

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah salah satu yang paling kompleks dan menantang dari penyakit gangguan jiwa. Skizofrenia merupakan gangguan perilaku-prilaku aneh, delusi, halusinasi, emosi yang tidak wajar. Skizofrenia ditandai dengan delusi, halusinasi, pemikiran dan ucapan yang tidak teratur, perilaku motoric abnormal, dan gejala negatif (Putri & Maharani, 2022). Skizofrenia merupakan salah satu gangguan psikologis dengan tanda gejala adanya penarikan dari lingkungan sosial, penyimpangan realitas dan disorganisasi kognitif, pikiran dan persepsi (Stuart, 2013a).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Penyebab gangguan jiwa skizofrenia belum diketahui secara pasti sampai saat ini, namun beberapa penelitian telah menunjukkan adanya struktur dan fungsi otak yang abnormal. Pada penderita gangguan skizofrenia terjadi perubahan struktur otak yaitu : ukuran otak bagian tertentu menjadi lebih kecil dari ukuran normal. Kombinasi faktor genetik dan lingkungan berperan dalam perkembangan skizofrenia, Faktor genetik dapat mempengaruhi terjadinya penyakit skizofrenia.

Seorang dengan riwayat kedua orang tua mengalami gangguan jiwa skizofrenia, maka beresiko sekitar 40% untuk mengalami gangguan skizofrenia (Stuart, 2016)

2.1.3 Manifestasi Klinis Skizofrenia

Gejala skizofrenia dapat dikelompokkan menjadi 2 macam yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif yang diperlihatkan seorang penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

a. Delusi atau Waham

Delusi atau waham merupakan keyakinan yang salah terhadap kenyataan yang tidak sesuai dengan latar belakang sosial dan kultural seorang skizofrenia. Meskipun telah dibuktikan secara objektif bahwa kenyataan tersebut tidak benar namun penderita skizofrenia tetap menyakini kebenarannya. Penyimpangan dari proses berfikir penderita menyebabkan terbentuknya waham tersebut .

b. Halusinasi

Halusinasi merupakan persepsi sensori tanpa stimulus eksternal. Misalnya penderita mendengar suara atau bisikan di telinga padahal tidak ada sumber dari suara atau bisikan tersebut.

c. Kekacauan Alam Pikir

Dapat dilihat dari cara bicara dan isi dari pembicaraan yang kacau sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.

d. Galuh, gelisah, agresif, gembira yang berlebihan dan bicara terlalu semangat (Putri & Maharani, 2022).

Gejala-gejala negatif pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

- a. Kehilangan kemampuan berfikir atau berbicara
- b. Kurangnya kemampuan untuk merasakan kesenangan serta memisahkan diri dari lingkungan sosial. Penderita merasa jauh dari dirinya sendiri atau orang lain dan tidak berdaya
- c. Kehilangan dorongan kehendak atau inisiatif, monoton, tidak ada upaya, tidak menginginkan sesuatu dan serba malas.
- d. Alam perasaan yang tumpul dan datar merupakan penurunan intensitas ekspresi dan emosi. Penderita tampak acuh atau hanya berespon superfisial. Ekspresi emosi penderita sangat sedikit bahkan ketika afek tersebut seharusnya diekspresikan namun penderita tidak menunjukkannya. Gejala ini merupakan gejala khas pada penderita skizofrenia kronis. Penderita tidak dapat bereaksi secara normal dalam intensitas emosional dan tidak mempunyai perasaan (Putri & Maharani, 2022).

2.1.4 Klasifikasi Skizofrenia

Skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut DSM-IV-TR adalah sebagai berikut :

1) Skizofrenia Paranoid

Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia. Halusinasi dan atau waham harus menonjol, suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi *pluit (whistling)*, mendengar *(humming)*, atau bunyi tawa *(laughing)*.

2) Skizofrenia Terdisorganisasi/Hebefrenik

Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III menyatakan bahwa skizofrenia hebefrenik memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia. Diagnosis hebefrenia untuk pertama kali hanya ditegakkan pada usia remaja atau dewasa muda (15-25 tahun). Kepribadian premorbid menunjukkan ciri khas: pemalu dan senang menyendiri (solitary), namun tidak harus demikian untuk menentukan diagnosis. Untuk diagnosis hebefrenia yang menyakinkan umumnya diperlukan pengamatan kontinu selama 2 atau 3 bulan lamanya, untuk memastikan bahwa gambaran yang khas berikut ini memang benar bertahan: perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan serta mannerisme; ada kecenderungan untuk selalu menyendiri (solitary), dan perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan; efek pasien dangkal (shallow) dan tidak wajar (inappropriate), sering disertai oleh cekikikan (giggling) atau perasaan puas diri (self-satisfied) dan senyum sendiri.

