengenal mana yang merupakan respon dari luar dirinya.

Manusia yang mempunyai ego yang sehat dapat membedakan antara fantasi dan kenyataan. Mereka dapat menggunakan proses pikir yang logis, membedakan dengan pengalaman dan dapat memvalidasikan serta mengevaluasinya secara akurat. Jika ego diliputi rasa kecemasan yang berat maka kemampuan untuk menilai realitas dapat terganggu. Persepsi mengacu pada respon reseptor sensoris terhadap stimulus eksternal. Misalnya sensoris terhadap rangsang, pengenalan dan pengertian akan perasaan seperti: ucapan orang, objek atau pemikiran. Persepsi melibatkan kognitif dan pengertian emosional akan objek yang dirasakan. Gangguan persepsi dapat terjadi pada proses sensoris dari pendengaran, pengelihatn, penciuman, perabaan dan pengecapn. Gangguan ini dapat bersifat ringan, berat, sementara atau lama. (Harber, Judith, 1987, hal 725)

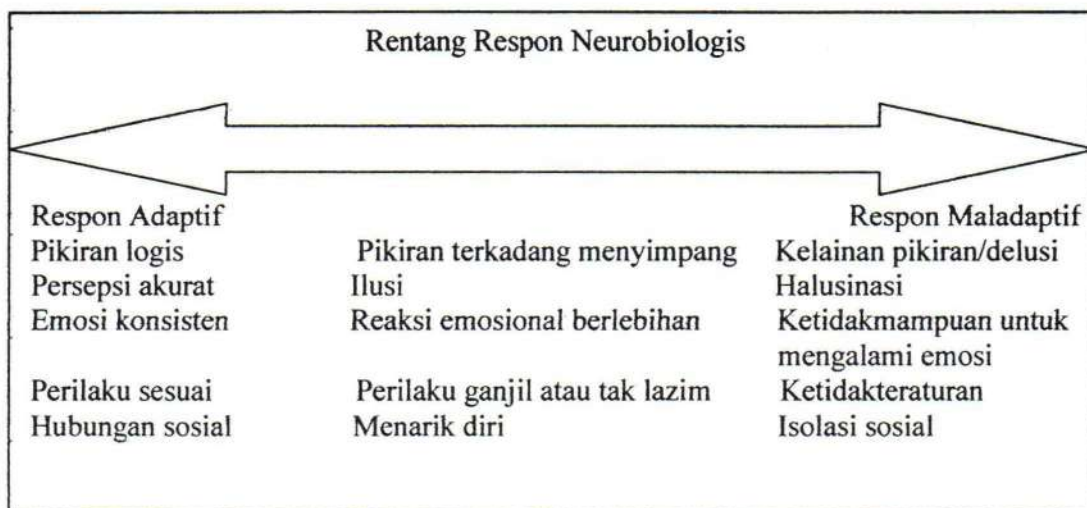
2. Halusinasi

Merupakan salah satu gangguan persepsi, dimana terjadi pengalaman panca indera tanpa rangsangan sensorik (panca indera yang salah) sehingga mengakibatkan hilangnya kemampuan individu dalam membedakan rangsangan internal pikiran dan rangsangan eksternal (dunia luar) klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada obyek atau rangsangan yang nyata, misalnya klien menyatakan mendengar sesuatu padahal tidak ada orang yang bicara. Halusinasi merupakan akibat adanya gangguan dalam proses berpikir dan orientasi realitas. Menurut Cook dan Fotaine (1987), halusinasi adalah gangguan persepsi sensorik tentang suatu objek, gambaran dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar dapat meliputi semua system pengindraan (pendengaran, pengelihatn, penciuman, perabaan atau pengecapn), sedangkan menurut Wilson (1983), halusinasi adalah gangguan penyerapan/persepsi panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat terjadi pada sistem pengindraan dimana terjadi pada saat kesadaran individu itu penuh dan baik. Maksudnya rangsangan tersebut terjadi pada saat klien dapat menerima rangsangan dari luar dan dari individu. Dengan kata lain klien berespon terhadap rangsangan yang tidak nyata, yang hanya dirasakan oleh klien dan tidak dapat dibuktikan.

Disfungsi yang terjadi pada halusinasi menggambarkan hilangnya kemampuan menilai realitas, klien hidup dalam dunianya sendiri dan merasa terganggu dalam interaksi sosialnya sehingga menyebabkan gangguan berhubungan sosial, komunikasi susah, dan kadang-kadang membahayakan diri klien, orang lain maupun lingkungan, menunjukkan bahwa klien memerlukan pendekatan asuhan keperawatan secara intensif dan komprehensif.

2.2.2 Perilaku yang berhubungan dengan persepsi

Persepsi mengacu pada identifikasi dan interpretasi awal dari suatu stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indra. Perilaku yang berhubungan dengan masalah masalah persepsi diringkas dan dapat dilihat di dalam tabel 4.1, perilaku yang dapat diamati dan mungkin menunjukkan adanya halusinasi dapat dilihat di dalam tabel 4.1



Gambar.2.2 Rentang respon neurobiologis

2.2.3 Faktor-faktor predisposisi

Berbagai yang dapat menyebabkan halusinasi: (1) Biologis (2) Psikologis (3) Sosiok budaya

1. Biologis

Abnormalitas otak yang menyebabkan respon neurobiologis yang maladaptif yang baru mulai dipahami. Ini termasuk kedalam hal-hal berikut:

- 1) Penelitian pencitraan otak sudah mulai menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada area frontal, temporal dan limbik paling berhubungan dengan perilaku psikotik

2) Beberapa kimia otak dapat dikaitkan dengan skizofrenia. Hasil penelitian sangat menunjukkan hal-hal berikut ini: dopamin *neurotransmitter* yang berlebihan, ketidakseimbangan antara *dopamine* dan *neurotransmitter* yang lain dan masalah-masalah pada system reseptor *dopamine*

Penelitian pada keluarga yang melibatkan anak kembar dan anak yang diadopsi telah diupayakan untuk mengidentifikasi penyebab genetic pada skizofrenia. Sudah ditemukan bahwa kembar identik yang dibesarkan secara terpisah mempunyai angka kejadian yang tinggi pada skizofrenia dari pada pasangan saudara sekandung yang tidak identik. Penelitian genetic terakhir memfokuskan pada “*gene mapping*” (pemetaan gen) dalam keluarga dimana terdapat angka kejadian skizofrenia yang tinggi

2. Psikologis

Teori psikodinamika untuk terjadinya respon neurobiologik yang maladaptif belum didukung oleh penelitian. Sayangnya, teori psikologik terdahulu menyalakan keluarga sebagai penyebab gangguan ini. Sehingga menimbulkan kerangnya percaya keluarga terhadap tenaga kesehatan jiwa profesional

3. Sosiobudaya

Stres yang menumpuk dapat menunjang terhadap awitan skizofrenia dan gangguan psikotik lain tetapi tidak diyakini sebagai utama gangguan. Secara biologis menetapkan ambang toleransi terhadap stres yang berinteraksi dengan stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

2.2.4 Faktor presipitasi

Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologik yang

maladaptif berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku individu yang disajikan dalam tabel 2.5

Tabel 2.4 Faktor presipitasi

Kesehatan	Lingkungan	Sikap/perilaku
Gizi buruk	Rasa	Harga diri rendah
Kurang tidur	bermusuhan/lingkungan	Keputusan gagal
Irama sirkadian tidak seimbang	yang penuh kritik	“Saya gagal”
Kelelahan	Masalah perumahan	(kehilangan motivasi untuk menggunakan keterampilan)
Infeksi	Tekanan terhadap penampilan	Kurang kendali
Oabat system saraf pusat	Perubahan dalam kejadian kehidupan, pola aktifitas hidup sehari-hari	Perasaan dikuasai oleh gejala
Gangguan proses informasi	Stress	“Tidak ada seorang pun yang menyukai saya”
Kurang olah raga	Kesukaran interpersonal	(tidak mampu memenuhi kebutuhan spiritual)
Kelainan perilaku	Gangguan dalam hubungan interpersonal	Tampak/bertindak berbeda dengan orang lain yang berusia atau berbudaya sama
Alam perasaan abnormal	Kesepian	Keterampilan social kurang perilaku agresif
Ansietas sedang sampai berat	Tekanan pekerjaan	Perilaku amuk
	Kemiskinan	Pengelolaan pengobatan yang kurang
		Pengelolaan gejala yang kurang

2.2.5 Identifikasi adanya perilaku halusinasi

1. Isi halusinasi

Ini dapat dikaji dengan menanyakan suara siapa yang didengar dan berkata apa suara tersebut apabila halusinasi yang dialami adalah halusinasi dengar, atau apa bentuk bayangan yang dilihat oleh klien bila jenis halusinasinya adalah halusinasi pengelihatatan, dan bau apa yang tercium untuk halusinasi penghidu, penciuman

2. Waktu dan frekuensi halusinasi

Identifikasi waktu dan frekuensi halusinasi dapat dikaji dengan menanyakan kepada klien kapan pengalaman halusinasi tersebut muncul, berapa kali sehari, disaat pengalaman halusinasi itu muncul bila mungkin klien diminta untuk menjelaskan kapan persisnya waktu terjadinya halusinasi tersebut. Informasi ini penting untuk mengidentifikasi pencetus halusinasi dan menentukan bilamana klien perlu mendapatkan perhatian saat mengalami halusinasi

3. Situasi pencetus halusinasi

Perawat perlu mengidentifikasi situasi yang dialami klien sebelum mengalami halusinasi. Ini dapat dikaji dengan menanyakan kepada klien peristiwa atau kejadian yang dialami sebelum halusinasi muncul selain yang dialami klien menjelang muncul halusinasi untuk memvalidasi pertanyaan klien

4. Respon klien

Untuk menentukan sejauh mana halusinasi telah mempengaruhi klien bisa dikaji dengan menanyakan apa yang dilakukan oleh klien saat mengkaji pengalaman halusinasi. Apakah klien bisa mengontrol stimulus halusinasi atau tidak berdaya lagi terhadap halusinasi .

Tabel.2.6 Identifikasi perilaku halusinasi dan tingkat intensitas halusinasi dilihat dari afektif, kognitif dan psikomotor (Modifikasi peneliti terhadap teori Stuart and Sundeen,1998,hal 427 :2007)

No	Tingkat Halusinasi	Pengkajian halusinasi
1	<p>Halusinasi tingkat 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afektif Sedih Cemas tingkat sedang Kesepian Merasa bersalah • Kognitif Takut untuk memusatkan pada penenangan pikiran untuk mengurangi ansietas Individu mengetahui bahwa pikiran dan sensori yang nampak dan dialaminya tersebut dapat dikendalikan jika ansietasnya dapat diatasi Respon verbal yang lamban • Psikomotor Melamun Menyendiri Jarang bergaul Menyeringai tertawa sendiri yang tidak sesuai Gerakan mata yang cepat Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara 	<ul style="list-style-type: none"> • Isi / bentuk halusinasi Halusinasi nampak menyenangkan, klien masih bisa mengendalikan halusinasi tersebut • Frekuensi terjadinya halusinasi Halusinasi masih jarang muncul, biasanya halusinasi muncul bila klien menyendiri • Respon klien Klien diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasikan • Usaha /mekanisme koping klien Klien cenderung menyendiri dan jarang bergaul Klien mulai melamun dan memikirkan hal – hal yang menyenangkan
2.	<p>Halusinasi tingkat 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afektif Klien gelisah/bingung Cemas tingkat berat • Kognitif Klien kehilangan kendali Klien mengalami penyempitan daya konsentrasi Klien mulai kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dengan relita • Psikomotor Klien mondar mandir Bicara sendiri Menarik diri dari orang lain dan lingkungan 	<ul style="list-style-type: none"> • Isi / bentuk halusinasi Halusinasi biasanya dalam bentuk yang menjijikan, mengejek, mencemooh, menyalahkan, dan mengutuk • Frekuensi terjadinya halusinasi Halusinasi hilang timbul halusinasi lebih sering muncul bila klien menyendiri • Respon klien Klien merasa terganggu,sulit tidur dan mondar mandir Klien cemas dalam taraf berat • Usaha /mekanisme koping klien Klien bicara sendiri dan mondar mandir Marah –marah tanpa sebab Resiko terjadi perilaku agresif destruktif

3.	<p>Halusinasi tingkat 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afektif Klien ketakutan Cemas berat • Kognitif Halusinasi bersifat mengendalikan Rentang perhatian klien hanya beberapa menit atau detik Ketidak mampuan untuk mengikuti petunjuk • Psikomotor Klien bicara sendiri Klien kesulitan berhubungan dengan orang lain atau menghindar dari orang lain 	<ul style="list-style-type: none"> • Isi / bentuk halusinasi Isi halusinasi biasanya membuat klien takut,perinta-perintah/petunjuk-petunjuk kepada klien agar Klein melakukan sesuatu • Frekuensi terjadinya halusinasi Sering muncul malam hari / tiap hari • Respon klien Klien dalam kondisi cemas berat Klien ketakutan Sulit tidur dan istirahat • Usaha/mekanisme koping klien Klien biasanya menyerah dan membiarkan halusinasi tersebut mengendalikan dirinya
4.	<p>Halusinasi tingkat 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afektif Ansietas tingkat panik Depresi Ketakutan • Kognitif Klien tidak mampu berespon terhadap petunjuk yang kompleks Klien tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang Halusinasi bersifat mengancam dan klien tidak bisa membedakan antara realita dan non realita • Psikomotor Marah marah Resiko tinggi melakukan tindakan perilaku kekerasan baik diri sendiri dan orang lain 	<ul style="list-style-type: none"> • Isi / bentuk halusinasi Halusinasi bisa berupa perintah disertai ancaman yang menakutkan klien Frekuensi terjadinya halusinasi Halusinasi muncul tiap saat bisa tiap hari dan tiap jam • Respon klien Klien tidak berdaya terhadap halusinasi Depresi Ketakutan • Usaha / mekanisme koping klien Klien cenderung mengikuti perintah dari halusinasi yang muncul Resiko tinggi terjadi tindakan perilaku kekerasan baik diri sendiri maupun orang lain Resiko tinggi melakukan tindakan bunuh diri

2.2.6 Tingkat intensitas halusinasi

Tabel. 2.5 Tingkatan intensitas halusinasi pada klien skizofrenia (Stuart and Sundeen, 1998, hal 427)

Tingkat	Karakteristik	Prilaku yang nampak
<p>Tingkat 1: Menenangkan- ansietas tingkat sedang. Secara umum halusinasi bersifat menyenangkan</p>	<p>Orang yang berhalusinasi mengalami keadaan emosi seperti ansietas, kesepian, merasa bersalah, dan takut serta mencoba untuk memusatkan pada penenangan pikiran untuk mengurangi ansietas; individu mengetahui bahwa pikiran dan sensori yang dialaminya tersebut dapat dikendalikan jika ansietasnya dapat diatasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Menyeringai atau tertawa sendiri yang tidak sesuai • Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara • Gerakan mata yang cepat • Respons verbal yang lamban • Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasikan
<p>Tingkat 2: Menyalahkan – ansietas tingkat berat Secara umum halusinasi menjijikan</p>	<p>Pengalaman sensori bersifat menjijikan dan menakutkan; orang yang berhalusinasi mulai merasa kehilangan kendali dan mungkin berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang dipersepsikan; individu mungkin merasa malu karena pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan sistim nsyaraf otonom yang menunjukkan ansietas mis; peningkatan nadi, pernafasan dan tekanan darah • Penyempitan kemampuan kosentrasi • Dipenuhi dengan pengalaman sensori dan mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dengan realita
<p>Tingkat 3: Mengendalikan – ansietas tingkat berat Pengalaman sensori menjadi penguasa</p>	<p>Orang yang berhalusinasi menyerah untuk melawan pengalaman halusinasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya; isi halusinasi dapat berupa permohonan; individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman sensori tersebut berakir</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya daripada menolaknya • Kesulitan dsalam berhubungan dengan orang lain • Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik • Gejala fisik dari ansietas berat, seperti berkeringat, tremor, ketidakmampuan untuk mengikuti petunjuk

