

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI
HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN PEMBERIAN *COGNITIVE
BEHAVIOUR THERAPY* DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA**

Karya Ilmiah Akhir pada Program Pendidikan Profesi Ners
pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR



**ARIESTIKA BAKTIAN HAPSARI
NIM. 132229131**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2023**

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ariestika Baktian Hapsari
NIM : 132229131
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Pemberian *Cognitive Behaviour Therapy* Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alih media/format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, 01 November 2023

Yang Menyatakan



The image shows a vertical official stamp on the left with the text 'SERBUK PUBLIKASI' and '10000'. To its right is a circular emblem of the Indonesian Republic. Further right is a handwritten signature in black ink. Below the signature is a rectangular stamp with the text 'METERAL TEMBIL' and the identification number 'E4AKX161574256'.

Ariestika Baktian Hapsari

SURAT PERNYATAAN

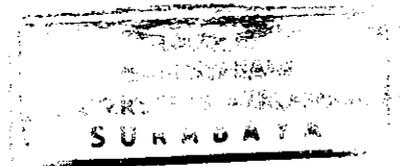
Saya bersumpah bahwa Karya Ilmiah Akhir ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 01 November 2023
Yang Menyatakan



BADA8ALX002885160

Ariestika Baktian Hapsari, S.Kep
NIM. 132229131



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI
HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN PEMBERIAN *COGNITIVE
BEHAVIOUR THERAPY* DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA**

Oleh :
Ariestika Baktian Hapsari
132229131

KARYA ILMIAH AKHIR DISETUJUI
TANGGAL 01 NOVEMBER 2023

Oleh :
Pembimbing



Prof. Dr. Ah. Yusuf S., S.Kp., M.Kes
NIP. 196701012000031002

Mengetahui
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga

Wakil Dekan I



Dr. Ika Yuni Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep., Ns., Sp.Kep., MB
NIP. 197806052008122001

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI
HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN PEMBERIAN *COGNITIVE
BEHAVIOUR THERAPY* DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA**

Oleh :
Ariestika Baktian Hapsari
132229131

TELAH DIUJI

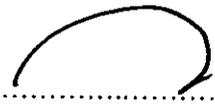
Pada tanggal, 28 November 2023

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Hj. Hanik Endang Nihayati, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 197606162014092006

(..........)

Anggota : Prof. Dr. Ah. Yusuf S., S.Kp., M.Kes
NIP. 196701012000031002

(..........)

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Wakil Dekan I



Dr. Ika Yuni Widyawati, S.Kep., Ns., M.Kep., Ns., Sp.Kep., MB
NIP. 197806052008122001

MOTTO

Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman diantaramu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat.

(Q.S. Al-Mujadalah : 11)

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan karya ilmiah akhir yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Dengan Pemberian *Cognitive Behaviour Therapy* Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya”** dapat terselesaikan. Karya ilmiah akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners (Ns) pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Penyusunan karya ilmiah akhir ini tidak lepas dari kesulitan dan hambatan, namun berkat dukungan dan bantuan berbagai pihak yang terkait, karya ilmiah akhir ini dapat diselesaikan dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankan penulis untuk mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Ah. Yusuf S., S.Kp., M. Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya sekaligus pembimbing yang telah memberikan kesempatan masukan, saran dalam proses perbaikan KIA dan fasilitas pembelajaran untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Program Studi Keperawatan.
2. Dr. Ika Yuni Widyawati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Wakil Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas pembelajaran untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Program Studi Keperawatan.
3. Dr. Hj. Hanik Endang Nihayati, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku dosen penguji Karya Ilmiah Akhir yang telah memberikan saran dan masukan dalam perbaikan sehingga penulisan Karya Ilmiah Akhir ini dapat menjadi lebih baik.
4. Harmayetty, S.Kp., Ns., M.Kes. selaku ketua Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan fasilitas untuk menyelesaikan karya ilmiah ini.
5. Isti Wahyuningsih, S.Kep.,Ns selaku pembimbing klinik serta seluruh perawat dan staff ruang di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
6. Seluruh Dosen beserta Staf pengajar Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah mendidik, membimbing, dan memberikan ilmu selama proses

perkuliahan.

7. Responden penelitian yang telah bersedia kooperatif pada saat pengambilan data penelitian.
8. Kedua orang tua saya, Bapak Lagiyanto dan Ibu Sri Subekti dan Kakak saya Meyke Age Hapsari yang telah senantiasa memberikan dukungan baik secara moral, materi maupun motivasi dan doa yang senantiasa mengalir kepada saya demi tercapainya kelancaran dalam proses penyelesaian penelitian ini.
9. Teman angkatan profesi B24 yang telah berjuang bersama dalam menjalani perkuliahan.

Semoga Allah SWT membalas kebaikan semua pihak yang telah memberikan dukungan, ilmu dan bantuan lainnya dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Peneliti menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, peneliti sangat membutuhkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan karya ilmiah ini. Akhir kata, semoga karya ilmiah akhir ini dapat memberikan manfaat untuk peneliti, pembaca, dan khususnya bagi perkembangan ilmu dibidang Keperawatan.

Surabaya, 01 November 2023

Penulis

ABSTRAK

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI
HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN PEMBERIAN *COGNITIVE
BEHAVIOUR THERAPY* DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA**

Ariestika Baktian Hapsari
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Pendahuluan : Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek tanpa ada rangsangan dari luar, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, peraba, atau penciuman. Data *World Health Organization (WHO)* tahun 2018 menunjukkan terdapat lebih dari 430 juta orang mengalami skizofrenia. Prevalensi skizofrenia di Indonesia 7% per mil atau sekitar 1.652.000 orang. Menurut Stuart dan Laraia (2005), yang menyatakan bahwa 70% klien skizofrenia mengalami halusinasi. Intervensi keperawatan pada pasien dengan halusinasi diberikan yaitu penggunaan intervensi non farmakologis seperti *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* dalam Strategi Pelaksanaan (SP). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* dalam Strategi Pelaksanaan (SP) pada kedua pasien dengan masalah keperawatan halusinasi. **Metode:** Studi kasus ini menggunakan desain studi kasus dengan sampel adalah kedua pasien jiwa dengan masalah keperawatan halusinasi dan diagnosis medis *paranoid schizophrenia*. **Hasil dan Pembahasan:** sebelum diberikan *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* kepada pasien halusinasi didapatkan pasien merasakan sensasi palsu berupa suara yang memerintah untuk mencederai orang lain. pemberian *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* dalam Strategi Penatalaksanaan (SP) pada pasien halusinasi akut dan kronis berpengaruh pada hasil tahapan Strategi Pelaksanaan yang diberikan. Hasil akhir penelitian didapatkan selama proses pemberian *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* dalam SP 1-4 didapatkan kedua pasien mampu memahami dan menerapkan SP yang diajarkan, pasien menjadi lebih kooperatif, tingkat halusinasi berkurang dan lebih tenang setelah pemberian implementasi keperawatan. **Kesimpulan:** Pemberian intervensi dan implementasi menggunakan *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* pada strategi implementasi (SP) dinilai tepat dalam penatalaksanaan halusinasi.

Kata Kunci: Halusinasi, *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)*, Skizofrenia



ABSTRACT

MENTAL NURSING CARE IN PATIENTS WITH NURSING PROBLEMS SENSORY PERCEPTION DISORDERS HEARING HALLUCINATIONS BY PROVIDING COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY OF MENUR MENTAL HOSPITAL SURABAYA

MULTIPLE CASE STUDY

Ariestika Baktian Hapsari
Faculty of Nursing, Airlangga University

Introduction : Hallucinations are disturbances in sensory perception of an object without external stimulation, as well as feeling false sensations in the form of sound, sight, taste, touch or smell. Data from the World Health Organization (WHO) in 2018 shows that more than 430 million people suffer from schizophrenia. The prevalence of schizophrenia in Indonesia is 7% per mile or around 1,652,000 people. According to Stuart and Laraia (2005), who stated that 70% of schizophrenic clients experience hallucinations. Nursing interventions for patients with hallucinations are given, namely the use of non-pharmacological interventions such as Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in the Implementation Strategy (SP). The aim of this research is to determine the effect of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in Implementation Strategies (SP) in two patients with hallucinatory nursing problems. **Method:** This case study uses a case study design with the research sample being both mental patients with nursing problems of hallucinations and a medical diagnosis of paranoid schizophrenia. **Result:** Before giving Cognitive Behavioral Therapy (CBT) to a hallucinating patient, the patient felt a false sensation in the form of a voice commanding someone to harm another person. The provision of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in the Management Strategy (SP) for patients with acute and chronic hallucinations influences the results of the stages of the Implementation Strategy provided. The final results of the research were obtained during the process of providing Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in SP 1-4, it was found that both patients were able to understand and apply the SP taught, the patients became more cooperative and calmer after providing nursing implementation. **Conclusion:** Providing intervention and implementation using Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in implementation strategies (SP) is considered appropriate in the management of hallucinations.

Keywords: Hallucinations, Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Schizophrenia



DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR.....	i
KARYA ILMIAH AKHIR.....	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	iv
KARYA ILMIAH AKHIR.....	vi
MOTTO.....	vii
UCAPAN TERIMA KASIH	viii
ABSTRAK.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR SINGKATAN.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. LATAR BELAKANG	1
1.2. RUMUSAN MASALAH	4
1.3. TUJUAN	4
1.3.1. Tujuan Umum	4
1.3.2. Tujuan Khusus	5
1.4. MANFAAT PENELITIAN.....	5
1.4.1. Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2. Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1. Konsep Skizofrenia.....	7
2.1.1. Definisi Skizofrenia	7
2.1.2. Klasifikasi Skizofrenia.....	8
2.1.3. Etiologi Skizofrenia	9
2.1.4 Psikodinamika Skizofrenia	10
1.1.4. Manifestasi Klinis	12
1.1.5. Patofisiologis Skizofrenia	12
1.1.6. Kriteria Diagnosis	15
1.1.7. Penatalaksanaan Skizofrenia.....	17
4.2. Konsep Halusinasi.....	19

4.1.3.	Diagnosis Keperawatan.....	73
4.1.4.	Intervensi Keperawatan.....	73
4.1.5.	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	78
4.2.	Pembahasan.....	101
4.2.1.	Pengkajian.....	101
4.2.2.	Diagnosis Keperawatan.....	102
4.2.3.	Intervensi Dan Implementasi Keperawatan	103
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		109
5.1.	Kesimpulan	109
5.2.	Saran.....	109
DAFTAR PUSTAKA.....		111

DAFTAR GAMBAR

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Gejala positif dan negatif skizofrenia	12
Tabel 2. 2 Jenis dan Isi Halusinasi	22
Tabel 2. 3 Karakteristik Dan Perilaku Pasien Halusinasi	23
Tabel 2. 4 Tabel Kategori Jumlah Sesi	33
Tabel 2. 5 Tinjauan Ilmiah Artikel	54
Tabel 4. 1 Analisa Data	72
Tabel 4. 2 Intervensi Keperawatan pada pasien dengan halusinasi pendengaran (Azizah et al., 2016; 2016; Keliat et al., 2019; Sri Atun, 2018)	74

DAFTAR SINGKATAN

APA	: <i>American Psychiatric Association</i>
CBT	: <i>Cognitif Behavior Therapy</i>
DSM	: <i>Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders</i>
ICD	: <i>International Classification of Diseases</i>
KEMENKES	: Kementerian Kesehatan
KIA	: Karya Ilmiah Akhir
PO	: Per Oral
SP	: Strategi Pelaksanaan
SPTK	: Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan
TAK	: Terapi Aktivitas Kelompok
TUK	: Tujuan Khusus
TUM	: Tujuan Umum
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Skizofrenia adalah kombinasi dari dua kata Yunani *schizein* "untuk membagi" dan *phren* "pikiran". Skizofrenia tidak mengacu pada "kepribadian ganda". Gangguan kepribadian ganda identik hadir secara terpisah, tapi dengan keyakinan bahwa telah terjadi perpecahan antara aspek kepribadian yaitu kognitif emosional. Skizofrenia adalah penyakit otak neurobiologist yang berat dan terus menerus. Akibatnya berupa respon yang dapat sangat mengganggu kehidupan individu, keluarga dan masyarakat, atau dengan kata lain skizofrenia penyakit serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, gangguan dalam memproses informasi, dan berhubungan interpersonal, skizofrenia merupakan sindroma kompleks yang menimbulkan gangguan persepsi, pikiran, pembicaraan dan gerakan seseorang (Stuart, 2013).

Skizofrenia paranoid adalah jenis skizofrenia yang paling sering dijumpai di negara manapun. Gambaran klinis didominasi oleh waham-waham yang secara relatif stabil, seringkali bersifat paranoid, biasanya disertai oleh halusinasi-halusinasi terutama halusinasi pendengaran dan gangguan persepsi (gejala positif). Halusinasi pendengaran adalah karakter yang paling banyak dari gejala psikotik. Penelitian IPSS mengatakan bahwa secara internasional lebih dari 70% orang dengan skizofrenia memiliki halusinasi pendengaran dan persentasenya mungkin lebih tinggi di negara industri. Pada kasus dengan banyak gejala, dilaporkan bahwa halusinasi pendengaran prevalensinya bisa mencapai 98% (Arif, 2006).

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh panca indra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, peraba, atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Yusuf et al, 2015).

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2019, terdapat 264 juta orang mengalami depresi, 45 juta orang menderita gangguan bipolar, 50 juta orang mengalami demensia, dan 20 juta orang mengalami *skizofrenia*. Meskipun prevalensi *skizofrenia* tercatat dalam jumlah yang relatif lebih rendah dibandingkan prevalensi jenis gangguan jiwa lainnya berdasarkan *National Institute of Mental Health* (NIMH), *skizofrenia* merupakan salah satu dari 15 penyebab besar kecacatan di seluruh dunia, orang dengan *skizofrenia* memiliki kecenderungan lebih besar peningkatan resiko bunuh diri (NIMH, 2019).

Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2018 menunjukkan terdapat lebih dari 430 juta orang mengalami gangguan jiwa. Prevalensi gangguan jiwa berat saat ini di Indonesia yaitu 7% per mil atau sekitar 1.652.000 orang (Riskesmas, 2018). Provinsi di Indonesia yang memiliki prevalensi tertinggi *skizofrenia* berturut-turut Bali sebesar 11,1%, Yogyakarta sebesar 10,4% sedangkan provinsi Jawa Timur mencapai 6,4% (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Berdasarkan data Kesekretariatan Rumah Sakit Menur Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur hasil angka kejadian kasus *skizofrenia* di Rumah Sakit Jiwa Menur Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur selama Bulan Januari sampai April tahun 2021 didapatkan jumlah pasien rawat inap sebanyak 1.299 pasien dengan rincian kasus

halusinasi mencapai 47,5%, perilaku kekerasan 20,02%, isolasi sosial atau menarik diri sebanyak 12,62%, harga diri rendah 8,31%, defisit perawatan diri 4,06%, gangguan citra tubuh 2,5%, waham 2,23%, dan resiko bunuh diri 0,76%. Berdasarkan data dari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya didapatkan data pasien yang menderita skizofrenia mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, pada tahun 2020 terdapat 3.700 pasien skizofrenia rawat jalan (0,37%), sedangkan pada tahun 2021 mengalami peningkatan sebanyak 22.000 pasien skizofrenia rawat jalan (0,84%) (Fatimah Qf, 2020).

Kecenderungan pengidap skizofrenia paranoid adalah tidak mampu berpikir secara rasional serta selalu merasa curiga terhadap segala sesuatu. Akibat dari keadaan tersebut, penderita skizofrenia paranoid biasanya sulit untuk melakukan pekerjaan, sulit menjalin hubungan dalam rumah tangga, berinteraksi serta bersosialisasi dengan orang lain dan lingkungan (Arif, 2006).

Distress disebabkan karena frekuensi halusinasi yang sering muncul pada individu setiap harinya, kekerasan dari suara-suara yang didengarnya, isi dari halusinasi dan juga keyakinan klien terhadap isi dari halusinasinya (Dunn & Birchwood, 2009). Selain itu, halusinasi juga sering menyebabkan ketakutan dan kecemasan bahkan depresi pada klien gangguan jiwa. Dunn dan Birchwood (2009) juga menyebutkan 40% klien skizofrenia mengalami depresi akibat halusinasi dengar yang dialaminya. Pinikahana, Happell, dan Keks (2003, dalam Stuart & Laraia, 2005) menyebutkan bahwa sembilan sampai dengan 13% klien skizofrenia mengalami suicide (bunuh diri). Selain itu, 20 hingga 50% klien skizofrenia melakukan percobaan bunuh diri. Hal tersebutlah yang menyebabkan halusinasi harus ditangani sesegera mungkin karena dampaknya akan menimbulkan masalah yang lebih besar bagi klien maupun oranglain. Menurut Stuart

dan Laraia (2005) pasien dengan gangguan skizofrenia sebanyak 70% mengalami halusinasi (Wahyuni & Keliat, 2011).

Salah satu terapi yang direkomendasikan dalam upaya mengatasi halusinasi adalah *Cognitive behaviour therapy*. *Cognitive behaviour therapy* adalah terapi yang digunakan untuk memodifikasi fungsi berpikir, merasa, dan bertindak dengan menekankan pada peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat dan memutuskan kembali sehingga dengan merubah status pikiran dan perasaannya, klien diharapkan dapat merubah tingkah lakunya dari hal negatif menjadi positif (Oemarjoedi, 2003).

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dengan memberikan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* yang sesuai dalam penanganan masalah halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.2. RUMUSAN MASALAH

Bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah *gangguan persepsi sensori* : halusinasi pendengaran dengan pemberian *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya?

1.3. TUJUAN

1.3.1. Tujuan Umum

Mahasiswa dapat memahami penerapan asuhan keperawatan pada pasien jiwa dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dengan pemberian *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* di Rumah Sakit Jiwa Jiwa

Menur Surabaya.

1.3.2. Tujuan Khusus

Menjelaskan penerapan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dengan pemberian *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* :

- a. Menganalisis hasil pengkajian keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran
- b. Menganalisis hasil analisa data pada klien dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran
- c. Menganalisis hasil intervensi keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran
- d. Menganalisis hasil implementasi keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran
- e. Menganalisis hasil evaluasi keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran

1.4. MANFAAT PENELITIAN

1.4.1. Manfaat Teoritis

Hasil dari Karya Tulis Akhir ini diharapkan memberikan ilmu, pemikiran dan pemahaman mengenai gambaran penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dengan pemberian *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*.

1.4.2. Manfaat Praktis

a. Bagi pasien

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat digunakan untuk menambah pengetahuan dan wawasan pasien dalam mengatasi masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dengan diagnosis medis *paranoid skizofrenia*.

b. Bagi Perawat

Studi kasus ini dapat menjadi pertimbangan untuk menerapkan pemberian *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran sebagai upaya menurunkan halusinasi sehingga dapat mempercepat proses pemulihan.

c. Bagi Penulis

Diharapkan dapat memberikan pembelajaran dan tambahan wawasan dalam melakukan pemberian *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* pada pasien dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran dengan diagnosis medis *paranoid skizofrenia*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Skizofrenia

2.1.1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah kombinasi dari dua kata Yunani *schizein* "untuk membagi" dan *phren* "pikiran". skizofrenia tidak mengacu pada "kepribadian ganda". Gangguan kepribadian ganda identitas hadir secara terpisah, tapi dengan keyakinan bahwa telah terjadi perpecahan antara aspek kepribadian yaitu kognitif emosional. Skizofrenia adalah penyakit otak neurobiologist yang berat dan terus menerus. Akibatnya berupa respon yang dapat sangat mengganggu kehidupan individu, keluarga dan masyarakat, atau dengan kata lain skizofrenia penyakit serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, gangguan dalam memproses informasi, dan berhubungan interpersonal, skizofrenia merupakan sindroma kompleks yang menimbulkan gangguan persepsi, pikiran, pembicaraan dan gerakan seseorang (Stuart, 2013).

Skizofrenia merupakan penyakit neurologis yang dapat mempengaruhi persepsi, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosial, selain itu seseorang dengan skizofrenia juga sering mengalami halusinasi pendengaran dan penglihatan secara bersamaan, hal ini berdampak pada seseorang dengan skizofrenia akan kehilangan kontrol dirinya yaitu akan mengalami kepanikan dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasi (Livana et al, 2018).

2.1.2. Klasifikasi Skizofrenia

Skizofrenia terbagi menjadi beberapa jenis. Penderita digolongkan menjadi salah satu jenis gejala utama. Jenis-jenis skizofrenia menurut Krapelin dalam Maramis (2013) dan Maslim (2013) yaitu :

1. Skizofrenia Paranoid

Gejala yang mencolok dalam skizofrenia jenis ini adalah waham primer disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Skizofrenia jenis ini sering mulai sesudah umur 30 tahun. Permulaannya mungkin subakut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit sering dapat digolongkan skizoid, mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, dan kurang percaya pada orang lain.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Permulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan, dan adanya depersonalisasi atau *double personality*. Gangguan psikomotor seperti *mannerism*, neologisme, atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia jenis hebefrenik ini.

3. Skizofrenia Katatonik

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

4. Skizofrenia Simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis skizofrenia simplex ini adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Pada

permulaan penderita mungkin kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari pergaulan.

5. Skizofrenia Tak Terinci (*Undifferentiated*)

Skizofrenia ini memperlihatkan gejala lebih dari satu sub tipe tanpa gambaran pedominisasi yang jelas untuk suatu kelompok diagnosis yang khas.

6. Skizofrenia Residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat dengan sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang ke arah gejala negatif yang lebih menonjol. Gejala negatif terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif, dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi non verbal yang menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial.

2.1.3. Etiologi Skizofrenia

Videbeck (2009) menjelaskan bahwa teori biologi skizofrenia berfokus pada faktor genetik, faktor neuroanatomi dan neurokimia (struktur dan fungsi otak), serta imunovirologi (respon tubuh terhadap paparan suatu virus). Sadock & Kaplan (2010) menjelaskan lebih lanjut etiologi skizofrenia sebagai berikut :

1). Model *Diatesis-Stress*

Model ini mendalilkan bahwa seseorang mungkin memiliki suatu kerentanan spesifik (*diatesis*) yang jika diketahui oleh suatu lingkungan yang menimbulkan stress memungkinkan timbulnya gejala skizofrenia. Pada model ini yang paling umum adalah *diatesis* atau stres dapat juga biologis atau lingkungan atau mungkin

keduanya. Komponen lingkungan dapat biologis atau psikologis, dasar biologis untuk suatu diatesis dibentuk lebih lanjut oleh pengaruh epigenetik, seperti penyalahgunaan zat, stress psikologis, dan trauma.

2). Faktor Biologis

Penyebab skizofrenia telah melibatkan peranan patofisiologis untuk daerah tertentu di otak termasuk sistem limbik, korteks frontalis, dan ganglia basalis. Ketiga daerah tersebut saling berhubungan sehingga disfungsi pada salah satu daerah mungkin melibatkan patologi primer di daerah lainnya.

3). Genetika

Faktor genetik telah dibuktikan secara kuat oleh berbagai macam penelitian bahwa suatu komponen genetika terhadap diturunkannya skizofrenia. Seseorang kemungkinan berisiko menderita skizofrenia jika anggota keluarga lainnya menderita skizofrenia dan kemungkinan seseorang menderita dengan dekatnya hubungan persaudaraan tersebut.

4). Faktor Psikososial

Kurangnya perhatian yang hangat dan penuh kasih sayang ditahun-tahun awal kehidupan berperan dalam menyebabkan kurangnya identitas diri, dan menarik diri dari hubungan sosial pada penderita skizofrenia. Hubungan interpersonal yang buruk dari penderita skizofrenia akan berkembang jika dalam masa anak-anak tidak dapat mempelajari interpersonal dengan baik.

2.1.4 Psikodinamika Skizofrenia

Teori yang lebih baru lebih berfokus pada hubungan antara faktor biologis,

psikologis, dan sosial dalam psikodinamika skizofrenia. Beberapa petunjuk neurobiologis memberikan gambaran tentang hubungan antara faktor biologis dan psikologis pada skizofrenia. Indikasi ini terjadi, misalnya pada pasien skizofrenia yang menunjukkan hipersensitivitas terhadap rangsangan dan gangguan konsentrasi dan perhatian saat masih anak-anak. Hal ini mungkin disebabkan oleh hubungan antara hilangnya jalur sensorik normal yang difus, atrofi kortikal, dan penurunan fungsi korteks frontal. Gangguan signifikan pada fungsi neuromotor, bahasa reseptif, dan perkembangan kognitif menunjukkan gangguan skizofrenia. Kecenderungan genetik yang terlihat jelas pada skizofrenia menggambarkan hubungan antara faktor genetik dan gejala skizofrenia. Sekelompok gen diduga mengendalikan kepekaan individu terhadap lingkungan, kerentanan terhadap stress, dan ketidakseimbangan antara faktor protektif dan resiko (Yudhantara & Istiqomah, 2018).

Beberapa gejala skizofrenia dapat dijelaskan dengan model psikodinamik. Misalnya, delusi atau halusinasi dengan tema muluk merupakan akibat dari ejekan diri pada penderita skizofrenia. Isu-isu ini adalah upaya individu untuk menyembuhkan luka narsistik. Fitur premorbid diharapkan berkembang menjadi psikosis di masa depan meliputi :

- a. Faktor etiologi awal termasuk komplikasi prenatal, riwayat keluarga skizofrenia, paparan ibu terhadap influenza, gangguan neurobehavioral, perpisahan orang tua selama tahun pertama kehidupan, disfungsi keluarga, dan Pendidikan.
- b. Precursor perilaku dan sosial yang diperiksa oleh klinisi, guru, dan instrument penilaian pribadi. Skizofrenia hasil dari interaksi kerentanan genetik, pengaruh lingkungan dan kepribadian individu.