3) Skizofrenia Residual

Untuk suatu diagnosis yang meyakinkan, berikut ini merupakan kriterianya, yaitu gejala negatif skizofrenia yang menonjol seperti aktivitas menurun, afek yang menumpul sikap pasif atau tidak ada inisiatif, komunikasi non-verbal yang buruk seperti dalam menunjukkan ekspresi wajah, perawatan diri yang kurang dan kinerja sosial yang buruk.

4) Skizofrenia Katatonik

Salah satu dari perilaku berikut ini harus mendominasi gambaran klinisnya yaitu menampilkan posisi tubuh tertentu (aneh dan tidak wajar), gelisah-gaduh, sangat berkungan dalam reaktivitas terhadap lingkungan dan gejala-gejala lain seperti “*command automatism*” atau kepatuhan secara otomatis terhadap perintah dan pengulangan kata-kata serta kalimat-kalimat.

5) Skizofrenia Tak Terinci

Untuk jenis skizofrenia ini memiliki kriteria penting yaitu adanya gejala yang menunjukkan kriteria A, namun tidak termasuk dalam jenis skizofrenia paranoid, hebefrenik, residual ataupun katatonik. (Putri & Maharani, 2022).

2.1.5 Penatalaksanaan Skizofrenia

Tujuan utama dari penatalaksanaan skizofrenia adalah mengembalikan fungsi normal pasien dan mencegah kekambuhannya. Belum ada pengobatan yang spesifik dalam masing-masing subtype skizofrenia penatalaksanaan skizofrenia adalah :

a. Terapi Farmakologi

Obat-obatan yang digunakan dalam terapi farmakologi pasien skizofrenia adalah golongan obat antipsikotik. Penggunaan obat antipsikotik digunakan dalam jangka waktu yang lama dikarenakan obat antipsikotik berfungsi untuk terapi pemeliharaan, pencegahan kekambuhan, dan mengurangi gejala yang timbul pada orang dengan skizofrenia. Obat antipsikotik terdiri dari dua golongan yaitu :

1) Antipsikotik Tipikal Antipsikotik tipikal merupakan antipsikotik generasi lama yang mempunyai aksi mengeblok reseptor dopamin. Antipsikotik ini lebih efektif untuk mengatasi gejala positif yang muncul pada pasien skizofrenia.

2) Antipsikotik Atipikal Antipsikotik atipikal merupakan antipsikotik generasi baru yang muncul pada tahun 1990-an. Aksi obat ini adalah mengeblok reseptor dopamin yang rendah. Antipsikotik atipikal merupakan pilihan pertama dalam terapi skizofrenia. Antipsikotik atipikal efektif dalam mengatasi gejala positif maupun negatif yang muncul pada orang dengan skizofrenia.

pengobatan dan pemulihan skizofrenia terdiri dari beberapa tahap pengobatan dan pemulihan, yaitu :

1) Terapi fase akut Pada fase akut ini, pasien menunjukkan gejala psikotik yang jelas dengan ditandai gejala positif dan negatif. Pengobatan pada fase ini bertujuan mengendalikan gejala psikotik yang muncul pada orang dengan skizofrenia. Pemberian obat pada fase akut diberikan dalam waktu enam minggu.

2) Terapi fase stabilisasi Pada fase stabilisasi pasien mengalami gejala psikotik dengan intensitas ringan. Pada fase ini pasien mempunyai kemungkinan besar untuk kambuh sehingga dibutuhkan pengobatan rutin menuju tahap pemulihan.