<p>Tingkat 4: Menaklukan – ansietas tingkat panik Secara umum halusinasi menjadi lebih rumit dan saling terkait dengan delusi</p>	<p>Pengalaman sensori yang mungkin menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah; halusinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam hari apabila tidak ada intervensi terapeutik</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perilaku menyerang teror seperti panik • Sangat potensial melakukan tindakan bunuh diri atau membunuh orang lain • Kegiatan fisik yang merefleksikan isi halusinasi seperti amuk, agitasi, menarik diri, atau kataton • Tidak mampu berespons terhadap petunjuk yang kompleks • Tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.2.7 Jenis halusinasi

Tabel 2.7 Perilaku yang berhubungan dengan halusinasi

Indera	Karakteristik	Perilaku klien yang diamati
<p>Pendengaran</p>	<p>Mendengar suara, paling sering suara orang. Suara dapat berkisar dari suara yang sederhana sampai suara orang berbicara mengenai klien, untuk menyelesaikan percakapan antara dua orang atau lebih tentang orang yang sedang berhalusinasi. Jenis lain termasuk pikiran yang dapat didengar yaitu klien mendengar suara orang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkan oleh klien dan memerintah untuk melakukan hal yang berbahaya</p>	<p>Melirikan mata kekiri dan kekanan seperti mencari siapa atau apa yang sedang berbicara Mendengarkan dengan penuh perhatian pada orang lain yang sedang tidak berbicara atau kepada benda mati seperti mebel Terlibat percakapan dengan benda benda mati atau dengan seorang yang tidak nampak Mengerak-garkan mulut seperti sedang berbicara atau sedang menjawab suara</p>
<p>penglihatan</p>	<p>Stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambar geometric, gambar karton, dan panorama yang luas dan komplek. Penglihatan dapat berupa sesuatu yang menyenangkan atau yang menakutkan seperti</p>	<p>Tiba-tiba tampak teragap, ketakutan, atau ditakuti oleh orang lain, benda mati atau oleh stimulus yang tidak terlihat</p>

	monser.	Tiba-tiba berlari ke ruangan lain
Penghidu	Bau busuk, amis, dan bau yang menjijikan seperti darah, urin, atau feses. Kadang kadang tercium bau harum. Halusinasi penciuman khususnya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang, dan demensia	Hidung yang dikerutkan seperti mencium bau yang sangat tidak enak Mencium bau badan Mencium bau udara ketika sedang berjalan ke arah orang lain Bersespon terhadap bau dengan panik, seperti mencium bau api atau darah
Pengecap	Merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikan seperti rasa darah, urin atau feses	Meludahkan makanan atau minuman Menolak untuk minum obat Tiba-tiba meninggalkan meja makan
Peraba/taktil	Mengalami rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat. Merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati, atau orang lain.	Menampar diri sendiri seakan sedang memadamkan api Melompat-lompat dilantai seperti sedang menghindari nyeri atau ada stimulus lain pada kaki
Senesterik	Merasakan fungsi tubuh seperti ada darah yang mengalir melalui vena dan arteri, makanan dicerna atau pembentukan urin	Memverbalisasi dan obsesi terhadap proses tubuh Menolak untuk menyelesaikan tugas yang memerlukan bagaian tubuh klien yang diyakini klien tidak berfungsi

2.2.8 Asuhan keperawatan pada klien dengan masalah halusinasi

Perawatan yang dilakukan di rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. TUK 1 : klien dapat mengungkapkan perasaannya

- 1) Bina hubungan saling percaya.

- 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 non verbal) 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 bila suara-suara tersebut 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: bicara dengan orang lain, melakukan kegiatan, mengatakan pada suara saya tidak mau dengar.
 - 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 yangtelah 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.
 - 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

2.3 Konsep Skizofrenia

2.3.1 Definisi

Skizofrenia adalah suatu diskripsi sindrom dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis atau *deteriorating*) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada pertimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya (Rusdi Maslim, 1997; 46).

2.3.2 Tampilan klinis

Meskipun sifat dasar skizofrenia tidak pasti, diskripsi klinis dan metode pembuatan diagnosis saat ini lebih jelas (DSM-IV).

Sebagian besar penderita skizofrenia mengalami psikosis hanya untuk sebagian kecil kehidupan mereka. Yang khas, mereka lebih lama (bertahun-tahun) berada pada fase residual, yaitu fase yang memperlihatkan gambaran penyakit yang ringan. Selama

periode residual ini, pasien dapat menarik diri atau mengisolasi diri. Gejala –gejala penyakit biasanya terlihat jelas oleh orang lain. Pasien dapat kehilangan pekerjaan dan teman karena hilangnya minat, tidak mampu berbuat sesuatu dan karena sikapnya aneh. Pemikiran dan pembicaraan mereka tidak jelas dan dirasakan oleh orang lain sebagai sesuatu yang aneh dan tidak dapat dimengerti, mereka yakin bahwa mereka berbeda dari yang lain dan mereka percaya bahwa mereka mempunyai suatu kekuatan dan sensitifitas yang khusus, dan mempunyai pengalaman “mistik” dan “psikik”. Penampilan dan tingkah laku mereka mengalami kemunduran, afek menjadi tumpul, datar, atau tidak serasi. Meskipun mereka dapat mempertahankan intelegensi yang mendekati normal, hasil uji kognitifnya rata-rata. Mereka sering mengalami *anhedonia* (tidak merasakan senang). Sering *deteriorasi* ini semata-mata menunjukkan perburukan bertahap dari suatu kondisi yang diperlihatkan pasien selama bertahun-tahun, episode pertama psikotik sering didahului oleh suatu periode perilaku dan pikiran eksentrik yang serupa (fase prodromal).

Kepribadian pre-psikotik dapat ditemui pada beberapa pasien skizofrenia kronis dan ditandai dengan penarikan diri secara sosial, kekuatan sosial, sangat pemalu, dan sering mengalami kesulitan di sekolah meskipun IQ-nya normal. Suatu pola yang lazim ditemui yaitu keterlibatan di dalam aktifitas antisocial ringan dalam satu atau dua tahun sebelum episode psikotik. Sebelumnya pasien-pasien ini sering didagnosis mempunyai gangguan kepribadian skizoid, ambang, antisosial, atau skizotipal. Hanya penderita yang telah mengalami episode psikotik pertama biasanya pada usia belasan atau awal dua puluhan (pada laki-laki), dua puluhan atau pertengahan tiga puluhan (pada wanita serangan pertama setelah umur 40 tahun tidak lazim, dan diagnosis dapat berubah menjadi skizofrenia. Stres yang diduga sebagai pencetus skizofrenia

sering dapat dikenali. Psikosis akut yang khas sering memperlihatkan berbagai campuran gejala-gejala di bawah ini:

1. Gangguan Bentuk Pikiran

Pasien biasanya mengalami gangguan berpikir formal, yaitu pikiran mereka sering tidak dapat dimengerti oleh orang lain dan tidak logis ciri-cirinya adalah:

- 1) Asosiasi longgar : (asosiasi *derailment* atau tangensial). Ide pasien tidak saling berkaitan. Idenya dapat melompat dari satu topik ke topik yang lain yang tidak ada hubungan sama sekali sehingga membingungkan pendengar. Gangguan ini sering terjadi (misal, dipertengahan kalimat sehingga pembicaraan sering inkoheren).
- 2) *Overinklusif* : Arus pikiran pasien secara terus-menerus mengalami, gangguan karena pikirannya sering dimasuki, informasi yang tidak relevan.
- 3) Neologisme : Pasien menciptakan kata-kata baru (yang bagi mereka mungkin mengandung arti simbolik).
- 4) Bloking : Pembicaraan tiba-tiba berhenti (sering pada pertengahan kalimat) dan disambung lagi beberapa saat (atau beberapa menit) kemudian, biasanya dengan topik yang lain. Ini menunjukkan bahwa ide pasien diinterupsi (misal oleh halusinasi). Pada-pada ini sangat mudah dialihkan perhatiannya dan sulit memusatkan perhatian.
- 5) Klaging : Pasien memilih kata-kata dan tema berikut berdasarkan bunyi yang baru saja diucapkan dan bukan isi pikirannya (misal, “kemarin saya pergi ke toko” pasien melihat ke sekitarnya dan kemudian mengatakan, “Saya kira, saya lebih baik dari Eko”).

- 6) Ekolalia : Pasien mengulang kata kata atau kalimat-kalimat yang baru saja diucapkan oleh seseorang dengan gaya musikal dan lagu tapi tanpa upaya yang jelas untuk berkomunikasi.
- 7) Konkritisasi : Pasien dengan IQ rata-rata normal atau lebih tinggi tetapi kemampuan berpikir abstraknya buruk.
- 8) Alogia : Pasien berbicara sangat sedikit (tetapi tidak disengaja : Miskin pembicaraan) atau dapat berbicara dalam jumlah normal tetapi dengan isi pembicaraan sedikit (miskin isi pembicaraan)

2. Gangguan isi pikir

Waham adalah suatu keyakinan kokoh yang salah dan tidak sesuai dengan fakta dan keyakinan tersebut mungkin “aneh” (missal, mata saya adalah komputer yang dapat mengontrol dunia) atau bisa pula “tidak aneh”(hanya sangat tidak mungkin, missal “FBI mengikuti saya”) dan tetap dipertahankan meskipun telah diperlihatkan bukti-bukti yang jelas untuk mengoreksinya. Waham sering ditemui pada gangguan jiwa yang berat dan beberapa bentuk waham yang spesifik sering ditemukan pada skizofrenia. Semakin akut psikosis semakin sering ditemui waham disorganisasi dan waham tidak sistematis.

- 1) Waham bingung yang aneh.
- 2) Waham kejar, terutama bentuk tidak sistematis.
- 3) Waham kebesaran.
- 4) Waham mempengaruhi, pasien yakin bahwa mereka dapat mengontrol suatu peristiwa melalui telepati.
- 5) Waham rujukan, pasien meyakini ada “arti” di balik peristiwa-peristiwa dan meyakini perbuatan orang lain seolah-olah secara khusus diarahkan kepada mereka.

- 6) Waham penyiaran pikiran, keyakinan bahwa orang lain dapat mendengar pikiran mereka.
- 7) Waham penyisipan pikiran, keyakinan bahwa pikiran orang lain dimasukan ke dalam benak pasien. Kebanyakan pasien skizofrenia tilikannya berkurang, yaitu pasien tidak menyadari penyakitnya serta kebutuhannya terhadap pengobatan, meskipun gangguan pada dirinya dapat dilihat orang lain.

3. Gangguan persepsi

Halusinasi adalah suatu hal yang paling sering ditemui, biasanya berupa halusinasi auditorik, tetapi bisa juga visual dan taktil. Halusinasi auditorik (paling sering suara satu orang atau lebih) dapat berupa komentar tentang pasien atau peristiwa-peristiwa; komentar-komentar yang mengancam pasien atau perintah-perintah yang langsung ditujukan kepada pasien (halusinasi yang isinya mengkomando). Suara-suara sering (tetapi tidak selalu) diterima pasien sebagai sesuatu yang berasal dari luar kepada pasien dan kadang-kadang pasien dapat mendengar pikiran-pikiran mereka sendiri berbicara dapat mendengar pikiran-pikiran mereka sendiri berbicara keras (sering mempermalukannya / mengejek). Suara –suara tersebut cukup nyata menurut pasien terutama pada fase awal psikosis. Pasien juga dapat mengalami ilusi, depersonalisasi, derealisasi, mengalami halusinasi tentang perubahan tubuh.

4. Gangguan emosi

Pasien psikosis akut dapat memperlihatkan berbagai emosi dan dapat berpindah dari satu emosi ke emosi yang lain dalam jangka waktu singkat. Ada tiga afek dasar yang sering (tetapi tidak patognomonik):

- 1) Afek tumpul atau datar : ekspresi emosi pasien sangat sedikit bahkan ketika afek tersebut seharusnya diekspresikan. Pasien tidak mampu menunjukkan kehangatan.
- 2) Afek tidak serasi : Afeknya mungkin kuat tetapi tidak sesuai dengan pikiran dan pembicaraan pasien.
- 3) Afek labil : Dalam jangka waktu pendek terjadi perubahan afek yang jelas.

5. Gangguan Perilaku

Berbagai perilaku yang tidak serasi atau aneh dapat terlihat, seperti seringai dan sikap tubuh yang aneh, perilaku ritual, sangat ketolol-tolongan, agresif, dan perilaku seksual yang tidak serasi. Serangan psikotik akut dapat berlangsung beberapa minggu atau bulan (kadang –kadang bertahun –tahun). Sebagian besar pasien mengalami kekambuhan episode aktif secara periodic dalam kehidupannya; secara khas dengan jarak beberapa bulan atau tahun. Selama selang waktu, pasien biasanya memperlihatkan gejala residual (sering dengan derajat gangguan yang meningkat setela beberapa tahun); meskipun demikian ada sebagian kecil pasien yang mengalami bebas gejala di antara episode akut. Banyak pasien-pasien skizofrenia mempertunjukkan tanda-tanda dini timbulnya kekambuhan dalam masa remisi. Tanda-tanda dini tersebut meliputi peningkatan kegelisahan dan ketegangan, penurunan nafsu makan, depresi ringan dan anhedonia, tidak bisa tidur, dan konsentrasi terganggu.

2.3.3 Penyebab

1. Keturunan

Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9-1,8 %, bagi saudara kandung 7-15 %, bagi anak dengan salah satu orang

tua yang menderita Skizofrenia 40-68 %, kembar 2 telur 2-15 % dan kembar satu telur 61-86 % (Maramis, 1998; 215).

2. Endokrin

Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya Skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium., tetapi teori ini tidak dapat dibuktikan.

3. Metabolisme

Teori ini didasarkan karena penderita Skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung extremitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun serta pada penderita dengan stupor katatonik konsumsi zat asam menurun. Hipotesa ini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat halusinogenik.

4. Susunan saraf pusat

Penyebab Skizofrenia diarahkan pada kelainan SSP yaitu pada diensefalon atau kortek otak, tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan.

5. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada SSP tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya Skizofrenia. Menurut Meyer Skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (*otisme*).

6. Teori Sigmund Freud

Skizofrenia terdapat (1) kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik (2) superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan Id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisme dan (3) kehilangan kapasitas untuk pemindahan (*transference*) sehingga terapi psiko analitik tidak mungkin.

7. Eugen Bleuler

Penggunaan istilah Skizofrenia menonjolkan gejala utama penyakit ini yaitu jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan dan perbuatan. Bleuler membagi gejala Skizofrenia menjadi 2 kelompok yaitu gejala primer (gangguan proses pikiran, gangguan emosi, gangguan kemauan dan otisme) gejala sekunder (waham, halusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotorik yang lain).

8. Teori lain

Skizofrenia sebagai suatu sindroma yang dapat disebabkan oleh bermacam-macam sebab antara lain keturunan, pendidikan yang salah, maladaptasi, tekanan jiwa, penyakit badaniah seperti lues otak, arterosklerosis otak dan penyakit lain yang belum diketahui.

9. Ringkasan

Sampai sekarang belum diketahui dasar penyebab Skizofrenia. Dapat dikatakan bahwa faktor keturunan mempunyai pengaruh. Faktor yang mempercepat, yang menjadikan manifest atau factor pencetus (*presipitating factors*) seperti penyakit badaniah atau stress psikologis, biasanya tidak menyebabkan Skizofrenia, walaupun pengaruhnya terhadap

suatu penyakit Skizofrenia yang sudah ada tidak dapat disangkal.(Maramis, 1998;218).

2.3.3 Pedoman Diagnostik Skizofrenia

1. Harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala – gejala itu kurang tajam atau kurang jelas:
 - 1) “*Thought echo*” = isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda; atau “*Thought insertion or withdrawal*” = isi pikiran yang asing dari luar masuk kedalam pikirannya (insertion) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (withdrawal); dan “*Thought broadcasting*” = isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.
 - 2) “*Delusion of control*” = waham tentang dirinya dikendalikan oleh sesuatu kekuatan tertentu dari luar; atau “*Delusion of influence*” = waham tentang dirinya dipengaruhi oleh sesuatu kekuatan tertentu dari luar; atau “*Delusion of passivity*” = waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang dirinya = secara jelas merujuk ke pergerakan tubuh/anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau pengindraan khusus); “*Delusional perception*” = pengalaman indrawi yang tak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat
 - 3) Halusinasi auditorik : Suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien, atau mendiskusikan perihal pasien diantara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara), atau jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.