1.1.4. Manifestasi Klinis

Menurut Stuart (2013) gejala pasien skizofrenia dibagi menjadi dua yaitu gejala positif dan gejala negatif.

Tabel 2. 1 Gejala positif dan negatif skizofrenia

Gejala Positif	Gejala negatif
Fungsi tak berlebihan atau distorsi otak yang normal; biasanya responsive terhadap semua kategori obat antipsikotik	Sebuah penurunan atau hilangnya fungsi otak yang normal, biasanya tidak responsive terhadap antipsikotik tradisional dan lebih responsif terhadap antipsikotik atipikal
Gangguan jiwa terkait berpikir Waham (paranoid, somatic, kebesaran, agama, nihilistic atau persekutori, siar pikir, sisip pikir atau control pikir) halusinasi (pendengaran, penglihatan, sentuhan, pnengecapan, penciuman)	Masalah emosi Afek datar: terbatas jangkauan dan intensitas ekspresi emosional Anhedonia/ asociality: ketidakmampuan untuk mengalami kesenangan atau mempertahankan kontak sosial
Disorganisasi bicara dan perilaku gangguan berpikir positif formal (<i>inkoheren, word salad, derailment, tidak logis, loose associations, tangentiality, circumstantiality, miskin bicara</i>) Perilaku aneh (katatonnia, gangguan gerak, kerusakan perilaku sosial)	Gangguan Pengambilan keputusan Alogia : pembatasan berpikir dan berbicara <i>Avolition</i> / apatis: kurangnya inisiasi perilaku yang diarahkan pada tujuan Gangguan perhatian : ketidakmampuan mental untuk focus dan mempertahankan perhatian

1.1.5. Patofisiologis Skizofrenia

Skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi meliputi faktor genetik, faktor neuroanatomi, faktor neurokimia, faktor psikososial, dan faktor sosiokulturan dan lingkungan. Sedangkan yang termasuk faktor presipitasi adalah biologis, lingkungan dan pemicu gejala (Stuart,

2013). Faktor-faktor tersebut baik faktor predisposisi maupun faktor presipitasi dapat menjadi penyebab seseorang berespon yang maladaptif. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya gangguan penilaian individu, kurang dukungan, dan mekanisme koping yang tidak efektif yang akan menyebabkan masalah keperawatan ketidakefektifan koping individu (Hawari,2012).

Skizofrenia dapat menimbulkan gejala positif maupun gejala negatif. Gejala positif seperti waham, halusinasi, perubahan arus pikir dan perubahan perilaku. Sedangkan gejala negatif seperti sikap masa bodoh (apatis), pembicaraan terhenti tiba-tiba (*blocking*), menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi sosial), dan menurunnya kinerja atau aktivitas sosial sehari-hari. Dari gejala-gejala negatif tersebut dapat memicu adanya perasaan hilang percaya diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri dapat menyebabkan harga diri rendah (Keliat, 2012).

Faktor biologi menyebabkan abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif, pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia, luka pada daerah frontal, temporal, dan limbik berhubungan dengan psiotik, beberapa zat kimia di otak seperti *dopamine neurotransmitter* yang berlebihan dan masalah-masalah pada sistem reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia, pembesaran ventrikel dan penurunan masa kontrikal menunjukkan terjadinya atropi yang signifikan pada otak manusia. Pada anatomi otak pasien dengan skizofrenia kronis ditemukan pelebaran lateral ventrikel. Atropi korteks bagian depan dan atropi otak kecil (*cerebellum*). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (*post-*

mortem) (Struat, 2007).

Faktor psikologis seperti keluarga, pengasuh, dan lingkungan pasien sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis pasien. Salah satu sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup pasien (Struat, 2007).

Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko 15%; angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia (Stuart, 2013)

Faktor sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stress (Struat, 2007).

Menurut laporan *World Health Organisation* (2010), masalah kemiskinan adalah masalah sosial yang sering wujud dalam sesuatu kelompok masyarakat. Kemiskinan biasanya dikatakan berdasarkan jumlah pendapatan yang ditetapkan sebagai di bawah garis kemiskinan. Pendapatan yang tidak mencukupi akan memaksa mereka melakukan kerja sampingan lain. Ini menyebabkan masyarakat bekerja dalam jangka masa yang lama menyebabkan taraf kesehatan fisik dan mental terganggu. Masalah kemiskinan ini juga menjadi salah satu faktor kepada penyakit skizofrenia (Stuart, 2007).

Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah sistem limbik dan

ganglia basalis. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada masa prenatal karena tidak ditemukannya sel glia, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir (Stuart, 2013).

Faktor neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitters otak pada individu penderita skizofrenia. Pada orang normal, sistem switch pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak penderita skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju (Stuart, 2013).

Halusinasi dapat berhubungan dengan faktor-faktor situasional yang berlebihan, lingkungan yang kompleks, lingkungan yang monoton serta kehilangan sosialisasi. Halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik sehingga perilaku pasien juga berubah, yaitu perilaku terror akibat panik, potensi kuat *suicide* atau *homicide*, aktivitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri, atau katatonia dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang (Struat dan Laraia dalam Priyanta, 2010).

1.1.6. Kriteria Diagnosis

Kriteria diagnostik modern yang digunakan saat ini adalah kriteria diagnostik

dari *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM)* yang diterbitkan oleh *American Psychiatric Association (APA)* atau kriteria diagnosis dari *International Classification of Diseases (ICD)* yang diterbitkan oleh *World Health Organization (WHO)*. Sampai saat ini, DSM telah menerbitkan edisi kelima (DSM-5) dan edisi kesepuluh dari ICD (ICD-10) (Sadock et al, 2015). Di Indonesia sendiri kriteria diagnosis gangguan jiwa yang kini telah terbit edisi ketiga (PPDGJ-III). Pedoman ini dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Berikut kriteria diagnosis skizofrenia menurut DSM-5 :

a. Kriteria A

Dua dari lima poin ini terjadi, dan masing-masing poin ini terjadi selama periode yang signifikan hingga satu bulan dengan pengobatan yang berhasil.

1. Waham
2. Halusinasi
3. Bicara kacau, misalnya melantur atau inkoherensi
4. Perilaku yang sangat kacau atau katatonik
5. Gejala negatif yaitu afek datar, alogia, atau kehilangan minat.

b. Kriteria B Disfungsi Sosial atau Okupasional

Dalam sebagian besar waktu sejak timbulnya penyakit, satu atau lebih area fungsi utama seperti pekerjaan, hubungan, atau perawatan diri, berada jauh di bawah tingkat sebelum timbulnya penyakit. Gangguan pada masa kanak-kanak atau remaja, kegagalan mencapai tingkat prestasi akademik, interpersonal, atau profesional yang diinginkan).

c. Kriteria C Durasi

Tanda-tanda permanen penyakit bertahap setidaknya 6 bulan. Periode 6 bulan ini harus mencakup setidaknya 1 bulan gejala (atau kurang dari 17 jika pengobatan berhasil) yang memenuhi kriteria A, dan dapat mencakup gejala prodromal atau residual lainnya. Tanda-tanda penyakit dapat muncul sebagai gejala atau gejala negatif pada tingkat yang lebih rendah dari kriteria A, seperti kepercayaan yang aneh atau pengalaman perseptual yang tidak biasa.

d. Kriteria D Eksklusi Gangguan Mood dan Skizoafektif

Gangguan skizofrenia dan gangguan mood dengan ciri psikotik dikeluarkan karena tidak ada episode manik atau depresi campuran dengan gejala fase aktif. Selain itu, jika episode mood terjadi selama fase aktif gejala, durasi total lebih pendek dibandingkan dengan durasi episode aktif dan istirahat.

e. Kriteria E Eksklusi Kondisi Medis Umum atau Zat

Gangguan tersebut tidak disebabkan oleh afek fisiologis langsung dari zat atau penyakit sistemik.

f. Kriteria F Hubungan dengan Gangguan Perkembangan Pervasif

Jika seseorang pernah mengalami gangguan autis atau gangguan umum lainnya, satu-satunya diagnosis tambahan skizofrenia adalah delusi atau halusinasi terbuka yang berlangsung setidaknya satu bulan (atau kurang dengan pengobatan yang berhasil).

1.1.7. Penatalaksanaan Skizofrenia

Penatalaksanaan skizofrenia menurut (Maramis, 2009) yaitu :

1. Farmakoterapi

Indikasi pemberian obat antipsikotik pada skizofrenia adalah untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Hasil pengobatan akan lebih baik bila antipsikotik mulai diberi dalam dua tahun pertama dari penyakit (Maramis, 2009). Antipsikotik yang juga dikenal sebagai neuroleptik digunakan karena keefektifannya dalam mengurangi gejala psikotik.

Antipsikotik tipikal atau yang lebih dulu digunakan adalah antagonis dopamin. Antipsikotik terbaru atau antipsikotik atipikal yang digunakan adalah antagonis serotonin dan antagonis dopamin. Antipsikotik tipikal mengatasi tanda-tanda positif skizofrenia seperti waham, halusinasi, gangguan pikiran dan gangguan psikotik lainnya tetapi tidak memiliki efek yang tampak pada tanda-tanda negatif. Antipsikotik atipikal tidak hanya mengurangi gejala psikotik, tetapi untuk banyak klien obat ini juga mengurangi tanda-tanda negatif seperti tidak memiliki kemauan dan motivasi, menarik diri dari masyarakat, dan anhedonia.

Dua antipsikotik ini tersedia dalam bentuk injeksi depot untuk terapi rumatan, flufenazin atau proxilin, dalam sediaan dekanat dan enantat, dan haloperidol dekanat. Efek obat-obatan ini berlangsung dua sampai empat minggu sehingga antipsikotik tidak perlu diberikan setiap hari. Durasi kerja obat ialah 7 sampai 28 hari untuk flufenazin dan 4 minggu untuk haloperidol (Videback, 2008). Efek samping antipsikotik dapat berkisar dari ketidaknyamanan ringan sampai gangguan gerakan permanen (Videback, 2008). Banyaknya efek samping yang timbul dari obat antipsikotik ini sehingga sering menjadi alasan utama klien menghentikan atau mengurangi dosis obat ini. Efek samping neurologis yang timbul yaitu efek samping ekstrapiramidal (reaksi distonia akut, akatisa, dan parkinsonisme). Efek samping non

neurologis meliputi sedasi, fotosensitivitas, dan gejala anti kolinergik seperti mulut kering, pandangan kabur, konstipasi, retensi urin, dan hipotensi ortostatik (Videback, 2008).

2. Terapi Kejang Listrik

Terapi kejang listrik dapat memperpendek serangan skizofrenia dan mempermudah kontak dengan penderita, serta mencegah serangan yang akan datang. Kelebihan terapi kejang listrik yaitu lebih mudah diberikan, dapat dilakukan secara ambulant, bahaya lebih sedikit, lebih murah dan tidak memerlukan tenaga yang khusus (Maslim, 2009).

3. Psikoterapi dan Rehabilitasi

Terapi kerja untuk mendorong penderita bergaul lagi dengan orang lain, perawat, dan dokter, supaya penderita skizofrenia tidak mengasingkan diri lagi, karena bila ia menarik diri ia dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama (Maramis, 2009).

4. Lobotomi Prefrontal

Dilakukan bila terapi lain yang diberikan secara intensif selama kira-kira 5 tahun tidak berhasil dan bila penderita sangat mengganggu lingkungannya (Maramis, 2013).

4.2. Konsep Halusinasi

2.2.1. Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami

perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Yusuf et al, 2015).

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi; merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Keliat, 2016).

Halusinasi adalah salah satu gangguan kejiwaan pada individu, ditandai dengan perubahan persepsi sensori, seperti sensasi suara, penglihatan, rasa, sentuhan atau pemapasan, stimulus yang dirasakan pasien sebenarnya tidak ada. Dari berbagai jenis halusinasi, halusinasi pendengaran adalah yang paling umum pada pasien skizofrenia. Hal ini didukung lebih lanjut oleh peneliti sebelumnya yang menunjukkan bahwa halusinasi merupakan ciri pasien skizofrenia. Jenis halusinasi yang paling sering dialami pasien adalah halusinasi pendengaran 74,13% (Rahmawati & melina, 2023).

2.2.2. Etiologi Halusinasi

1. Faktor Predisposisi

Menurut Yusuf et al (2015) faktor predisposisi yang menyebabkan halusinasi adalah :

a. Faktor perkembangan

Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stress dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi. Pasien mungkin menekan perasaannya sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif.

b. Faktor sosial budaya

Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul akibat berat seperti delusi dan halusinasi.

c. Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas berat terakhir dengan pengingkaran terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi.

d. Faktor biologis

Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realitas, serta dapat ditemukan atropik otak, pembesaran ventikal, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbik.

e. Faktor genetik

Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada pasien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia.

2. Faktor Presipitasi

Menurut Yusuf et al (2015), faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah:

a. Stressor sosial budaya

Stress dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting, atau diasingkan dari

kelompok dapat menimbulkan halusinasi.

b. Faktor biokimia

Berbagai penelitian tentang dopamin, norepineprin, indolamin, serta zat halusigenik diduga berkaitan dengan gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi.

c. Faktor psikologis

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realitas. Pasien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.

d. Perilaku

Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan perubahan proses piker, afektif persepsi, motorik, dan sosial.

2.2.3. Jenis dan Isi Halusinasi

Berikut ini adalah jenis halusinasi menurut data objektif dan subjektifnya. Data objektif dapat dikaji dengan cara mengobservasi perilaku pasien sedangkan data subjektif dapat dikaji dengan melakukan wawancara dengan pasien. Melalui data ini perawat dapat mengetahui isi halusinasi pasien.

Tabel 2. 2Jenis dan Isi Halusinasi

Jenis Halusinasi	Data Obyektif	Data Subyektif
Pendengaran/suara	Bicara atau tertawa sendiri Marah-marah tanpa sebab Mencondongkan telinga kea rah tertentu	Mendengar suara-suara atau kegaduhan Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap Mendengar suara

	Menutup telinga	memerintah Melakukan sesuatu yang berbahaya
Penglihatan	Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas	Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
Penghidu	Tampak seperti sedang mencium bau-bauan tertentu Menutup hidung	Mencium bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, terkadang bau yang menyenangkan
Pengecap	Sering meludah Muntah	Merasakan rasa seperti darah, urine atau feses
Perabaan	Menggaruk-garuk permukaan kulit	Mengatakan ada serangga di permukaan kulit Merasa seperti tersnetag listrik.

Perawat juga perlu mengkaji waktu, frekuensi, dan situasi munculnya halusiinasi yang dialami oleh pasien. Kapan halusinasi terjadi? Jika mungkin jam berapa? Frekuensi terjadinya apakah terus menerus atau hanya sekali? Situasi terjadinya, apakah jika sedang sendiri, atau setelah terjadi kejadian tertentu? Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadinya halusinasi dan untuk menghindari situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi sehingga pasien tidak larut dengan halusinasinya. Dengan mengetahui frekuensi terjadinya halusinasi, tindakan untuk mencegah terjadinya halusinasi dapat direncanakan (Keliat, 2016)

2.2.4. Karakteristik Dan Perilaku Pasien Halusinasi

Karakteristik dan perilaku pasien halusinasi menurut Yusuf et al (2015) yaitu :

Tabel 2. 3 Karakteristik Dan Perilaku Pasien Halusinasi

Level	Karakteristik Halusinasi	Perilaku Pasien
TAHAP 1 Memberi rasa nyaman. Tingkat ansietas sedang. Secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan.	<ul style="list-style-type: none"> • Mengalami ansietas kesepian, rasa bersalah, dan ketakutan. • Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tersenyum/tertawa sendiri. • Menggerakkan bibir tanpa suara. • Penggerakan mata yang

	<ul style="list-style-type: none"> • Pikiran dan pengalaman sensori masih ada dalam kontrol kesadaran (jika kecemasan dikontrol). 	<ul style="list-style-type: none"> • cepat. • Respons verbal yang lambat. • Diam dan berkonsentrasi.
TAHAP II Menyalahkan. Tingkat kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipati.	<ul style="list-style-type: none"> • Pengalaman sensori menakutkan. • Mulai merasa kehilangan kontrol. • Merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut. • Menarik diri dari orang lain. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan sistem saraf otak, tanda-tanda ansietas, seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah. • Rentang perhatian menyempit. • Konsentrasi dengan pengalaman sensori. • Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dari realita.
TAHAP III Mengontrol tingkat kecemasan berat pengalaman sensori tidak dapat ditolak lagi.	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya. • Isi halusinasi menjadi atraktif. • Kesepian bila pengalaman sensori berakhir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perintah halusinasi ditaati. • Sulit berhubungan dengan orang lain. • Rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit. • Gejala fisika ansietas berat berkeringat, tremor, dan tidak mampu mengikuti perintah.
TAHAP IV Menguasai tingkat kecemasan panik secara umum diatur dan dipengaruhi oleh waham.	<ul style="list-style-type: none"> • Pengalaman sensori menjadi ancaman. • Halusinasi dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari (jika tidak diintervensi). 	<ul style="list-style-type: none"> • Perilaku panik • Potensial tinggi untuk bunuh diri atau membunuh. • Tindakan kekerasan agitasi, menarik diri, atau katatonia. • Tidak mampu berespons terhadap perintah yang kompleks. • Tidak mampu berespons terhadap lebih dari satu orang.

2.2.5. Tanda dan Gejala Halusinasi

Menurut Azizah et al (2016) tanda dan gejala halusinasi penting perlu diketahui oleh perawat agar dapat menetapkan masalah halusinasi, antara lain:

1. Berbicara, tertawa dan tersenyum sendiri

- b. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
- c. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman asli.
- d. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- e. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

2. Respon psikososial

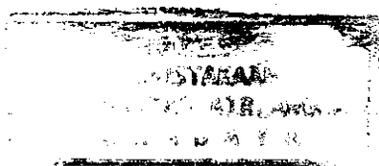
Respon psikososial meliputi:

- a. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan
- b. Ilusi adalah *miss interpretasi* yang salah penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- c. Emosi berlebihan atau berkurang.
- d. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- e. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

3. Respon Maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif meliputi:

- a. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- b. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang



tidak realita atau tidak ada.

- c. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- d. Perilaku tidak teroganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
- e. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

1.2.6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan dibagi menjadi 2 yaitu penatalaksanaan Farmakologi dan Non Farmakologi. Penatalaksanaan Keperawatan Farmakologi menurut Rasmun (2009) antara lain :

1. *Clorparomazine*

a. Indikasi

Kesadaran diri terganggu, daya nilai normal sosial tilik diri terganggu, berdaya berat dalam fungsi mental : waham, halusinasi, gangguan perasaan dan perilaku yang aneh atau tidak terkendali, berdaya berat dalam fungsi kehidupan sehari-hari, tidak mampu bekerja, hubungan sosial dan melakukan kegiatan rutin.

b. Mekanisme kerja

Memblokade dopamin pada reseptor paska sinap di otak khususnya sistem ekstrapiramidal

c. Efek Samping :

- 1) Sedasi (penenang)
- 2) Gangguan otonomik (hipotensi, anti kolinergik), mulut kering, kesulitan dalam

miksi dan defekasi, hidung tersumbat, mata kabur, tekanan intra okuler meninggi, gangguan irama jantung)

- 3) Gangguan ekstrapiramidal (dystonia akut, akatshia, sindrom parkinson tremor, brodikisenia, rigiditas)
- 4) Gangguan endoktrin (amanorhoe, ginekomasti)
- 5) Metabolik
- 6) Hematologik (pendarahan) biasanya untuk pemakai jangka panjang.

2. *Halloperidol*

a. Indikasi

Berdaya berat dalam kemampuan menilai realita dalam fungsi netral serta dalam fungsi kehidupan sehari-hari

b. Mekanisme kerja

Obat ini anti psikosis dalam memblokade dopamin pada reseptor paska sinaptik neuron di otak khususnya sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal

c. Efek samping :

- 1) Sedasi dan inhibisi psikomotor
- 2) Gangguan otonomik (hipotensi, anti kolinergi, mulut kering, kesulitan dalam miksi dan defekasi, hidung tersumbat, mata kabur, tekanan intra okuler meninggi, gangguan irama jantung)

3. *Trihexyphenidil*

a. Indikasi

Segala jenis penyakit parkinson, termasuk pasca enzepalitis dan idiopatik, sindrom parkinson akibat obat misalnya reserpine dan fenotiazine

b. Mekanisme kerja

Sinergis dengan kinidine, obat anti depresen trisiklin dan antikolinergik lainnya

c. Efek samping

Mulut kering, penglihatan kabur, pusing, mual, muntah, bingung, agitasi, konstipasi, takhikardi, dilatasi, ginjal, retensi urine.

Penatalaksanaan Keperawatan Non Farmakologi pada pasien halusinasi menurut (Keliat & Akemat, 2010) yaitu :

1. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Kognitif/ Persepsi klien dilatih mempersepsikan stimulus yang disediakan atau stimulus yang pernah dialami. Kemampuan persepsi klien di evaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi. Dengan proses ini, diharapkan respon terhadap berbagai stimulus dalam kehidupan menjadi adaptif. Aktifitas berupa stimulus dan persepsi. Stimulus yang disediakan yaitu membaca artikel atau majalah, membaca 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 persepsi klien dilatih terhadap stimulus.
2. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulus Sensori Aktivitas digunakan sebagai stimulus pada sensori klien. Kemudian di observasi reaksi sensori klien terhadap stimulus yang disediakan, berupa ekspresi perasaan secara nonverbal (ekspresi wajah dan gerakan tubuh). Biasanya klien yang tidak mau mengungkapkan komunikasi verbal akan terstimulasi emosi dan perasaanya, serta menampilkan respon. Aktivitas 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.

2.3 Konsep *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*

2.3.1. Definisi *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*

Terapi kognitif dan perilaku adalah intervensi terapeutik yang bertujuan untuk mengurangi tingkah laku mengganggu dan maladaptif dengan mengembangkan proses kognitif yang didasarkan pada asumsi bahwa afek dan tingkah laku adalah produk dari kognitif oleh karena itu intervensi kognitif dan tingkah laku dapat membawa perubahan dalam pikiran, perasaan, dan tingkah laku (Stallard, 2009). *Cognitive Behavior Therapy* memiliki asumsi dasar bahwa afek dan perilaku sebagian besar merupakan produk kognisi, oleh karena itu intervensi kognitif dan perilaku dapat membawa perubahan pada pemikiran, perasaan, dan perilaku (Kendall dalam Stallard, 2004).

Cognitive Behavior Therapy (CBT) yaitu teknik modifikasi perilaku dan mengubah keyakinan maladaptif. Ahli terapi membantu individu mengganti interpretasi yang irasional terhadap suatu peristiwa dengan interpretasi yang lebih realistis dan membantu pengendalian reaksi emosional yang terganggu, seperti kecemasan dan depresi dengan mengajarkan mereka cara yang lebih efektif untuk menginterpretasikan pengalaman mereka. (Chusnul Maulidiah, 2015).

2.3.2. Tujuan *Cognitive Behavior Therapy*

Tujuan utama dari CBT adalah untuk meningkatkan *self awareness*, memfasilitasi pemahaman diri yang lebih baik, dan meningkatkan kontrol diri dengan mengembangkan kemampuan kognitif dan perilaku yang lebih tepat (Stallard, 2004).

Pengembangan kemampuan kognitif dapat dilakukan dengan mengubah pemikiran dan keyakinan disfungsional yang bersifat negatif, bias, dan *self critical* (Stallard, 2004). Terdapat beberapa teknik yang dapat dilakukan untuk mengembangkan kemampuan kognitif ini, antara lain dengan edukasi, identifikasi keyakinan disfungsional, *thought monitoring*, *thought evaluation*, dan *development of alternative cognitive processes* (Stallard, 2004). Sedangkan pengembangan perilaku yang lebih adaptif dapat dilakukan dengan beberapa teknik, antara lain target *setting*, *activity rescheduling*, dan *behavior experiment* (Stallard, 2004). Adanya keterampilan kognitif dan perilaku yang baru membuat individu menghadapi situasi sulit dengan cara yang lebih tepat (Stallard, 2004).

2.3.3. Karakteristik *Cognitive Behavior Therapy*

Terdapat beberapa karakteristik dasar dalam CBT menurut (Stallard, 2004), yaitu :

1. Memiliki panduan teoritis

CBT didasarkan pada model yang telah terbukti secara empiris dan memberikan dasar untuk rasional, fokus, dan sifat dari intervensi ini. Oleh karena itu, CBT bersifat kohesif dan rasional, bukan sekedar kumpulan teknik-teknik yang terpisah (Stallard, 2004).

2. Melibatkan kolaborasi antara terapis dan klien

CBT pada dasarnya merupakan sebuah proyek kolaborasi antara terapis dan klien. Kedua pihak memiliki peran aktif dengan keahlian yang berbeda. Terapis dianggap sebagai pihak yang memiliki keahlian untuk menemukan cara yang efektif guna menyelesaikan masalah, sedangkan klien merupakan pihak yang ahli dalam

mengenali masalah berdasarkan pengalamannya selama ini (Westbrook, Kennerly, & Kirk, 2007). Klien juga memiliki peran aktif dalam mengidentifikasi tujuan, menetapkan target, bereksperimen, berlatih, dan memonitor performa mereka (Stallard, 2004).

Pembagian peran ini menuntut terapis untuk saling terbuka dan jujur selama proses terapi berlangsung. Terapis harus menjelaskan proses yang sedang berlangsung dan kenapa proses ini terjadi, selain itu terapis juga dapat meminta klien untuk memberikan masukan mengenai apa yang dirasa membantu dan tidak bagi klien (Westbrook, Kennerly, & Kirk, 2007). Pada dasarnya, pendekatan CBT memang dirancang untuk memfasilitasi kontrol diri yang lebih besar dan efektif dengan adanya terapis yang memberikan framework dimana kontrol diri tersebut dapat terjadi (Stallard, 2004).