3) Terapi fase pemeliharaan Terapi pada fase pemeliharaan diberikan dalam jangka waktu panjang dengan tujuan dapat mempertahankan kesembuhan pasien, mengontrol gejala, mengurangi resiko kekambuhan, mengurangi durasi rawat inap, dan mengajarkan ketrampilan untuk hidup mandiri. Terapi pada fase ini dapat berupa pemberian obat-obatan antipsikotik, konseling keluarga, dan rehabilitasi.

b. Terapi Non Farmakologi

terapi non farmakologi yang diberikan pada pasien dengan skizofrenia antara lain :

- 1) Pendekatan psikososial Pendekatan psikososial bertujuan memberikan dukungan emosional kepada pasien sehingga pasien mampu meningkatkan fungsi sosial dan pekerjaannya dengan maksimal. Menurut Prabowo (2014) pendekatan psikososial yang dapat diberikan pada pasien skizofrenia dapat berupa :
- 2) Psikoterapi suportif Psikoterapi suportif merupakan salah satu bentuk terapi yang bertujuan memberikan dorongan semangat dan motivasi agar penderita skizofrenia tidak merasa putus asa dan mempunyai semangat juang dalam menghadapi hidup. Pada pasien skizofrenia perlu adanya dorongan berjuang untuk pulih dan mampu mencegah adanya kekambuhan.

- 3) Psikoterapi re-edukatif Bentuk terapi ini dimaksudkan memberi pendidikan ulang untuk merubah pola pendidikan lama dengan yang baru sehingga penderita skizofrenia lebih adaptif terhadap dunia luar.
- 4) Psikoterapi rekonstruksi Psikoterapi rekonstruksi bertujuan memperbaiki kembali kepribadian yang mengalami perubahan disebabkan adanya stresor yang pasien tidak mampu menghadapinya.
- 5) Psikoterapi kognitif Psikoterapi kognitif merupakan terapi pemulihan fungsi kognitif sehingga penderita skizofrenia mampu membedakan nilai-nilai sosial etika (Putri & Maharani, 2022).

2.2 Halusinasi

2.2.1 Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori atau suatu objek tanpa adanya rangsang dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh panca indra. Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa yang seseorang mengalami perubahan sensori persepsi, serta merupakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, perasaan dan penciuman. Seseorang merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Keliat, 2016).

2.2.2 Yang Menyebabkan Halusinasi

Menurut Efendi (2021) faktor-faktor yang mempengaruhi halusinasi adalah sebagai berikut:

1. Faktor Predisposisi

- a. Biologis Gangguan perkembangan dan fungsi otak, susunan syaraf-syaraf pusat dapat menimbulkan gangguan realita. Gejala yang mungkin timbul adalah: hambatan dalam belajar, berbicara, daya ingat dan muncul perilaku menarik diri.
- a) Biokimia Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Jika seseorang mengalami stres yang berlebihan, maka di dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti buffofenon dan dimethytransferase (DPM).
- b) Genetik 21 Gen yang berpengaruh dalam skizofrenia belum diketahui, tetapi hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.
- c) Neurotransmisi Merupakan faktor kunci dalam memahami bagaimana berbagai area dari fungsi otak saling komunikasi dan bagaimana tindakan, seperti pengobatan dan terapi lain, mempengaruhi aktivitas otak dan perilaku manusia.
- d) Psikologis Keluarga pengasuh dan lingkungan pasien sangat mempengaruhi respons psikologis pasien, sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi

gangguan orientasi realitas adalah: penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup pasien.

- e) Sosial Budaya Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realitas seperti: kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stress.

2. Faktor Presipitasi Faktor presipitasi merupakan stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk menghadapinya. Rangsangan dari lingkungan, misalnya partisipasi pasien dalam kelompok, terlalu lama tidak diajak 22 komunikasi, objek yang ada di lingkungan dan juga suasana sepi atau terisolasi, sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi. Penyebab Halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi yaitu:

- a. Dimensi Fisik: Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.
- b. Dimensi Emosional: Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Pasien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut pasien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.
- c. Dimensi Intelektual: Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk

melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian pasien dan tidak jarang akan mengontrol semua perilaku pasien.

- d. Dimensi Sosial: 23 pasien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, pasien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan.
- e. Dimensi Spiritual : Secara spiritual pasien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri. Saat bangun tidur pasien merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya (Efendi, 2021).

2.2.3 Manifestasi Halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Adapun tanda dan gejala pasien halusinasi menurut Efendi (2021) adalah sebagai berikut:

- 1. Data Subyektif: Pasien mengatakan :
 - a. Mendengar suara-suara atau kegaduhan
 - b. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
 - c. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
 - d. Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
 - e. Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan

- f. Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses.
- g. Merasakakut atau senang dengan halusinasinya.