- 4) Waham waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama diatas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan makhluk asing dari dunia lain).

2. Atau paling sedikit ada dua gejala di bawah ini yang harus selalu ada secara jelas:

- 1) Halusinasi yang menetap dari panca indra apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (*over valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu- minggu atau berbulan –bulan terus menerus.
- 2) Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpaltion*), yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme.
- 3) Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh –gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*), atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor.
- 4) Gejala gejala “negatif”, seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respons emosional yang menumpuk atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan social dan menurunnya kinerja sosial; tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.
- 5) Adanya gejala gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal).

- 6) Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek perilaku pribadi (*personal behavior*), bermanisvestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri, (*self absorbed attitude*), dan penarikan diri secara sosial.

2.3.4 Pembagian Skizofrenia

Kraepelin membagi Skizofrenia dalam beberapa jenis berdasarkan gejala utama antara lain :

1. Skizofrenia simplek

Sering timbul pertama kali pada usia pubertas, gejala utama berupa kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir sukar ditemukan, waham dan halusinasi jarang didapat, jenis ini timbulnya perlahan-lahan.

2. Skizofrenia hebefrenia

Permulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang menyolok ialah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau *double personality*. Gangguan psikomotor seperti *mannerism*, *neologisme* atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat waham dan halusinasi banyak sekali.

3. Skizofrenia katatonik

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

4. Skizofrenia paranoid

Gejala yang menyolok ialah waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Dengan pemeriksaan yang teliti ternyata adanya gangguan proses berfikir, gangguan afek emosi dan kemauan.

5. Episode skizofrenia akut

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

6. Skizofrenia residual

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

7. Skizofrenia skizo-afektif

Disamping gejala Skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan juga gejala-gejala depresi (skizo depresif) atau gejala mania (psiko-manik). Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa defek, tetapi mungkin juga timbul serangan lagi.

2.3.5 Pengobatan

Umumnya dapat dibagi menjadi tiga golongan besar antara lain:

1. Somatoterapi ; dengan cara pembedahan, farmakoterapi dan fisioterapi.
2. Psikoterapi ; sebagai psikoterapi suportif dan psikoterapi genetic dinamik (atau psikoterapi wawasan/pengertian).
3. Terapi lingkungan.
4. Terapi kerja /okupasi terapi.

5. Terapi aktifitas kelompok.
6. Terapi keluarga.
7. Terapi kognitif / *Cognitif based therapy*.
8. Terapi perilaku.
9. Terapi bermain.
10. Terapi Individual

2.3.6 Prognosis

Untuk menentukan prognosis harus mempertimbangkan beberapa faktor antara lain:

1. Kepribadian prepsikotik; bila skizoid dan hubungan antar-manusia memang kurang memuaskan, maka prognosa lebih jelek
2. Bila skizofrenia timbul secara akut, maka prognosa lebih baik dari pada bila penyakit itu mulai secara perlahan lahan.
3. Jenis; Prognosa jenis katatonik yang paling baik dari semua jenis. Sering penderita-penderita dengan katatonia sembuh dan kembali ke kepribadian prepsikotik. Kemudian menyusul jenis paranoid. Banyak dari penderita ini dapat dikembalikan ke masyarakat. Hebriofrenia dan skizofrenia simplex mempunyai prognosa yang sama jelek. Biasanya penderita dengan jenis skizofrenia ini menuju ke arah kemunduran mental.
4. Umur ; makin muda permulaanya, makin jelek prognosanya.
5. Pengobatan ; makin lekas diberi pengobatan, makin baik prognosanya.
6. Dikatakan bahwa bila medapat faktor pencetus, seperti penyakit badaniah atau stres psikologik, maka prognosanya lebih baik.

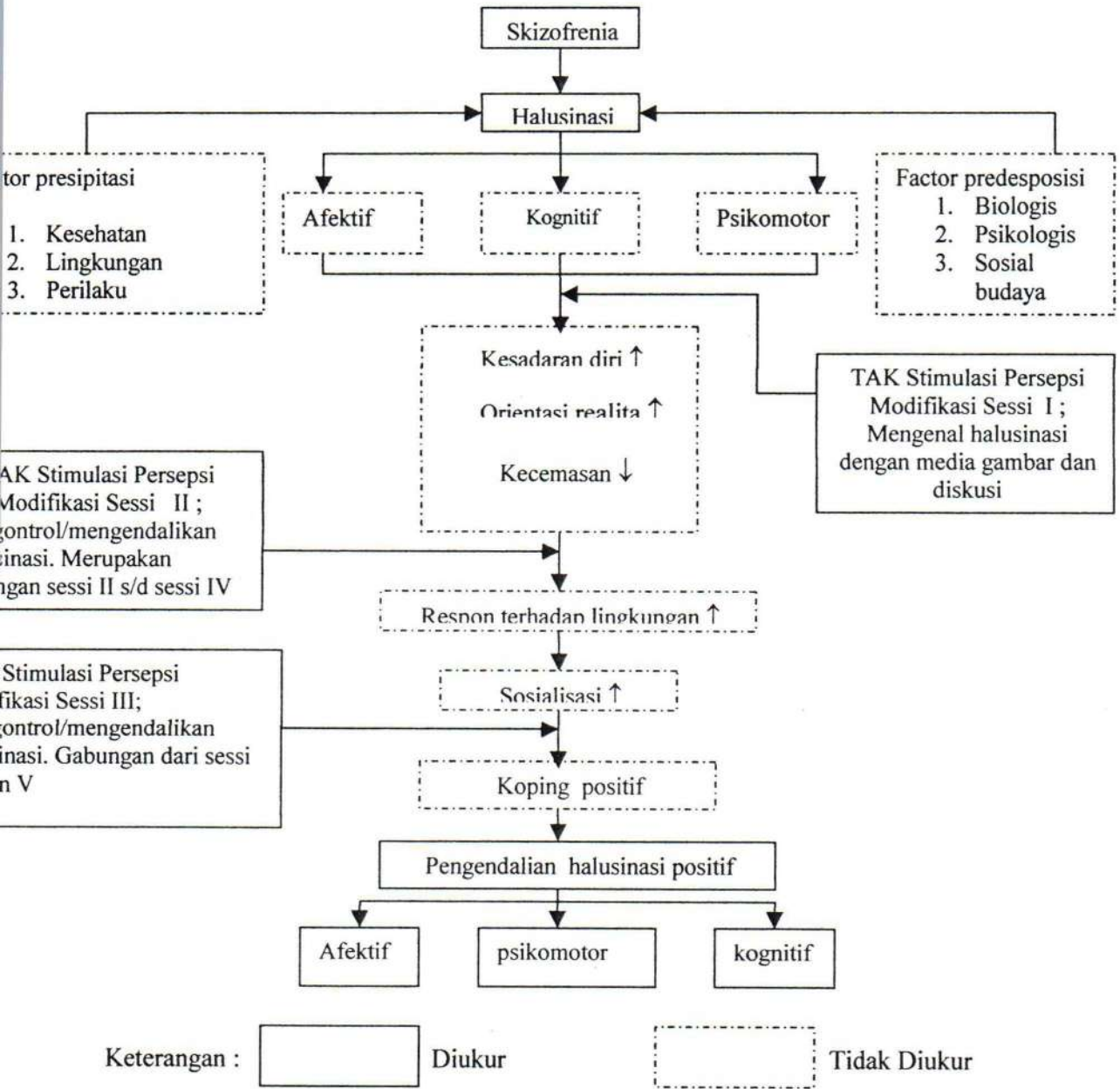
7. Faktor keturunan ; prognosa menjadi lebih berat bila didalam keluarga terdapat seorang atau lebih yang juga menderita skizofrenia

BAB 3

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN
HIPOTESIS PENELITIAN**

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN



Gambar 3.1. Kerangka konseptual “ Pengaruh Terapi Aktifitas Kelompok Stimulasi Persepsi Modifikasi Terhadap Pengendalian Halusinasi dengar Pada Klien Skiozofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya”

Halusinasi adalah suatu bentuk gangguan orientasi realita, sehingga pendekatan yang dilakukan adalah mengembalikan persepsi klien pada realitas. Orientasi pada realitas akan mengurangi persepsi sensorik yang salah dan meningkatkan rasa makna diri dan keluhuran pribadi klien (Mary C. Townsend, 1998; 114).

Untuk dapat mengorientasikan klien pada realita diperlukan pendekatan terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi : Halusinasi. Terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi halusinasi terdapat tiga fase, pemberian TAK stimulasi persepsi modifikasi pada fase pertama bertujuan agar klien dapat mengenal halusinasi, dengan mengenal halusinasi diharapkan klien dapat meningkatkan kesadaran diri dan orientasi realita, sehingga klien dapat menyadari bahwa apa yang sedang dialami merupakan suatu bentuk kejadian yang non realitas. Seiring dengan kesadaran klien yang dapat mengenal halusinasi maka kecemasan klien karena dampak halusinasi dapat diturunkan, selanjutnya klien dapat diberikan TAK stimulasi persepsi modifikasi halusinasi sesi kedua yang bertujuan agar klien dapat mengontrol/mengendalikan halusinasi dengan cara; menghardik halusinasi, dan bercakap cakap, diharapkan setelah diberikan sesi kedua klien dapat berespon terhadap lingkungan dengan baik sehingga klien mampu bersosialisasi.

Pemberian TAK sesi ketiga merupakan lanjutan dari sesi kedua yaitu klien dapat mengontrol dan mengendalikan halusinasi dengan cara; melakukan kegiatan/ADL, dan minum obat secara teratur. Pengendalian halusinasi dengan keempat cara tersebut diharapkan mekanisme koping klien positif saat mengalami halusinasi, dengan mekanisme koping yang positif saat halusinasi diharapkan klien

dapat mengendalikan dan mengontrol halusinasi yang dapat dilihat dari segi afektif, kognitif dan psikomotor

3.2 Hipotesis

Ada pengaruh terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi terhadap pengendalian halusinasi dengar pada klien skizofrenia.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara untuk memperoleh ilmu pengetahuan dengan metode ilmiah (Notoatmodjo,2002). Pada bab ini akan dibahas mengenai rancangan penelitian, kerangka oprasional, desain sampling, identifikasi variable dan definisi oprasional, populasi, sample dan sampling, prosedur pengumpulan data, etika penelitian dan keterbatasan.

4.1 Rancangan Penelitian.

Rancangan penelitian merupakan rencana atau rancangan yang dibuat oleh peneliti sebagai ancar-ancar kegiatan yang akan dilakukan (Arkunto,2002). Rancangan penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah quasi eksperimen dengan pendekatan (non-equaivalen control group atau non randomized control group pretest-postest) design yaitu penelitian untuk membandingkan hasil intervensi dari kelompok eksperimen dan kelompok kontrol yang serupa tapi tidak benar-benar sama dengan mengelompokkan sampel tidak secara random. (Notoatmojo, 2002).

Tabel 4.1. Desain Penelitian

SUBYEK	PRE-TEST	PERLAKUAN	POST- TEST
KE	01	X	02
KK	01	-	02

Keterangan :

KP : Kelompok Perlakuan

KK : Kelompok Kontrol

01 : Observasi sebelum perlakuan

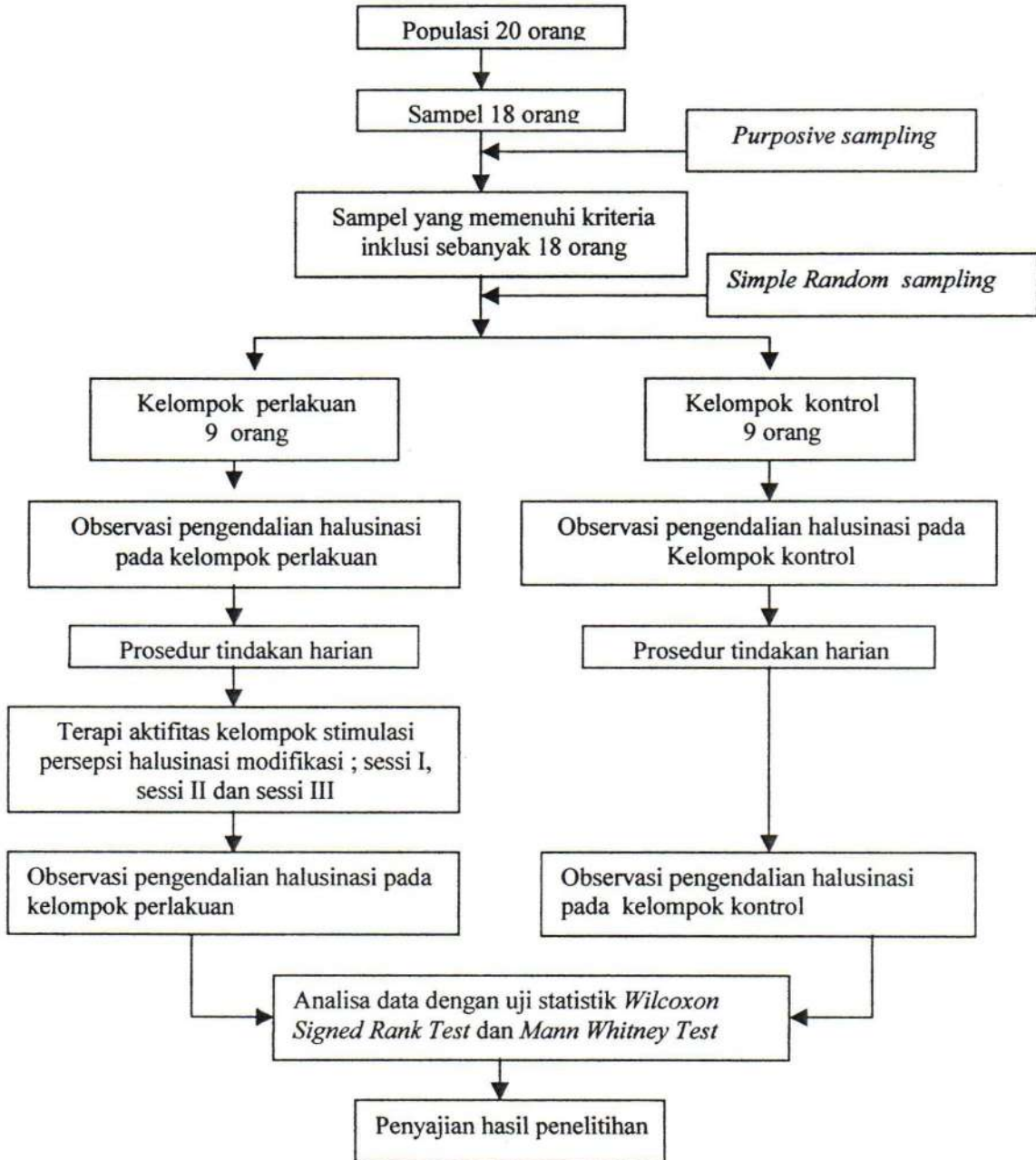
02 : Observasi sesudah perlakuan

X : Diberi Terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi

- : Tidak diberi Terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi

4.2 Kerangka Oprasional

Kerangka oprasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 4.1 Kerangka oprasional penelitian pengaruh terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi terhadap pengendalian halusinasi dengar pada klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

4.3 Populasi, Sampel dan Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari obyek penelitian atau obyek yang diteliti (Notoatmodjo, 2002) atau obyek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003). Populasi dalam penelitian ini adalah klien halusinasi yang sedang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang terdiri dari 3 ruang rawat inap kelas III laki-laki yaitu Ruang Murai (Ruang D), Glatik (Ruang G), dan Rajawali (Ruang F) sebanyak 20 orang.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang diambil sebagai obyek dan dianggap mewakili seluruh populasi dengan kriteria tertentu (Notoatmodjo, 2002). Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat digunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2003). Dalam pemilihan sampel peneliti menetapkan kriteria sebagai berikut:

Kriteria inklusi :

1. Klien yang mengalami halusinasi dengar.
2. Kooperatif (dapat berkerja sama).
3. Dapat membaca dan menulis.
4. Klien yang sedang menjalani rawat inap.
5. Usia 21 sampai dengan 45 tahun.
6. Klien yang sudah keluar dari ruang rawat gawat darurat psikiatri (ruang Wijaya Kusuma).
7. Klien yang menjalani masa perawatan di minggu ke- 2.
8. Penderita baru (belum pernah MRS / 1 x MRS)

Kriteria eksklusi :

1. Klien dalam keadaan gelisah atau gawat darurat psikiatri.
2. Halusinasi fase ke 4.

4.3.3 Besar sampel

Besar sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut (Zainuddin,M:2000)

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

Keterangan:

N = Jumlah populasi

n = Jumlah sample

Z α = Nilai standar normal untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)

p = Perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50 %

q = 1 - p (100% - p)

d = tingkat kasalahan yang dipilih (d = 0,05)

Perkiraan besar sample pada penelitian ini adalah:

$$n = \frac{20.(1,96)^2.0,5.0,5}{(0,05)^2(18-1)+(1,96)^2.0,5.0,5}$$

$$n = \frac{18.208}{1.007}$$

$$n = 18.057 = 18$$

Adapun besar sampel dalam penelitian yang memenuhi syarat kriteria inklusi adalah 18 responden yang terbagi menjadi 9 responden sebagai kelompok perlakuan dan 9 responden sebagai kelompok kontrol.