3. Memiliki struktur dan berorientasi pada masalah

CBT merupakan terapi yang terstruktur dan berfokus pada penyelesaian masalah. Awalnya terapis dan klien harus mengidentifikasi masalah dan mendeskripsikan masalah dengan spesifik untuk kemudian fokus dalam memecahkan atau mengurangi masalah tersebut. Setelah itu terapis dan klien harus membuat tujuan untuk setiap masalah dan tujuan ini merupakan fokus dari *treatment* yang diberikan. Tujuan ini dibuat dengan berdasarkan harapan klien akan akhir dan hasil dari *treatment* (Westbrook, Kennerly, & Kirk, 2007).

4. Singkat

Westbrook, Kennerly dan Kirk (2007) mengungkapkan bahwa jumlah sesi dalam CBT terhitung singkat, yaitu antara 6 sampai 20 sesi. Penentuan jumlah sesi

dipengaruhi oleh percobaan *treatment* sebelumnya dalam mengatasi masalah yang sama tetapi juga dipengaruhi oleh masalah yang ada saat ini, klien, dan sumber daya yang tersedia. Ci bawah ini merupakan tabel yang dapat menjadi patokan dalam menentukan jumlah sesi :

Tabel 2. 4 Tabel Kategori Jumlah Sesi

Jenis Masalah	Jumlah Sesi
Ringan	6 sesi
Ringan menuju sedang	6-12
Sedang menuju parah	12-20
Sedang dengan disertai masalah kepribadian	12-20
Parah dengan disertai masalah kepribadian	>20

Jumlah sesi ini dapat berubah tergantung kemajuan yang dicapai klien dengan *treatment*. Jika terapis menilai bahwa *treatment* yang diberikan tidak membantu atau tidak ada lagi kemajuan yang didapat, terapis dapat mengakhiri *treatment* yang sedang berlangsung. Sedangkan apabila klien dianggap membuat kemajuan namun masalah residual masih ada, terapis dapat melanjutkan *treatment* yang sedang berlangsung. Terapis juga patut mempertimbangkan keuntungan bagi klien untuk menangani masalah residual yang muncul secara mandiri. Hal ini dapat dilakukan dengan memperpanjang jarak waktu antar sesi sehingga klien memiliki tanggung jawab yang lebih besar untuk menangani masalah residual dan kemunduran lainnya dan tetap dapat memiliki kesempatan untuk melakukan pembahasan dengan terapis.

Tidak ada komitmen khusus mengenai lamanya sebuah sesi berlangsung. Sebuah sesi dapat berlangsung selama 50 menit, ataupun 2 sampai 3 jam apabila melibatkan *in-vivo experiments*. Terapi juga dapat berlangsung selama 20 menit

apabila hanya melibatkan pembahasan mengenai sesi-sesi sebelumnya pada akhir sebuah *treatment*. Terapis perlu ingat bahwa apabila terapis sudah memberikan tugas-tugas rumah yang relevan dan produktif, maka mayoritas *treatment* sudah dilakukan di luar jam terapi.

2.3.4. Prinsip Dasar *Cognitive Behavior Therapy*

Menurut Westbrook, Kennerly, dan Kirk (2007), CBT mengandung beberapa prinsip dasar seperti :

1. Prinsip kognitif

Ide utama dari prinsip kognitif ini adalah bahwa reaksi emosional dan perilaku individu dipengaruhi dengan kuat oleh kognisi mereka, yaitu pemikiran, kepercayaan, dan interpretasi mereka mengenai diri mereka atau situasi yang mereka hadapi atau dengan kata lain arti yang mereka berikan terhadap kejadian yang terjadi dalam hidup mereka. Kejadian yang ada tidak serta merta menghasilkan suatu reaksi tertentu, karena terdapat reaksi yang berbeda-beda dari tiap individu yang menghadapi kejadian yang sama. Jadi ada hal lain yang menentukan reaksi individu terhadap suatu kejadian yaitu kognisi mereka. Saat terdapat dua orang yang bereaksi secara berbeda terhadap suatu kejadian yang sama, hal ini dikarenakan mereka menginterpretasi kejadian itu dengan cara yang berbeda. Kognisi yang berbeda menghasilkan reaksi emosi yang berbeda pula.

2. Prinsip perilaku

Perilaku juga merupakan bagian yang penting dalam mempertahankan atau merubah keadaan psikologis seseorang. CBT percaya bahwa perilaku memiliki

dampak yang kuat terhadap pemikiran dan emosi seseorang, merubah perilaku klien merupakan suatu cara yang dapat diusahakan untuk mengubah pemikiran dan emosi seseorang.

3. Prinsip “*continuum*”

CBT melihat masalah kesehatan mental sebagai versi ekstrim dari proses yang biasa terjadi bukan merupakan sebuah keadaan yang secara kualitatif berbeda dari keadaan maupun proses normal, atau dengan kata lain, masalah psikologis berada di ujung lain dari sebuah *continuum* bukan sebuah dimensi yang benar-benar berbeda. Oleh karena itu, masalah psikologis ini dapat terjadi pada siapa saja dan teori CBT dapat diaplikasikan kepada klien dan terapis.

4. Prinsip ‘*here and now*’

Fokus utama dari terapi ini adalah apa yang terjadi saat ini dan proses apa yang sampai saat ini terjadi sehingga masalah yang ada tetap bertahan. Tidak seperti psikoanalisa, CBT tidak melihat proses yang membentuk masalah tersebut terjadi.

5. Prinsip ‘*interacting systems*’

CBT melihat bahwa masalah seharusnya dianalisa sebagai interaksi yang terjadi antara individu dan lingkungan. Dalam CBT dikenal empat system, yaitu kognisi, afek/emosi, perilaku, dan fisiologi. Keempat system tersebut saling berinteraksi dalam proses *feedback* yang kompleks dan juga berinteraksi dengan lingkungan. Lingkungan yang dimaksud bukan hanya lingkungan fisik, tetapi juga lingkungan sosial, keluarga, budaya, dan ekonomi.

2.3.1 Tahap Pelaksanaan *Cognitive Behavior Therapy*

Sesi inisial dalam CBT biasanya ditujukan untuk membangun relasi dengan klien, menggali informasi penting, dan mengidentifikasi keluhan yang muncul. Dalam membangun relasi dengan klien, terapis dapat mengawali dengan menanyakan perasaan dan pemikiran klien mengenai harapan klien dari terapi. Selain itu, terapi juga dapat menjelaskan mengenai hubungan antara kognisi dan afek dari sudut pandang CBT. Terapis juga mulai dapat membiasakan klien terhadap CBT dan membangun hubungan yang kolaboratif serta meluruskan konsepsi yang salah mengenai terapi. Pada awal sesi, klien sudah harus dijelaskan bahwa tujuan utama terapi adalah untuk membuat klien belajar menjadi terapis bagi dirinya sendiri (Corsini & Wedding, 2011).

Informasi yang seharusnya dapat digali oleh terapis pada sesi-sesi awal adalah diagnosis, pengalaman masa lalu, situasi hidup saat ini, masalah psikologis yang ada, sikap terhadap *treatment*, dan motivasi untuk mengikuti *treatment*. Pada sesi pertama, terapis juga dapat mulai mendefinisikan masalah dan membantu klien melakukan *symptom relief*. Identifikasi masalah dan pengumpulan informasi mengenai latar belakang munculnya masalah dapat dilakukan dalam beberapa sesi. Walaupun demikian, pada sesi pertama terapis harus dapat fokus dalam mengidentifikasi masalah secara spesifik dan menyediakan kelegaan yang cepat bagi klien (Corsini & Wedding, 2011).

Dalam identifikasi masalah, terapis menganalisa dari dua aspek yaitu aspek fungsional dan aspek kognitif. Analisa fungsional bertujuan untuk mengidentifikasi elemen masalah seperti manifestasi dari masalah, situasi dimana masalah itu biasa muncul, frekuensi, intensitas, dan durasi kemunculan masalah, serta konsekuensi dari

masalah. Analisa kognitif sendiri bertujuan untuk mengidentifikasi pemikiran dan visualisasi yang muncul saat adanya pencetus emosional. Hal ini juga mencakup identifikasi sejauh apa seseorang merasa dapat mengontrol pemikiran dan visualisasi tersebut, visualisasi mengenai apa yang akan terjadi saat berada dalam situasi yang menimbulkan distress, dan kemungkinan munculnya hal yang divisualisasikan tersebut dalam kejadian nyata (Corsini & Wedding, 2011)

Pada sesi awal, terapis juga membuat *problem list* yang mencakup simptom spesifik, perilaku, dan masalah yang menetap. Daftar ini kemudian dibuat prioritasnya sebagai target intervensi. *Problem list* dibuat secara eksplisit untuk melihat apa yang ingin dicapai dalam *treatment*. Penentuan prioritas didasarkan pada besarnya distress yang dialami, kemungkinan kemajuan yang terjadi, keparahan simptom, dan topik ataupun tema yang terus menerus muncul. Selain hal diatas, pada sesi pertama terapis juga sudah mulai dapat memberikan tugas rumah kepada klien. Tugas rumah pada sesi awal biasanya diarahkan untuk mengenali hubungan antara pemikiran, perasaan, dan perilaku (Corsini & Wedding, 2011).

Pada sesi pertengahan, penekanan terapi bergeser dari simptom yang dialami pasien kepada pola berpikir pasien. Koneksi antara pemikiran, emosi, dan perilaku didemonstrasikan melalui pemeriksaan *automatic thoughts*. Saat klien dapat menantang pemikiran maladaptif, klien mulai dapat mempertimbangkan asumsi dasar yang memunculkan pemikiran tersebut. Seringkali asumsi dasar tersebut tidak didasari oleh klien dan didapat setelah klien melihat tema dari *automatic thoughts* yang dimilikinya. Setelah asumsi dasar ini dikenali, terapi bertujuan untuk memodifikasi asumsi tersebut dengan mempertimbangkan validasi, sifat adaptif, dan fungsinya bagi

klien (Corsini & Wedding, 2011). Pada sesi-sesi selanjutnya, klien diberikan tanggung jawab lebih untuk mengidentifikasi masalah serta solusi dan menciptakan tugas rumah. Peran terapis berubah menjadi penasihat dan bukan guru saat klien sudah mulai dapat menggunakan teknik-teknik yang ada untuk menyelesaikan masalah. Frekuensi pertemuan dapat dikurangi apabila klien menjadi lebih mampu dalam menyelesaikan masalah (Corsini & Wedding, 2011).

Terapi diterminasi saat tujuan sudah dicapai dan klien merasa dapat mempraktikkan perspektif dan kemampuan baru mereka secara mandiri. Saat mendekati terminasi, klien dapat diingatkan bahwa kemunduran itu sesuatu yang normal dan seharusnya dapat diatasi karena kemunduran sebelumnya juga dapat diatasi. Terapis dapat meminta kepada klien untuk mendeskripsikan bagaimana masalah sebelumnya diatasi selama treatment. Terapis juga dapat menggunakan *cognitive rehearsal* untuk membantu klien memperkirakan kesulitan yang mungkin akan ditemuinya dan bagaimana mereka akan mengatasi kesulitan tersebut (Corsini & Wedding, 2011).

2.3.2 Tahap perubahan

Kesiapan untuk berubah terkait dengan motivasi seseorang atau apa yang disebut kesiapan sebagai motivasi. Perubahan perilaku terjadi secara bertahap dari waktu ke waktu (Stuart, 2009 dalam Nyumirah, 2012).

Tahapan perubahan yaitu :

1. *Pre-contemplation*

Pada tahap ini orang tidak berfikir bahwa mereka memiliki masalah, sehingga

mereka tidak mungkin untuk mencari bantuan atau partisipasi dalam pengobatan, klien dapat mempertimbangkan, menjelajahi dan atau melihat nilai dari manfaat perubahan.

2. Kontemplasi

Terapis dapat menciptakan lingkungan yang mendukung dimana klien dapat mempertimbangkan perubahan tanpa merasa tertekan untuk melakukannya, jika klien didorong untuk mengubah dalam fase ini mereka cenderung aktif menolak.

3. Persiapan

Pada tahap ini klien telah membuat keputusan untuk berubah dan menilai bagaimana keputusan yang terasa. Klien dapat dibantu untuk memilih tujuan pengobatan yang realistis dan cara yang berbeda untuk mencapai tujuan tersebut.

4. Tindakan

Klien sekarang memiliki komitmen yang kuat untuk berubah dan telah mengidentifikasi dukungan emosional dan membantu dalam mengevaluasi dan memodifikasi rencana mereka dari tindakan yang akan sukses.

5. Pemeliharaan

Perubahan terus, dan faktor ditempat klien apa yang perlu dilakukan untuk mempertahankan atau mengkonsolidasi keuntungan. Setiap kambuh harus dilihat sebagai bagian dari proses perubahan dan bukan sebagai kegagalan.

6. Terminasi

Didasarkan pada gagasan bahwa seseorang tidak akan terlibat dalam perilaku lama dalam kondisi apapun. Klien lebih mungkin untuk terlibat dalam mengubah perilaku ketika mereka dapat menilai kesiapan mereka untuk intervensi perubahan

dan merencanakan perubahan yang sesuai.

2.3.3 Analisis perubahan kognitif dan perilaku

Menurut (Muqodas, 2011) analisis ini terdiri dari tiga bagian (ABC dari perilaku):

1. *Antecedent*

Stimulus atau isyarat yang terjadi sebelum perilkudan mengarah ke manifestasinya.

2. *Behavior/perilaku*

Apa yang orang katakan atau tidak katakan atau lakukan.

3. *Consequence/konsekuensi*

Apa efeknya (positif, negatif atau netral) orang berpikir hasil dari perilaku.

Menurut (Martin, 2010) bahwa penerapan terapi psikososial dengan perilaku dapat merubah pola pikir yang salah juga akan berubah menjadi perilaku yang adaptif, sehingga pada akhirnya diharapkan individu dengan masalah *self-care* memiliki peningkatan kemampuan untuk merawat dirinya sendiri dan bereaksi secara adaptif dalam menghadapi masalah atau situasi yang sulit dalam setiap fase hidupnya. Menurut (Cully and Teten, 2008) penambahan terapi kognitif perilaku dapat menurunkan gejala negatif pada skizofrenia serta fungsi sosial yang baik dan menunjukkan efek yang menetap setelah pengobatan terakhir, dibandingkan dengan perawatan rutin saja, karena dengan terapi perilaku kognitif dapat membantu klien melakukan perilaku dan pikiran yang positif sehingga mendapat perilaku yang positif juga.

2.3.4 Sesi dalam terapi kognitif dan perilaku

Pada proses pelaksanaan terapi kognitif dan perilaku menurut (Stallard, 2004) dibagi dalam 5 sesi, setiap sesi dilaksanakan selama kurang lebih 30-45 menit untuk setiap klien.

1. Sesi 1 : Pengkajian

Mengungkapkan pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, perasaan, dan perilaku negatif yang dialami klien (*assessment*) berkaitan dengan stressor yang dialami sesuai dengan diagnosis keperawatan. Melatih bagaimana cara untuk mengatasi satu pikiran negatif klien.

2. Sesi 2 : Terapi Kognitif

Meriview pikiran otomatis negatif klien yang masih ada berkaitan dengan diri sendiri dan melanjutkan dengan melatih mengatasi pikiran negatif kedua menggunakan pikiran positif. Klien mendemonstrasikan cara mengatasi pikiran negatif kedua.

3. Sesi 3 : Terapi perilaku

Klien mampu memilih pikiran negatif yang ingin dirubah, mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki dan menyusun rencana untuk mengubah perilaku negatif yang muncul akibat stressor yang muncul, mampu menampilkan perilaku adaptif dalam mengatasi pikiran negatif

4. Sesi 4 : Evaluasi dari terapi kognitif dan terapi perilaku

Mengevaluasi kemajuan perkembangan dari pelaksanaan sesi-sesi sebelumnya. Klien mendemostrasikan cara merubah pikiran negatif yang mengganggu menjadi positif, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari sesuai

dengan konsekuensi yang disepakati dengan terapis.

5. Sesi 5 : Kemampuan merubah pikiran negatif dan perilaku maladaptif untuk mencegah kekambuhan

Menjelaskan pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lain disamping dengan terapi kognitif dan perilaku untuk mencegah kekambuhan, mempertahankan dan membudayakan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan dengan masalah.

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi

Sensori: Halusinasi Pendengaran

2.4.1. Pengkajian

1. Identitas

Di dalam identitas berisikan nama, usia, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, dan status perkawinan.

2. Alasan masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan perilaku yang berubah misalnya tertawa sendiri, marah-marah sendiri ataupun terkadang berbicara sendiri.

3. Faktor predisposisi

- a. Faktor genetik. Telah diketahui bahwa secara genetik schizofrenia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom yang ke beberapa yang menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian.
- b. Faktor biologi. Adanya gangguan pada otak menyebabkan timbulkan

respon neurobiologikal maladaptif.

- c. Faktor presipitasi psikologis. Keluarga, pengasuhan, lingkungan, pola asuh anak tidak ade kuat, pertengkaran orang tua, penganiayaan, tindak kekerasan.
- d. Sosial budaya : kemiskinan, konflik sosial budaya, peperangan, dan kerusuhan.

4. Faktor presipitasi

- a. Biologi : berlebihnya proses informasi sistem syaraf yang menerima dan memproses informasi di *thalamus* dan frontal otak menyebabkan mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu (mekanisme gathing abnormal).
- b. Stress lingkungan
- c. Gejala-gejala pemicu seperti kondisi kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku.

5. Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien.

6. Psikososial

- a. Genogram. Perbuatan genogram minimal 3 generasi yang menggambarkan hubungan klien dengan keluarga, masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, pola asuh, pertumbuhan individu dan keluarga.
- b. Konsep diri

1). Gambaran diri.

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.

2). Identitas diri

Klien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya sendiri merasa bahwa klien tidak berguna.

3). Fungsi peran

Tugas atau peran klien dalam keluarga/pekerjaan/kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, dan bagaimana perasaan klien akibat perubahan tersebut. Pada klien halusinasi bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain, perilaku agresif.

4). Ideal diri

Harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya. Pada klien yang mengalami halusinasi cenderung tidak peduli dengan diri sendiri maupun sekitarnya.

5). Harga diri

Klien yang mengalami halusinasi cenderung menerima diri tanpa

syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan ia tetap merasa dirinya sangat berharga.

- c. Hubungan sosial. Tanyakan siapa orang terdekat di kehidupan klien tempat mengadu, berbicara, minta bantuan, atau dukungan. Serta tanyakan organisasi yang di ikuti dalam kelompok/ masyarakat. Klien dengan halusinasi cenderung tidak mempunyai orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan yang ada dimasyarakat. Lebih senang menyendiri dan asyik dengan isi halusinasinya.
 - d. Spiritual. Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan. Apakah isi halusinasinya mempengaruhi keyakinan klien dengan tuhan nya.
7. Status mental
- a. Penampilan. Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki. Pada klien dengan halusinasi mengalami defisit perawatan diri (penampilan tidak rapi. penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam). Raut wajah nampak takut, kebingungan, cemas.
 - b. Pembicaraan. Klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, ketika di ajak bicara tidak focus. Terkadang yang dibicarakan tidak masuk akal.
 - c. Aktivitas motorik. Klien dengan halusinasi tampak gelisah, kelesuan, ketegangan, agitasi, tremor. Klien terlihat sering menutup telinga, menunjuk-

nunjuk ke arah tertentu, menggaruk-garuk permukaan kulit, sering meludah, menutup hidung

- d. Afek emosi. Pada klien halusinasi tingkat emosi lebih tinggi, perilaku agresif, ketakutan yang berlebih.
- e. Interaksi selama wawancara. Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan) dan kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara) mudah tersinggung.
- f. Persepsi-sensori
 - 1). Jenis halusinasi
 - 2). Waktu. Perawat juga perlu mengkaji waktu munculnya halusinasi yang di alami pasien. Kapan halusinasi terjadi? Apakah pagi, siang, sore, malam? Jika muncul pukul berapa?
 - 3). Frekuensi. Frekuensi terjadinya apakah terus-menerus atau hanya sekali-kali, kadang-kadang, jarang atau sudah tidak muncul lagi. Pada klien halusinasi sering kali mengalami halusinasi pada saat klien tidak memiliki kegiatan/saat melamun maupun duduk sendiri.
 - 4). Situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi. Situasi terjadinya apakah ketika sendiri, atau setelah terjadi kejadian tertentu?.
 - 5). Respons terhadap halusinasi. Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul.
- g. Proses berfikir
 - 1). Bentuk fikir. Bentuk pemikiran yang tidak sesuai dengan kenyataan

yang ada atau tidak mengikuti logika secara umum (tak ada sangkut pautnya antara proses individu dan pengalaman yang sedang terjadi). Klien yang mengalami halusinasi lebih sering was-was terhadap hal-hal yang dialaminya.

- 2). Isi pikir. Pasien akan cenderung selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersonalisasi yaitu perasaan yang aneh/asing terhadap diri sendiri, orang lain, lingkungan sekitarnya. Berisikan keyakinan berdasarkan penilaian non realistik.
- h. Tingkat kesadaran. Pada klien halusinasi sering kali merasa bingung, apatis (acuh tak acuh).
- i. Memori
- 1). Daya ingat jangka panjang: mengingat kejadian masa lalu lebih dari 1 bulan
 - 2). Daya ingat jangka menengah: dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir
 - 3). Daya ingat jangka pendek: dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini.
- j. Tingkat konsentrasi dan berhitung.
- k. Kemampuan penilaian mengambil keputusan
- 1). Gangguan ringan: dapat mengambil keputusan secara sederhana baik dibantu orang lain/tidak.
 - 2). Gangguan bermakna: tidak dapat mengambil keputusan secara sederhana cenderung mendengar/melihat ada yang di perintahkan.

8. Daya tilik diri. Pada klien halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang diderita: klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya.
9. Kebutuhan pulang
Kemampuan klien memenuhi kebutuhan, tanyakan apakah klien mampu atau tidak memenuhi kebutuhannya sendiri seperti makan, perawatan diri, keamanan, kebersihan.
10. Mekanisme koping
Biasanya pada klien halusinasi cenderung berperilaku maladaptif, seperti mencederai diri sendiri dan orang lain di sekitarnya. Malas beraktifitas, perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain, mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus intenal.
11. Masalah psikosial dan lingkungan
Biasannya pada klien halusinasi mempunyai masalah di masalalu dan mengakibatkan dia menarik diri dari masyarakat dan orang terdekat.
12. Aspek pengetahuan mengenai penyakit
Pada klien halusinasi kurang mengetahui tentang penyakit jiwa karena tidak merasa hal yang dilakukan dalam tekanan.
13. Aspek medis
Memberikan penjelasan tentang diagnostik medik dan terapi medis. Pada klien halusinasi terapi medis seperti *Haloperidol(HLP)*, *Clapromazine (CPZ)*, *Trihexyphenidyl (THP)*.

2.4.2. Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran (Azizah et al., 2016).

2.4.3. Diagnosis Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan pasien yang muncul pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi sebagai berikut:

1. Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran
2. Isolasi sosial
3. Risiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal).

2.4.4. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perawat dapat memberikan alasan ilmiah terbaru dari tindakan yang diberikan. Alasan ilmiah merupakan pengetahuan yang berdasarkan pada literatur, hasil penelitian atau pengalaman praktik. Rencana tindakan disesuaikan dengan standart asuhan keperawatan jiwa Indonesia (Keliat et al., 2019).

1. Rencana Keperawatan pada Klien (Keliat et al., 2019)

- a. Tidak mendukung dan tidak membantah halusinasi klien.
 - b. Latih klien melawan halusinasi dengan cara menghardik.
 - c. Latih klien mengabaikan dengan bersikap cuek.
 - d. Latih klien mengalihkan halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan secara teratur.
 - e. Latih klien minum obat dengan prinsip 8 benar, yaitu benar nama klien, benar manfaat obat, benar dosis obat, benar frekuensi obat, benar cara, benar tanggal kadaluarsa, dan benar dokumentasi.
 - f. Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan halusinasi.
 - g. Berikan pujian pada klien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan halusinasi.
2. Rencana Keperawatan pada Keluarga (Keliat et al., 2019)
- a. Kaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.
 - b. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, serta proses terjadinya halusinasi yang dialami klien.
 - c. Diskusikan cara merawat halusinasi dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi klien.
 - d. Melatih keluarga cara merawat halusinasi:
 - 1.) Menghindari situasi yang menyebabkan halusinasi.
 - 2.) Membimbing klien melakukan cara mengendalikan halusinasi sesuai dengan yang dilatih perawat kepada pasien.
 - 3.) Memberi pujian atas keberhasilan pasien.

- e. Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk bercakap-cakap secara bergantian, memotivasi klien melakukan latihan dan memberi pujian atas keberhasilannya.
- f. Menjelaskan tanda dan gejala halusinasi yang memerlukan rujukan segera yaitu isi halusinasi yang memerintahkan kekerasan, serta melakukan follow-up ke pelayanan kesehatan secara teratur.

Menurut Keliat et al (2019) ada intervensi diharapkan memperoleh kriteria hasil sebagai berikut :

1. Kognitif, klien mampu:
 - a. Menyebutkan penyebab halusinasi
 - b. Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan seperti jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan halusinasi dan respon pasien.
 - c. Menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi
 - d. Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi
 - e. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat.
2. Psikomotor, klien mampu:
 - a. Melawan halusinasi dengan menghardik.
 - b. Mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek.
 - c. Mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas.
 - d. Minum obat dengan prinsip 8 benar yaitu benar nama klien, benar manfaat obat, benar dosis obat, benar frekuensi obat, benar cara, benar tanggal kadaluarsa, dan benar dokumentasi.