2. Data Obyektif

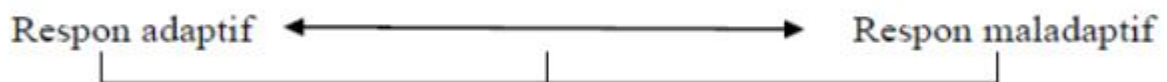
- a. Bicara ataautertawa sendiri.
- b. Marah-marahtanpa sebab.
- c. Mengarahkantelinga ke arah tertentu.
- d. Menutup telinga.
- e. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu.
- f. Ketakutan pada sesuatu yang tidakjelas.
- g. Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauantertentu.
- h. Menutuphidung.
- i. Sering meludah
- j. Muntah
- k. Menggaruk-garuk permukaan kulit.

2.2.4 Mekanisme Koping Halusinasi

Menurut Stuart (2013) dalam Efendi (2021) perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi pasien dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi : regresi, berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk mengatasi ansietas, yang menyisakan sedikit energi untuk aktivitas sehari-hari. Proyeksi, sebagai upaya untuk menjelaskankerancuan persepsi dan menarik diri

2.2.5 Rentang Respon

Halusinasi merupakan salah satu respon meladaptif individu yang berbeda dalam rentang respon neurobiologist. Individu yang sehat persepsinya akurat mampu mengidentifikasi stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indera (pendengaran, penglihatan, pengecap, penghidu dan perabaan) sedangkan pasiendengnahalusinasi mempersiapkansuatu stimulus pancaindera walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada (Efendi, 2021).



Respon Adaptif

1. Hubungan sosial
2. Perilaku sosial
3. Emosikonsisten
4. Persepsi akurat
5. Pikiran logis

Pikiranterkadang
menyimpang
- Ilusi
- Emosi berlebihan
- Perilaku ganjil
- Menarik diri

Respon Maladaptif

1. Kelainan pikiran
2. Halusinasi
3. Tidakmampu
berkomunikasi
4. Isolasi sosial

1. Respon Adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut, respon adaptif.

- a. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- b. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
- c. Emosi konsisten dengan pengalamannya yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- 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 psikosial meliputi:

- a. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
- b. Ilusi adalah misinterpretasi/penilaian yang salah tentang penerapannya 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 sosialbudaya 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 sensorial 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 terorganisir 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 (Efendi, 2021).

2.2.6 Fase Halusinasi

Stuart and Laraia (2005) dalam Efendi (2021) membagi halusinasi menjadi 4 fase, yaitu:

a) Fase 1 : Comforting - tingkat ansietas sedang, secara umum halusinasi bersifat menyenangkan

Karakteristik : pasien mengalami keadaan emosi seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah dan takut serta mencoba untuk berfokus pada penenangan pikiran untuk mengurangi ansietas. Individu mengetahui bahwa pikiran dan pengalaman sensorial yang dialaminya tersebut dapat dikendalikan jika ansietasnya bisa dibatasi (non psikotik)

Perilaku pasien : Menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa menimbulkan suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikkan.

b) Fase 2 : Condemning - tingkat ansietas berat, secara umum halusinasi menjadi menjijikan

Karakteristik : Pengalaman sensorial bersifat menjijikan dan menakutkan, pasien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk menjauhkan dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. pasien mungkin merasa malu karena pengalaman sensorialnya dan menarik diri dari orang lain (psikotik ringan)

Perilaku : Peningkatan sistem syarafotonom yang menunjukkan ansietas, seperti peningkatan nadi, pernafasan dan tekanan darah, penyempitan kemampuan konsentrasi, dipenuhi dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan antara halusinasi dengan realita.

c) Fase 3 : Controlling - ansietas tingkat berat, pengalaman sensori menjadi berkuasa

Karakteristik : pasien berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik, dapat berupapermohonan. Pasien mungkin mengalami kesepian jika pengalaman sensori tersebut berakhir (psikotik).

Perilaku : Cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan halusinasinya daripadamenolaknyanya, kesukaran berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanyabeberapa detik atau menit, adanyatanda-tanda fisik ansietas berat: berkeringat, tremor, tidak mampu mengikuti.

d) Fase IV : Conquering - Panik, umunya halusinasi menjadi lebih rumit, melebur dalam halusinasinya

Karakteristik : Pengalaman sensori menjadi mengancam dan menakutkanjika pasien tidak mengikuti perintah. Halusinasi bisa berlangsung dalam beberapajam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik (psikotik berat)