4.3.4 Sampling

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

4.4 Identifikasi Variabel

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

4.4.1 Variable independen

Variabel independen adalah suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan suatu dampak pada variable dependen (Nursalam,2003). Atau factor yang diduga sebagai factor yang mempengaruhi variable dependen (Nursalam, 2000). Dalam penelitian ini yang menjadi variable independen adalah terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi.

4.4.2 Variabel Dependen

Variabel dependen adalah respon atau output, sebagai variable respon, yang berarti ini akan muncul sebagai akibat dari manipulasi suatu variable Independen (Nursalam ,2000) serta factor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh variable bebas (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini yang menjadi variable dependen adalah pengendalian halusinasi dengar pada klien skizofrenia.

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi operasional pengaruh terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi terhadap pengendalian halusinasi dengar pada klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Variabel	Definisi oprasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skore
Independen TAK: Stimulasi persepsi halusinasi modifikasi	Suatu bentuk terapi modalitas yang diberikan kepada klien secara berkelompok untuk menyelesaikan masalah yang sama	<p><u>Sessi 1</u> Klien dapat mengenal/mengidentifikasi halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. isi halusinasi 2. waktu terjadinya halusinasi dan seberapa sering halusinasi itu muncul 3. perasaannya pada saat halusinasi 4. menceritakan mekanisme koping saat terjadi halusinasi <p><u>Sessi 2</u> Klien dapat mengendalikan halusinasi dengan metode:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Menghardik, 2.Berbicara dengan orang lain <p><u>Sessi 3</u> Klien dapat mengendalikan halusinasi dengan metode:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Melakukan kegiatan 2.Minum obat teratur 	Panduan TAK		
Dependen Pengendalian Halusinasi pada klien skizofrenia	Suatu bentuk perilaku yang konstruktif dalam menerima stimulus / rangsangan yang berasal dari suatu persepsi yang tidak sesuai dengan realita	<p><u>Afektif</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.klien tidak ketakutan 2.klien tidak sedih & cemas 3.klien tidak marah-marrah 4.klien mampu membina kepercayaan dengan orang lain 5.klien mampu membina hubungan secara baik 6. Klien Tidak merasa kesepian 7.respon verbal klien baik 	observasi	Ordinal	<p>Pada oservasi no 1 s/d 20, bila responden YA skor 2, bila TIDAK skor 1</p> <p>Untuk menilai kemampuan klien dalam mengendalikan halusinasi jika</p>

		<p>Kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.klien bisa membedakan antara realita dan non realita 2. klien mampu berkonsentrasi 3.Klien mampu menceritakan tentang pengalaman halusinasi yang dialami 4. Klien mampu berespon terhadap petunjuk yang kompleks 5. Klien mampu berespon terhadap lebih dari satu orang 6. Klien mampu memuali pembicaraan dengan orang lain <p>Psikomotor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Klien tidak mondar-mandir 2.Klien tidak berbicara sendiri 3.Klien tidak tersenyum & tertawa sendiri 4.Klien tidak agresif destruktif 5.Klien tidak menyendiri 6. Klien mampu berhubungan dengan orang lain 7.Klien mampu melakukan kegiatan sehari hari 			<p>nilai 30 - 40 adalah klien mampu mengendalikan halusinasi, dan jika kurang dari 30 klien tidak mampu mengendalikan halusinasi</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.6 Pengumpulan Dan Pengolaha Data

4.6.1 Instrumen

Instrumen adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya atau hal-hal yang telah ia ketahui (Arikunto,1998:140)

Instrumen diseleksi untuk menguji variabel spesifik dalam suatu riset. Adapun instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi.

Observasi pada variabel independen dalam penelitian ini menggunakan panduan TAK yang mengambil dari konsep Budi Anna Keliat(2004) sedangkan

pada variabel dependen observasi yang digunakan mengacu pada komponen penilaian dari tingkatan intensitas halusinasi pada klien skizofrenia oleh Stuart dan Sundeen(1998) yang kemudian dikembangkan sendiri oleh peneliti dengan mempertimbangkan kebutuhan data dalam penelitian ini.

Jenis observasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah bentuk ordinal, dimana peneliti mengamati kemampuan klien dalam mengendalikan halusinasi pada responden dan membubuhkan tanda (V) pada kolom yang sesuai dan lembar observasi yang digunakan adalah tunggal yakni lembar observasi yang digunakan dalam pre test dan post test adalah sama dengan tujuan untuk memudahkan melihat perbedaan hasil *pre* dan *post* setelah diberikan perlakuan

4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian

Lokasi penelitian adalah Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya di 3 Ruang kelas III laki-laki yaitu Ruang Murai, Glatik, dan Rajawali. Waktu pelaksanaan tanggal 06 sampai dengan 19 Januari 2007.

4.6.3 Prosedur pengumpulan data

Setelah mendapatkan ijin dari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, peneliti mengadakan pengambilan data pada klien halusinasi, data dari sample yang dijadikan responden baik perlakuan maupun kontrol diidentifikasi saat sebelum perlakuan (*pre test*) dan sesudah perlakuan (*post test*) sebagai data awal.

Responden dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, satu kelompok terdiri dari 9 orang, pada kelompok perlakuan akan diberikan terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi dan kelompok kontrol tidak diberikan TAK hanya diberikan prosedur tindakan harian untuk klien dengan halusinasi.

Pemberian terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi terdiri atas tiga sesi, setiap sesi akan dipimpin oleh seorang leader/terapis dan dibantu oleh 5 fasilitator serta satu observer, dan 9 orang klien saat pemberian TAK pada kelompok perlakuan langsung dapat di observasi tingkat pencapaian klien dalam mengenal dan mengendalikan halusinasi dengan menggunakan alat observasi yang ada dalam panduan TAK.

Terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi diberikan sebanyak tiga kali dan dilaksanakan selama tiga hari ,setelah selesai pemberian TAK kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dapat dilakukan observasi dan wawancara dengan menggunakan cek-list sebagai data akhir,lalu di analisis pre dan post untuk melihat perbedaan dan pengaruh pemberian TAK stimulasi persepsi Modifikasi terhadap pengendalian halusinasi dengar pada klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

4.6.4 Analisis data

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

1. Persiapan

Langkah persiapan bermaksud 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 sampel.
- 2) Mengecek kelengkapan data dengan memeriksa isi instrumen pengumpulan data.
- 3) Mengecek macam isian untuk menghindari ketidak pastian pengisian.

2. Tabulasi data

Merupakan suatu kegiatan untuk mengelompokan 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 oprasional.
- 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 sign rank test* dan disajikan dalam bentuk tabulasi silang antara variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan komputer windows program SPSS 11.5

5. Untuk mengetahui pengaruh variabel independen dan variabel dependen dilakukan uji statistik *Mann Whitney test* dengan derajat kemaknaan $p < 0,05$ maka H_0 diterima, artinya tidak ada hubungan yang bermakna antar 2 variabel.

4.7 Etik Penelitian

Dengan melakukan penelitian ini peneliti mendapat rekomendasi PSIK FK Unair dan ijin Kepala Diklat Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Setelah mendapat persetujuan barulah melakukan penelitian dengan menekankan masalah etik yang meliputi :

1. *Informed concent* kepada dokter yang merawat/bertanggung jawab kepada klien yang memenuhi kriteria inklusi untuk bersedia menjadi

responden penelitian. Apabila dokter yang bertanggung jawab terhadap klien tersebut menolak untuk diikutkan dalam penelitian ini maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

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

4.8 Keterbatasan

Ada beberapa keterbatasan dalam penelitian ini, antara lain :

1. Instrumen atau alat pengumpulan data
Penggunaan alat pengumpulan data atau kuosioner yang disusun oleh peneliti sendiri memungkinkan validitas dan reabilitas yang masih kurang sehingga perlu dilakukan uji coba untuk penelitian selanjutnya.
2. Faktor *feasibility*
Penelitian ini hanya dilakukan dengan memberikan 2 kali perlakuan pada kelompok perlakuan sehingga memberikan hasil yang mungkin kurang signifikan karena keterbatasan waktu dan biaya dan kemampuan peneliti.
3. Peneliti
Keterbatasan peneliti dalam menggunakan tehnik pemilihan sampling dengan menggunakan tehnik *purposive sampling* dapat menyebabkan

tidak semua sampel memperoleh kesempatan yang sama untuk menjadi sampel dalam penelitian ini karena sampel dipilih sendiri oleh peneliti sesuai dengan penelitian inklusi sampel yang telah ditetapkan, sehingga dimungkinkan sampel tidak representatif. Selain itu juga adanya keterbatasan pengetahuan dan pengalaman peneliti dalam melakukan penelitian.

BAB 5
HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan tentang pengaruh terapi aktifitas kelompok (TAK) stimulasi persepsi modifikasi terhadap pengendalian halusinasi dengar pada klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, hasil penelitian meliputi; 1) gambaran umum, 2) data umum meliputi karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan dan agama, 3) data khusus meliputi kemampuan klien dalam mengendalikan halusinasi sebelum perlakuan, sesudah diberikan terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi untuk halusinasi, pengaruh terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi terhadap pengendalian halusinasi dengar pada klien skizofrenia.

1.1 Hasil Penelitian

1.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

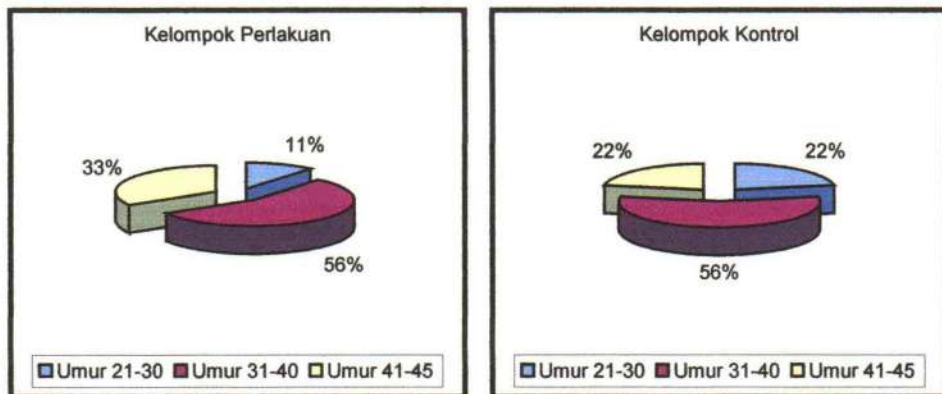
Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang berlokasi di jalan Raya Menur 120 Surabaya. Adapun dari segi ketenagaan keseluruhan berjumlah \pm 378 orang, dengan tenaga perawat berjumlah \pm 75 orang. Jumlah pasien yang dirawat inap rata-rata \pm 150 orang per bulan. Sedangkan untuk ruangan perawatan berjumlah 8 ruangan yang terbagi atas ruang kelas III laki-laki, yaitu Ruang D (Murai), Ruang G (Gelatik) dan 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).

Sedangkan penelitian dilakukan di ruangan kelas III laki-laki, yaitu Ruang D (Murai), Ruang G (Gelatik) dan Ruang F (Kenari) pada tanggal 06 Januari sampai dengan 19 Januari 2007

5.1.2 Data umum

Didalam karakteristik demografi responden ini akan diuraikan karakteristik demografi baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, riwayat pekerjaan, status perkawinan, dan agama.

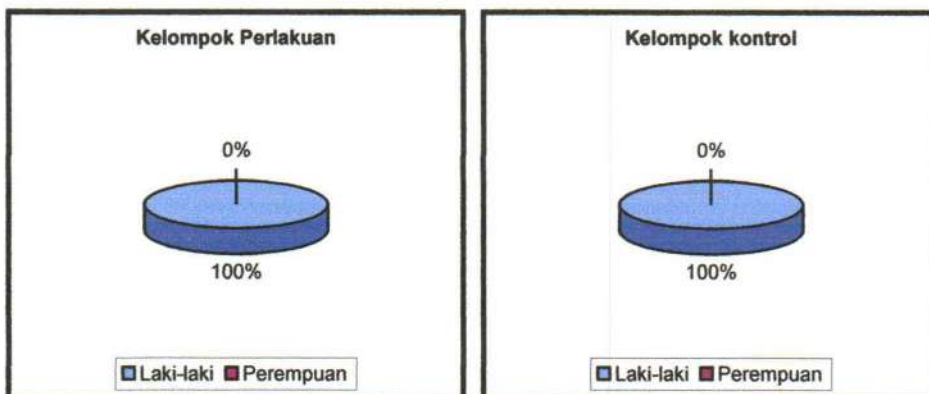
1. Distribusi responden berdasarkan umur



Gambar 5.1 Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Umur di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 06 Januari – 19 Januari 2007

Berdasarkan gambar 5.1 responden kelompok perlakuan sebagian besar berumur 31 – 40 tahun yaitu sebanyak 5 orang (56 %) dan responden kelompok kontrol sebagian besar berumur 31 – 40 tahun yaitu sebanyak 5 orang (56 %)

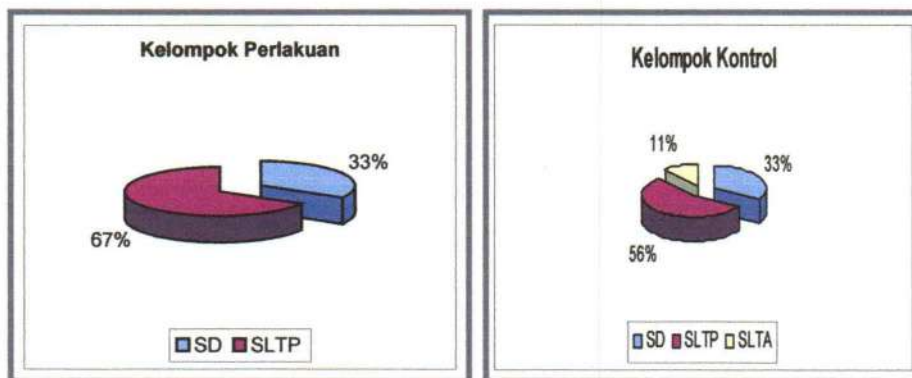
2. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin



Gambar 5.2 Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Jenis Kelamin di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 06 Januari – 19 Januari 2007

Berdasarkan gambar 5.2 responden kelompok perlakuan kesemuanya berjenis kelamin laki - laki berumur yaitu sebanyak 9 orang (100 %) dan responden kelompok kontrol juga kesemuanya berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 9 orang (100 %)

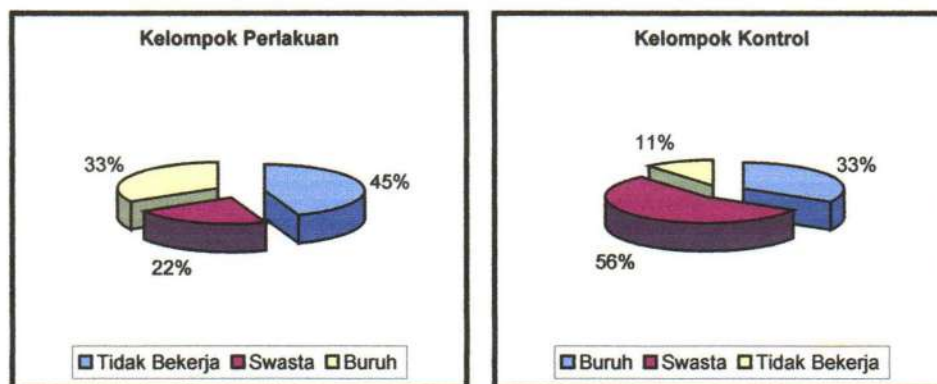
3. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan



Gambar 5.3 Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 06 Januari – 19 Januari 2007

Berdasarkan gambar 5.3 distribusi responden kelompok perlakuan sebagian besar berpendidikan SLTP yaitu 6 orang (78 %) dan responden kelompok kontrol yakni sebagian besar berpendidikan SLTP yaitu 5 orang (56 %)

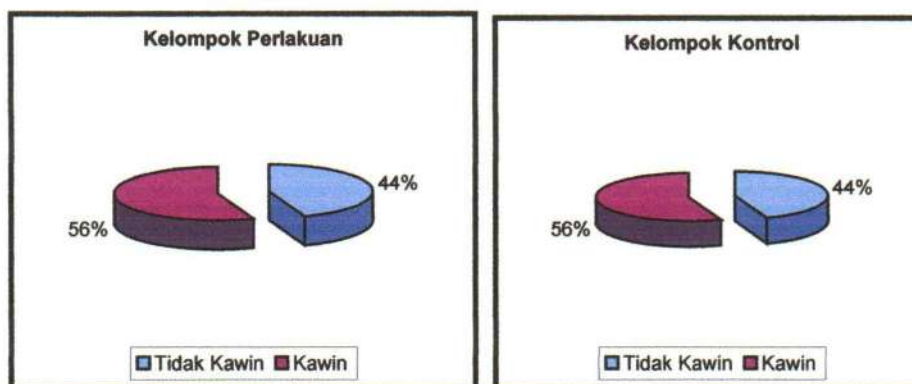
4. Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan



Gambar 5.4 Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan jenis Pekerjaan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 06 Januari – 19 Januari 2007

Berdasarkan gambar 5.4 distribusi responden kelompok perlakuan berdasarkan jenis pekerjaan yakni sebagian besar tidak bekerja sebesar 4 orang (45 %) dan responden kelompok kontrol yakni sebagian besar bekerja swasta yaitu 5 orang (56 %)

5. Distribusi responden berdasarkan status perkawinan

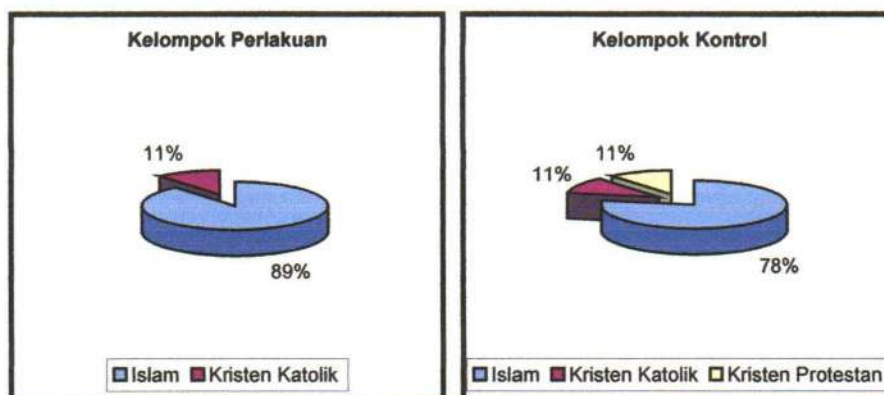


Gambar 5.5 Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan status Perkawinan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 06 Januari – 19 Januari 2007

Berdasarkan gambar 5.5 distribusi responden kelompok perlakuan berdasarkan status perkawinan yakni sebagian besar berstatus tidak kawin sebesar 5 orang (56 %) dan

responden kelompok kontrol yakni sebagian besar juga berstatus tidak kawin yaitu 5 orang (56 %)

6. Distribusi responden berdasarkan agama



Gambar 5.6 Diagram Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Agama di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 06 Januari – 19 Januari 2007

Berdasarkan gambar 5.6 distribusi responden kelompok perlakuan berdasarkan agama yakni sebagian beragama Islam sebesar 8 orang (89 %) dan responden kelompok kontrol yakni sebagian besar juga beragama Islam yaitu 7 orang (78 %)

5.1.3 Data Khusus

Pada bagian ini akan disajikan data variable yang diukur mengenai kemampuan klien dalam mengendalikan halusinasi dengar sebelum dan sesudah diberikan TAK stimulasi persepsi modifikasi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

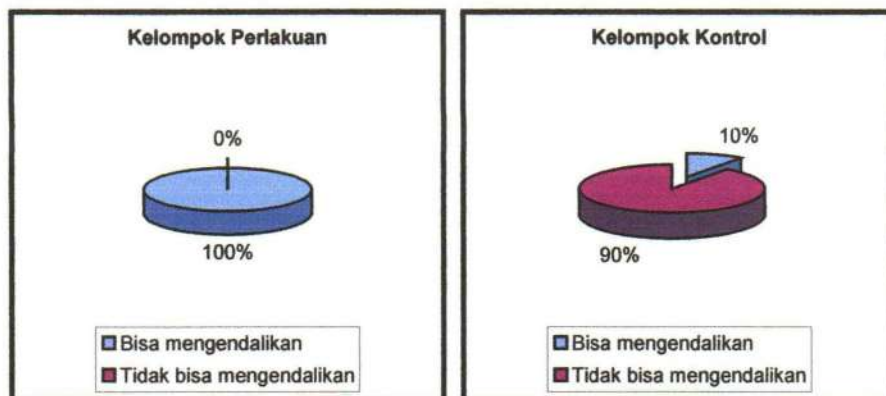
1. Pengendalian halusinasi dengar sebelum perlakuan



Gambar 5.7 Pengendalian Halusinasi Dengar pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum Diberikan TAK Stimulasi Pesepsi Modifikasi di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 06 Januari – 19 Januari 2007

Berdasarkan gambar 5.7 memberikan gambaran pengendalian halusinasi dengar pada responden kelompok perlakuan sebelum diberikan TAK stimulasi persepsi modifikasi kesemua responden tidak bisa mengendalikan halusinasi dengar sebanyak 9 orang (100 %) dan responden kelompok kontrol juga sama, semua responden tidak bisa mengendalikan halusinasi dengar sebanyak 9 orang (100 %)

2. Pengendalian halusinasi dengar setelah perlakuan



Gambar 5.8 Pengendalian Halusinasi Dengar pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Setelah Diberikan TAK Stimulasi Pesepsi Modifikasi di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, 06 Januari – 19 Januari 2007

Berdasarkan gambar 5.8 memberikan gambaran pengendalian halusinasi dengar pada responden kelompok perlakuan setelah diberikan TAK stimulasi persepsi modifikasi kesemua responden bisa mengendalikan halusinasi dengar sebanyak 9 orang (100 %) dan responden kelompok kontrol setelah diberikan TAK stimulasi persepsi modifikasi sebagian besar tidak bisa mengendalikan halusinasi dengar sebanyak 8 orang (90 %)

3. Pengaruh terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi terhadap pengendalian halusinasi dengar sebelum dan setelah perlakuan

Tabel 5.1 Data Hasil Uji *Wilcoxon Sign Rank Test* dan *Mann Whitney Test* Pengendalian Halusinasi Dengar Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Perlakuan pada tanggal 06 Januari – 19 Januari 2007 di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Pengendalian Halusinasi	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol		Kelompok Perlakuan	Kelompok Kontrol
	Sebelum	Setelah	Sebelum	Setelah	Setelah	Setelah
Bisa mengendalikan	0 0%	9 100%	0 0%	1 10%	9 100%	1 11,1%
Tidak bisa mengendalikan	9 100%	0 0%	9 100%	8 90%	0 0%	8 88,89%
Total	9 100%	9 100%	9 100%	9 100%	9 100%	9 100%
	Wilcoxon Sign Rank Test				Mann Whitney Test	
	Z = -2,692 p = 0,007		Z = -0,577 p = 0,564		Z = -3,648 p = 0,000	

Ket: p = Probabilitas

Berdasarkan table 5.1 diatas dapat diketahui setelah TAK pada kelompok perlakuan terdapat peningkatan prosentase dalam pengendalian halusinasi dengar pada klien skizofrenia sebanyak 9 orang dengan prosentase 100%. Sedangkan kelompok kontrol yang bisa mengendalikan halusinasi dengar sebanyak 1 orang dengan prosentase 10 %, dan yang tidak bisa mengendalikan halusinasi sebesar 8 orang dengan prosentase

sebesar 80%. Hasil uji statistik dengan penggunaan Wilcoxon Sign Rank Test sebelum dan setelah kelompok perlakuan didapatkan hasil $Z = -2,692$ dengan tingkat kemaknaan $p = 0,007$ yang berarti H_1 diterima. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji Mann Whitney Test kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberikan TAK Stimulasi Persepsi Modifikasi didapatkan hasil $Z = -3,648$ dengan tingkat kemaknaan $p = 0,000$ yang berarti H_1 diterima.

5.2 Pembahasan

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa pengendalian halusinasi dengar sebelum diberikan TAK stimulasi persepsi modifikasi adalah keseluruhan dari klien tidak dapat mengendalikan halusinasi yaitu 100%. Pada kelompok kontrol terjadi hal yang sama keseluruhan dari klien tidak dapat mengendalikan halusinasi yaitu 100%

Menurut Cook dan Fotaine (1987), halusinasi adalah persepsi sensorik tentang suatu objek, gambaran dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar dapat meliputi semua system pengindraan (pendengaran, pengelihatian, penciuman, perabaan atau pengecapian), sedangkan menurut Wilson (1983), halusinasi adalah gangguan penyerapan/persepsi panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat terjadi pada system pengindraan dimana terjadi pada saat kesadaran individu itu penuh dan baik.

Pengendalian halusinasi adalah kemampuan klien dalam mengendalikan stimuli yang datang dikaitkan dengan penurunan, berlebihan, distorsi atau kerusakan terhadap stimulasi (Nurjannah, 2001), kemampuan tersebut meliputi : 1) mengenal halusinasi secara isi dari halusinasi, frekwensi terjadinya halusinasi, respon klien saat halusinasi, dan usaha klien dalam mengatasi halusinasi yang muncul. 2) mengendalikan halusinasi dengan cara menghardik halusinasi, 3) mengendalikan

halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, 4) mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan, 5) mengendalikan halusinasi dengan cara minum obat secara teratur (Keliat, 2004)

Ketidakmampuan klien mengenal halusinasi dipengaruhi oleh beberapa hal antara lain ; 1) klien merupakan penderita baru pertama mengalami gangguan jiwa dan menjalani rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Menur, sehingga persepsi klien saat terjadi halusinasi masih belum bisa membedakan antara realita dan non realita hal tersebut menyebabkan mekanisme koping klien saat terjadi halusinasi tidak efektif dan cenderung terjadi perilaku kekerasan pada diri sendiri maupun orang lain, 2) ketidaktahuan klien dalam mengenal dan mengendalikan / mengontrol halusinasi, dalam hal mengenal halusinasi, pada masa-masa awal klien terjadi suatu keadaan kebingungan sampai terjadi kecemasan dalam tingkat sedang, klien merasa apa yang didengar (halusinasi) adalah suatu hal yang nyata dan merupakan bagaian dari hidup klien sedangkan kemampuan untuk mengontrol / mengendalikan halusinasi bisa diajarkan apabila klien menyadari bahwa halusinasi bukan suatu hal yang nyata dan klien bisa berorientasi pada realita, 3) klien rata-rata menjalani hari perawatan atau masa perawatan di minggu ke-2, hal tersebut mempengaruhi kondisi mental atau psikis dari klien, dimana keadaan umum klien pada minggu ke-2 lebih tenang dan kooperatif, akan tetapi gejala halusinasi masih nampak dan klien belum bisa mengendalikan halusinasinya, 4) tidak dimasukkannya TAK kedalam protap penanganan klien halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Menur, sehingga dalam pemberian terapi kepada klien halusinasi hanya terfokus pada pemberian obat psikofarmaka dan tidak melibatkan terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi untuk mempercepat pengendalian halusinasi.

Penyebab gangguan jiwa sangat kompleks (bio,psiko,sosial dan spiritual) maka pengobatan pada klien halusinasi tidak hanya tergantung pada psikofarmaka saja tetapi klien juga perlu dilibatkan pada suatu aktifitas untuk menyelesaikan masalah sosialnya sehingga klien lebih cepat untuk berorientasi pada realita dan dapat membina hubungan dengan lingkungannya dengan baik.

Pengendalian halusinasi dengan baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol setelah diberikan TAK stimulasi persepsi modifikasi mengalami perubahan kearah yang lebih baik, pada kelompok perlakuan menunjukkan kemampuan mengendalikan halusinasi dari yang tidak bisa mengendalikan yaitu sebesar 100% menjadi 0%. Sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan sebagian besar responden tidak bisa mengendalikan halusinasi yaitu sebesar 90% dan pada kelompok ini juga terjadi perubahan tetapi tidak begitu signifikan yaitu sebesar 10%.

Kemampuan pengendalian halusinasi tersebut dengan cara: 1) mengenal halusinasi secara isi dari halusinasi, frekwensi terjadinya halusinasi, respon klien saat halusinasi, dan usaha klien dalam mengatasi halusinasi yang muncul. 2) mengendalikan halusinasi dengan cara menghardik halusinasi, 3) mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, 4) mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan, 5) mengendalikan halusinasi dengan cara minum obat secara teratur.

Townsend (1998) menyatakan bahwa orientasi pada realitas akan mengurangi persepsi sensorik yang salah dan meningkatkan rasa makna-diri dan keluhuran pribadi Klien. Sehingga pemberian terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi sangat dibutuhkan pada klien yang mengalami halusinasi untuk dapat berorientasi pada realitas.

Hal-hal yang mempengaruhi keberhasilan atau perubahan pengendalian halusinasi pada kelompok perlakuan adalah antara lain : 1) penghomogenitas satu jenis halusinasi dalam hal ini yang diambil oleh peneliti adalah masalah klien dengan halusinasi dengar sebagai responden, dengan kesamaan suatu masalah yang dihadapi oleh responden dalam suatu kelompok maka penyelesaian / pemecahannya akan lebih mudah dan tujuan akan cepat tercapai, 2) pelaksanaan TAK yang berkelanjutan sehingga akan mempermudah responden untuk saling mengenal dan bertukar pengalaman, berkomunikasi dan menggali pengetahuan tentang pengendalian halusinasi dengar, 3) pengaruh usia responden berkisar antara 21 sampai dengan 45 tahun dimana pada usia tersebut tergolong pada usia dewasa sehingga perubahan mekanisme koping setelah diberikan TAK akan lebih mudah dan juga pada usia tersebut kepribadian seseorang lebih matang secara emosional, 4) factor lainnya adalah kesamaan jenis kelamin responden dalam hal ini jenis kelamin responden 100% berjenis laki-laki sehingga memudahkan dalam kelompok untuk terjadi pertukaran pengalaman secara terbuka dan memudahkan terapis (leader TAK) untuk memberikan informasi tentang pengendalian halusinasi.

Pada kelompok kontrol meskipun terjadi perubahan pada kelompok ini tidak terlalu signifikan sebesar 10 % (1 orang), keadaan ini disebabkan beberapa factor antara lain : 1) perbedaan mekanisme koping antar individu dalam kemampuannya untuk mengendalikan halusinasi dengar yang mempengaruhi percepatan klien dalam mengontrol halusinasi, 2) perbedaan terapi psikofarmaka dan pemberian terapi modalitas yang lain dalam hal ini adalah pemberian elektro konvulsi terapi (ECT).

Pemberian TAK stimulasi persepsi modifikasi secara signifikan memberikan perubahan terhadap pengendalian halusinasi dengar pada klien skizofrenia yaitu $p = 0,007$. artinya perbedaan yang nyata antara kemampuan pengendalian halusinasi

dengar sebelum dan setelah diberikan terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi pada klien skizofrenia . Sedangkan untuk melihat perubahan kemampuan klien dalam mengendalikan halusinasi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dapat dijelaskan adanya perubahan kemampuan pengendalian halusinasi yang sangat signifikan yaitu $p = 0,000$.

Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) stimulasi persepsi adalah terapi yang menggunakan aktifitas mempersepsikan berbagai stimulus yang terkait dengan pengalaman dan atau kehidupan untuk didiskusikan dalam kelompok. hasil diskusi kelompok dapat berupa kesepakatan persepsi atau alternatif penyelesaian masalah (Keliat,2002). Terapi aktifitas kelompok merupakan salah satu terapi modalitas yang dilakukan perawat kepada sekelompok klien yang mempunyai masalah keperawatan yang sama . aktifitas digunakan sebagai terapi, dan kelompok digunakan sebagai target asuhan. Didalam kelompok terjadi dinamika interaksi yang saling tergantung, saling membutuhkan, dan menjadi tempat klien untuk berlatih perilaku yang baru yang adaptif untuk memperbaiki perilaku lama yang maladaptive

Pada terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi klien diajarkan untuk mengenal halusinasi sebagai suatu yang tidak nyata dan mengajarkan cara pengendalian halusinasi, melalui pengorientasian terhadap realita dengan 5 cara. Metode / cara yang pertama adalah mengenal dan mengidentifikasi halusinasi. Bagi klien, halusinasi merupakan hal yang nyata tapi dalam hal ini klien harus bisa membedakan mana yang nyata dan tidak nyata dengan mengorientasikan klien pada realita dengan cara mengetahui dan mengungkapkan : isi halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, situasi terjadinya halusinasi, perasaan pada saat terjadi halusinasi dan usaha / mekanisme koping saat terjadi halusinasi, setelah klien mampu mengungkapkan halusinasi maka seorang terapis bisa melakukan penyadaran diri kepada klien secara

tidak langsung (frontal) dengan mengatakan “ ya, memang benar bapak bisa mendengar suara – suara tersebut tapi saya dan teman – teman disini tidak bisa mendengar suara - suara yang bapak ceritakan pada saya”, sehingga klien akan sadar bahwa apa yang dirasakan dan yang dialami itu tidak bisa dirasakan dan tidak bisa alami oleh orang lain pada umumnya, dengan begitu klien akan mengetahui bahwa suara - suara yang didengar itu adalah suatu hal yang tidak nyata. Dengan mengenal halusinasi maka kecemasan yang dialami klien dapat berkurang, dan klien dapat membedakan antara realita dan non realita.

Metode / cara yang kedua adalah mengontrol halusinasi dengan menghardik, metode menghardik halusinasi dapat mengajarkan kepada klien untuk bisa mengatakan “tidak” pada semua perintah halusinasi, metode tersebut mengajarkan klien untuk berani keluar dari kekangan halusinasi yang selama ini mengontrol perilaku klien, dengan mengatakan “tidak, kamu tidak ada, kamu tidak nyata, pergi jangan ganggu saya” sambil menutup telinga maka akan timbul perasaan pada diri klien bahwa semua itu hanya suara semu yang tidak nyata.

Metode / cara yang ketiga adalah mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan, dengan melakukan kegiatan diharapkan klien tidak menyendiri sehingga halusinasi tidak muncul, karena perilaku menyendiri merupakan salah satu factor resiko terjadinya halusinasi.

Metode / cara yang keempat adalah mencegah halusinasi dengan cara bercakap – cakap, cara tersebut bertujuan agar klien mempunyai teman untuk ngobrol dari pada mendengarkan suara halusinasi, bercakap –cakap merupakan salah satu metode pengalihan halusinasi yang efektif, dengan bercakap-cakap selain membiasakan klien bersosialisasi dengan lingkungan juga bermaksud untuk tidak memberikan kesempatan pada halusinasi itu untuk kembali lagi mengontrol dan

mengendalikan pikiran klien, bercakap – cakap dengan orang lain juga akan mengajarkan kepada klien agar mampu mengungkapkan masalah apa yang dirasakan / dialami kepada orang lain sehingga akan terjadi pertukaran pengalaman antara klien dengan klien lain maupun dengan petugas dalam hal cara mengendalikan halusinasi,

Metode / cara yang kelima adalah mengontrol halusinasi dengan minum obat secara teratur, keteraturan dan ketepatan dalam minum obat sangat berpengaruh terhadap perbaikan kondisi pada gangguan / perubahan sensori persepsi halusinasi pada klien skizofrenia, dalam hal ini klien diajarkan tentang 5 benar cara minum obat yaitu benar obat, benar waktu minum obat, benar orang yang minum obat, benar cara minum obat, dan benar dosis obat. Hal tersebut dijelaskan kepada klien agar paham dan tidak salah dalam menggunakan /minum obat baik di Rumah Sakit maupun di rumah bila klien sudah dinyatakan sembuh, sehingga dengan ketaatan klien dalam menggunakan / meminum obat dengan benar akan membantu agar tidak terjadi halusinasi / kekambuhan.

BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pemberian terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi memberikan pengaruh yang signifikan terhadap pengendalian halusinasi dengar pada klien skizoprenia sebelum dan sesudah TAK.
2. Terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi berpengaruh terhadap pengendalian halusinasi dengar dimana klien lebih terkendali dalam menanggapi setiap halusinasi yang muncul.
3. Pemberian terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi dapat merubah perilaku klien dalam mengendalikan halusinasi, meliputi mengidentifikasi halusinasi, mengendalikan halusinasi dengan cara menghardik, mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap, melakukan kegiatan, dan minum obat secara teratur.

6.2 Saran

Saran yang dapat dipertimbangkan dan bermanfaat untuk meningkatkan kemampuan klien dalam mengendalikan halusinasi dengar adalah sebagai berikut:

1. Diterapkannya terapi aktifitas kelompok (TAK) sebagai bagian dari kegiatan terapi sehingga pelaksanaannya dapat secara kontinyu, berkesinambungan

terencana sebagai upaya untuk mempercepat kesembuhan klien di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

2. Perlu dijadikannya terapi aktifitas kelompok (TAK) stimulasi persepsi sebagai prosedur tetap (protap) dalam menyelesaikan masalah halusinasi pada klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
3. Perlu diadakan pelatihan-pelatihan kepada perawat tentang pemberian terapi modalitas (TAK) sebagai bentuk kesiapan untuk menjadi terapis (leader TAK) yang nantinya dapat menjalankan terapi aktifitas kelompok benar dan sesuai dengan tujuan.
4. Perlu diadakan penelitian lebih lanjut tentang jenis terapi aktifitas kelompok yang lain agar memperluas wawasan tentang terapi modalitas khususnya terapi aktifitas kelompok untuk klien skizofrenia.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Antai-Otang,D, (1995). **Psychiatric Nursing Biological and Behavioral Coucepts**, Philadelphia, WB Saunder Company, Hal.560-561
- Arikunto.S, (2002). **Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktek**, Jakarta, PT. Ribeka Cipta, Hal. 215
- Betty.J.Ackley, (2004) **Nursing Diagnosis : Disturbed Sensory Perception** (Specify: Visual, Auditory, Kinesthetic, Gustatory, Tactile, Olfactory). Retrieved Juni 20th. From <http://www1.us.elsevierhealth.com/MARLIN/Ackley/NDH/contractor/index.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
- Nurjannah, Intrisari (2001). **Pedoman Penanganan pada Gangguan Jiwa: Manajemen, Proses Keperawatan dan Hubungan Terapeutik Perawat-Klien**, Yogyakarta, Mocomedia, Hal.102
- Nurjannah, Intisari (2001). **Aplikasi Proses Keperawatan: pada diagnosa resiko, kekerasan diarahkan pada orang lain dan gangguan sensori persepsi**, Yogyakarta, Mocomedika Hal.91-147
- Isaacs, Ann, (2004). **Panduan Belajar: keperawatan jiwa dan psikiatrik**, Jakarta, EGC Hal. 151
- Keliat, Budi Anna, (2004). **Keperawatan Jiwa: terapi aktifitas kelompok**, Jakarta, EGC, Hal. 3-15
- Keliat, Budi Anna, (2005). **Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa**, Edisi 2, Jakarta, EGC, Hal.46
- Maramis.W.F, (1998). **Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa**, Cetakan VII, Surabaya, Airlangga University Press, Hal.119
- Notoatmodjo, (2002). **Metodologi Penelitian Kesehatan**, Jakarta, Rineka Cipta. Hal. 145.
- Nursalam, (2002). **Manajemen Keperawatan, Aplikasi 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 Medik, Hal.102
- Nursalam dan Pariani, (2001). **Pendekatan Praktik Metodologi Riset Keperawatan**, Jakarata, CV Sabung Seto.
- Maslim. R, (1993). **Diagnosis Gangguan Jiwa**, Dirjend Pelayanan Medik, Depkes RI
- Murphy M, Moller M, (1993). **Arch Psychiatr Nurs, Relapse Managemen in Neurobiological Disorder: The Moller-Murphy Symptom management Assesment Tool**. 7:226
- Rasmun, (2001). **Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi dengan Keluarga**, Jakarta, CV Agung Seto, Hal. 23
- Stuart dan Sundeen, (1998). **Buku saku Keperawatan Jiwa**, Jakarta, EGC, Hal. 227-237
- Stuart and Sundeen, (1995) **Principles and Practice of Psychiatric Nursing**, St. Louis, Mosby Year Book, Hal .487
- Suliswati, Dkk, (2005). **Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa**, Jakarta, EGC, Hal. 129
- Tomb, David A, (2003). **Buku Saku Psikiarti**, Jakarta, EGC, Hal.163
- Townsend, Mary C, (1998). **Buku Saku Diagnosa Keperawatan Psikiatri: pedoman untuk pembuatan rencana perawatan**, Jakarta, EGC, Hal. 156-157
- , (1993). **Pedoman Penanggulangan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia**, Cetakan Pertama, WHO dan DepKes RI
- , (2005). **Medical Record, Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya**

LAMPIRAN



Surabaya, 5 Januari 2007

Nomor : 27 /J03.1.17/PSIK/ 2007
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
 Mahasiswa PSIK – FK Unair

Kepada Yth.

Direktur Rumah Sakit Jiwa
 Menur Surabaya
 di –
 Surabaya

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Iskandar
 NIM : 010531058 B
 Judul Penelitian : Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)
 stimulasi persepsi modifikasi terhadap
 pengendalian halusinasi dengar pada klien
 skizofrenia
 Tempat : Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Tembusan:

1. Ka.bid. Keperawatan
2. Ka.UPF Rawat Inap
3. Ka.diklat lit

Rumah Sakit Jiwa Menur Sby.



Ketua Program Studi

Prof. H. Eddy Soewandoyo, dr., SpPD.KTI

NIP : 130 325 831



PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR

RUMAH SAKIT JIWA MENUR

Jl. Raya Menur No. 120 Telp. 5021635 – 5021637 Surabaya

SURAT KETERANGAN NOMOR : 072/ 783 /306/2007

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr. F. Melani Handoyo
Jabatan : Kepala Instalasi Dik.Lat.Lit & Asrama
RSJ Menur Surabaya

Menerangkan bahwa :

Nama : Iskandar
NIM : 010531058 B

Sesuai surat dari Ketua Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya nomor 27/J03.1.17/PSIK/2007 tanggal 5 Januari 2007 perihal Penelitian, telah melakukan penelitian di RSJ Menur Surabaya.

Judul : Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)
Stimulasi Persepsi Modifikasi Terhadap
Pengendalian Halusinasi Dengar pada Klien
Schizofrenia di RSJ Menur Surabaya
Waktu : 6 s.d 19 Januari 2007

Surabaya, 25 Januari 2007

Kepala
Instalasi Dik.Lat.Lit & Asrama
RSJ Menur Surabaya



Dr. F. Melani Handoyo
NIP. 140154825

LAMPIRAN 3**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Nama saya Iskandar mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Dalam rangka memenuhi syarat tugas akhir program pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan diwajibkan melakukan penelitian. Dalam hal ini saya mengambil judul “ Pengaruh Terapi aktifitas Kelompok Stimulasi Persepsi Modifikasi Terhadap Pengendalian Halusinasi pada Klien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya”

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi modifikasi terhadap pengendalian halusinasi pada klien skizofrenia. Untuk kelancaran penelitian ini saya mengharapkan partisipasi Saudara/I untuk mengizinkan klien yang menjadi tanggung jawab/ pengawasan/ pengobatan Saudara/I menjadi responden pada penelitian ini.

Kegiatan penelitian ini telah mendapat persetujuan dari Direktur RSJ Menur Surabaya . sehingga Saudara/I tidak perlu meragukan keabsahannya. Kesediaan klien saudara menjadi responden dipergunakan hanya untuk mengembangkan ilmu keperawatan dan tidak untuk maksud yang lain.

Jika Saudara/I bersedia memberi ijin klien untuk menjadi responden dalam penelitian ini, silakan Saudara/I menandatangani kolom di bawah ini. Atas partisipasi Saudara saya ucapkan terima kasih

Nama Ruangan :.....
Tanggal :.....
Tanda Tangan :.....

LEMBAR OBSERVASI**I. DATA DEMOGRAFI**

1. Umur

 21 – 30 tahun 31 – 40 tahun 41 – 45 tahun

2. Jenis kelamin

 Laki-laki Perempuan

3. Pendidikan terakhir

 SD SLTP SLTA Akademi / Perguruan Tinggi

4. Riwayat pekerjaan

 Buruh Swasta Wiraswasta PNS / ABRI Tidak bekerja

5. Status Perkawinan

 Tidak kawin Kawin dan istri dan suami masih hidup

6. Agama

- Islam
- Kristen / Katolik
- Kristen Protestan
- Hindu
- Budha

**II. OBSERVASI RESPON PENGENDALIAN HALUSINASI DENGAR TAK
STIMULASI PERSEPSI MODIFIKASI**

No	Komponen Yang Dinilai	Ya	Tidak	Kode	Skor
1.	<p><u>Afektif</u></p> <p>1. Klien tidak ketakutan 2. Klien tidak sedih & cemas 3. Klien tidak marah-marah 4. Klien mampu membina kepercayaan dengan orang lain 5. Klien mampu membina hubungan secara baik 6. Klien Tidak merasa kesepian 7. Respon verbal klien baik</p>				
2.	<p><u>Kognitif</u></p> <p>1. Klien bisa membedakan antara realita dan non realita 2. Klien mampu berkonsentrasi 3. Klien mampu menceritakan tentang pengalaman halusinasi yang dialami 4. Klien mampu berespon terhadap petunjuk yang kompleks 5. Klien mampu berespon terhadap lebih dari satu orang 6. Klien mampu memuali pembicaraan dengan orang lain</p>				

3.	<p><u>Psikomotor</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tidak mondar-mandir 2. Klien tidak berbicara sendiri 3. Klien tidak tersenyum & tertawa sendiri 4. Klien tidak agresif destruktif 5. Klien tidak menyendiri 6. Klien mampu memulai untuk berhubungan dengan orang lain 7. Klien mampu melakukan kegiatan sehari hari 				
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Catatan:

Cara mengisi dengan membubuhkan angka :

1 : Bila klien “Tidak”

2 : Bila Klien “Ya”

LAMPIRAN 4

**PROPOSAL PELAKSANAAN
TAK MODIFIKASI TERAPI AKTIFITAS KELOMPOK STIMULASI
PERSEPSI MODIFIKASI HALUSINASI DENGAR**

TAK Stimulasi Persepsi Modifikasi terdapat dua sesi yaitu: 1) Mengenal halusinasi, 2) Mengendalikan halusinasi dengan cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain, 3) Mengendalikan halusinasi dengan cara melakukan kegiatan dan minum obat

Sesi 1: Mengenal Halusinasi

Tujuan

1. Klien dapat mengenal halusinasi / isi halusinasi
2. Klien mengenal frekwensi dan waktu terjadinya halusinasi
3. Klien mengenal perasaannya pada saat terjadi halusinasi
4. Klien mampu menceritakan mekanisme coping yang dilakukan saat terjadi halusinasi

Setting

1. Terapis dan klien duduk bersama dalam lingkaran
2. Tempat tenang dan nyaman

Alat

1. Krayon atau pensil warna
2. HVS

Metode

1. Diskusi dan Tanya jawab
2. Bermain peran / simulasi
3. Pengungkapan perasaan (halusinasi) dengan gambar

Langkah kegiatan

1. Persiapan

- a. Memilih klien sesuai dengan indikasi, yaitu klien dengan perubahan persepsi: halusinasi
- b. Membuat kontrak dengan klien
- c. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

2. Orientasi

- a. Salam terapeutik
 - 1) Salam dari terapis kepada klien
 - 2) Perkenalan nama dan panggilan terapis
 - 3) Menanyakan nama dan panggilan semua klien
- b. Evaluasi / validasi
Menanyakan perasaan klien saat ini
- c. Kontrak
 4. Terapis menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan, yaitu mengenal suara-suara yang didengar dan yang dirasakan lalu dituangkan melalui media gambar
 5. Terapis menjelaskan aturan main berikut
 - ❖ Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok, harus minta izin kepada terapis
 - ❖ Lama kegiatan 45 menit

- ❖ Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai

Tahap kerja

- a. Terapis menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, yaitu menggambar / atau melukiskan apa yang dirasakan, didengar, dan yang dilihat, yang menurut klien sangat mengganggu
- b. Terapis meminta seorang klien menceritakan dari apa yang dilukis atau yang digambar di kertas HVS yang meliputi: apa maksud / isi gambaran tersebut, kapan itu terjadi atau muncul, bagaimana perasaan klien saat gambaran / halusinasi itu muncul, dan apa yang telah dilakukan klien saat halusinasi itu terjadi. Setelah itu klien yang lain diminta untuk menanggapi lukisan dan keterangan itu secara berurutan, dan disini peran dari terapis adalah sebagai barometer dimana terapis dituntut tidak membenarkan dan tidak menyalakan adanya halusinasi tersebut. Prinsip tindakan klien dengan halusinasi pada sesi ini adalah terima halusinasi sebagai hal yang nyata bagi klien tidak bagi perawat
- c. Beri kesempatan pada klien yang lain untuk mengungkapkan dan menceritakan apa yang telah dilukis secara bergiliran dan ditanggapi seperti point b
- d. Beri pujian pada klien yang dapat melakukan dengan baik
- e. Terapis menyimpulkan isi, waktu terjadi, situasi terjadi, perasaan klien dan apa yang telah dilakukan saat terjadi halusinasi

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) Menepakati TAK yang akan datang, yaitu cara mengontrol dan mengendalikan halusinasi
- 2) Menepakati waktu dan tempat.