3. Afektif, klien mampu:

- a. Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi.
- b. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.

2.4.5. Implementasi Keperawatan

Strategi pelaksanaan kepada pasien (Sri Atun, 2018):

1. SP 1 Membantu pasien mengenali halusinasinya dan mengajarkan cara menghardik halusinasi.
 - a. Membantu klien dengan mengenali halusinasi. Perawat mencoba menanyakan pada klien tentang isi halusinasi, (apa yang didengar/dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan perasaan pasien saat halusinasi muncul.
 - b. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
 - 1) Menjelaskan cara menghardik halusinasi
 - 2) Memperagakan cara menghardik halusinasi
 - 3) Meminta pasien memperagakan ulang
 - 4) Memantau penerapan cara menghardik
2. SP 2 Melatih bercakap-cakap dengan orang lain
Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua: bercakap-cakap dengan orang lain
3. SP 3 Melatih klien beraktivitas secara terjadwal
 - a. Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi
 - b. Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien
 - c. Melatih pasien melakukan aktivitas

- d. Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih.
Upayakan klien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam
 - e. Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan
4. SP 4 Melatih pasien menggunakan obat secara teratur
- a. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa
 - b. Jelaskan akibat bila obat tidak digunakan sesuai program
 - c. Jelaskan akibat bila putus obat
 - d. Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat
 - e. Jelaskan cara penggunaan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, benar dosis).

Strategi pelaksanaan kepada keluarga (Sri Atun, 2018):

1. SP 1 Keluarga:
 - a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam rawat pasien.
 - b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya.
 - c. Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi.
2. SP 2 Keluarga
 - a. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien dengan halusinasi.
 - b. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi.
3. SP 3 Keluarga
 - a. Membantu keluarga membuat jadwal kegiatan aktifitas dirumah termasuk minum obat.

- b. Menjelaskan follow-up pasien setelah pulang.

2.4.6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien, dilakukan terus-menerus pada respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP antara lain:

S: Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

Dapat diukur dengan menanyakan “Bagaimana perasaan Ibu setelah latihan cara menghardik?”

O: Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku pasien pada saat tindakan dilakukan atau menanyakan kembali apa yang telah diajarkan atau memberi umpan balik sesuai dengan hasil observasi.

A: Analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan

P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon pasien yang terdiri dari tindak lanjut pasien dan tindak lanjut perawat (Direja, 2011 dalam Rochmah, 2018).

2.4.7. Tinjauan Ilmiah Artikel

Tabel 2. 5 Tinjauan Ilmiah Artikel

No	Judul	Metode	Hasil
1	<i>EPA guidance on</i>	Desain : Deskriptif	Secara umum diakui

<i>treatment of negative symptoms in skizophrenia (Galderisi et al, 2021)</i>	kualitatif Sampel : 39 responden Variabel : Pengobatan gejala negatif pada skizophrenia Instrumen : Lembar observasi tanda dan gejala skizophrenia	bahwa sumber utama gejala negatif sekunder harus dinilai dan diobati pada pasien dengan gejala negatif. Pelatihan keterampilan sosial direkomendasikan serta remediasi kognitif untuk pasien yang juga menunjukkan gangguan kognitif. Intervensi latihan juga telah menunjukkan harapan. Terakhir, akses ke pengobatan dan rehabilitasi psikososial harus dipastikan untuk pasien dengan gejala negatif skizophrenia.
2 <i>Mentalization and empathy as predictors of violence in schizophrenic patients: Comparison with nonviolent schizophrenic patients, violent controls and nonviolent controls (Kristof et al, 2018)</i>	Desain : studi kasus Sampel : 8 pria penderita skizophrenia Variabel : Mentalisasi dan empati, skizophrenia dengan perilaku kekerasan dan non perilaku kekerasan Instrumen : Tes Pengenalan <i>Faux Pas</i> , tes <i>Eysenck IVE</i> , Indeks Reaktivitas Interpersonal, dan Skala Ekspresi Kemarahan <i>Spielberger</i> . Analisis : Data dianalisis dengan ANOVA dan model regresi logistik	Kontrol kekerasan menunjukkan frekuensi ekspresi kemarahan yang jauh lebih tinggi dan diarahkan ke luar faktor kemarahan dibandingkan dengan kontrol tanpa kekerasan. menekankan pentingnya membedakan antara kekerasan yang terkait dengan gejala positif inti skizophrenia dan yang muncul dari ciri kepribadian antisosial komorbiditas independen untuk mengidentifikasi target skrining, deteksi, pencegahan, dan pengelolaan risiko kekerasan pada skizophrenia
3 Ekspresi Emosi Keluarga Yang Merawat Pasien Skizophrenia	Desain : deskriptif dengan pendekatan <i>crosssectional</i> . Sampel : Populasi dalam	Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden yang merawat pasien memiliki ekspresi

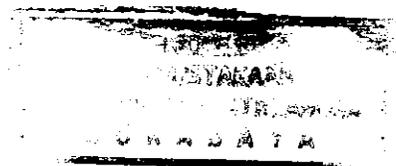
(Pardede, 2020)	<p>penelitian 900 orang dan sampel penelitian ini sebanyak 90 keluarga. Variabel : Ekspresi emosi, skizofrenia Instrumen : Kuesioner sebanyak 18 pernyataan yang sudah diuji validitas dan reliabilitas dengan nilai Analisis : <i>Alpha Croncbach</i> 0.873.</p>	<p>emosi yang rendah, dan responden yang merawat lebih dari satu pasien mayoritas memiliki ekspresi emosi yang tinggi</p>
<p>4 Gambaran Penerimaan Diri (<i>Self-Acceptance</i>) pada Orang yang Mengalami Skizofrenia (Permatasari & Gamayanti, 2016)</p>	<p>Desain : kualitatif dengan rancangan penelitian studi kasus Sampel : ODS yang residual dan berada di rentang usia dewasa (20-40). V : Penerimaan Diri (<i>Self-Acceptance</i>) dan Skizofrenia Instrumen : Wawancara dan observasi Analisis : reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi.</p>	<p>Ditemukan bahwa para subjek yang mengalami gangguan skizofrenia residual yang terlihat bisa produktif dan kembali aktif dilingkungan sosialnya karena bisa menerima diri dirinya sendiri meskipun kualitas penerimaan dirinya berbeda pada setiap subjek.</p>
<p>5 Pengaruh <i>Cognitive Behavior Therapy (CBT)</i> Terhadap Perubahan Kecemasan, Mekanisme Koping, Harga Diri Pada Pasien Gangguan Jiwa Dengan Skizofrenia Di RSJD Surakarta; Endang Caturini S, Siti Handayani (2014)</p>	<p>Desain : <i>Quasy eksperimen pre-post test with control group</i> Sampel : 64 sampel dibagi menjadi 2, yaitu 32 responden kelompok intervensi dan 32 responden kelompok control. Variabel Independen : Cognitive Behavior Therapy (CBT) Variabel dependen : perubahan kecemasan, mekanisme koping, harga diri Instrumen :kuesioner</p>	<p>CBT dapat menurunkan kecemasan, mekanisme koping dan dapat meningkatkan harga diri pasien. Responden yang diberikan CBT menunjukkan peningkatan sebesar 31,3% dibandingkan dengan kelompok control.</p>

<p>6 Peningkatan kemampuan interaksi sosial (kognitif, afektif, dan perilaku) melalui penerapan terapi kognitif dan perilaku di RSJ Dr. Amino Gundohutomo Semarang; Sri Nyumirah (2013)</p>	<p>Analisis : <i>paired t-test, independent t-test</i> regresi linier ganda. Desain : <i>Quasy experimental pre-post test with without control</i> Sampel : 33 sampel Variable Independen : penerapan terapi kognitif dan perilaku Variable dependen : kemampuan interaksi sosial (kognitif, afektif, perilaku) Instrumental : buku catatan harian klien dan report hasil evaluasi Analisis : dependen dan independent sample t-test & uji anova dan korelasi regresi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adanya peningkatan klien dalam melakukan interaksi sosial (kognitif, afektif, dan perilaku) setelah dilakukan terapi - Adanya peningkatan kemampuan klien saat berhubungan dengan orang lain
<p>7 <i>Differences in cognitive function and daily living skills between early-and late-stage schizophrenia;</i> <i>Sung-Jin Kim; Joo-Cheol Shim (2015)</i></p>	<p>Desain : <i>Quasy Experimental</i> Sampel : 55 sampel pasien dengan skizofrenia dengan 25 sampel dengan onset < 5 tahun dan 30 sampel dengan onset > 5 tahun Variabel independent : Fungsi kognitif skizofrenia Variabel dependen : Skizofrenia stadium awal dan stadium lanjut Instrument : <i>Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) dan MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB)</i> Analisis : <i>Chi-Square dan Wilcoxon rank sum, and t-test</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gejala skizofrenia berhubungan erat dengan fungsi kognitif responden - Skizofrenia dengan stadium lanjut atau akhir mengalami defisit atau gangguan dalam Activity Daily Living (ADL) - Klien dengan skizofrenia tahap awal mampu melakukan kognisi sosial dan fungsi kognitif 2x lebih baik daripada klien dengan skizofrenia tahap lanjutan.

8 <i>Changes In Neuropsychological Function After Treatment With Metacognitif Therapy Or Cognitive Behavior Therapy For Depression; Samantha J. Groves, B.Biomed.Sc (2015)</i>	Desain : Single Cross-sectional Sampel : 48 sampel pria Variabel Independent : <i>Terapi Metacognitif atau Cognitif Behavior Therapy (CBT)</i> Variabel dependen : pasien dengan gejala depresi Instrument : kuisisioner Analisis : <i>Independen t-tests and chi-squared, Pearson's correlational</i>	- Tidak ada hubungan yang signifikan terhadap perubahan tingkat keparahan depresi - Terapi <i>metacognitive</i> lebih meningkatkan fungsi kognitif dibandingkan dengan <i>Cognitive Behavior Therapy (CBT)</i>
9 Efektivitas Penetapan <i>Cognitive Behavior Therapy (CBT)</i> Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Rumah Sakit Jiwa Aceh; Intan Mouliza, Eridha Putra, Lili Kasmini (2022)	Desain : <i>Quasy eksperimen pre-post test with control group</i> Sampel : 78 sampel Variabel Independent : <i>Cognitive Behavior Therapy (CBT)</i> Variabel dependen : perubahan kognitif, afektif, psikomotorik Instrumen : kuesioner Analisis : uji paired t-test	- Terdapat perbedaan sebelum pemberian <i>cognitive behaviour therapy</i> dan sesudah pemberian <i>cognitive behaviour therapy</i> dikarenakan responden yang telah diberikan terapi dengan 3 aspek yaitu kognitif, afektif, psikomotorik
1 Pengembangan Intervensi Berbasis <i>Cognitive Behavioral Therapy</i> Pada Pasien Dengan Halusinasi Pendengaran; Nur Oktavia Hidayati, (2022)	Desain : Literatur Review Sampel : 442 artikel Variabel : <i>Cognitive Behavior Therapy (CBT)</i> Jenis Penelitian : Randomized control trial dan Clinical trial	- <i>Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBTp)</i> dan beberapa pengembangan intervensinya lebih lanjut seperti <i>Person Based Cognitive Therapy (PBCT)</i> , <i>Individual Mindfulness Program for Voices (Impv)</i> , <i>Coping with Voices (CWV)</i> , serta <i>Avatar Therapy (AT)</i> dinilai cukup efektif untuk menurunkan keparahan dari halusinasi pendengaran

<p>1 Penurunan Halusinasi Pada Klien Jiwa Melalui <i>Cognitive Behavior Therapy</i>; Sri Eka Wahyuni (2011)</p>	<p>Desain : <i>Quasy experimental pre-post test with without control</i> Sampel : 56 sampel Variable Independen : Cognitive Behavior Therapy (CBT) Variable dependen : Penurunan Halusinasi Pada Klien Jiwa Instrumental : kuesioner Analisis : univariat dan bivariat dengan analisis dependent dan independent sample t-Test serta Chi-square</p>	<p>pada klien yang mengalami psikosis</p> <ul style="list-style-type: none"> - CBT dan pengembangannya juga dapat membantu klien yang mengalami halusinasi pendengaran dalam meningkatkan kemampuan manajemen diri terhadap stimulus suara serta meningkatkan kualitas hidup klien - halusinasi menurun secara bermakna pada kelompok yang mendapat cognitive behaviour therapy sedangkan halusinasi pada kelompok yang tidak mendapat cognitive behaviour therapy menurun secara tidak bermakna - Pengetahuan dan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi pada kelompok yang mendapat cognitive behaviour therapy meningkat secara bermakna dan kelompok yang tidak mendapat <i>cognitive behaviour therapy</i> meningkat secara bermakna juga
---	--	---

BAB III
METODE PENULISAN KARYA
ILMIAH



BAB III

METODE PENULISAN KARYA ILMIAH

3.1. Jenis dan Rancangan Studi Kasus

Metode yang digunakan pada karya ilmiah ini adalah metode deskriptif dengan studi kasus. Studi kasus merupakan suatu metode untuk memahami individu yang dilakukan secara integratif dan komprehensif agar diperoleh pemahaman yang mendalam tentang individu tersebut beserta masalah yang dihadapinya dengan tujuan masalahnya dapat terselesaikan dan memperoleh perkembangan diri yang baik. Tujuan studi kasus adalah berusaha menemukan makna, meneliti proses, serta memperoleh pengertian dan pemahaman yang mendalam serta utuh dari individu, kelompok, atau situasi tertentu (Rahardjo, 2017).

Tujuan studi kasus pada karya tulis ilmiah ini adalah untuk menggambarkan mengenai penerapan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* pada klien dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan dan diagnosis medis *paranoid schizophrenia*.

3.2. Lokasi dan Waktu Pengambilan Kasus

Lokasi pengambilan kasus asuhan keperawatan jiwa berada di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

3.3. Subjek Studi Kasus

Subjek atau partisipan pada studi kasus ini terdiri dari 2 klien. Klien yang pertama adalah Nn. N dengan jenis kelamin perempuan berusia 27 tahun. Klien kedua adalah Nn. Y dengan usia 35 tahun. Semua klien didalam studi kasus ini merupakan klien

yang sedang menjalani rawat inap di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran dan diagnosis medis *paranoid schizophrenia*.

3.4. Metode Pengumpulan Data

Pengambilan kasus dilakukan kepada 2 klien di rumah sakit jiwa kelolaan melalui beberapa tahapan dan proses. Pengambilan kasus pada penelitian ini dilakukan dengan cara mengumpulkan informasi melalui data primer dan data sekunder. Data Primer menurut Husein Umar (2013) adalah data yang didapat dari sumber pertama baik dari individu atau perseorangan seperti hasil dari wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang biasa dilakukan oleh peneliti sedangkan data sekunder merupakan sumber data penelitian yang diperoleh peneliti secara tidak langsung melalui media perantara (diperoleh dan dicatat oleh pihak lain). Contoh data sekunder misalnya catatan atau dokumentasi.

Pengambilan data dalam rangkaian asuhan keperawatan diawali dengan melakukan pengkajian keperawatan. Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi terkait data-data pasien, sehingga dapat mengidentifikasi masalah yang sedang dialami, serta kebutuhan pasien yang tidak terpenuhi, baik secara fisik, psikologi, sosial, maupun spiritual. Data pengkajian yang dikumpulkan terdiri atas data primer dan data sekunder. Data primer dikumpulkan melalui wawancara dan observasi langsung kepada klien. Sedangkan data sekunder dikumpulkan melalui rekam medis Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Pengumpulan data dilakukan secara langsung di Ruang

Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Pelaksanaannya peneliti mengkaji data primer dan data sekunder dari pasien. Data primer dilakukan dengan cara membina hubungan saling percaya kepada klien untuk mendapatkan informasi, melakukan pengkajian secara akurat dan lengkap serta menentukan fokus masalah keperawatan yang dialami pasien kemudian data sekunder didapatkan peneliti dengan melihat riwayat medik pasien untuk melihat gambaran secara klinik mengenai pasien seperti biodata umum, alasan masuk, riwayat penyakit pasien hingga proses pengobatan dan perkembangannya selama di rumah sakit. Beberapa alat bantu didalam pengambilan data yang digunakan peneliti seperti lembar pengkajian asuhan keperawatan jiwa, strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK), buku catatan, serta alat tulis.

Setelah mendapatkan informasi yang diperlukan kemudian peneliti melakukan perencanaan tindakan yang akan dilakukan, melakukan rencana tindakan yang telah dibuat yaitu menggunakan penerapan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*, dan mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan. Proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respons pasien terhadap penyakitnya (Tarwoto & Wartonah, 2015).

3.5. Etik Penelitian

Secara umum, prinsip-prinsip etika karya ilmiah akhir harus diperhatikan agar tidak melanggar hak asasi manusia pada saat melakukan wawancara. Secara umum, prinsip etik dalam karya ilmiah ini dapat dibagi menjadi tiga bagian, antara lain prinsip

kepentingan, prinsip menghormati hak-hak responden, dan prinsip keadilan (Nursalam, 2015). Adapun beberapa komponen etik yang dipertimbangkan dalam karya ilmiah akhir ini adalah :

a. Tahap Penamaan (*Anonymity*)

Tahap penamaan ini, penulis memastikan keamanan data dan identitas orang yang diwawancarai dengan tidak menuliskan nama orang yang diwawancarai. Penulis hanya akan menggunakan inisial nama dari responden.

b. Prinsip Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Secara umum, penulis hanya akan menampilkan data tertentu yang berkaitan dengan karya ilmiah akhir ini. Identitas asli responden dan data yang diperoleh oleh penulis yang tidak terhubung dengan investigasi tidak akan dimasukkan sebagai laporan karya ilmiah. Kerahasiaan data responden dijaga selama proses karya ilmiah dengan cara menggunakan inisial. Semua data yang diterima akan diperlakukan dengan hati-hati dan dianggap rahasia serta hanya penulis yang dapat mengakses data dari hasil karya ilmiah dan tidak memberikan hasil kepada orang lain.

c. Prinsip Kejujuran (*Veracity*) dan Menepati Janji (*Fidelity*)

Penulis akan memberikan informasi secara akurat, objektif, dan komprehensif sehingga responden dapat memahami dan menerimanya dengan mudah. Prinsip dasarnya penulis dan responden bertanggung jawab atas kesepakatan yang dicapai.

d. Keadilan (*Justice*)

Karya ilmiah akhir ini menerapkan prinsip keadilan dengan cara memenuhi hak responden, perlakuan yang adil kepada responden.

e. Tidak Merugikan (*Non-Maleficence*)

Non-maleficence adalah prinsip bahwa seseorang tidak melakukan hal-hal yang membuat pasien lebih buruk dan memilih perawatan yang paling tidak berisiko untuk pasien itu sendiri. Prinsip *Non-maleficence* juga merupakan prinsip etika yang melarang tindakan yang dapat memperburuk kondisi pasien. Prinsip ini dikenal "*primum non nocere*" atau "*above all do no harm*". Prinsip ini berarti tidak menyebabkan kerugian fisik atau psikologis atau kerugian pada klien atau pasien (Irwan, 2017).

Peneliti memastikan tidak ada intervensi atau tindakan yang dapat merugikan. Peneliti meminimalkan risiko fisik, psikologis, dan sosial dengan cara memberikan pertanyaan sederhana yang dapat dimengerti, mudah dipahami serta yang tidak menyinggung perasaan dari responden.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

4.1.1. Pengkajian

a. Identitas Pasien

Klien 1	Klien 2
Nama Nn. N, jenis kelamin Perempuan, umur 27 tahun, alamat Sidoarjo, pendidikan terakhir SMA, klien tidak bekerja, agama islam, masuk ke RSJ tanggal 06 Juli 2023, dilakukan pengkajian pada tanggal 10 Juli 2023. Diagnosis medis berupa <i>paranoid schizofrenia</i>	Nama Nn. Y, jenis kelamin Perempuan, umur 35 tahun, alamat Surabaya, pendidikan terakhir SMA, klien tidak bekerja, agama islam, masuk ke RSJ tanggal 11 Juli 2023, dilakukan pengkajian pada tanggal 11 Juli 2023. Diagnosis medis berupa <i>paranoid schizofrenia</i>

b. Assesment/Pemeriksaan

1) Alasan masuk

Klien 1	Klien 2
Klien mengatakan dibawa oleh ke rumah sakit jiwa karena mendengar suara bisikan laki-laki mengucapkan terimakasih kepadanya karena sudah menemani dia mengobrol. Saat dikaji di ruang Flamboyan : klien bicara seperlunya, sesekali nampak bicara sendiri, klien cukup kooperatif dan bisa diarahkan .	Klien mengatakan dibawa oleh ke rumah sakit jiwa karena telah marah-marah tidak ada sebab, klien mendengar suara-suara aneh dan melihat orang yang bersorban, bila melihat laki-laki yang lewat depan rumah klien akan tertawa-tawa sendiri,saat dirumah klien marah tidak terkendali meludahi orang tua dan kakaknya. Saat dikaji di ruang Flamboyan : nada bicara sedikit tinggi kontak mata kurang, klien banyak menunduk. Klien sudah 1 bulan marah-marah tidak sebab, berkata kasar kepada keluarga, setiap malam sulit tidur, sering berbicara sendiri.

2) Faktor Predisposisi

Klien 1	Klien 2
Klien belum pernah masuk Rumah Sakit Jiwa sebelumnya, menurut keterangan keluarga, pasien selama di rumah sering berbicara sendiri dan pernah sampai menganiaya kucingnya sendiri. Klien mengatakan dirinya suka marah-marrah semenjak putus cinta, menjadi trauma untuk berpacaran. Sebelumnya saat mengalami kekambuhan pasien selalu dibawa ke dukun untuk berobat.	Klien sudah 10 tahun mengalami gangguan jiwa, sudah 3 kali rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Klien sudah 3 bulan terakhir tidak teratur minum obat, bila obat dicampurkan ke makanannya, klien akan tahu dan makanan langsung dibuang. Klien sudah 1 bulan marah-marah tidak ada sebab, berkata kasar kepada keluarga, ibu dikatakan bangkai. Klien mengatakan 10 tahun lalu sering dibully oleh karyawan pabrik di sebelah rumahnya karena belum menikah. Klien dulu juga sering dibully saat bekerja oleh teman kerjanya sehingga klien berhenti, klien merasa orang-orang membicarakan dirinya.

3) Riwayat penyakit keluarga

Klien 1	Klien 2
Tidak ada keluarga yang mengalami masalah gangguan jiwa	Tidak ada keluarga yang mengalami masalah gangguan jiwa

4) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien 1	Klien 2
Klien mengatakan dirinya suka marah-marah semenjak putus cinta, menjadi trauma untuk berpacaran. Sebelumnya saat mengalami kekambuhan klien selalu dibawa ke dukun untuk berobat.	Klien mengatakan 10 tahun lalu sering dibully oleh karyawan pabrik di sebelah rumahnya karena belum menikah. Klien dulu juga sering dibully saat bekerja oleh teman kerjanya sehingga klien berhenti, klien merasa orang-orang membicarakan dirinya.

5) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik	Klien 1	Klien 2
Keadaan umum	Klien tampak tenang	Klien tampak gelisah

TB&BB	TB : 156 cm, BB : 52 Kg.	TB : 160 cm, BB : 75 Kg.
Tanda-tanda vital	TD : 128/75 mmHg, Nadi : 100x/menit, Suhu : 36,6°C, SpO2 : 100%, RR : 20x/menit, GCS : 4-5-6	TD : 118/72 mmHg, Nadi : 102x/menit, Suhu : 36,2°C, SpO2 : 99%, RR : 19x/menit, GCS : 4-5-6
Keluhan fisik	Pada pemeriksaan tidak ditemukan masalah keperawatan.	Pada pemeriksaan tidak ditemukan masalah keperawatan.