Perilaku : Perilaku menyerang, teror seperti panik, berpotensi kuat melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain. Aktivitas fisik yang merefleksikan isi halusinasi seperti amuk, agitasi, menarik diri, atau katatonía, tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks, tidak mampu berespon terhadap lebih satu orang

2.2.7 Penatalaksanaan Halusinasi

1. Penatalaksanaan Medis

a. Psikofarmakologis

Pemberian obat-obatan yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala pada pasien skizofrenia adalah obat-obatan anti psikosis, karena skizofrenia merupakan salah satu jenis gangguan psikosis yaitu terapi medis seperti haloperidol (HLP), Clapromazine (CPZ), Trihexyphenidyl (THP).

b. Terapi kejang listrik (ECT)

Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang melewati aliran listrik melalui elektrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.

2. Penatalaksanaan Keperawatan

a. Penerapan Strategi Pelaksanaan

tindakan keperawatan yang dilakukan :

1) Melatih pasien mengontrol halusinasi :

a) Strategi Pelaksanaan 1 : menghardik halusinasi

- b) Strategi Pelaksanaan 2 : menggunakan obat secarateratur
 - c) Strategi Pelaksanaan 3: bercakap-cakap dengan orang lain
 - d) Strategi Pelaksanaan 4 : melakukan aktivitas yang terjadwal
- b. Psikoterapi dan rehabilitasi Terapi aktivitas Meliputi : terapi musik, terapi seni, terapi menari, terapi relaksasi, terapi sosial, terapi kelompok , terapi lingkungan (Efendi, 2021).

2.3. Terapi Aktivitas Kelompok

2.3.1 Definisi TAK

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) adalah manual, rekreasi, dan teknik kreatif untuk memfasilitasi pengalaman seseorang serta meningkatkan respon sosial dan harga diri. Terapi aktivitas kelompok merupakan salah satu terapi modalitas yang dilakukan perawat kepadasekelompok pasien yang mempunyaimasalah keperawatan yang sama. Terapi aktivitas kelompok dibagi sesuai dengan kebutuhan yaitu, stimulasi persepsi, sensori, orientasi realita, sosialisasi dan penyaluran energi (Keliat & Akemat, 2016).

2.3.2 Terapi Aktivitas Kelompok

Stimulasi Persepsi Terapi aktivitas kelompok (TAK) stimulasi persepsi adalah terapi yang menggunakan aktivitas mempersepsikan berbagai stimulasi yang terkait dengan pengalaman dengan kehidupan untuk didiskusikan dalam kelompok. Tujuan dari terapi ini untuk membantu pasien yang mengalami kemunduran orientasi, menstimuli persepsi dalam upaya memotivasi proses berfikir dan afektif serta mengurangi perilaku maladaptif (Sutejo, 2017).

2.3.3 Kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi

a. Tujuan

1) Tujuan Umum Pasien dapat meningkatkan kemampuan diri dalam mengontrol halusinasi dalam kelompok secara bertahap.

2) Tujuan Khusus

a) Pasien dapat mengenal halusinasi.

b) Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan menghardik.

c) Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan.

d) Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap.

e) Pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik.

b. Kriteria Anggota Kelompok Menurut Sustrami dan Sundari (2014), kriteria anggotakelompok yang sesuai yaitu :

1) Pasien yang mengalami halusinasi pendengaran.

2) Pasien halusinasi pendengaran yang sudah terkontrol. 3) Pasien yang dapat diajak kerjasama.

c. Proses Seleksi

1) Berdasarkan observasi dan wawancara.

2) Menindak lanjuti asuhan keperawatan.

3) Informasi dan keterangan dari pasien sendiri dan perawat.

4) Penyelesaian masalah berdasarkan masalah keperawatan.

5) Pasien cukup kooperatif dan dapat memahami pertanyaan yang diberikan.

6) Mengadakan kontrak dengan pasien.

d. Waktu dan Tempat Pelaksanaan Hari, tanggal Waktu Tempat

e. Nama Anggota Kelompok

f. Media dan Alat

- 1) Boardmarker/spidol
- 2) Whiteboard/papan tulis
- 3) Kertas
- 4) Bolpoin

g. Metode

- 1) Diskusi
- 2) Bermain peran

h. Susunan Pelaksana Berikut peran perawat dan uraian tugas dalam terapi aktivitas kelompok menurut Sutejo (2017) adalah sebagai berikut :

- 1) Leader
- 2) Co-leader
- 3) Fasilitator
- 4) Observer

i. Uraian Tugas

1) Leader

- a) Membacakan tujuan dan peraturan kegiatan terapi aktivitas kelompok sebelum kegiatan dimulai.
- b) Memberikan memotivasi anggota untuk aktif dalam kelompok dan memperkenalkan dirinya.
- c) Mampu memimpin terapi aktivitas kelompok dengan baik dan tertib.

d) Menetralkan bila ada masalah yang timbul dalam kelompok.

e) Menjelaskan permainan.