Evaluasi dan dokumentasi

Evaluasi dilakukan saat proses TAK berlangsung, khususnya tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien sesuai dengan tujuan TAK. Untuk TAK stimulasi persepsi halusinasi sesi 1, kemampuan yang diharapkan adalah mengenal isi halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, situasi terjadinya halusinasi, dan perasaan saat terjadi halusinasi. Fomulir evaluasi sebagai berikut

Sesi 1 TAK

Stimulasi persepsi : halusinasi

Kemampuan mengenal halusinasi

No	Aspek yang dinilai	Nama klien			
1.	Menyebutkan isi dari halusinasi				
2.	Menyebut waktu terjadi halusinasi				
3.	Menyeritakan apa yang telah dilakukan saat terjadi halusinasi				
4.	Menyebutkan atau mengungkapkan perasaan saat halusinasi				

Sesi 2: Mengontrol dan Menendalikan Halusinasi dengan cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain

Tujuan

- 1) Klien dapat menjelaskan cara yang selama ini dilakukan untuk mengatasi halusinasi
- 2) Klien dapat memahami cara menghardik halusinasi
- 3) Klien dapat memperagakan cara menghardik halusinasi
- 4) Klien memahami pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah munculnya halusinasi
- 5) Klien dapat bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah halusinasi

Setting

1. Terapis dan klien duduk bersama dalam lingkaran
2. Tempat tenang dan nyaman

Alat

1. Spidol
2. Papan tulis / whiteboard / flipchart
3. Jadwal kegiatan klien

Metode

1. Diskusi dan Tanya jawab
2. Bermain peran / simulasi

Langkah kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan kontrak kepada klien yang telah mengikuti sesi 1
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
2. Orientasi

- a. Salam terapeutik
 - 1). Salam dari terapis kepada klien
 - 2). Klien dan terapis pakai papan nama
 - b. Evaluasi / validasi
 - 1). Menanyakan perasaan klien saat ini
 - 2). Terapis menanyakan pengalaman halusinasi yang terjadi: isi, waktu, situasi, dan perasaan
 - c. Kontrak
 - 1). Terapis menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan, yaitu mengontrol dan mengendalikan halusinasi
 - 2). Terapis menjelaskan aturan main berikut
 - a. Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok, harus minta izin kepada terapis
 - b. Lama kegiatan 45 menit
 - c. Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
3. Tahap kerja
- h. Terapis meminta klien menceritakan apa yang dilakukan pada saat mengalami halusinasi, dan bagaimana hasilnya. Ulangi sampai semua klien mendapat giliran
 - i. Beri pujian pada klien yang dapat melakukan dengan baik
 - j. Terapis menjelaskan cara mengatasi halusinasi dengan menghardik halusinasi dan, bercakap-cakap dengan orang lain
 - k. Terapis memperagakan cara menghardik halusinasi, yaitu: “Pergi jangan ganggu saya”.

- l. Terapis meminta masing masing klien memperagakan cara menghardik halusinasi dimulai dari klien di sebelah kiri terapis berurutan searah jarum jam sampai semua peserta mendapatkan giliran
- m. Terapis memberikan pujian dan mengajak semua klien bertepuk tangan setiap klien selesai memperagakan cara menghardik halusinasi
- n. Terapis juga menyarankan kepada klien untuk melakukan kegiatan bercakap-cakap, untuk mengatasi adanya halusinasi

Tahap terminasi

1. Evaluasi

- a. Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti TAK
- b. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan kelompok

2. Tindak lanjut

Terapis menganjurkan klien untuk menerapkan cara yang telah dipelajari jika halusinasi itu muncul.

3. Kontrak yang akan datang

- a. Terapis membuat kesepakatan dengan klien untuk TAK yang akan datang, yaitu cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan dan patuh minum obat
- b. Menyepakati waktu dan tempat

Evaluasi dan dokumentasi

Evaluasi dilakukan saat proses TAK berlangsung, khususnya tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien sesuai dengan tujuan TAK. Untuk TAK stimulasi persepsi halusinasi sesi 2, kemampuan yang diharapkan adalah mengendalikan halusinasi dengan cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain

Sesi 2 TAK

Stimulasi persepsi : halusinasi

Mengontrol dan mengendalikan halusinasi

No	Aspek yang dinilai	Nama klien			
1.	Menyebutkan cara yang selama ini digunakan mengatsai halusinasi				
2.	Menyebutkan efektifitas cara menghardik halusinasi				
3.	Menyebutkan cara mengatasi halusinasi dengan menghardik				
4.	Memperagakan cara menghardik halusinasi				
5.	Menyebutkan orang yang biasa diajak bicara				
6.	Memperagakan percakapan				
7.	Menyusun jadwal percakapan				
8.	Menyebutkan dua cara mengontrol dan mencegah halusinasi				

Catatan:

Cara mengisi evaluasi TAK dengan membubuhkan angka :

1 : Bila klien “Tidak”

2 : Bila Klien “Ya”

Sesi 3: Mengontrol / Mengendalikan Halusinasi dengan Melakukan Kegiatan dan Minum Obat Secara Teratur

Tujuan

1. Klien dapat memahami pentingnya melakukan kegiatan untuk mencegah munculnya halusinasi
2. Klien dapat menyusun jadwal kegiatan untuk mencegah terjadinya halusinasi
3. Klien memahami pentingnya patuh minum obat
4. Klien memahami akibat tidak patuh minum obat
5. Klien dapat menyebutkan lima benar cara minum obat

Setting

1. Terapis dan klien duduk bersama dalam lingkaran
2. Tempat tenang dan nyaman

Alat

1. Spidol
2. Papan tulis / whiteboard / flipchart
3. Jadwal kegiatan klien

Metode

1. Diskusi dan Tanya jawab
2. Bermain peran / simulasi dan latihan

Langkah kegiatan

1. Persiapan

Mengingatkan kontrak kepada klien yang telah mengikuti sesi 2

Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

2. Orientasi

- a. Salam terapeutik

- 1). Salam dari terapis kepada klien
- 2). Klien dan terapis pakai papan nama
- b. Evaluasi / validasi
 - 1). Menanyakan perasaan klien saat ini
 - 2). Terapis menanyakan cara mengontrol halusinasi yang sudah dipelajari
 - 3). Terapis menanyakan pengalaman klien menerapkan cara menghardik halusinasi dan bercakap-cakap
- c. Kontrak
 - 1). Terapis menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan, yaitu mencegah terjadinya halusinasi dengan cara melakukan kegiatan
 - 2). Terapis menjelaskan aturan main berikut
 - ❖ Jika ada klien yang ingin meninggalkan kelompok, harus minta izin kepada terapis
 - ❖ Lama kegiatan 45 menit
 - ❖ Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
3. Tahap kerja
 - k. Terapis menjelaskan cara kedua, yaitu melakukan kegiatan sehari hari dan minum obat secara teratur.
 - l. Jelaskan bahwa dengan melakukan kegiatan yang teratur akan mencegah munculnya halusinasi
 - m. Terapis meminta tiap klien menyampaikan kegiatan yang bisa dilakukan sehari hari, dan tulis di whiteboard
 - n. Terapis membagikan fomulir jadwal kegiatan harian. Terapis menulis fomulir yang sama di whiteboard

- o. Terapis membimbing satu per satu klien untuk membuat jadwal kegiatan harian, dari bangun pagi sampai tidur malam. Klien menggunakan fomulir, terapis menggunakan whiteboard
- p. Terapis melatih klien memperagakan kegiatan yang telah disusun
- q. Berikan pujian dengan tepuk tangan bersama kepada klien yang sudah selesai membuat jadwal dan memperagakan kegiatan
- r. Terapis menjelaskan pentingnya pentingnya patuh minum obat untuk mencegah kekambuhan karena obat dapat memberikan perasaan tenang dan mempercepat proses kesembuhan
- s. Terapis menjelaskan kerugian bila tidak patuh minum obat, yaitu dapat mengakibatkan kekambuhan
- t. Terapis meminta klien untuk menyebutkan lima benar cara meminum obat, secara bergiliran.

4. Tahap terminasi

a. Evaluasi

Terapis menanyakan perasaan klien setelah menyusun jadwal kegiatan dan memperagakannya

Terapis memberikan pujian atas keberhasilan kelompok

b. Tindak lanjut

Terapis menganjurkan klien untuk menerapkan dua cara untuk mengontrol halusinasi, yaitu melakukan kegiatan dan minum obat secara teratur

c. Kontrak yang akan datang

Terapis mengakiri sesi TAK stimulasi persepsi untuk mengontrol halusinasi

Buat kesepakatan baru untuk TAK yang lain sesuai dengan indikasi klien

Evaluasi dan dokumentasi

Evaluasi dilakukan saat proses TAK berlangsung, khususnya tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien sesuai dengan tujuan TAK. Untuk TAK stimulasi persepsi halusinasi sesi 3, kemampuan yang diharapkan adalah klien melakukan kegiatan harian dan minum obat untuk mencegah timbulnya halusinasi. Fomulir evaluasi sebagai berikut.

Sesi 3 TAK

Stimulasi persepsi : halusinasi

Kemampuan mencegah halusinasi dengan melakukan kegiatan dan minum obat

No	Aspek yang dinilai	Nama klien			
1.	Menyebutkan kegiatan yang biasa dilakukan				
2.	Memperagakan kegiatan yang biasa dilakukan				
3.	Menyusun jadwal kegiatan harian				
4.	Menyebutkan dua cara mengontrol halusinasi				
5.	Menyebutkan 5 benar cara minum obat				
6.	Menyebutkan keuntungan minum obat				
7.	Menyebutkan akibat tidak patuh minum obat				

Catatan:

Cara mengisi evaluasi TAK dengan membubuhkan angka :

1 : Bila klien "Tidak"

2 : Bila Klien "Ya"

LAMPIRAN 5**LEMBAR OBSERVASI****TAK STIMULASI PERSEPSI MODIFIKASI HALUSINASI DENGAR**

Nama Klien :

Umur :

No RM :

Jenis Kelamin :

Ruang :

Sessi	Aspek yang dinilai	Ya	Tidak	Skor	Keterangan
1	Kemampuan mengenal halusinasi dengan cara:				
	➤ Menyebutkan isi dari halusinasi				
	➤ Menyebut waktu terjadi halusinasi				
	➤ Menyeritakan apa yang telah dilakukan saat terjadi halusinasi				
	➤ Menyebutkan atau mengungkapkan perasaan saat halusinasi				
2	Mengontrol dan mengendalikan halusinasi dengan menghardik dan bercakap-cakap dengan cara:				
	➤ Menyebutkan cara yang selama ini digunakan mengatsai halusinasi				
	➤ Menyebutkan efektifitas cara menghardik halusinasi				
	➤ Menyebutkan cara mengatasi halusinasi dengan menghardik				
	➤ Memperagakan cara menghardik halusinasi				

	➤ Menyebutkan orang yang biasa diajak bicara				
	➤ Memperagakan percakapan				
	➤ Menyusun jadwal percakapan				
	➤ Menyebutkan dua cara mengontrol dan mencegah halusinasi				
3.	Kemampuan mencegah halusinasi dengan melakukan kegiatan dan minum obat dengan cara:				
	➤ Menyebutkan kegiatan yang biasa dilakukan				
	➤ Memperagakan kegiatan yang biasa dilakukan				
	➤ Menyusun jadwal kegiatan harian				
	➤ Menyebutkan dua cara mengontrol halusinasi				
	➤ Menyebutkan 5 benar cara minum obat				
	➤ Menyebutkan keuntungan minum obat				
	➤ Menyebutkan akibat tidak patuh minum obat				

Catatan:

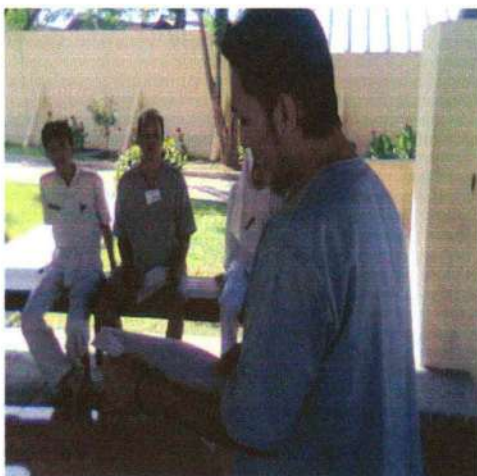
Cara mengisi evaluasi TAK dengan membubuhkan angka :

1 : Bila klien “Tidak”

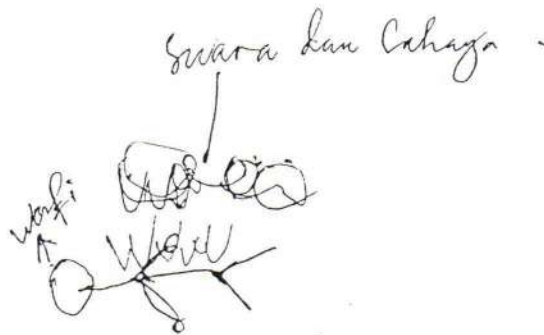
1 : Bila Klien “Ya”