6) Pemeriksaan psikososial

Pemeriksaan psikososial	Klien 1	Klien 2
Gambaran diri	klien menyukai semua anggota tubuhnya.	klien mengatakan bahwa badannya terlalu gemuk dan tidak proporsional sebagai wanita.
Identitas	Klien mengatakan bahwa dirinya merupakan anak kedua dari 2 bersaudara, klien memiliki kakak laki-laki.	Klien mengatakan bahwa dirinya merupakan anak ketiga dari 4 bersaudara . klien memiliki adik laki-laki dan masih tinggal bersama kedua orang tua.
Peran	Klien mengatakan saat ini tidak bekerja.	klien sudah beberapa bulan ini tidak bekerja dan hanya dirumah. Klien sering membantu orangtua berjualan di warung makan.
Ideal diri	Klien mengatakan ingin segera pulang, ingin segera sembuh, dan dapat beraktivitas lagi seperti semula.	klien mengatakan ingin segera pulang karena rindu dengan keluarga, klien juga ingin segera bekerja seperti dahulu karena merasa tidak berguna

		jika tidak bekerja.
Harga diri	Klien mengatakan kasian terhadap keluarganya karena tidak bisa membantu bekerja	Klien merasa tidak berharga karena tidak bisa bekerja

7) Hubungan sosial

Hubungan Sosial	Klien 1	Klien 2
Orang yang berarti	Nenek	Ibu
Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyar aka	Klien jarang berinteraksi dengan orang-orang di sekitarnya	Klien jarang berinteraksi dengan lingkungan sekitar.
Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain	Klien lebih suka menyendiri dan tidak berinteraksi dengan orang lain.	Klien mengatakan jarang berinteraksi dengan orang lain karena dirinya lebih senang berada di rumah.
Nilai dan keyakinan	Beragama islam namun jarang ibadah	Beragama islam namun jarang ibadah
Kegiatan ibadah	Selalu beribadah saat di rumah sakit, tetapi ketika di rumah jarang melakukan ibadah.	Jarang beribadah saat di rumah sakit maupun di rumah

8) Status mental

Status mental	Klien 1	Klien 2
Penampilan	Klien berpakaian rapi dan bersih, memakai seragam Ruang Flamboyan.	Penampilan klien rapi, memakai baju Ruang Flamboyan, gigi dan mulut sedikit kotor.
Pembicaraan	Waktu di rumah: klien sering berbicara sendiri dan tertawa-tawa sendiri. Pasien mengatakan ada seorang laki-laki yang mengajak ngobrol dan	Waktu di rumah : klien sering berbicara sendiri, tertawa ketika melihat orang berjalan di depan rumah dan suka marah-marah. Pasien

	mengucapkan terimakasih kepadanya, pasien mendengar suara tersebut 3-5 kali dalam sehari, pasien sering merespon suara tersebut. Saat di Ruang Flamboyan: saat diajak mengobrol, klien kooperatif, jelas, nyambung.	mengatakan ada seorang laki-laki bersorban yang membully pasien dan mengucapkan kata-kata kasar kepadanya, pasien mendengar suara tersebut 5 kali dalam sehari, pasien sering merespon suara tersebut. Saat di Ruang Flamboyan: klien berbicara dengan cepat dan terkadang tertawa sendiri saat menceritakan masa lalunya.
Aktifitas motorik	Klien tampak lesu dan tidak mau beraktivitas	Klien tampak tidak mau beraktivitas, klien lebih sering tidur
Alam perasaan	klien tampak tenang dan kooperatif	klien sudah jarang berbicara sendiri, tenang, kooperatif.
Afek	Ekspresi sesuai dengan stimulasi (pembicaraan)	Ekspresi sesuai dengan stimulasi (pembicaraan)
Interaksi selama wawancara	Klien kooperatif, kurang melakukan kontak mata dan sering nunduk.	Klien kooperatif, kontak mata kurang
Persepsi	Klien mengalami masalah halusinasi, klien sering mendengar bisikan laki-laki yang mengucapkan terimakasih kepadanya.	Klien tidak mengalami masalah halusinasi, klien sering mendengar bisikan aneh dan melihat laki-laki bersorban.
Proses pikir	Klien berbicara dengan lancar, jawaban sesuai dengan pertanyaan	Klien berbicara dengan lancar, jawaban sesuai dengan pertanyaan

Tingkat kesadaran	Klien mengetahui nama, waktu, dan tempat saat ini	Klien mengetahui nama, waktu, dan tempat saat ini
Memori	Klien dapat menyebutkan pengalaman masa lalu seperti sekolah, pekerjaan	Klien dapat menyebutkan pengalaman masa lalu seperti sekolah, pekerjaan
Tingkat konsentrasi dan berhitung	Saat diajak bicara klien bisa berkonsentrasi fokus dengan topik, klien dapat berhitung sederhana.	Klien masih mampu untuk menghitung sederhana, akan tetapi kontak mata kurang.
Kemampuan penilaian	Klien mengetahui dan menyadari setelah mendengar suara-suara aneh, klien merasa suara tersebut suara palsu.	Klien mengetahui dan menyadari setelah mendengar suara-suara aneh, klien merasa suara tersebut suara palsu.
Daya tilik diri	Klien mengatakan dirinya tidak bisa mengontrol halusinasinya dan ini pertama kalinya klien ke Rumah Sakit Jiwa.	Klien mengatakan dirinya sedang sakit dan sudah 3x ke rumah Sakit Jiwa Menur.

9) Mekanisme koping

Klien 1	Klien 2
Klien berbicara dan tertawa sendiri hingga marah-marah, bahkan klien mengatakan pernah berteriak-teriak di depan rumah dan menganiaya kucingnya saat tidak mampu menontrol halusinasinya.	Klien berbicara dan tertawa sendiri saat melihat orang berjalan di depan rumahnya, bahkan klien mengatakan pernah marah-marah, meludahi orangtua dan berkata kasar saat tidak mampu menontrol halusinasinya.

10) Masalah psikososial dan lingkungan

Masalah psikososial dan lingkungan	Klien 1	Klien 2
Masalah dengan dukungan kelompok,	Klien lebih suka sendiri	Klien lebih suka menyendiri dan

spesifik		jarang bergaul dengan teman.
Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik	Klien mengatakan tidak memiliki masalah dengan lingkungan	Klien mengatakan memiliki masalah dengan lingkungan ketika klien selalu dibully oleh karyawan pabrik di dekat rumahnya karena belum menikah, klien langsung marah.
Masalah dengan pendidikan, spesifik	klien merasa tidak puas dengan pendidikannya, karena berhenti sekolah SMA.	Klien lulus SMA dan puas dengan pendidikannya
Masalah dengan pekerjaan, spesifik	Klien mengatakan belum pernah bekerja setelah lulus SMA.	Klien mengatakan pernah bekerja sebagai pelayan toko di mall. Saat bekerja klien sering dibully oleh teman kerjanya sehingga klien <i>resign</i> dari pekerjaannya.
Masalah dengan perumahan, spesifik	Klien tinggal bersama nenek dan kakak laki-lakinya	Klien tinggal bersama orang tua dan 1 saudaranya
Masalah dengan ekonomi, spesifik	Klien mengatakan dirinya tidak bekerja dan tidak memiliki penghasilan dan hanya bergantung kepada nenek dan kakaknya	Klien mengatakan dirinya jarang bekerja dan tidak memiliki penghasilan dan hanya bergantung kepada orang tua
Masalah lainnya, spesifik	Klien selalu mengatakan ingin pulang saat dikaji.	Klien mengatakan ingin cepat pulang dan bertemu keluarga.

c. Aspek Medis

	Klien 1	Klien 2
Diagnosa medis	<i>Paranoid Schizophrenia</i>	<i>Paranoid Schizophrenia</i>

Terapi medis	1) DBHCHT/Trifluoperazine 5 mg (2x sehari 1 tablet) 2) Trihexyphenidyl 2 mg (2x sehari 1/2 tablet) 3) DBHCHT/ Clozapine 25 mg (Malam 1 tablet)	1) DBHCHT/ Risperidone 3 mg (2x sehari 1 tablet) 2) Trihexyphenidyl 2 mg (2x sehari 1 tablet) 3) DBHCHT/ Clozapine 25 mg (Malam ½ tablet)
--------------	---	---

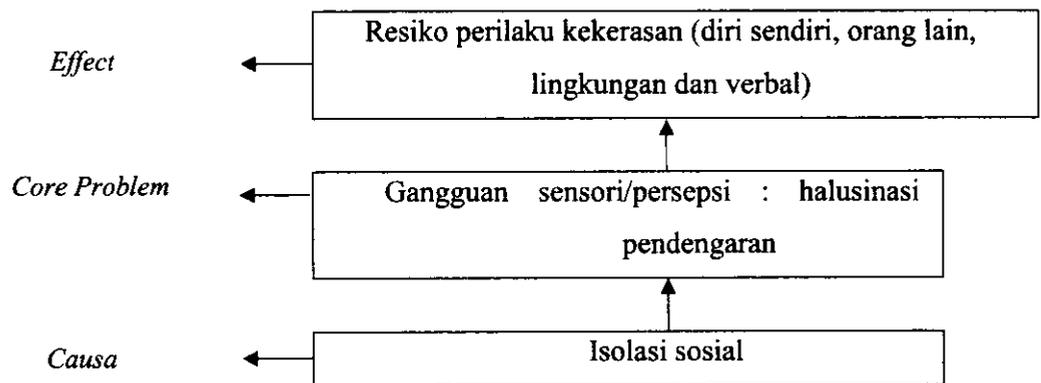
4.1.1 Analisa Data

Tabel 4. 1 Analisa Data

Klien	Data	Etiologi	Masalah
1. Nn. N	<p>Data subyektif:</p> <p>1) Klien mengatakan sering mendengar bisikan laki-laki yang mengucapkan terimakasih kepadanya karena dirinya telah menemani mengobrol</p> <p>Data obyektif :</p> <p>1) Cara berbicara pelan dan lambat 2) Klien tampak lesu 3) Klien tampak tenang dan kooperatif 4) Kontak mata kurang</p>	<p>Faktor predisposisi (faktor biologis, faktor psikologis, faktor sosiokultural dan lingkungan)</p> <p>↓</p> <p>Faktor presipitasi (Biologis, lingkungan, dan pemicu gejala)</p> <p>↓</p> <p>Respon maladaptif</p> <p>↓</p> <p>Skizofrenia</p> <p>↓</p> <p>Halusinasi Pendengaran</p>	<p>Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran (D.0085)</p> <p>Kategori : Psikologis</p> <p>Subkatategori : Integritas ego</p>
2. Nn. Y	<p>Data subyektif:</p> <p>1) Klien mengatakan sering mendengar suara-suara aneh laki-laki yang mengucapkan untuk mengajak membenci seseorang dan sering melihat laki-laki bersorban</p>	<p>Faktor predisposisi (faktor biologis, faktor psikologis, faktor sosiokultural dan lingkungan)</p> <p>↓</p> <p>Faktor presipitasi</p>	<p>Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran (D.0085)</p> <p>Kategori : Psikologis</p> <p>Subkatategori : Integritas ego</p>

Klien	Data	Etiologi	Masalah
	2) Klien mengatakan sering dibully oleh karyawan pabrik di dekat rumahnya karena belum menikah. Data obyektif : 1) Cara berbicara cepat dengan nada marah 3) Klien tampak gelisah 4) Klien tampak kurang kooperatif saat diajak berbicara 5) Kontak mata kurang	(Biologis, lingkungan, dan pemicu gejala) ↓ Respon maladaptif ↓ Skizofrenia ↓ Halusinasi Pendengaran	

4.1.2. Pohon Masalah



Gambar 4.1 Pohon masalah (Sumber : Ah. Yusuf et al, 2015)

4.1.3. Diagnosis Keperawatan

Halusinasi Pendengaran

4.1.4. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan memiliki tiga komponen yaitu tujuan umum, tujuan khusus dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum terkait dengan pemecahan permasalahan dari diagnosis keperawatan dan dapat dicapai jika

serangkaian tujuan khusus tercapai. Tujuan khusus berfokus mengatasi penyebab dari diagnosis keperawatan. Tujuan khusus merupakan rumusan kemampuan yang harus diperoleh atau dimiliki oleh klien. Kemampuan ini dapat bervariasi sesuai dengan masalah dan kebutuhan klien. Kemampuan dalam tujuan khusus mencakup tiga aspek yaitu : kemampuan kognitif, psikomotor, dan keterampilan efektif yang perlu dimiliki klien untuk penyelesaian masalahnya (Kusumawati, 2010).

Tabel 4. 2 Intervensi Keperawatan pada pasien dengan halusinasi pendengaran (Azizah et al., 2016; 2016; Keliat et al., 2019; Sri Atun, 2018)

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		RASIONAL
		TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	
1.	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	Pasien mampu : 1. Menyebutkan penyebab halusinasi 2. Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan seperti jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan halusinasi dan respon terhadap halusinasi 3. Menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi 4. Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi 5. Menyebutkan	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: (Beri salam atau panggil nama, perkenalkan diri dengan sopan, jelaskan maksud dan tujuan interaksi, jelaskan kontrak yang akan dibuat) SP 1 1. Identifikasi halusinasi pasien (jenis, waktu, frekuensi, isi, durasi, situasi dan respon) 2. Ajarkan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 3. Anjurkan pasien untuk mencatat tindakan yang telah diberikan	Hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya agar pasien dapat terbuka kepada perawat. 1. Mengungkapkan pengalaman atau kejadian halusinasi, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri 2. Melatih cara untuk mengatasi satu pikiran negatif

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		RASIONAL
		TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	
		<p>cara mengendalikan halusinasi yang tepat.</p> <p>6. Mengungkapkan pengalaman atau kejadian halusinasi, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri</p> <p>7. Melatih cara untuk mengatasi satu pikiran negatif</p>	<p>SESI 1 CBT (Pengkajian)</p> <p>1. Mengungkapkan pengalaman atau kejadian halusinasi serta pikiran otomatis negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien yang berkaitan dengan stressor yaitu pengalaman atau kejadian yang dialami, serta latihan satu pikiran otomatis negatif.</p>	
2.	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	<p>Pasien mampu :</p> <p>1. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat.</p> <p>2. Mereview pikiran otomatis yang negatif yang masih ada yang berkaitan dengan diri sendiri</p> <p>3. Mendemonstrasikan cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua</p>	<p>SP 2 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>2. Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>3. Anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari</p> <p>SESI 2 CBT (Terapi Kognitif)</p> <p>Meriview pikiran otomatis dan evaluasi tanggapan rasional yang dilakukan pasien secara mandiri dan melatih untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua</p>	<p>1. Mereview pikiran otomatis yang negatif yang masih ada yang berkaitan dengan diri sendiri</p> <p>2. Mendemonstrasikan cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua</p> <p>3. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya</p> <p>4. Membantu pasien menentukan cara mengontrol halusinasi</p> <p>5. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan</p>

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		RASIONAL
		TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	
3.	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	Pasien mampu : 1. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat. 2. Memilih perilaku negatif yang akan dirubah 3. Mengidentifikasi perilaku positif yang digunakan untuk merubah perilaku negatif sesuai dengan terapi generalis 4. Mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif 5. Menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif yang muncul akibat pengalaman halusinasi 6. Melatih pasien melakukan perilaku baru untuk mengubah perilaku negatifnya 7. Menampilkan perilaku yang baru 8. Mendiskusikan konsekuensi positif dari perilaku positif dan konsekuensi negatif untuk	SP 3 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien). 3. Anjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari SESI 3 CBT (Terapi Perilaku) 1. Mereview pikiran otomatis dan evaluasi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis pertama dan kedua yang dilakukan pasien secara mandiri, mengidentifikasi perilaku negatif yang akan diubah, 2. Mengidentifikasi perilaku positif yang baru, Menyusun rencana perilaku yang ditampilkan untuk mengubah perilaku negatif yang timbul dan mendiskusikan konsekuensi positif atau konsekuensi negatif jika perilaku dilakukan atau tidak dilakukan.	1. Memilih perilaku negatif yang akan dirubah 2. Mengidentifikasi perilaku positif yang digunakan untuk merubah perilaku negatif sesuai dengan terapi generalis 3. Mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif 4. menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif yang muncul akibat pengalaman halusinasi 5. Melatih pasien melakukan perilaku baru untuk mengubah perilaku negatifnya 6. Menampilkan perilaku yang baru 7. Mendiskusikan konsekuensi positif dari perilaku positif dan konsekuensi negatif untuk perilaku negatif

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		RASIONAL
		TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	
		perilaku negatif		
4.	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	<p>Pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan pengobatan yang telah diberikan. 2. Memilih perilaku negatif kedua yang akan dirubah 3. Mengidentifikasi perilaku positif yang digunakan untuk merubah perilaku negatif kedua sesuai dengan terapi generalis 4. Mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif kedua 5. Menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif kedua yang muncul akibat pengalaman halusinasi 6. Melatih pasien melakukan perilaku baru untuk mengubah perilaku negatif kedua 7. Menampilkan perilaku yang baru 8. Mendiskusikan konsekuensi positif dari perilaku positif dan konsekuensi 	<p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan pengobatan sebelumnya 2. Jelaskan tentang pengobatan 3. Latih pasien minum obat secara teratur 4. Masukkan ke jadwal keseharian pasien <p>SESI 4 CBT (Evaluasi Terapi Kognitif dan Perilaku)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mereview pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif, mengevaluasi kemajuan dan perkembangan terapi, memfokuskan terapi, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari berdasarkan konsekuensi yang disepakati 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memilih perilaku negatif kedua yang akan dirubah 2. mengidentifikasi perilaku positif yang digunakan untuk merubah perilaku negatif kedua sesuai dengan terapi generalis 3. Mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif kedua 4. Menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif kedua yang muncul akibat pengalaman halusinasi 5. Melatih pasien melakukan perilaku baru untuk mengubah perilaku negatif kedua 6. Menampilkan perilaku yang baru 7. Mendiskusikan konsekuensi positif dari perilaku positif dan konsekuensi negatif untuk perilaku negatif 8. Menerapkan terapi secara konsisten

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		RASIONAL
		TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	
		negatif untuk perilaku negatif 9. Menerapkan terapi secara konsisten		
5.	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	Pasien mampu : 1. Melakukan pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi 2. Memahami pentingnya CBT dan psikofarmaka disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan 3. Mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan	SESI 5 (Mencegah kekambuhan) Meriview pokiran otomatis negatif dan perilaku negatif, menjelaskan pentingnya psikofarmaka dan CBT disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan dengan cara mempertahankan dan membudayakan pikiran positif secara mandiri dan berkesinambungan m mengatasi masalah.	1. Melakukan pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi 2. Memahami pentingnya CBT dan psikofarmaka disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan 3. Mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan

4.1.5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Pelaksanaan atau implementasi perawatan merupakan tindakan yang dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang disusun sebelumnya berdasarkan prioritas masalah yang telah dibuat dimana tindakan yang diberikan meliputi tindakan mandiri dan kolaboratif (Keliat, 2011).

Sebelum melaksanakan implementasi keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi ulang dengan singkat apakah rencana perawatan masih

sesuai dan dibutuhkan klien sesuai kondisi saat ini. Setelah semua tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan. Pada saat akan melakukan tindakan keperawatan maka perlunya dilakukan kontrak dengan klien terlebih dahulu. selanjutnya dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan disertai respon klien ketika pelaksanaan implementasi keperawatan (Keliat, 2011).

Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari beberapa cakupan berikut :

- a. Evaluasi formatif untuk menghasilkan umpan balik selama tindakan dilakukan.
- b. Evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektifitas pengambilan keputusan.

Evaluasi dari asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assessment, planning) yaitu :

- a. S (subjektif) : Respon subjektif pasien terhadap pendekatan keperawatan yang telah dilaksanakan
- b. O (objektif) : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan
- c. A (assessment) : Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang bertentangan dengan masalah yang ada
- d. P (planning) : Tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon pasien. rencana tindak lanjut dapat berupa rencana tetap dilanjutkan (jika masalah tidak berubah) atau rencana dilakukan modifikasi (jika masalah tetap ada, dan sudah dilaksanakan semua intervensi keperawatan tetapi hasil belum memuaskan atau belum sesuai

dengan kriteria hasil) (Anggit, 2021).

A. Implementasi Dan Evaluasi Klien 1 Nn. N

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
10-07-23	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	<p>SP 1 Halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi halusinasi pasien (jenis, waktu, frekuensi, isi, durasi, situasi dan respon) 2. Mengajarkan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 3. Menganjurkan pasien untuk mencatat tindakan yang telah diberikan <p>SESI 1 CBT : Pengkajian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan pengalaman atau kejadian halusinasi, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri 2. Melatih cara untuk mengatasi satu pikiran negatif 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dapat menyebutkan namanya dan memperkenalkan diri “Selamat pagi Mbak, nama saya Nn. N.P, saya biasanya dipanggil mbak N saya tinggal di Sidoarjo.” • Klien menceritakan halusinasi yang dialami “Klien mengatakan dibawa oleh keluarga ke rumah sakit jiwa karena mendengar suara bisikan laki-laki mengucapkan terimakasih kepadanya karena sudah menemani dia mengobrol” • Pasien mampu mengidentifikasi jenis dan isi halusinasi “Suaranya seringkali memanggil saya, mengucapkan terimakasih kepada saya, dan terkadang mengajak saya berbicara” • Pasien dapat mengidentifikasi frekuensi, waktu, respon terhadap halusinasi “Suaranya muncul 2-3 kali mbak lamanya sekitar 10 menit, paling sering datang kalau saya lagi 	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
			<p>melamun atau sendirian kadang kalau ada orang natap saya dengan sinis suaranya muncul mbak. Paling sering pada malam hari mbak, biasanya ya saya biarkan tapi lama-lama ganggu juga mbak apalagi kalau saya lagi kesel biasanya saya tersulut sama suaranya terus saya mukul orang, kadang juga saya usir mbak kadang saya juga ngajak orang lain ngobrol”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal harian “Baik mbak setiap jam 09.00 nanti saya latih lagi” • Klien bercerita bahwa halusinasinya sangat mengganggu • Klien bersedia melakukan <i>Cognitif Behavior Therapy (CBT)</i> <p>“Baik mbak, besok kita bertemu lagi yaa”</p> <p>O : Kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu menyebutkan penyebab halusinasi • Pasien mampu menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan seperti jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan 	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
			<p>halusinasi dan respon terhadap halusinasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi • Pasien mampu menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi <p>Psikomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu melawan halusinasi dengan menghardik. <p>Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi. • Pasien mampu membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien bicara seperlunya • Klien sesekali nampak bicara sendiri • Klien cukup kooperatif dan bisa diarahkan . <p>P : Intervensi <i>Cognitif Behavior Therapy (CBT)</i> dilanjutkan.</p>	
11-07-23	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	<p>SP 2 Halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 3. Anjurkan pasien 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dapat menjawab salam "Waalaikumsalam warahmatullahi wabarakatuh, Selamat pagi Mbak." • Pasien dapat mengungkapkan perasaannya "Alhamdulillah baik 	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
		<p>memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari</p> <p>SESI 2 CBT : Terapi Kognitif</p> <p>Pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mereview pikiran otomatis yang negatif yang masih ada yang berkaitan dengan diri sendiri 2. Mendemonstrasikan cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua 	<p>mbak”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi kegiatan yang lalu “setelah diajarkan cara kemarin, saya dapat menerapkannya dan suara perlahan menghilang” • Pasien dapat bercakap-cakap dengan teman sekamarnya “Biasanya saya mengajak ngobrol mbak A” • Pasien mengatakan mampu memahami penjelasan yang diberikan, hal ini terlihat saat pasien menjelaskan contoh kasus yang diberikan oleh terapi. • Pasien terlihat kesulitan dalam membedakan pemikiran dan perasaan, serta reaksi fisik dan perilaku. Walaupun demikian, pada akhirnya Nn. N cukup dapat membuat formulasi khusus yang cukup tepat Nn. N mampu menggali penyebab awal yaitu semenjak putus cinta dirinya suka marah-marah dirumah serta trauma untuk berpacaran. • Pasien mengatakan merasa bersalah terhadap dirinya sendiri, selalu berpikir negatif dan berprasangka buruk mengenai dirinya apabila dihadapkan pada aktivitas tertentu. • Pasien mengatakan mampu menetapkan 	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
			<p>tujuannya mengikuti intervensi yaitu mengontrol halusinasi, mengubah pola pikir negatif menjadi positif, dapat menggali potensi diri, dapat berguna untuk orang lain.</p> <p>O :</p> <p>Kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat. <p>Psikomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dengan orang lain. <p>Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi. Pasien dapat membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan cara kedua mengalihkan halusinasi. <p>A : Klien mampu melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif kedua</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
12-07-23	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	<p>SP 3 Halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien). Anjurkan pasien 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien dapat menjawab salam dan menceritakan kabar hari ini “Walaikumsalam warahmatullahi wabarakatuh, Selamat pagi mbak tika, alhamdulillah kabar baik mbak” Pasien dapat mengatakan evaluasi 	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
		<p>memasukkan dalam kegiatan sehari-hari</p> <p>SESI 3 CBT: Terapi Perilaku</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memilih perilaku negatif yang akan dirubah 2. Mengidentifikasi perilaku positif yang digunakan untuk merubah perilaku negatif sesuai dengan terapi generalis 3. Mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif 4. menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif yang muncul akibat pengalaman halusinasi 5. Melatih pasien melakukan perilaku baru untuk mengubah perilaku negatifnya 6. Menampilkan perilaku yang baru 7. Mendiskusikan konsekuensi positif dari perilaku positif dan konsekuensi negatif untuk perilaku negatif 	<p>sebelumnya “Kondisi saya jauh lebih baik dari sebelumnya, kalau suaranya datang lagi biasanya langsung saya praktikkan dan gak lama suaranya hilang mbak, saya jauh lebih mendingan”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan “saya biasanya nonton tv sama yang lainnya mbak, trus kemarin setiap pagi diajak senam juga, jadi gak kepikiran sama bisikannya mbak, trus kalau didalam kamar biasanya diajak temenku lari-lari biar gak bosan mbak” • Pasien mampu mengidentifikasi permasalahan yang dimiliki berdasarkan sesi yang telah dilalui sebelumnya. Adapun permasalahan yang sempat dibahas dalam sesi ini adalah melatih pasien untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. • Pasien mampu mengidentifikasi jenis dan isi halusinasi “Suaranya seringkali memanggil saya, mengucapkan terimakasih kepada saya, dan terkadang mengajak saya berbicara, tetapi saya biasanya masih sering menanggapi suara tersebut” 	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
			<ul style="list-style-type: none"> • Pasien dapat mengidentifikasi frekuensi, waktu, respon terhadap halusinasi “Tadi malam suaranya muncul 2 kali mbak lamanya sekitar 5 menit, paling sering datang kalau saya lagi melamun atau sendirian mbak. Paling sering pada malam hari mbak, biasanya ya saya biarkan tapi lama-lama ganggu juga mbak, kadang juga saya usir mbak kadang datang lagi” • Pasien dapat melakukan ulang cara menghardik “Saya tutup telinga dan memejamkan mata lalu bilang kamu itu tidak ada wujudnya, kamu tidak nyata, pergi saja, jangan ganggu aku, pergi” • Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal harian “Baik mbak setiap jam 09.00 nanti saya latih lagi” • Evaluasi kegiatan hari ini “Alhamdulillah mbak, saya dapat mengingat lagi cara untuk mengusir suara itu supaya menghilang” <p>O :</p> <p>Kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu menyebutkan penyebab halusinasi • Pasien mampu menyebutkan karakteristik 	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
			<p>halusinasi yang dirasakan seperti jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan halusinasi dan respon terhadap halusinasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi • Pasien mampu menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi <p>Psikomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu melawan halusinasi dengan menghardik. <p>Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi. • Pasien mampu membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan. <p>A : Klien mampu mengidentifikasi masalah dan cara mengatasinya P : Intervensi dilanjutkan</p>	
13-07-23	Gangguan persepsi sensorial : halusinasi pendengaran	<p>SP 4 Halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan pengobatan sebelumnya 2. Jelaskan tentang pengobatan 3. Latih pasien minum obat secara teratur 4. Masukkan ke jadwal keseharian pasien <p>SESI 4 : Evaluasi</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dapat membalas sapaan "Selamat pagi mbak, mbak tika kan?" • Pasien dapat mengungkapkan perasaannya "Alhamdulillah baik mbak" • Pasien mengatakan bahwa pasien memahami bahwa 	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
		<p>Terapi Kognitif dan Perilaku</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memilih perilaku negatif kedua yang akan dirubah 2. mengidentifikasi perilaku positif yang digunakan untuk merubah perilaku negatif kedua sesuai dengan terapi generalis 3. Mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif kedua 4. Menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif kedua yang muncul akibat pengalaman halusinasi 5. Melatih pasien melakukan perilaku baru untuk mengubah perilaku negatif kedua 6. Menampilkan perilaku yang baru 7. Mendiskusikan konsekuensi positif dari perilaku positif dan konsekuensi negatif untuk perilaku negatif 8. Menerapkan terapi secara konsisten 	<p>pemikiran memiliki pengaruh yang sangat kuat bagi perilaku dan hasil dari kegiatan yang dilakukan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan bahwa pasien mampu mengidentifikasiasaat permasalahan itu muncul dan berhasil menghentikan serta membentuk pemikiran yang lebih rasional. • Pasien mengataan kesulitan dalam mencari sisi positif dalam dirinya, namun akhirnya berhasil memberikan delapan sifat positif yang dimilikinya yaitu ceria, suka memberi masukan terhadap orang lain, rajin, pintar berbicara, memiliki motivasi yang kuat untuk maju, penyayang, perhatian, da humoris. Pasien juga mampu melihat contoh perilaku nyata yang mencerminkan sifat positif itu. • Pasien mengatakan mampu melakukan kegiatan yang pasien sukai dalam katalog aktivitas yang menyenangkan. Perawat meminta pasien untuk melanjutkan dan mengaplikasikan rancangan ini di luar sesi terapi. • Evaluasi kegiatan hari ini “Alhamdulillah saya jadi tahu bahwa cara 	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
			<p>tersebut dapat mengurangi bisikan-bisikan tersebut”</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat mampu melihat sisi positif dalam dirinya • Pasien terlihat mampu merancang kegiatan yang mencerminkan perlakuan positif terhadap diri pasien <p>A : pasien mampu melihat sisi positif pada dirinya</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
14-07-23	<p>Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran</p>	<p>SESI 5 : Mencegah Kekambuhan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi 2. Memahami pentingnya CBT dan psikofarmaka disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan 3. Mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dapat mengatakan evaluasi sebelumnya “Kondisi saya jauh lebih baik dari sebelumnya, kalau suaranya datang lagi biasanya langsung saya praktikkan dan gak lama suaranya hilang mbak, saya jauh lebih mendingan” • Pasien mengatakan “saya biasanya nonton tv sama yang lainnya mbak, trus kemarin setiap pagi diajak senam juga, jadi gak kepikiran sama bisikannya mbak, trus kalau didalam kamar biasanya diajak temenku lari-lari biar gak bosan mbak” • Pasien mampu mengingat kegiatan yang dilakukan di sesi sebelumnya. Adanya kegiatan ini membuat dirinya merasa lebih baik dan perasaannya cenderung lebih positif. 	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
			<ul style="list-style-type: none"> • Pasien dapat mengevaluasi kegiatan hari ini “Alhamdulillah mbak seneng, saya jadi tahu cara untuk mengontrol suara-suara tersebut” <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien berhasil mengidentifikasi beberapa unhelpful rules and assumptions : <ol style="list-style-type: none"> 1. Saya berpikir terhadap diri saya bahwa saya yang terbaik 2. Saya dapat mengontrol halusinasi 3. Saya dapat meminum obat secara teratur. <p>A : Klien mampu melakukan perilaku positif P : Intervensi dilanjutkan.</p>	