2) Co-Leader

a) Menyampaikan informasi dari fasilitator ke leader tentang aktifitas pasien.

b) Membantu leader dalam memimpin permainan.

c) Mengingatkan leader jika kegiatan menyimpang.

d) Memberikan reward bagi kelompok yang menyelesaikan perintah dengan cepat.

e) Memberikan punishment bagi kelompok yang kalah.

3) Fasilitator

a) Memfasilitasi pasien yang kurang aktif.

b) Memberikan stimulus pada anggota kelompok.

c) Berperan sebagai role play bagi pasien selama kegiatan.

4) Observer

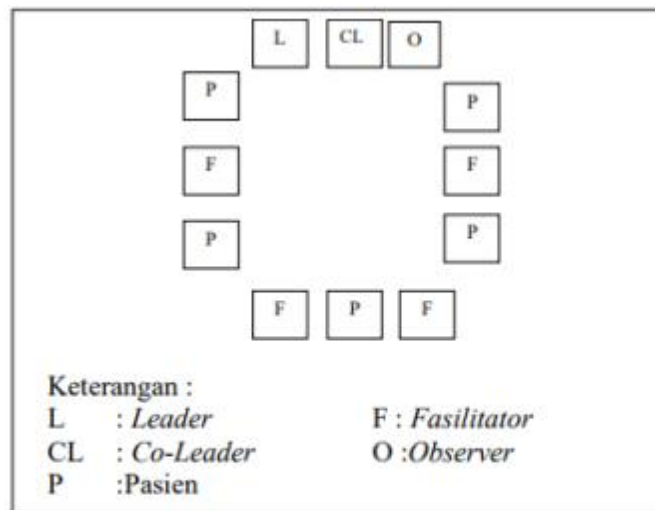
a) Mengobservasi dan mencatat jalannya proses kegiatan.

b) Mencatat perilaku verbal dan nonverbal pasien selama kegiatan berlangsung.

c) Mencatat peserta yang aktif dan pasif dalam kelompok.

d) Mencatat jika ada peserta yang drop out dan alasan drop out.

j. Setting Tempat



Gambar 2.2 Setting Tempat TAK

Sumber : Sutejo (2017)

k. Sesi TAK Stimulasi Persepsi menurut Wahyu dan Ina (2010) adalah :

- 1) Sesi I : Mengenal halusinasi
- 2) Sesi II : Mengontrol halusinasi dengan teknik menghardik
- 3) Sesi III : Mengontrol halusinasi dengan membuat jadwal kegiatan
- 4) Sesi IV : Mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap
- 5) Sesi V : Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat.

l. Tahap TAK stimulasi persepsi halusinasi pendengaran menurut Keliat dan Akemat (2016) adalah sebagai berikut :

- 1) Tahap Persiapan
 - a) Memilih pasien sesuai dengan kriteria melalui proses seleksi, yaitu pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran.

- b) Membuat kontrak dengan pasien.
- c) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

2) Tahap Orientasi

- a) Salam terapeutik
 - (1) Salam dari perawat kepada pasien.
 - (2) Perkenalkan nama dan panggilan perawat (pakailah nama).
 - (3) Menanyakan nama dan panggilan semua pasien (berikan nama).
- b) Evaluasi/validasi Menanyakan perasaan pasien saat ini.
- c) Kontrak
 - (1) Perawat menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan, yaitu mengenali suara-suara yang didengar. Jika pasien sudah terbiasa menggunakan istilah halusinasi, gunakan kata “halusinasi”.
 - (2) Perawat menjelaskan aturan main berikut.
 - (a) Jika ada pasien yang ingin meninggalkan kelompok, harus minta izin kepada perawat.
 - (b) Lama kegiatan 45 menit.
 - (c) Setiap pasien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai.

3) Tahap Kerja

- a) Sesi I : mengenal halusinasi.