LAMPIRAN 6

**GAMBAR KLIEN SAAT PELAKSANAAN TAK STIMULASI PERSEPSI
MODIFIKASI PADA KLIEN HALUSINASI DENGAR**

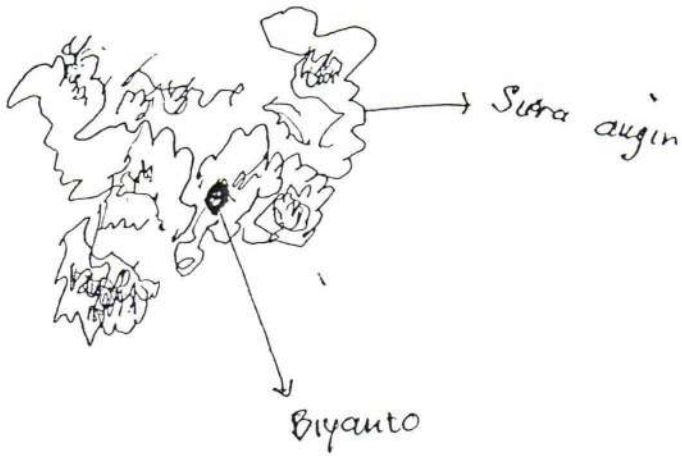


Nama: Wafi
RO

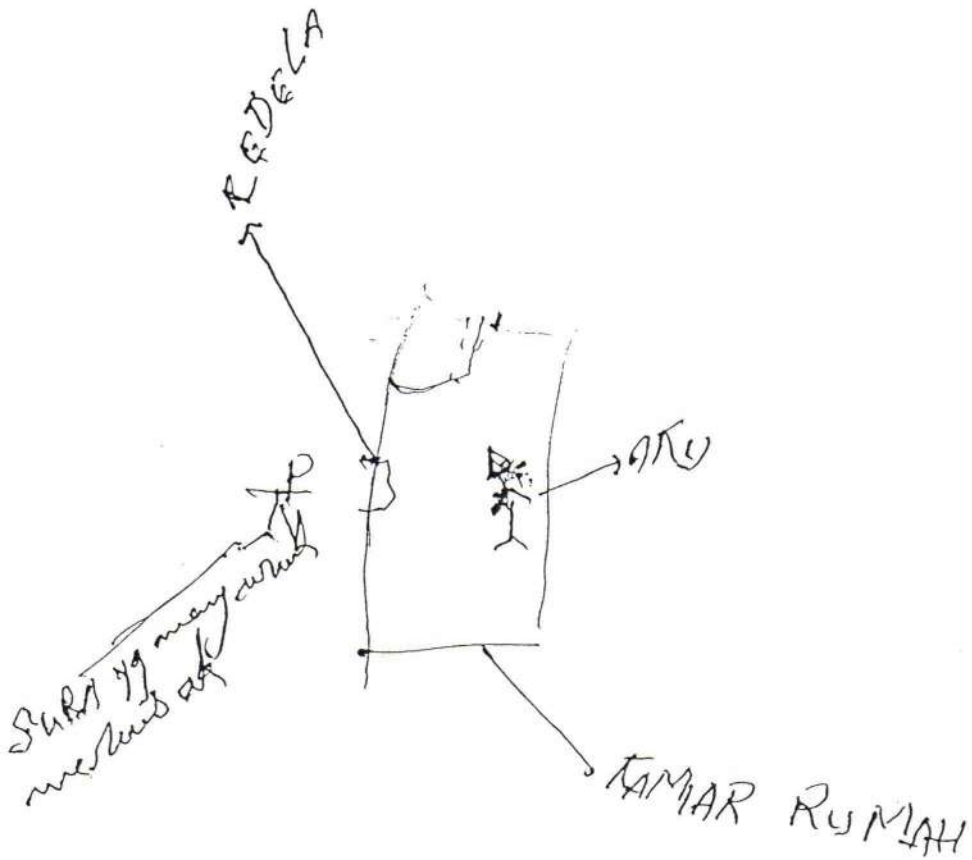


bahwa suara dan cahaya
menekan saya biar saya tidak
bernafas atau saya tidak bisa long

Nama : *Biyanto*
RD

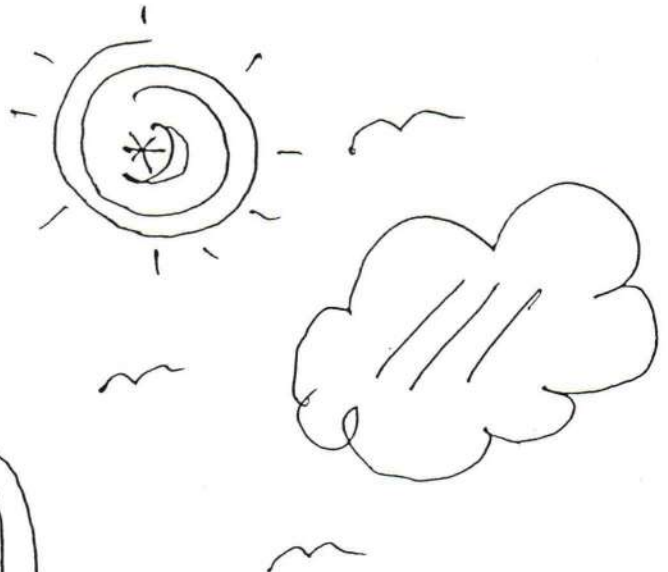
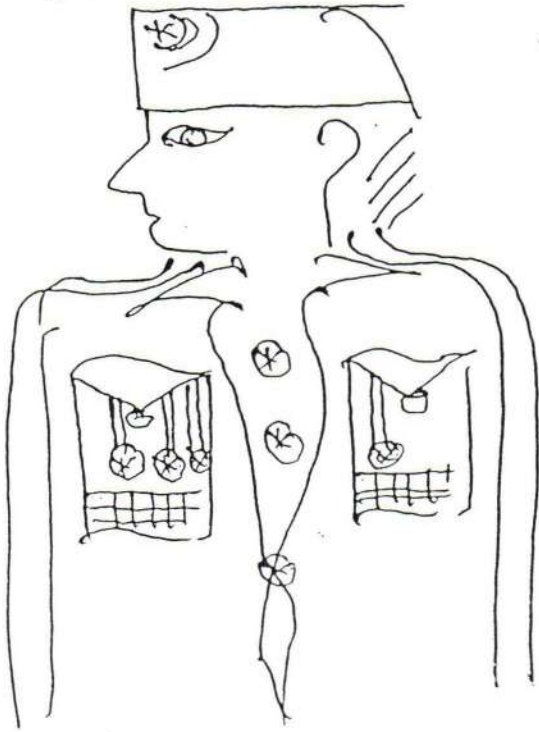


Nama: AKAIRA M
RG.



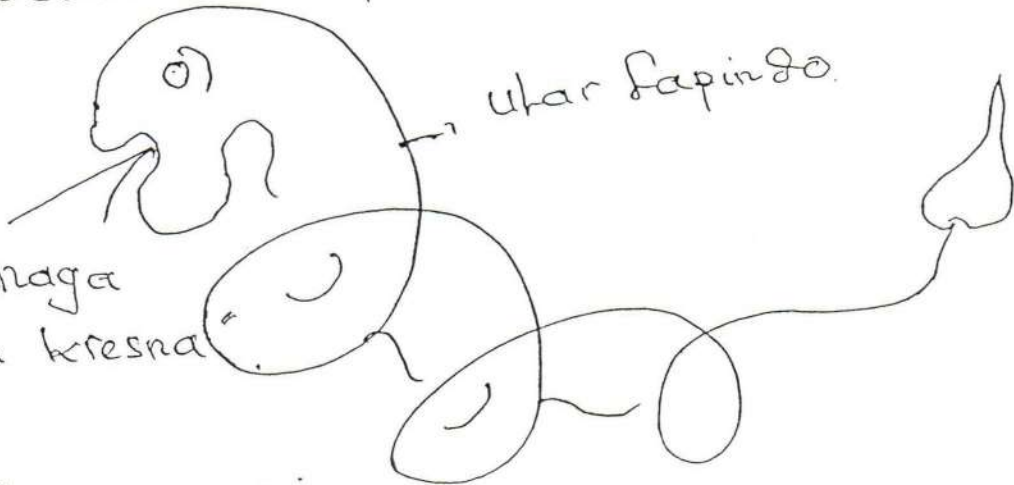
Satrio
P
Pamingsit

Nama: "Moeh. Adjie - Spurja"



Ratu - Adil
mam mahdi.

"Detik-detik proklamasi"



ular naga
puspa kresna

mas
ada suara angin
dan jangkrik mendesir
masuk ke telinga.
dan menyuruh saya
untuk menjadi:

td,

"Koli fatul Jannah"

c Sunyadi Suryawan Soekarno
PENGARUH TERAPI AKTIFASI... ISKANDAR
(Putera)

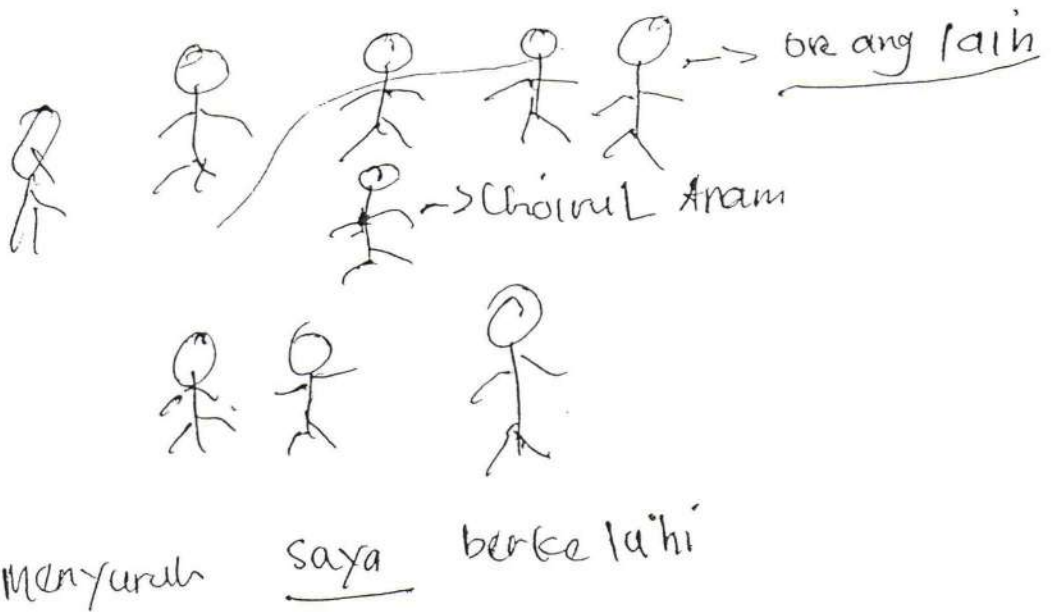
Nama: Achmad. Khera Aini
RD



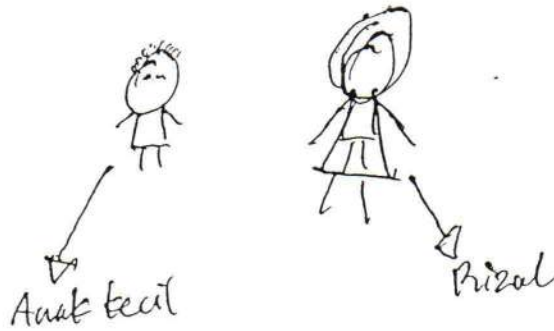
Suruh bilang pada orang-orang agar merasa bahwa kalau
dita itu saja pengatur padahal saya itu terus menerus tapi
dita sering bisik-bisik telinga saya.....

Nama : Choirul Anam
RD

↳ Suara yang belum diketahui asal-usulnya suara tiba-tiba datang

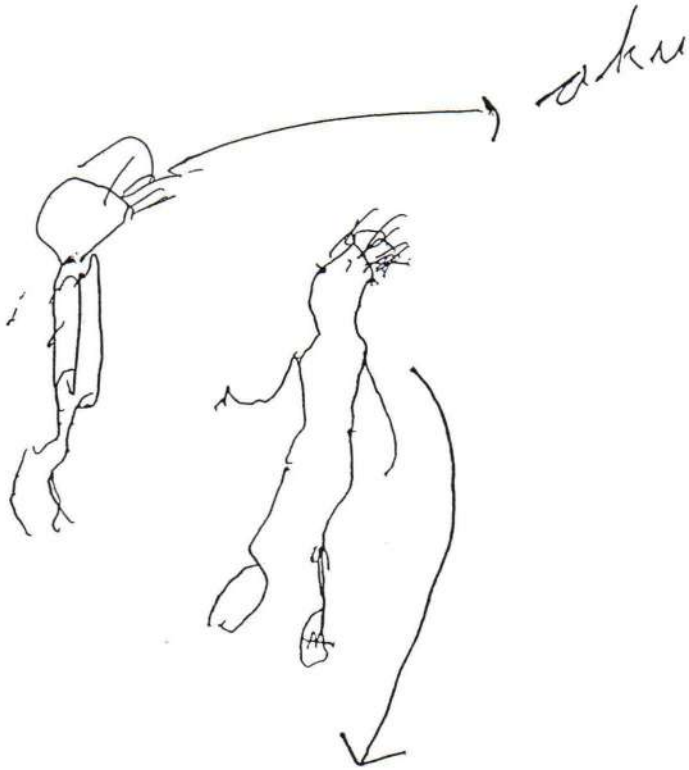


Nama: Rizal



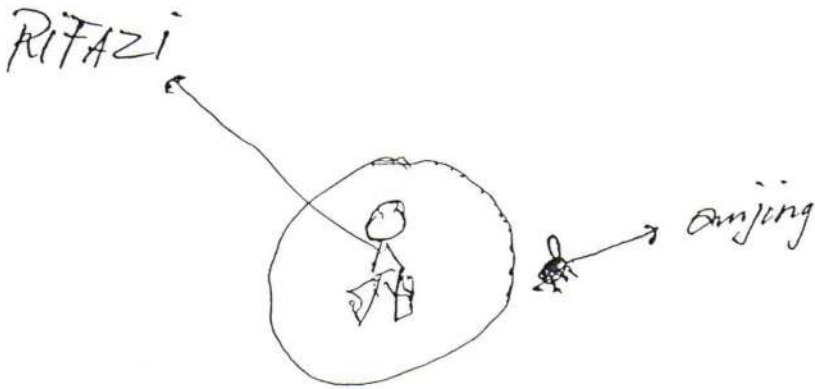
Mendengar suara ? anak kecil di kamar mandi
saling hari anak tersebut sedang tertawa
dan mendengar suara seperti angin dan genterang uau rontok

Nama: Iskandar



sakit
sakit orobaki
mendengar guntah-angin

Nama: RIFAZI



Saya waktu tidur mendengar suara anjing yang menggibilingi saya. Saya terganggu dengan suara itu

NPar Tests

LAMPIRAN 8

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Halusinasi kelompok perlakuan sebelum TAK	9	27,11	1,269	25	29
Halusinasi kelompok perlakuan setelah TAK	9	38,44	,726	37	39

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Halusinasi kelompok perlakuan setelah TAK - Halusinasi kelompok perlakuan sebelum TAK	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	9 ^b	5,00	45,00
Ties		0 ^c		
Total		9		

a. Halusinasi kelompok perlakuan setelah TAK < Halusinasi kelompok perlakuan sebelum TAK

b. Halusinasi kelompok perlakuan setelah TAK > Halusinasi kelompok perlakuan sebelum TAK

c. Halusinasi kelompok perlakuan setelah TAK = Halusinasi kelompok perlakuan sebelum TAK

Test Statistics^b

	Halusinasi kelompok perlakuan setelah TAK - Halusinasi kelompok perlakuan sebelum TAK
Z	-2,692 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,007

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Halusinasi sebelum TAK kelompok kontrol	9	25,67	1,225	24	27
Halusinasi setelah TAK kelompok kontrol	9	25,56	,882	24	27

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Halusinasi setelah TAK kelompok kontrol Negative Ranks	2 ^a	2,00	4,00
Halusinasi sebelum TAK kelompok kontrol Positive Ranks	1 ^b	2,00	2,00
Ties	6 ^c		
Total	9		

- a. Halusinasi setelah TAK kelompok kontrol < Halusinasi sebelum TAK kelompok kontrol
- b. Halusinasi setelah TAK kelompok kontrol > Halusinasi sebelum TAK kelompok kontrol
- c. Halusinasi setelah TAK kelompok kontrol = Halusinasi sebelum TAK kelompok kontrol

Test Statistics^b

	Halusinasi setelah TAK kelompok kontrol - Halusinasi sebelum TAK kelompok kontrol
Z	-,577 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,564

- a. Based on positive ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Halusinasi Setelah TAK	18	32,00	6,677	24	39
Kelompok responden	18	1,50	,514	1	2

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok responden	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Halusinasi Setelah TAK	Kelompok perlakuan	9	14,00	126,00
	kelompok kontrol	9	5,00	45,00
	Total	18		

Test Statistics^b

	Halusinasi Setelah TAK
Mann-Whitney U	,000
Wilcoxon W	45,000
Z	-3,648
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok responden