B. Implementasi Dan Evaluasi Klien 2 Nn. Y

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
10-07-23	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	<p>SP 1 Halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mengidentifikasi halusinasi pasien (jenis, waktu, frekuensi, isi, durasi, situasi dan respon) 5. Mengajarkan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 6. Menganjurkan pasien untuk 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dapat menyebutkan namanya dan memperkenalkan diri “Selamat pagi Mbak, nama saya Nn. Y.S, saya biasanya dipanggil mbak Y saya tinggal di Surabaya.” • Klien menceritakan halusinasi yang dialami “Klien 	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
		<p>mencatat tindakan yang telah diberikan</p> <p>SESI 1 CBT : Pengkajian</p> <p>1. Mengungkapkan pengalaman atau kejadian halusinasi, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri</p> <p>2. Melatih cara untuk mengatasi satu pikiran negatif</p>	<p>mengatakan dibawa oleh keluarga ke rumah sakit jiwa karena mendengar suara bisikan dan melihat seorang laki-laki bersorban”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu mengidentifikasi jenis dan isi halusinasi “Suaranya seringkali memanggil saya, mengucapkan bullyan kepada saya karena saya belum menikah, dan terkadang mengajak saya berbicara” • Pasien dapat mengidentifikasi frekuensi, waktu, respon terhadap halusinasi “Suaranya muncul 2-3 kali mbak lamanya sekitar 10 menit, paling sering datang kalau saya lagi melamun atau sendirian kadang kalau ada orang natap saya dengan sinis suaranya muncul mbak. Paling sering pada malam hari mbak, biasanya ya saya biarkan tapi lama-lama ganggu juga mbak apalagi kalau saya lagi kesel biasanya saya tersulut sama suaranya terus saya mukul orang, kadang juga saya usir mbak kadang saya juga ngajak orang lain ngobrol” 	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
			<ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal harian “Baik mbak setiap jam 09.00 nanti saya latih lagi” • Klien bercerita bahwa halusinasinya sangat mengganggu • Klien bersedia melakukan <i>Cognitif Behavior Therapy (CBT)</i> <p>“Baik mbak, besok kita bertemu lagi yaa”</p> <p>O :</p> <p>Kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu menyebutkan penyebab halusinasi • Pasien mampu menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan seperti jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan halusinasi dan respon terhadap halusinasi. • Pasien mampu menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi • Pasien mampu menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi <p>Psikomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu melawan halusinasi dengan menghardik. <p>Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu 	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
			<p>merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien bicara seperlunya • Klien sesekali nampak bicara sendiri • Klien cukup kooperatif dan bisa diarahkan . <p>P : Intervensi <i>Cognitif Behavior Therapy (CBT)</i> dilanjutkan.</p>	
11-07-23	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	<p>SP 2 Halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 3. Anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari <p>SESI 2 CBT : Terapi Kognitif</p> <p>Pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mereview pikiran otomatis yang negatif yang masih ada yang berkaitan dengan diri sendiri 2. Mendemonstrasikan cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dapat menjawab salam "Walaikumsalam warahmatullahi wabarakatuh, Selamat pagi Mbak." • Pasien dapat mengungkapkan perasaannya "Alhamdulillah baik mbak" • Evaluasi kegiatan yang lalu "setelah diajarkan cara kemarin, saya dapat menerapkannya dan suara perlahan menghilang" • Pasien dapat bercakap-cakap dengan teman sekamarnya "Biasanya saya mengajak ngobrol mbak S" • Pasien mengatakan mampu memahami penjelasan yang diberikan, hal ini terlihat saat pasien menjelaskan contoh kasus yang diberikan oleh terapi. 	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
			<ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat kesulitan dalam membedakan pemikiran dan perasaan, serta reaksi fisik dan perilaku. Walaupun demikian, pada akhirnya Nn. Y cukup dapat membuat formulasi khusus yang cukup tepat Nn. Y mampu menggali penyebab awal yaitu semenjak putus cinta dirinya suka marah-marah dirumah serta trauma untuk berpacaran. • Pasien mengatakan merasa bersalah terhadap dirinya sendiri, selalu berpikir negatif dan berprasangka buruk mengenai dirinya apabila dihadapkan pada aktivitas tertentu. • Pasien mengatakan mampu menetapkan tujuannya mengikuti intervensi yaitu mengontrol halusinasi, mengubah pola pikir negatif menjadi positif, dapat menggali potensi diri, dapat berguna untuk orang lain. <p>O :</p> <p>Kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat. <p>Psikomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dengan orang lain. 	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
			<p>Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi. • Pasien dapat membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan cara kedua mengalihkan halusinasi. <p>A : Klien mampu melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif kedua P : Intervensi dilanjutkan</p>	
12-07-23	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	<p>SP 3 Halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien 5. Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien). 6. Anjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari <p>SESI 3 CBT: Terapi Perilaku</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memilih perilaku negatif yang akan dirubah 2. Mengidentifikasi perilaku positif yang digunakan untuk merubah perilaku negatif sesuai dengan terapi generalis 3. Mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dapat menjawab salam dan menceritakan kabar hari ini “Walaikumsalam warahmatullahi wabarakatuh, Selamat pagi mbak tika, alhamdulillah kabar baik mbak” • Pasien dapat mengatakan evaluasi sebelumnya “Kondisi saya jauh lebih baik dari sebelumnya, kalau suaranya datang lagi biasanya langsung saya praktikkan dan gak lama suaranya hilang mbak, saya jauh lebih mendingan” • Pasien mengatakan “saya biasanya nonton tv sama yang lainnya mbak, trus kemarin setiap pagi diajak senam juga, jadi gak kepikiran sama bisikannya mbak, trus kalau didalam kamar biasanya diajak temenku lari-lari biar gak bosan mbak” 	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
		<p>perilaku negatif</p> <p>4. menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif yang muncul akibat pengalaman halusinasi</p> <p>5. Melatih pasien melakukan perilaku baru untuk mengubah perilaku negatifnya</p> <p>6. Menampilkan perilaku yang baru</p> <p>7. Mendiskusikan konsekuensi positif dari perilaku positif dan konsekuensi negatif untuk perilaku negatif</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu mengidentifikasi permasalahan yang dimiliki berdasarkan sesi yang telah dilalui sebelumnya. Adapun permasalahan yang sempat dibahas dalam sesi ini adalah melatih pasien untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. • Pasien mampu mengidentifikasi jenis dan isi halusinasi "Suaranya seringkali memanggil saya, mengucapkan terimakasih kepada saya, dan terkadang mengajak saya berbicara, tetapi saya biasanya masih sering menanggapi suara tersebut" • Pasien dapat mengidentifikasi frekuensi, waktu, respon terhadap halusinasi "Tadi malam suaranya muncul 2 kali mbak lamanya sekitar 5 menit, paling sering datang kalau saya lagi melamun atau sendirian mbak. Paling sering pada malam hari mbak, biasanya ya saya biarkan tapi lama-lama ganggu juga mbak, kadang juga saya usir mbak kadang datang lagi" • Pasien dapat melakukan ulang cara menghardik 	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
			<p>“Saya tutup telinga dan memejamkan mata lalu bilang kamu itu tidak ada wujudnya, kamu tidak nyata, pergi saja, jangan ganggu aku, pergi”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan pasien memasukkan kedalam jadwal harian “Baik mbak setiap jam 09.00 nanti saya latih lagi” • Evaluasi kegiatan hari ini “Alhamdulillah mbak, saya dapat mengingat lagi cara untuk mengusir suara itu supaya menghilang” <p>O :</p> <p>Kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu menyebutkan penyebab halusinasi • Pasien mampu menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan seperti jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan halusinasi dan respon terhadap halusinasi. • Pasien mampu menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi • Pasien mampu menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi <p>Psikomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu melawan halusinasi 	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
			<p>dengan menghardik.</p> <p>Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi. • Pasien mampu membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan. <p>A : Klien mampu mengidentifikasi masalah dan cara mengatasinya P : Intervensi dilanjutkan</p>	
13-07-23	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	<p>SP 4 Halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanyakan pengobatan sebelumnya 2. Jelaskan tentang pengobatan 3. Latih pasien minum obat secara teratur 4. Masukkan ke jadwal keseharian pasien <p>SESI 4 : Evaluasi Terapi Kognitif dan Perilaku</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memilih perilaku negatif kedua yang akan dirubah 2. mengidentifikasi perilaku positif yang digunakan untuk merubah perilaku negatif kedua sesuai dengan terapi generalis 3. Mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif kedua 4. Menyusun rencana 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dapat membalas sapaan “Selamat pagi mbak, mbak tika kan?” • Pasien dapat mengungkapkan perasaannya “Alhamdulillah baik mbak” • Pasien mengatakan bahwa pasien memahami bahwa pemikiran memiliki pengaruh yang sangat kuat bagi perilaku dan hasil dari kegiatan yang dilakukan. • Pasien mengatakan bahwa pasien mampu mengidentifikasi saat permasalahan itu muncul dan berhasil menghentikan serta membentuk pemikiran yang lebih rasional. • Pasien mengataan kesulitan dalam mencari sisi positif dalam dirinya, namun akhirnya berhasil memberikan delapan sifat positif yang dimilikinya yaitu 	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
		perilaku untuk mengubah perilaku negatif kedua yang muncul akibat pengalaman halusinasi 5. Melatih pasien melakukan perilaku baru untuk mengubah perilaku negatif kedua 6. Menampilkan perilaku yang baru 7. Mendiskusikan konsekuensi positif dari perilaku positif dan konsekuensi negatif untuk perilaku negatif 8. Menerapkan terapi secara konsisten	ceria, suka memberi masukan terhadap orang lain, rajin, pintar berbicara, memiliki motivasi yang kuat untuk maju, penyayang, perhatian, dan humoris. Pasien juga mampu melihat contoh perilaku nyata yang mencerminkan sifat positif itu. • Pasien mengatakan mampu melakukan kegiatan yang pasien sukai dalam katalog aktivitas yang menyenangkan. Perawat meminta pasien untuk melanjutkan dan mengaplikasikan rancangan ini di luar sesi terapi. • Evaluasi kegiatan hari ini “Alhamdulillah saya jadi tahu bahwa cara tersebut dapat mengurangi bisikan-bisikan tersebut” O : • Pasien terlihat mampu melihat sisi positif dalam dirinya • Pasien terlihat mampu merancang kegiatan yang mencerminkan perlakuan positif terhadap diri pasien A : pasien mampu melihat sisi positif pada dirinya P : Intervensi dilanjutkan	
14-07-23	Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	SESI 5 : Mencegah Kekambuhan 1. Melakukan pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap	S : • Pasien dapat mengatakan evaluasi sebelumnya “Kondisi saya jauh lebih baik dari	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
		<p>masalah yang dihadapi</p> <p>2. Memahami pentingnya CBT dan psikofarmaka disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan</p> <p>3. Mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan</p>	<p>sebelumnya, kalau suaranya datang lagi biasanya langsung saya praktikkan dan gak lama suaranya hilang mbak, saya jauh lebih mendingan”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan “saya biasanya nonton tv sama yang lainnya mbak, trus kemarin setiap pagi diajak senam juga, jadi gak kepikiran sama bisikannya mbak, trus kalau didalam kamar biasanya diajak temenku lari-lari biar gak bosan mbak” • Pasien mampu mengingat kegiatan yang dilakukan di sesi sebelumnya. Adanya kegiatan ini membuat dirinya merasa lebih baik dan perasaannya cenderung lebih positif. • Pasien dapat mengevaluasi kegiatan hari ini “Alhamdulillah mbak seneng, saya jadi tahu cara untuk mengontrol suara-suara tersebut” <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien berhasil mengidentifikasi beberapa unhelpful rules and assumptions : Saya berpikir terhadap diri saya bahwa saya yang terbaik, Saya dapat mengontrol halusinasi, Saya dapat meminum obat secara teratur. <p>A : Klien mampu</p>	

SESI/ TANGGAL	DIAGNOSIS	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)	TT
			melakukan perilaku positif P : Intervensi dilanjutkan.	

4.2. Pembahasan

4.2.1. Pengkajian

Selama pengkajian penulis melakukan pendekatan pada pasien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka untuk membantu pasien dalam memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada pasien. Hasil pengkajian pada kedua klien didapatkan bahwa semua klien memiliki riwayat halusinasi sebelum masuk ke Rumah Sakit Jiwa Menur. Klien Nn. Nanda mengatakan sering mendengar bisikan seorang laki-laki selama dirumah yang mengatakan terimakasih dan sering mengajak ngobrol, didapatkan kontak mata kurang, nada bicara kecil, sering berbicara dan tersenyum sendiri, pasien kooperatif dan dapat diarahkan. Klien Nn. Y mengatakan sering mendengar suara-suara aneh yang mengejeknya karena belum menikah dan sering melihat seorang laki-laki bersorban di atas tempat tidurnya, data objektif yang ditemukan kontak mata pasien kurang, mulut berbicara sendiri, bersikap seperti mendengarkan sesuatu, tampak gelisah, dan kurang kooperatif.

Berdasarkan data-data tersebut, menunjukkan adanya halusinasi pendengaran pada klien. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Azizah et al (2016) mengatakan tanda dan gejala yang sering muncul pada orang dengan halusinasi yaitu berbicara, tertawa dan tersenyum sendiri, bersikap seperti mendengarkan sesuatu, berhenti berbicara sesaat ditengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu, disorientasi,

tidak mampu atau kurang konsentrasi, cepat berubah pikiran, alur pikir kacau, respon yang tidak sesuai, menarik diri, suka marah dengan tiba-tiba dan menyerang orang lain tanpa sebab, sering melamun.

4.2.2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada tinjauan kasus, didapatkan data fokus pasien sering mendengar bisikan suaranya menyerupai laki-laki yang menghasutnya untuk mencederai orang lain, bisikan itu muncul pada saat pasien sendiri dan pada saat pasien mencurigai sesuatu, pada saat bisikan tersebut muncul pasien hanya diam dan berusaha mengusirnya, sehingga munculnya diagnosa keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, hal ini sesuai dengan teori menurut (SDKI, 2017) bahwa batasan karakteristik keperawatan pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi adalah perubahan dalam respon yang biasa dalam stimulus dan halusinasi.

Berdasarkan data yang didapatkan penulis mengambil masalah utama keperawatan sebagai berikut : 1. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran (SDKI D.0095 Hal. 190) dikarenakan pasien sering mendengarkan bisikan yang menghasutnya untuk mencederai orang lain.

Penegakkan diagnosa terdapat kesenjangan dalam masalah keperawatan, jika dalam tinjauan pustaka terdapat tiga masalah keperawatan utama yang mengacu pada pohon masalah untuk tinjauan kasus tidak karena beberapa faktor pendukung munculnya sebagai masalah tambahan dalam pengambilan masalah keperawatan. Jadi, penulis memutuskan mengambil 1 diagnosa utama yaitu Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dikarenakan dalam tinjauan kasus keperawatan pada diagnosa gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran muncul lebih kompleks.

4.2.3. Intervensi Dan Implementasi Keperawatan

Intervensi *Cognitive Behavior Therapy* dilakukan melalui 5 sesi dimana sesi pertama adalah pengkajian dimana pasien diminta untuk mengungkapkan pengalaman halusinasinya, perasaan, perilaku negatif dan pikiran otomatis negatifnya, dilatih mengubah satu pikiran otomatis negatif dan diajarkan untuk melakukan latihan mandiri. Sesi kedua pasien juga dilatih untuk mengubah pikiran otomatis negatifnya yang kedua dan diajarkan untuk latihan mandiri dalam mengubah pikiran otomatis negatifnya yang lain. Selain itu pasien juga diajarkan perilaku positif baik sesuai dengan asuhan keperawatan generalis halusinasi dan juga perilaku baru yang positif dalam mengontrol halusinasinya. Secara tidak langsung, dengan *Cognitive Behavior Therapy* terapis memodifikasi pikiran dan perilaku pasien yang negatif menjadi positif. Hal tersebut dilatih terus menerus agar menjadi perilaku yang otomatis atau budaya bagi pasien. Sehingga dengan demikian dapat meningkatkan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi.

Proses latihan yang ada didalam proses *Cognitive Behavior Therapy* dapat meningkatkan pelaksanaan cara mengontrol halusinasi karena berdasarkan Notoatmodjo (2007) tingkah laku atau psikomotor merupakan hasil dari belajar. Belajar tidak lepas dari latihan. Latihan yang terus menerus akan menghasilkan tindakan yang otomatis yaitu tanpa disadari, cepat dan tepat. Diperkuat oleh pernyataan Zurilla (1988, dalam Sundberg, Winebarga & Taplin, 2007) yang menyatakan bahwa proses latihan keterampilan mengatasi masalah kompetensi sosial dan membantu individu mengurangi perilaku maladaptive serta membantu individu dalam mengatasi stress dan masalah baru.

Pada sesi pertama Nn. N dan Nn. Y dapat mengikuti dengan baik walaupun pasien masih kesulitan dalam memahami konsep-konsep yang coba diberikan oleh terapis. Walaupun demikian, pada akhirnya Nn. N dan Nn. Y dapat mencapai tujuan yang diharapkan. Berdasarkan dengan formulasi kasus, penulis menyimpulkan bahwa penyebab utama halusinasi yang dialami oleh Nn. N adalah karena depresi karena putus cinta sehingga pasien trauma dengan orang lain, suka menyendiri di dalam kamar dan suka merenung. Hal ini membuat Nn. N memiliki keraguan terhadap kemampuannya yang tercermin dari pernyataan Nn. N bahwa pasien tidak mengenal kemampuannya dan memiliki prasangka buruk mengenai dirinya ketika diminta untuk mengerjakan sesuatu. Oleh karena itu, situasi yang memunculkan emosi negatif atau perasaan tidak nyaman bagi Nn. N adalah situasi ketika muncul halusinasi yang dialami oleh Nn. N. Penyebab utama halusinasi yang dialami oleh Nn. Y adalah karena depresi karena sering dibully oleh karyawan pabrik didekat rumahnya karena Nn. Y belum menikah sehingga pasien trauma dengan orang lain, suka menyendiri di dalam kamar dan suka merenung. Hal ini membuat Nn. Y memiliki keraguan terhadap kemampuannya yang tercermin dari pernyataan Nn. Y bahwa pasien tidak mengenal kemampuannya dan memiliki prasangka buruk mengenai dirinya ketika diminta untuk mengerjakan sesuatu. Oleh karena itu, situasi yang memunculkan emosi negatif atau perasaan tidak nyaman bagi Nn. N adalah situasi ketika muncul halusinasi yang dialami oleh Nn. Y.

Permasalahan yang dimiliki Nn. N dan Nn. Y kurang lebih memiliki tema yang sama yaitu halusinasi pendengaran. Cara mengontrol halusinasi yang dilakukan Nn. N dan Nn. Y terlihat cukup berhasil, hal ini terbukti dengan adanya penurunan halusinasi yang dirasakan. Setelah mengikuti dua sesi, penulis menilai Nn. N dan Nn. Y mampu

dalam mengidentifikasi dan mempraktikkan cara mengontrol halusinasi.

Pada sesi ketiga Nn. N dan Nn. Y sudah mampu mengidentifikasi sisi positif yang pasien miliki dan membentuk pikiran lain yang lebih rasional di luar sesi secara mandiri, hal ini membuatnya merasa lebih baik daripada hari-hari sebelumnya. Nn. N dan Nn. Y mampu melihat kualitas positif yang dimiliki dan menerima itu sebagai bagian dari dirinya.

Pada sesi keempat Nn. N dan Nn. Y sudah mampu mengidentifikasi perilaku positif yang digunakan untuk merubah perilaku negatif kedua sesuai dengan terapi generalis, menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif kedua yang muncul akibat pengalaman halusinasi, hal ini dibuktikan oleh pernyataan Nn. N bahwa ketika sudah keluar dari rumah sakit Nn. N ingin bekerja karena Nn. N ingin menjadi manusia yang bermanfaat bagi orang lain. Nn. Y mengatakan bahwa dirinya akan melakukan aktivitas yang positif secara konsisten, Nn. Y juga mengatakan bahwa ingin membuka usaha dirumah untuk mengurangi halusinasi yang dialaminya. Menurut (Oemarjoedi, 2003) pada proses *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*, klien dipersiapkan agar dapat melakukan intervensi dan memotivasi dirinya sendiri untuk berubah, serta mampu berhadapan dengan kemungkinan resistensi dan relapse melalui pelatihan stress inoculation. Pelatihan ini terdiri kombinasi antara pemberian informasi, diskusi, restrukturisasi kognitif, problem solving, relaksasi, pengulangan tingkah laku, monitor diri, instruksi diri, penguatan diri, dan kemampuan dalam merubah lingkungan.

Pada sesi kelima Nn. N dan Nn. Y sudah mampu melakukan pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi, memahami pentingnya CBT dan

psikofarmaka disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan, mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan, hal ini dibuktikan pada saat melakukan sesi evaluasi pasien. Nn. N dan Nn. Y ingin menjadi manusi yang bermanfaat bagi orang lain, dan juga ingin minum obat secara teratur agar cepat sembuh.

Studi kasus ini sejalan dengan penelitian menurut (Notoatmodjo, 2007) yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang, sehingga dapat disimpulkan sebelum individu melakukan sesuatu tindakan, individu tersebut harus mengetahui terlebih dahulu manfaat tindakan tersebut bagi dirinya melalui proses pemberian informasi atau peningkatan pengetahuan.

Hasil akhir penelitian didapatkan selama proses *Cognitif Behavior Therapy (CBT)* didapatkan pasien mampu memahami dan menerapkan terapi yang diajarkan, pasien menjadi lebih kooperatif, dan lebih tenang setelah pemberian implementasi keperawatan.

Pemberian intervensi dan implementasi menggunakan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* didalam strategi pelaksanaan (SP) 1-4 dianggap sesuai didalam penatalaksanaan halusinasi. Dalam CBT, terapis akan mengidentifikasi, bertanya dan mengubah pikiran, sikap, asumsi, dan kepercayaan klien. Klien sendiri perlu menyadari bahwa cara berpikirnya akan berkontribusi pada masalah emosi yang dimilikinya seperti kecemasan (Wahidah dan adam, 2018). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Claudia, dkk (2019) yang mengatakan bahwa adanya pengaruh yang cukup

signifikan antara penerunan tingkat kekambuhan halusinasi dengan pemberian *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*.

CBT dinilai dapat memberikan efek positif terhadap pasien pengidap skizofrenia khususnya dalam konteks komunitas. CBT memberikan manfaat terhadap penyembuhan gejala skizofrenia secara keseluruhan termasuk halusinasi pendengaran, dan diperkirakan efeknya dapat menetap selama 1 tahun setelah diberikan treatment secara rutin. Hasil ini sejalan dengan penelitian dari Morrison et al (2019), yang menjelaskan bahwa CBT membantu pasien skizofrenia dalam meringankan gejala yang muncul, khususnya pada pasien yang menolak untuk mengkonsumsi obat antipsikotik. Selain itu, CBT juga bisa membantu pasien dalam mengembalikan dan meningkatkan kemampuan sosial yang dimiliki.

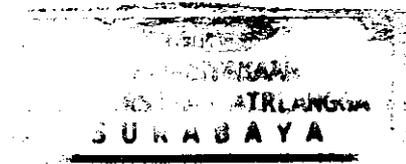
Selain pemberian *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* pasien jiwa dengan halusinasi juga mendapatkan terapi pengobatan dan terapi modalitas. Pemberian terapi Modalitas yang tepat untuk mengatasi pasien halusinasi yaitu Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) stimulasi persepsi yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan sensori, upaya memusatkan perhatian, kesegaran jasmani dan mengekspresikan perasaan. Terapi ini menggunakan aktivitas sebagai stimulus dan terkait dengan pengalaman dalam kehidupan untuk didiskusikan dalam kelompok (Keliat & Pawirowiyono., 2014). Dengan terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi ini, maka akan memberikan dampak positif dalam upaya pencegahan, meningkatkan pengobatan, dan pemulihan kesehatan.

Tenaga kesehatan dalam khususnya perawat jiwa diharapkan dapat meningkatkan penerapan Strategi Pelaksanaan dengan penerapan komunikasi

terapeutik saat bertugas, serta tetap memberikan terapi modalitas berupa TAK didalam proses penyembuhan pasien jiwa dengan harapan dapat meningkatkan kualitas dalam pelayanan Rumah Sakit dan dapat menurunkan halusinasi pada pasien skizofrenia.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Diagnosis keperawatan utama pada kedua responden studi kasus adalah halusinasi.
2. Intervensi keperawatan jiwa yang diberikan kepada kedua klien dalam bentuk memberikan *Cognitif Behavior Therapy (CBT)* dalam Strategi Pelaksanaan (SP) yang terdiri dari SP 1 sampai SP 4 dan didapatkan hasil evaluasi didapatkan bahwa klien mampu mengikuti dan melaksanakan penerapan SP yang telah diajarkan serta penerapan SP pada pasien jiwa dengan halusinasi mampu menurunkan dan mengatasi halusinasi yang dialami pasien.
3. Intervensi lainnya yang diberikan kepada pasien berupa pemberian terapi modalitas yaitu Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) stimulasi persepsi.

5.2. Saran

1. Bagi Klien

Diharapkan klien dapat menerapkan *Cognitif Behavior Therapy (CBT)* dalam strategi pelaksanaan (SP) yang telah diajarkan guna untuk mengatasi masalah halusinasi yang dialami.

2. Bagi Perawat

Diharapkan perawat mampu meningkatkan pemberian pelayanan kesehatan

khususnya pemberian *Cognitif Behavior Therapy (CBT)* pada pasien jiwa dalam mengatasi kasus halusinasi dengan SP dan meningkatkan komunikasi terapeutik untuk meningkatkan pelayanan dan tingkat kesembuhan pada pasien.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan peneliti dapat memperbanyak sumber atau referensi yang berkaitan dengan asuhan keperawatan jiwa khususnya dalam penatalaksanaan halusinasi pada pasien jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Abrams, DJ., Rojas, DC., Arciniegas, D. (2018) 'Is Schizoaffective disorder a distinct clinical condition?', *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(6) 1089–1109)
- Ah. Yusuf, A., Fitryasari, R. and Nihayati, H.E. (2015) *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika
- Arif Iman S, 2006, *Skizofrenia*, Bandung, Refika Utama
- Azizah, L. M., Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa: Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*.
- Baradero, M., Dayrit, M. W., & Maratning, A. (2015). *Kesehatan Mental Psikiatri: Seri Asuhan Keperawatan (A. Linda (ed.))*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Corsini, R.J & Wedding, D. (2011). *Current Psychoterapies (9th edition)*. Canada “Brooks/Cole.
- Damayanti, M., & Iskandar. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa. Bandung: PT Refika Aditama*.
- Danastri IGAM, Putra IBD. *Inflammatory bowel disease: Foiling inflammatory bowel disease. Sci Transl Med.* 2013;5(209):1-29
- Fatimah Qf. (2020). Gambaran Kesejahteraan Psikologis Pada Family Caregiver Orang Dengan Skizofrenia Di Instalasi Rawat Jalan Grha Atma Bandung. *Acta Universitatis Agriculturae Et Silviculturae Mendelianae Brunensis*, 53(9), 1689–1699.
- Hawari, Dandang. 2012. *Skizofrenia: Pendekatan Holistik (BPSS) Bio-Psiko Sosial Spiritual* Edisi 3. Jakarta. Fakultas Kedokteran UI.
- Hawari, D (2014) *Skizofrenia dan Pendekatan Holistik (BPSS) BioPsiko-Sosial-Spiritual*. Jakarta: FKUI.
- Jatmika, I.D.G.P., Triana, K.Y. and Purwaningsih, N.K (2020) 'Hubungan Komunikasi Terapeutik dan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali', *Jurnal Keperawatan Raflesia*, 2, pp. 1–10. doi:10.33088/jkr.v2i1.485.
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta:

Buku Kedokteran EGC.

Keliat, B. A., & Pawirowiyono, A. (2013). *Keperawatan Jiwa :Terapi Aktivitas Kelompok (2nd ed.; B. Angelina, ed.)*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Keliat, B.A.dkk. (2012). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta : EGC.

Kelliat, B.A., dkk (2011) *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN-Basic Course)*. Jakarta: EGC.

Keliat, B. A., Wiyono, A. P., & Susanti, H. (2011). *Manajemen Kasus Gangguan Jiwa: CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.

Kusumawati (2010) *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

Livana, Istibsyaroh, I., Sujarwo, Suerni, T., Kandar, & Nughroho, A. (2018). *Peningkatan Kemampuan Pasien Dalam Mengontrol Halusinasi Melalui Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi*. 5(1), 35–40.

Maramis. 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi 2. Surabaya: Airlangga

Martin (2010) CBT. Available at: <http://www.minddisorders.com/Br-Del/Cognitive-Behavioral-therapy.html> (Accessed: 19 September 2017)

Muhith, Abdul. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa teori dan aplikasi*. ANDI OFFSET.

Muqodas, I. (2011) '*Cognitive-Behavior Therapy : Solusi Pendekatan Praktek Konseling di Indonesia*', pp.1-22.

Nursalam (2015) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. 5th edn. Jakarta: Salemba Medika.

Oemarjoedi. (2003). *Pendekatan cognitive behaviour therapy dalam psikoterapi*. Jakarta: Penerbit Kreatif Medika.

Pardede J.A, Keliat B.A, & Wardani I.C. (2013). *Pengaruh acceptance and comittment therapy dan pendidikan kesehatan terhadap gejala dan kemampuan berkomitmen pada pengobatan dan kepatuhan klien Skizofrenia di RSJD Prop Sumatra Utara*. Tesis: FIK UI.

PPNI (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator*

- Diagnostik. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.
- Prabowo (2014) *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sri Atun. (2018). *Model Praktik Klinik Keperawatan Jiwa (Tjahyanti & Dinarti (eds.))*. Jakarta Pusat: Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan (AIPVIKI).
- Stallard, P. (2009) *Anxiety: Cognitive Behavior Therapy with Children and Young People*. USA: John Wiley & Sons Inc.
- Stuart, G.W.(2013).*Buku Saku Keperawatan Jiwa*, edisi 5 (Alih Bahasa Oleh Ramona.P . Kapoh, Egi Komara Yudha). Jakarta: Elsevier
- Susilawati, & Fredika, L. (2019). *Pengaruh Intervensi Strategi Pelaksanaan Keluarga Terhadap Pengetahuan Dan Kemampuan Keluarga Dalam Merawat Klien Skizofrenia Dengan Halusinasi*. 3, 405–415.
- Sutejo. (2019). *Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Baru
- Videbeck, S.L. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* (Renata Komalasari & Alfrina Hani, Penerjemah). Jakarta: EGC
- Wardani, I. Y., & Dewi, F. A. (2018). *Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Dipersepsikan Melalui Stigma Diri*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. <https://doi.org/10.7454/jki.v21i1.485>
- Westbrook, D., Kennerly, & Kirk, J. (2007). *An Introduction to Cognitive Behavior Therapy: Skills and Applications*. Los Angeles: Sage Punlication.
- Yosep Iyus. (2011) *Keperawatan Jiwa* (Edisi Revisi). Bandung: Refika Aditama

LAMPIRAN

PEDOMAN PELAKSANAAN COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY PADA PASIEN HALUSINASI

A. PENGERTIAN *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)*

Terapi kognitif dan perilaku adalah intervensi terapeutik yang bertujuan untuk mengurangi tingkah laku mengganggu dan maladaptif dengan mengembangkan proses kognitif yang didasarkan pada asumsi bahwa afek dan tingkah laku adalah produk dari kognitif oleh karena itu intervensi kognitif dan tingkah laku dapat membawa perubahan dalam pikiran, perasaan, dan tingkah laku (Stallard, 2009). *Cognitive Behavior Therapy* memiliki asumsi dasar bahwa afek dan perilaku sebagian besar merupakan produk kognisi, oleh karena itu intervensi kognitif dan perilaku dapat membawa perubahan pada pemikiran, perasaan, dan perilaku (Kendall dalam Stallard, 2004).

B. TUJUAN *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)*

Tujuan utama dari CBT adalah untuk meningkatkan *self awareness*, memfasilitasi pemahaman diri yang lebih baik, dan meningkatkan kontrol diri dengan mengembangkan kemampuan kognitif dan perilaku yang lebih tepat (Stallard, 2004). Pengembangan kemampuan kognitif dapat dilakukan dengan mengubah pemikiran dan keyakinan disfungsional yang bersifat negatif, bias, dan *self critical* (Stallard, 2004). Terdapat beberapa teknik yang dapat dilakukan untuk mengembangkan kemampuan kognitif ini, antara lain dengan edukasi, identifikasi keyakinan disfungsional, *thought monitoring*, *thought evaluation*, dan *development of alternative cognitive processes* (Stallard, 2004). Sedangkan pengembangan perilaku yang lebih adaptif dapat dilakukan dengan beberapa teknik, antara lain *target setting*, *activity rescheduling*, dan *behavior experiment* (Stallard, 2004). Adanya keterampilan kognitif dan perilaku yang baru membuat individu menghadapi situasi sulit dengan cara yang lebih tepat (Stallard, 2004).

C. INDIKASI *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)*

Indikasi *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* adalah pada pasien depresi, ansietas termasuk obsessive compulsive, agoraphobia, phobia spesifik, ansietas

menyeluruh dan posttrauma, stress, gangguan makan, adiksi, hypochondriasis, disfungsi sexual, majemen marah, gangguan pengontrolan impuls, perilaku antisosial, kecemburuan, pemulihansexual abuse, gangguan kepribadian, masalah kesehatan mental kronis, disability psikis, skizofrenia, manajemen nyeri, manajemen stress, gangguan perilaku pada anak dan remaja dan masalah hubungan dalam keluarga (Froggrat, 2006). Hal tersebut menunjukkan bahwa *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* efektif dalam mengatasi masalah pada pasien, tidak hanya pasien jiwa baik berat tetapi juga pada gangguan mental emosional.

Pada pasien gangguan jiwa berat seperti skizofrenia, masalah yang mayoritas ditemukan adalah halusinasi. Hal ini sesuai dengan Stuart dan Laraia (2005) yang menyatakan bahwa 70% pasien skizofrenia mengalami halusinasi. Halusinasi apabila tidak ditangani dengan baik maka akan dapat beresiko buruk pada diri pasien sendiri, oranglain, dan juga lingkungan sekitar. Dan berdasarkan Vorcalis, Carson dan Shoemaker (2006) dan National Institute Mental Health of United States (2007), upaya yang dilakukan untuk mengatasi halusinasi pasien salah satunya adalah dengan pemberian psikoterapi *Cognitive Behavior Therapy (CBT)*.

D. PRINSIP PELAKSANAAN *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)*

Menurut Westbrook, Kennerly, dan Kirk (2007), CBT mengandung beberapa prinsip dasar seperti :

1. Prinsip kognitif

Ide utama dari prinsip kognitif ini adalah bahwa reaksi emosional dan perilaku individu dipengaruhi dengan kuat oleh kognisi mereka, yaitu pemikiran, kepercayaan, dan interpretasi mereka mengenai diri mereka atau situasi yang mereka hadapi atau dengan kata lain arti yang mereka berikan terhadap kejadian yang terjadi dalam hidup mereka. Kejadian yang ada tidak serta merta menghasilkan suatu reaksi tertentu, karena terdapat reaksi yang berbeda-beda dari tiap individu yang menghadapi kejadian yang sama. Jadi ada hal lain yang menentukan reaksi individu terhadap suatu kejadian yaitu kognisi mereka. Saat terdapat dua orang yang bereaksi secara berbeda terhadap suatu kejadian yang sama, hal ini dikarenakan mereka menginterpretasi kejadian itu

dengancara yang berbeda. Kognisi yang berbeda menghasilkan reaksi emosi yang berbeda pula.

2. Prinsip perilaku

Perilaku juga merupakan bagian yang penting dalam mempertahankan atau merubah keadaan psikologis seseorang. CBT percaya bahwa perilaku memiliki dampak yang kuat terhadap pemikiran dan emosi seseorang, merubah perilaku klien merupakan suatu cara yang dapat diusahakan untuk mengubah pemikiran dan emosi seseorang.

3. Prinsip “continuum”

CBT melihat masalah kesehatan mental sebagai versi ekstrim dari proses yang biasa terjadi bukan merupakan sebuah keadaan yang secara kualitatif berbeda dari keadaan maupun proses normal, atau dengan kata lain, masalah psikologis berada di ujung lain dari sebuah continuum bukan sebuah dimensi yang benar-benar berbeda. Oleh karena itu, masalah psikologis ini dapat terjadi pada siapa saja dan teori CBT dapat diaplikasikan kepada klien dan terapis.

4. Prinsip ‘here and now’

Fokus utama dari terapi ini adalah apa yang terjadi saat ini dan proses apa yang sampai saat ini terjadi sehingga masalah yang ada tetap bertahan. Tidak seperti psikoanalisa, CBT tidak melihat proses yang membentuk masalah tersebut terjadi.

5. Prinsip ‘interacting systems’

CBT melihat bahwa masalah seharusnya dianalisa sebagai interaksi yang terjadi antara individu dan lingkungan. Dalam CBT dikenal empat system, yaitu kognisi, afek/emosi, perilaku, dan fisiologi. Keempat system tersebut saling berinteraksi dalam proses feedback yang kompleks dan juga berinteraksi dengan lingkungan. Lingkungan yang dimaksud bukan hanya lingkungan fisik, tetapi juga lingkungan sosial, keluarga, budaya, dan ekonomi.

E. SESI DALAM *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)*

Pada proses pelaksanaan terapi kognitif dan perilaku dibagi dalam 5 sesi, setiap

sesi dilaksanakan selama kurang lebih 30-45 menit untuk setiap klien.

1. Sesi 1 : Pengkajian

Mengungkapkan pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, perasaan, dan perilaku negatif yang dialami klien (assessment) berkaitan dengan stressor yang dialami sesuai dengan diagnosis keperawatan. Melatih bagaimana cara untuk mengatasi satu pikiran negatif klien.

2. Sesi 2 : Terapi Kognitif

Meriview pikiran otomatis negative klien yang masih ada berkaitan dengan diri sendiri dan melanjutkan dengan melatih mengatasi pikiran negatif kedua menggunakan pikiran positif. Klien mendemonstrasikan cara mengatasi pikiran negatif kedua.

3. Sesi 3 : Terapi perilaku

Klien mampu memilih pikiran negative yang ingin dirubah, mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki dan Menyusun rencana untuk mengubah perilaku negatif yang muncul akibat stressor yang muncul, mampu menampilkan perilaku adaptif dalam mengatasi pikiran negatif

4. Sesi 4 : Evaluasi dari terapi kognitif dan terapi perilaku

Mengevaluasi kemajuan perkembangan dari pelaksanaan sesi-sesi sebelumnya. Klien mendemostrasikan cara merubah pikiran negatif yang mengganggu menjadi positif, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari sesuai dengan konsekuensi yang disepakati dengan terapis.

5. Sesi 5 : Kemampuan merubah pikiran negatif dan perilaku maladaptif untuk mencegah kekambuhan

Menjelaskan pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lain disamping dengan terapi kognitif dan perilaku untuk mencegah kekambuhan, mempertahankan dan membudayakan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan dengan masalah.

F. TEMPAT PELAKSANAAN *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)*

Cognitive Behavior Therapy (CBT) dilaksanakan di ruang rawat tempat pasien di rawat, suasana tenang, nyaman dan *privacy* terjaga.

G. DAFTAR PIKIRAN, PERASAAN DAN PERILAKU NEGATIF

1. Pikiran negatif

Menurut Beck (1987, dalam Towsend, 2009; Burns, 1998 dalam Safaria & Saputra, 2009) dan Oemarjoedi (2003), macam-macam pikiran otomatis negatif atau distorsi kognitif yang dapat menyebabkan kegalauan emosi dapat terjadi dalam beberapa bentuk yaitu :

- a. Pemikiran segalanya atau tidak sama sekali, hal ini menunjukkan segala sesuatu dari kategori hitam atau putih secara ekstrem. Contoh : karena saya telah kalah bersaing maka saya nol besar.
- b. Terlalu mengeneralisasi (*over generalisasi*), yaitu memandang peristiwa yang negative sebagai sebuah kekalahan tanpa akhir. Contoh : inilah saya selalu tidak dapat melakukan yang terbaik, saya sangat sial tidak dapat seperti orang lain.
- c. Filter mental, yaitu menemukan hal kecil yang negatif dan terus memikirkannya sehingga pandangan dalam diri individu menjadi gelap. Contoh : seorang Wanita menemukan kriteria yang terlalu tinggi untuk memilih calon suami, berakibat kepada sulitnya kriteria tersebut terpenuhi, lalu menyimpulkan bahwa ia tidak layak untuk bersuami.
- d. Mendiskualifikasi yang positif, yaitu menolak pengalaman-pengalaman positif dengan bersikeras bahwa semua itu bukan apa-apa. Contoh : Mereka memuji saya kan hanya bas abasi, sebenarnya saya kan jelek.
- e. Loncatan kesimpulan, yaitu membuat sebuah penafsiran negatif walaupun tanpa fakta yang jelas untuk mendukung kesimpulan. Contoh : seorang pria yang mengalami kegagalan dalam perkawinannya menjadi enggan untuk membina hubungan baru karena yakin akan gagal lagi.
- f. Pembesaran dan pengecilan, yaitu melebih-lebihkan pentingnya segala sesuatu hal (misalnya kesuksesan oranglain atau kesalahan diri sendiri). Contoh : kegagalan kecil dianggap sebagai akhir dari segalanya.
- g. Penalaran emosional, yaitu menganggap bahwa emosi-emosi yang negatif mencerminkan bagaimana sebenarnya realita. Contoh : saya

memang orang yang menyedihkan dan tidak berguna sekalipun hanya dalam mengerjakan tugas kuliah.

- h. Pernyataan harus, yaitu mencoba menggerakkan diri sendiri dengan harus serta seharusnya tidak, seolah-olah harus dicambuk untuk melakukan sesuatu. Contoh : seharusnya saya tidak terlambat, saya seharusnya datang tepat waktu dan harus disiplin.
- i. Memberi cap salah yaitu suatu bentuk ekstrem dari over generalisasi, selain menguraikan kesalahan dalam diri individu, individu memberi sebuah cap yang negatif pada diri sendiri. Contoh : saya adalah orang yang sial.
- j. Personalisasi yaitu mengundang diri sebagai penyebab dari suatu peristiwa eksternal yang negatif. Distorsi ini merupakan sumber bersalah dan individu yang mengalaminya merasa bertanggungjawab atas semua peristiwa negatif yang terjadi. Contoh : saya adalah ibu yang jelek karena saya telah gagal melakukan pekerjaan tersebut.

Pada pasien halusinasi, pikiran otomatis negatif atau distorsi kognitif yang sering dijumpai adalah halusinasi merupakan suatu hal yang maha kuat dan sangat mengontrolnya sehingga pasien tidak mampu untuk mengontrol maupun menolaknya (Chadwick & Birchwood, 1994 dalam Smith, 2003).

2. Dampak halusinasi terhadap perasaan

Halusinasi merupakan salah satu upaya maladaptif yang digunakan pasien untuk memberikan kenyamanan terhadap stressor yang dialaminya. Sehingga pada saat halusinasi muncul, perasaan pasien bisa positif dan juga negatif. Perasaan positif dan negatif yang dirasakan pasien adalah

a. Perasaan positif

Merasa senang, semangat, berani, tenang, riang gembira, nyaman, percaya diri, ingin tau, sangat senang, energik, gembira, menggembarakan, bersemangat, senang, baik, berterimakasih, berharap, menggelikan, damai, bangga, rileks, simpatik (Smith, 2003).

b. Perasaan negatif

Takut, marah, cemas, gelisah, malu, aneh, bingung, putus asa, depresi, tidak puas, kecil hati, tidak percaya, malu, marah, frustrasi, bersalah, tidak berdaya, menakutkan, terhina, tersakiti, tidak sabar, tidak nyaman, terganggu, cemburu, menyedihkan, tidak dapat dimengerti, menyesal, susah sembuh, stress, terancam, bermasalah, bimbang, khawatir, tegang (Smith, 2003).

c. Perilaku negatif

Perilaku negatif yang timbul oleh halusinasi adalah pasien akan mengikuti isi halusinasinya (Smith, 2003). Contoh : ketika isi halusinasi memerintah mengambil pisau dan bunuh diam aka pasien akan mengitasi rumah, bingung dan ketakutan dan mengikuti perintah halusinasinya tersebut. Selain itu berdasarkan Pinikahana, Happell dan Keks (2003, dalam Struat dan Laraia, 2005) disebut kan bahwa 9 sampai dengan 13% pasien skizofrenia mengalami *suicide* karena isi halusinasinya. Oleh sebab itu halusinasi berakibat sangat buruk dan membahayakan bagi diri pasien, orang lain, dan juga lingkungan sekitar. Dan hal tersebut perlu ditangani sesegera mungkin.

Struart dan Laraia (2005) menyebutkan bahwa untuk mengatasi perilaku yang negatif diatas maka pasien halusinasi diajarka perilaku baru atau strategi koping baru untuk membantunya mengontrol halusinasi. Perilaku baru yang akan dilatih pada pasien halusinasi meliputi : distraksi, patuh obat, meningkatkan interaksi sosial, meningkatkan aktivitas, relaksasi, menghardik halusinasi dan mengubah keyakinan tentang halusinasi. Sedangkan Smith (2003) menyebutkan perilaku baru yang perlu dilatih pada pasien adalah *problem solving*, relaksasi, distraksi dan aktivitas terjadwal.

H. PELAKSANAAN *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)*

1. Persiapan

a. Melakukan seleksi pasien

Pasien yang dipilih adalah pasien yang menderita halusinasi yang dapat

dikaji melalui lembar kuisioner tanda dan gejala halusinasi.

- b. Menyepakati pelaksanaan *cognitive behavior therapy* dalam 5 sesi dan dilakukan dalam waktu 1 minggu.

2. Pelaksanaan

- a. Sesi 1 : Pegkajian

Mengungkapkan pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, perasaan, dan perilaku negatif yang dialami klien (assessment) berkaitan dengan stressor yang dialami sesuai dengan diagnosis keperawatan. Melatih bagaimana cara untuk mengatasi satu pikiran negatif klien.

- b. Sesi 2 : Terapi Kognitif

Meriview pikiran otomatis negative klien yang masih ada berkaitan dnegan diri sendiri dan melanjutkan dengan melatih mengatasi pikiran negatif kedua menggunakan pikiran positif. Klien mendemonstrasikan cara mengatasi pikiran negatif kedua.

- c. Sesi 3 : Terapi perilaku

Klien mampu memilih pikiran negative yang ingin dirubah, mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki dan Menyusun rencana untuk mengubah perilaku negatif yang muncul akibat stressor yang muncul, mampu menampilkan perilaku adaptif dalam mengatasi pikiran negatif

- d. Sesi 4 : Evaluasi dari terapi kognitif dan terapi perilaku

Mengevaluasi kemajuan perkembangan dari pelaksanaan sesi-sesi sebelumnya. Klien mendemostrasikan cara merubah pikiran negatif yang mengganggu menjadi positif, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari sesuai dengan konsekuensi yang disepakati dengan terapis.

- e. Sesi 5 : Kemampuan merubah pikiran negatif dan perilaku maladaptif untuk mencegah kekambuhan

Menjelaskan pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lain disamping dengan terapi kognitif dan perilaku untuk mencegah kekambuhan, mempertahankan dan membudayakan pikiran positif dan

perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan dengan masalah.

3. Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi dan dokumentasi dilakukan dengan 2 cara :

a. Buku kerja pasien

Buku kerja pasien merupakan buku yang berisikan seluruh catatan harian pasien, seluruh perasaan, perilaku dan pikiran otomatis negatif akibat halusinasi dan catatan tentang cara melawan pikiran otomatis negatif dan perilaku yang akan diubah. Buku kerja ini akan disimpan oleh pasien sendiri dan dibawa setiap akan mengikuti terapi. Penggunaan buku kerja tersebut pada awal sesi dilakukan setelah terapis mendiskusikan cara penggunaan buku dan setelah menggali dan membantu pasien mengungkapkan pikiran otomatis negatif.

b. Buku raport pasien

Buku raport pasien merupakan buku tentang dokumentasi evaluasi pelaksanaan *cognitive behavior therapy* pada pasien halusinasi yang dipegang oleh terapis. Buku ini berisikan tentang kemampuan pasien melakukan sesi demi sesi dalam *cognitive behavior therapy*.

4. Peran Terapis

- a. Membantu pasien mengungkapkan perasaan, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri (*assessment*) dan mengenali pikiran negatif dan perilaku maladaptive yang dialami.
- b. Membantu pasien belajar cara untuk mengatasi pikiran negatif dan perilaku maladaptive.
- c. Membantu pasien menyusun rencana tindakan yang akan dilakukan dalam merubah perilaku negatif.
- d. Menyetujui dengan pasien konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku yang ditampilkan.
- e. Memberi *feed back* pada pasien atau hasil kemajuan dan perkembangan terapi.
- f. Mendiskusikan dengan pasien tentang kemajuan dan perkembangan

terapi.

- g. Membantu pasien untuk tetap menerapkan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku yang ditampilkan.
- h. Mengevaluasi pelaksanaan tindakan terhadap perilaku dengan konsekuensi yang telah disepakati.
- i. Membuat komitmen dengan pasien untuk melakukan metode untuk mengubah pikiran jadi positif dan perilaku jadi adaptif secara mandiri dan berkesinambungan yaitu pasien sendiri yang membantu dirinya untuk mencegah kekambuhan.
- j. Membuat komitmen dengan pasien untuk secara aktif melakukan pikiran, perasaan dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi.

B. IMPLEMENTASI *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)* PADA PASIEN HALUSINASI

SESI 1 CBT : PENGKAJIAN

Tujuan :

Pasien mampu :

1. Mengungkapkan pengalaman atau kejadian halusinasi, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri
2. Melatih cara untuk mengatasi satu pikiran negatif

Setting

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di rumah sakit
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

Alat

1. Buku raport pasien halaman 1
2. Buku kerja pasien
3. Alat tulis

Metode

1. Diskusi dan tanya jawab

Langkah-langkah Kegiatan

A. Persiapan

1. Membuat kontrak dengan pasien bahwa terapi akan dilaksanakan secara individual dalam 5 (lima) sesi. Jika pasien berhasil melewati masing-masing sesi sesuai kriteria maka pasien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya, jika tidak maka pasien akan mengulangi sesi tersebut.
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

B. Pelaksanaan

1. Orientasi
 - a. Salam terapeutik
 - 1) Salam dari terapis
 - 2) Perkenalan nama dan panggilan terapis
 - 3) Menanyakan nama dan panggilan pasien
 - b. Evaluasi dan validasi
 - 1) Menanyakan bagaimana perasaan pasien saat ini
 - 2) Mengevaluasi cara generalis yang telah diketahui pasien dalam mengontrol halusinasi
 - c. Kontrak
 - 1) Menjelaskan tujuan pertemuan pertama yaitu
 - a) Mengungkapkan pengalaman atau kejadian halusinasi, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri
 - b) Melatih cara untuk mengatasi satu pikiran negatif
 - 2) Terapis menjelaskan aturan sebagai berikut :
 - a) Terapi dilakukan dalam 5 sesi dan dilakukan dalam waktu 1 minggu
 - b) Lama kegiatan 30 menit
 - c) Pasien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
 - d) Pasien berperan aktif dalam mengungkapkan pengalaman atau kejadian halusinasi, perasaan, perilaku dan pikiran.

e) Terapis menjelaskan buku kerja pasien

2. Fase Kerja

a. Terapis mendiskusikan tentang :

- 1) Semua pengalaman atau kejadian halusinasi
- 2) Perasaan dan perilaku negatif yang muncul akibat halusinasi
- 3) Semua pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri
- 4) Mencatat perasaan, perilaku dan pikiran negatif dalam buku kerja pasien oleh pasien atau mahasiswa

b. Melatih satu pikiran otomatis negatif

- 1) Memilih satu pikiran negatif yang paling mengganggu
- 2) Mencatat pikiran positif untuk mengatasi pikiran negatif dalam buku kerja pasien
- 3) Latihan cara untuk mengatasi satu pikiran otomatis negatif yaitu dengan cara pasien diminta untuk mengisi pikirannya dengan pikiran otomatis negatif tersebut dan mencoba melawannya dengan cara mengatakan pada dirinya sendiri “tap ikan saya” dengan pikiran positif (dialog internal). Contoh : saya merasa tidak berdaya karena suara-suara tersebut sangat kuat tapikan saya bisa mengontrolnya karena tidak ada yang tidak mungkin terjadi di dunia ini.

c. Terapis memberikan pujian atas komitmen dan semangat pasien

3. Terminasi

a. Evaluasi

- 1) Menanyakan perasaan pasien setelah Latihan
- 2) Mengevaluasi kemampuan pasien mengenali perasaan dan perilaku maladaptive yang dialami serta pikiran negatif
- 3) Mengevaluasi kemampuan pasien dalam melatih cara untuk mengatasi satu pikiran otomatis negatif
- 4) Memberikan umpan balik positif atas Kerjasama pasien yang baik

b. Tindak lanjut

- 1) Mengajukan pasien untuk latihan mandiri cara untuk mengatasi pikiran negatif akibat halusinasi yang sudah dipelajari, catat waktu terjadinya, cara yang dilakukan dan bagaimana hasilnya
 - 2) Mencatat perasaan, perilaku dan pikiran negatif lainnya yang muncul saat halusinasi terjadi pada buku kerja pasien
 - 3) Mencatat pikiran positif lain yang dapat melawan pikiran otomatis negatif akibat halusinasi di buku kerja pasien.
- c. Kontrak yang akan datang
- Menyepakati topik percakapan pada sesi 2 yaitu pasien mampu mengatasi pikiran otomatis yang kedua.

C. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Dokumentasi evaluasi

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi pada sesi 1 adalah kemampuan pasien memperkenalkan diri, mengungkapkan kejadian atau pengalaman halusinasi, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, memilih satu pikiran otomatis negatif untuk dilatih, mengidentifikasi hal positif untuk mengatasi pikiran negatif dan latihan cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang pertama.

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika pasien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 1, pasien mampu mengungkapkan kejadian atau pengalaman halusinasi, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, memilih satu pikiran otomatis negatif untuk dilatih, mengidentifikasi hal positif untuk mengatasi pikiran negatif dan latihan cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang pertama, pasien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 2. Jika pasien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 1, pasien belum mampu mengungkapkan pengalaman atau kejadian halusinasi,

perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, pikiran otomatis yang negatif yang dialami pasien, dianjurkan pasien untuk melatih diri secara mandiri (buat jadwal).

SESI 2 CBT : TERAPI KOGNITIF

Tujuan :

Pasien mampu :

1. Mereview pikiran otomatis yang negatif yang masih ada yang berkaitan dengan diri sendiri
2. Mendemonstrasikan cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua

Setting

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di rumah sakit
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

Alat

1. Buku raport pasien halaman 2
2. Buku kerja pasien
3. Alat tulis

Metode

1. Diskusi dan tanya jawab

Langkah-langkah Kegiatan

A. Persiapan

1. Mengingatkan kontrak dengan pasien
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

B. Pelaksanaan

1. Orientasi
 - a. Salam terapeutik
 - 1) Salam dari terapis dengan memanggil nama panggilan pasien
 - b. Evaluasi dan validasi
 - 1) Menanyakan bagaimana perasaan pasien saat ini

- 2) Menanyakan kepada pasien apakah halusinasi atau suara-suara muncul, pikiran otomatis negatif seperti yang dilatih muncul, jika muncul kapan waktunya, cara apa yang telah dilakukan dan bagaimana hasilnya.
 - 3) Menanyakan apakah ada pikiran positif lain yang dapat melawan pikiran otomatis negatif yang dilatih
 - 4) Menanyakan apakah ada perasaan, perilaku dan pikiran negatif lainnya yang muncul saat halusinasi terjadi
 - 5) Mengevaluasi apakah halusinasi telah berkurang
 - 6) Evaluasi kemampuan dan hambatan pasien dalam membuat catatan harian
- c. Kontrak
1. Menjelaskan tujuan pertemuan sesi 2 yaitu memilih pikiran otomatis yang negatif yang kedua yang akan diubah.
 2. Menyepakati tempat dan waktu
4. Fase Kerja
- a. Menanyakan apakah pasien sudah memilih pikiran otomatis kedua yang akan diubah
 - b. Diskusikan dengan pasien pikiran otomatis negatif kedua yang telah dipilih untuk diselesaikan dalam pertemuan kedua ini
 - c. Latih pasien cara melawan pikiran otomatis negatif kedua dengan cara yang sama seperti dalam melawan pikiran otomatis negatif yang pertama yaitu dengan cara mencatat pikiran positif untuk mengatasi pikiran negatif dalam buku kerja pasien, latihan cara untuk mengatasi satu pikiran otomatis negatif yaitu dengan cara pasien diminta untuk mengisi pikirannya dengan pikiran otomatis negatif tersebut dan mencoba melawannya dengan cara mengatakan pada dirinya sendiri “tap ikan saya” dengan pikiran positif (dialog internal).
 - d. Memberikan pujian terhadap keberhasilan pasien
 - e. Terapis memberi *reinforcement* positif terhadap keberhasilan pasien

5. Terminasi

a. Evaluasi

- 1) Terapis menanyakan perasaan pasien setelah Latihan mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua
- 2) Menanyakan berapa pikiran otomatis negatif yang telah dilatih
- 3) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan pasien

b. Tindak lanjut

- 1) Menganjurkan pasien melawan pikiran otomatis negatif 1 dan 2, jika muncul dibuat di buku kerja pasien kapan waktunya, cara yang dilakukan dan bagaimana hasilnya
- 2) Menganjurkan pasien untuk menuliskan perasaan, perilaku, dan pikiran negatif lainnya yang muncul saat halusinasi terjadi pada buku kerja pasien
- 3) Menganjurkan pasien untuk mencatat pikiran positif lain yang dapat melawan pikiran otomatis negatif di buku kerja pasien
- 4) Motivasi pasien untuk melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang lainnya secara mandiri

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 3 yaitu menyusun rencana tindakan untuk mengatasi perilaku negatif
- 2) Mendiskusikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien apabila pasien melakukan atau tidak melakukan

C. Evaluasi dan Dokumentasi

1) Evaluasi proses

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi pada sesi 2 adalah kemampuan pasien melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua.

- 2) Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika pasien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 2, pasien mampu mereview

pikiran negatif dan pikiran otomatis yang negatif serta cara penyelesaian masalah. Pasien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 3. Jika dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 2, pasien belum mampu mereview pikiran negatif serta cara penyelesaian masalah, dianjurkan pasien untuk melatih diri mandiri atau mengulang sesi 2 (buat jadwal).

SESI 3 CBT : TERAPI PERILAKU

Tujuan :

Pasien mampu :

1. Memilih perilaku negatif yang akan dirubah
2. Mengidentifikasi perilaku positif yang digunakan untuk merubah perilaku negatif sesuai dengan terapi generalis
3. Mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif
4. menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif yang muncul akibat pengalaman halusinasi
5. Melatih pasien melakukan perilaku baru untuk mengubah perilaku negatifnya
6. Menampilkan perilaku yang baru
7. Mendiskusikan konsekuensi positif dari perilaku positif dan konsekuensi negatif untuk perilaku negatif

Setting

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di rumah sakit
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

Alat

1. Buku raport pasien halaman 2
2. Buku kerja pasien
3. Alat tulis

Metode

1. Diskusi dan tanya jawab

Langkah-langkah Kegiatan

A. Persiapan

1. Mengingat kontrak dengan pasien
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

B. Pelaksanaan

1. Orientasi

a. Salam terapeutik

- 1) Salam dari terapis dengan memanggil nama panggilan pasien

b. Evaluasi dan validasi

1. Menanyakan bagaimana perasaan pasien saat ini
2. Menanyakan kepada pasien apakah halusinasi atau suara-suara muncul, pikiran otomatis negatif seperti yang dilatih muncul, jika muncul kapan waktunya, cara apa yang telah dilakukan dan bagaimana hasilnya.
3. Menanyakan apakah ada pikiran positif lain yang dapat melawan pikiran otomatis negatif yang dilatih
4. Menanyakan apakah ada perasaan, perilaku dan pikiran negatif lainnya yang muncul saat halusinasi terjadi
5. Mengevaluasi apakah halusinasi telah berkurang
6. Evaluasi kemampuan dan hambatan pasien dalam membuat catatan harian

c. Kontrak

1. Menjelaskan tujuan pertemuan sesi 3 yaitu memilih perilaku negatif yang akan dirubah, mengidentifikasi perilaku positif yang digunakan untuk merubah perilaku negatif sesuai dengan terapi generalis, mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif, menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif yang muncul akibat pengalaman halusinasi, melatih pasien melakukan perilaku baru untuk mengubah perilakunya, menampilkan perilaku yang baru,

mendiskusikan konsekuensi positif dari perilaku positif dan konsekuensi negatif untuk perilaku negatif

2. Menyetujui tempat dan waktu

2. Fase Kerja

- a. Terapis mendiskusikan dengan pasien perilaku negatif yang muncul dari pikiran otomatis negatif dan yang sudah dituliskan pada buku harian pasien
- b. Terapis mendiskusikan dengan pasien tentang perilaku negatif yang dipilih untuk diubah
- c. Terapis menjelaskan tentang cara mengubah perilaku negatif yaitu dengan perilaku positif yang telah dimiliki serta dengan perilaku baru yang positif yaitu relaksasi dan distraksi
- d. Terapis bersama pasien mendiskusikan cara perilaku positif yang dimiliki pasien untuk mengubah perilaku negatif (yang sudah dipelajari dari terpai generalis yaitu : menghardik, bercakap-cakap, melakukan aktivitas dan patuh obat). Jika pasien belum menguasai maka terapis akan melatihnya.
- e. Terapis mendiskusikan 1 perilaku baru yang akan dilatih untuk melawan perilaku negatif yaitu teknik relaksasi (relaksasi via letting go yang dilakukan dalam waktu 10-15 menit, caranya : fokus pada pernafasan, Tarik napas dalam dan keluarkan napas secara perlahan, fokus pada beberapa area tubuh (5 otot yaitu otot muka, otot tangan, otot punggung, otot perut, dan otot kaki) yang terasa tegang dan dengan keluar masuknya napas biarkan ketegangan tersebut menghilang dari otot-otot, mulai dari bagian atas dan ulangi beberapa kali)
- f. Terapis membuat kesepakatan dengan pasien tentang cara mengubah satu pikiran negatif (dengan 9 cara yaitu : menghardik, bercakap-cakap, beraktivitas, minum obat), apakah pasien akan mencoba mengganti perilaku negatif tersebut dengan cara tersebut atau tidak.

- g. Terapis menjelaskan pada pasien tentang konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku baru yang dipelajari
 - h. Terapis membantu pasien untuk mempraktekkan perilaku baru yang disepakati
 - i. Terapis Bersama pasien membuat komitmen tentang bagaimana pasien dan terapis menerapkan konsekuensi positif dan negatif
3. Terminasi
- a. Evaluasi
 - 1. Terapis menanyakan perasaan pasien setelah latihan perilaku positif untuk mengatasi perilaku negatif
 - 2. Menanyakan perasaan pasien setelah menentukan perilaku baru yang dipelajari
 - 3. Terapis menanyakan perilaku negatif lain yang timbul akibat pikiran otomatis yang negatif
 - b. Tindak lanjut
 - 1. Menganjurkan pasien untuk mempraktekkan perilaku baru yang disepakati
 - 2. Motivasi pasien untuk melatih mengubah perilaku negatif lain secara mandiri
 - 3. Bantu pasien memasukkan kegiatan mempraktekkan perilaku baru dalam jadwal kegiatan harian pasien yang diberikan
 - 4. Menganjurkan pasien untuk tetap melatih melawan pikiran negatif dan menuliskannya dalam buku kerja
 - c. Kontrak yang akan datang
 - 1. Menyepakati topik percakapan pada sesi 4 yaitu kemampuan pasien merubah perilaku negatif yang kedua menjadi perilaku positif dan menerapkan terapi secara konsisten
 - 2. Menyusun rencana perilaku yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien.

C. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi proses

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi pada sesi 3 adalah kemampuan pasien Menyusun rencana perilaku baru yang positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif pada pasien.

- 2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat CBT pada catatan proses keperawatan.** Jika pasien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 3, pasien mampu menyusun rencana perilaku baru yang positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien. Pasien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 4. Jika pasien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 3, pasien belum mampu menyusun rencana perilaku baru yang positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien. Dianjurkan pasien untuk melatih diri secara mandiri atau mengulangi sesi 3 (buat jadwal).

SESI 4 CBT : TERAPI PERILAKU

Tujuan :

Pasien mampu :

- 1. Memilih perilaku negatif kedua yang akan dirubah**
- 2. mengidentifikasi perilaku positif yang digunakan untuk merubah perilaku negatif kedua sesuai dengan terapi generalis**
- 3. Mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif kedua**
- 4. Menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif kedua yang muncul akibat pengalaman halusinasi**
- 5. Melatih pasien melakukan perilaku baru untuk mengubah perilaku negatif kedua**
- 6. Menampilkan perilaku yang baru**

7. Mendiskusikan konsekuensi positif dari perilaku positif dan konsekuensi negatif untuk perilaku negatif
8. Menerapkan terapi secara konsisten

Setting

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di rumah sakit
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

Alat

1. Buku raport pasien
2. Buku kerja pasien
3. Alat tulis

Metode

1. Diskusi dan tanya jawab

Langkah-langkah Kegiatan

A. Persiapan

1. Mengingat kontrak dengan pasien
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

B. Pelaksanaan

1. Orientasi
 - a. Salam terapeutik
 - 1) Salam dari terapis dengan memanggil nama panggilan pasien
 - b. Evaluasi dan validasi
 1. Menanyakan bagaimana perasaan pasien saat ini
 2. Menanyakan kepada pasien apakah pikiran otomatis negatif seperti yang dilatih muncul, jika muncul kapan waktunya, cara apa yang telah dilakukan dan bagaimana hasilnya.
 3. Menanyakan apakah ada pikiran positif lain yang dapat melawan pikiran otomatis negatif yang dilatih
 4. Menanyakan apakah ada perasaan, perilaku dan pikiran negatif lainnya yang muncul saat halusinasi terjadi

5. Mengevaluasi apakah halusinasi telah berkurang
6. Evaluasi kemampuan dan hambatan pasien dalam membuat catatan harian
7. Menanyakan apakah perilaku baru telah dilakukan, apakah perilaku negatif berkurang dan perolehan Bintang sebagai hadiah
8. Memberikan pujian atas keberhasilan pasien dalam usaha untuk menyelesaikan masalah

c. Kontrak

1. Menjelaskan tujuan pertemuan sesi 4 yaitu mengevaluasi : kemampuan merubah pikiran negatif ketiga menjadi pikiran positif, kemampuan menerapkan terapi secara konsisten.
2. Menyetujui tempat dan waktu pertemuan sesi 4

2. Fase Kerja

- a. Terapis mendiskusikan dengan pasien perilaku negatif yang dipilih untuk diubah
- b. Terapis mendiskusikan perilaku baru kedua yang akan dilatih untuk melawan perilaku negatif yaitu teknik distraksi (melakukan aktivitas yang bermanfaat saat halusinasi datang seperti menyapu, membersihkan lantai, membersihkan tempat tidur, melaksanakan hobi atau kegiatan yang disenangi seperti menyulam)
- c. Terapis menjelaskan tentang cara mengubah satu perilaku negatif dan menggantinya dengan perilaku yang baru
- d. Terapis menjelaskan pada pasien tentang konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku baru yang dipelajari
- e. Terapis membantu pasien untuk mempraktekkan perilaku baru yang disepakati
- f. Terapis bersama pasien memuat komitmen tentang bagaimana pasien dan terapis menerapkan konsekuensi positif dan negatif
- g. Terapis memberikan dukungan dan semangat pada kemajuan yang dicapai pasien

- h. Terapis memberikan *feed back* atas kemajuan dan perkembangan terapi
 - i. Terapis mengingatkan pasien untuk menerapkan terapi secara konsisten dengan tetap menggunakan format melawan pikiran negatif dalam mengatasi pikiran negatif dan mempraktekkan perilaku baru yang adaptif.
 - j. Terapis mengevaluasi pelaksanaan tindakan tingkah laku dengan konsekuensi-konsekuensi yang disepakati
3. Terminasi
- a. Evaluasi
 1. Terapis menanyakan perasaan pasien setelah latihan perilaku baru yang dipelajari
 2. Menanyakan pada pasien pikiran yang muncul saat ini
 3. Terapis menanyakan pada pasien perilaku baru apa yang akan dilakukan
 4. Memberikan pujian untuk jawaban pasien
 - b. Tindak lanjut
 1. Menganjurkan pasien untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan berpikir secara positif
 2. Menganjurkan pasien untuk melatih cara melawan pikiran negatif lain dan mengubah perilaku negatif secara mandiri dan menuliskannya di buku kerja
 3. Menganjurkan pasien untuk tetap menerapkan perilaku baru yang disepakati
 4. Menganjurkan pasien untuk tetap menerapkan terapi secara konsisten dengan menerapkan cara melawan pikiran negatif dan melaksanakan perilaku baru yang positif
 5. Memasukkan kegiatan dalam jadwal kegiatan harian pasien
 - c. Kontrak yang akan datang
 1. Menyetujui topik percakapan pada sesi 5 yaitu membantu pasien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif

dalam setiap masalah yang dihadapi

C. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi proses

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi pada sesi 4 adalah kemampuan pasien mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, kemampuan merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, kemampuan menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati.

- 2) Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika pasien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 4, pasien mampu mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati. Dianjurkan pasien untuk melatih diri secara mandiri atau mengulangi sesi 4 (buat jadwal).

SESI 5 CBT : KEMAMPUAN MERUBAH PIKIRAN NEGATIF DAN PERILAKU MALADAPTIF UNTUK MENCEGAH KEKAMBUHAN

Tujuan :

Pasien mampu :

1. Melakukan pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi
2. Memahami pentingnya CBT dan psikofarmaka disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan
3. Mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan

Setting

1. Pertemuan dilakukan di salah satu ruangan yang ada di rumah sakit
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

Alat

1. Buku raport pasien
2. Buku kerja pasien
3. Alat tulis

Metode

1. Diskusi dan tanya jawab

Langkah-langkah Kegiatan**A. Persiapan**

1. Mengingatkan kontrak dengan pasien
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

C. Pelaksanaan

1. Orientasi

a. Salam terapeutik

- 1) Salam dari terapis dengan memanggil nama panggilan pasien

b. Evaluasi dan validasi

1. Menanyakan kepada pasien apakah pikiran otomatis negatif seperti yang dilatih muncul, jika muncul kapan waktunya, cara apa yang telah dilakukan dan bagaimana hasilnya.
2. Menanyakan apakah ada pikiran positif lain yang dapat melawan pikiran otomatis negatif yang dilatih
3. Menanyakan apakah ada perasaan, perilaku dan pikiran negatif lainnya yang muncul saat halusinasi terjadi
4. Mengevaluasi apakah halusinasi telah berkurang
5. Evaluasi kemampuan dan hambatan pasien dalam membuat catatan harian
6. Menanyakan apakah perilaku baru telah dilakukan, apakah perilaku negatif berkurang dan perolehan bintang sebagai hadiah
7. Memberikan pujian atas keberhasilan pasien dalam usaha untuk menyelesaikan masalah

c. Kontrak

- lainnya untuk mencegah kekambuhan
- b. Terapis menanyakan perasaan pasien setelah menyepakati untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan
 - c. Memberikan pujian untuk jawaban pasien
- b. Tindak lanjut
- a. Mengajukan pasien untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan dan aktif membentuk pikiran dan perasaan positif serta berperilaku positif.
 - b. Catat kegiatan yang dilakukan dalam jadwal kegiatan harian pasien
 - c. Kontrak yang akan datang
 - a. Mengakhiri pertemuan dan disepakati jika pasien perlu terapi modalitas lainnya.

C. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi proses

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi pada sesi 5 adalah kemampuan pasien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi, kemampuan pasien memahami pentingnya psikofarmaka dan CBT disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan, mempertahankan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan

- 3) Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika pasien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 5, pasien mampu secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi, pasien mampu memahami pentingnya psikofarmaka dan CBT disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan, pasien mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri

dan berkesinambungan. Jika pasien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 5, pasien belum mampu secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi, memahami pentingnya psikofarmaka dan CBT disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan, melakukan mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan, dianjurkan pasien untuk melatih diri secara mandiri atau mengulangi sesi 5 (buat jadwal)