- (1) Perawat menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, yaitu mengenal suara-suara yang didengar tentang isinya, waktu terjadinya, situasi terjadinya, dan perasaan pasien pada saat terjadi.
- (2) Perawat meminta pasien untuk menceritakan tentang halusinasinya, mulai dari pasien yang ada di sebelah kanan perawat secara berurutan berlawanan jarum jam sampai semua pasien mendapat giliran. Hasilnya ditulis di whiteboard.
- (3) Beripujian pada pasien yang melakukan dengan baik.
- (4) Simpulkan isi, waktu terjadi, situasi terjadi, dan perasaan pasien dari suara yang biasa didengar.

b) Sesi II : mengontrol halusinasi dengan teknik menghardik.

- (1) Perawat menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, yaitu cara pertama mengontrol halusinasi dengan teknik menghardik.
- (2) Perawat meminta pasien untuk menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengatasi halusinasinya, menyebutkan efektivitas cara, mulai dari pasien yang ada di sebelah kanan perawat secara berurutan berlawanan jarum jam sampai semua pasien mendapat giliran. Hasilnya ditulis di whiteboard.
- (3) Perawat menjelaskan dan memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan teknik menghardik yaitu kedua tangan menutup telinga dan berkata “Diamlah suara-suara palsu, aku tidak mau dengar lagi”.

- (4) Perawat meminta pasien untuk memperagakan teknik menghardik, mulai dari pasien yang ada di sebelah kanan perawat sampai semua pasien mendapat giliran.
 - (5) Beripujian setiapkalip pasien selesaimemperagakan.
- c) Sesi III : mengontrolhalusinasi dengan membuat jadwalkegiatan.
- (1) Perawat menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, yaitu cara kedua mengontrol halusinasi dengan membuat jadwal kegiatan. Jelaskan bahwa dengan melakukan kegiatan yang teratur akan mencegah munculnya halusinasi.
 - (2) Perawat meminta pasien menyampaikan kegiatan yang biasa dilakukan sehari-hari, dantulis di whiteboard.
 - (3) Perawat membagikan formulir jadwal kegiatan harian. Perawat menulis formuliryang sama di whiteboard
 - (4) Perawat membimbing satu persatupasien untuk membuatjadwalkegiatan harian, dari bangun pagi sampai tidur malam. Pasien menggunakan formulir,perawat menggunakan whiteboard.
 - (5) Perawat melatihpasien memperagakan kegiatanyang telah disusun.
 - (6) Perawat meminta pasien untuk membacakan jadwal yang telah disusun. Berikanpujian dantepuk tangan bersamauntuk pasien yang sudah selesai membuatjadwal dan membacakanjadwal yang telah dibuat.
 - (7) Perawat meminta komitmen masing-masing pasien untuk melaksanakan jadwal kegiatan yang telah disusun dan memberi tanda M kalau

dilaksanakan, tetapi diingatkan terlebih dahulu oleh perawat, dan T kalau tidak dilaksanakan.

d) Sesi IV : mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap.

- (1) Perawat menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, yaitu cara ketiga mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap. Jelaskan bahwa pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain untuk mencegah halusinasi.
- (2) Perawat meminta tiap pasien menyebutkan orang yang biasa dan bisa diajak bercakap-cakap.
- (3) Perawat meminta pasien menyebutkan pokok pembicaraan yang biasa dan bisa dilakukan.
- (4) Perawat memperagakan cara bercakap-cakap jika halusinasi muncul
 “Suster, ada suara di telinga, saya mau ngobrol saja dengan suster” atau
 “Suster saya mau ngobrol tentang kegiatan harian saya”.
- (5) Perawat meminta pasien untuk memperagakan percakapan dengan orang disebelahnya.
- (6) Berikan pujian atas keberhasilan pasien.
- (7) Ulangi
- (5) dan
- (6) sampai semua mendapat giliran.

e) Sesi V : mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat.

- (1) Perawat menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, yaitu cara terakhir mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat. Jelaskan bahwa pentingnya patuh minum obat yaitu mencegah kambuh karena obat memberi perasaantenang, dan memperlambat kambuh.
- (2) Perawat menjelaskan kerugian tidak patuh minum obat, yaitu penyebab kambuh.
- (3) Perawat meminta pasien menyampaikan obat yang diminum dan waktu meminumnya. Buat daftar di whiteboard.
- (4) Perawat menjelaskan lima benar minum obat, yaitu benar obat, benar waktu, benarpasien, benar cara, benar dosis.
- (5) Minta pasien untuk menyebutkan lima benar cara minum obat, secara bergiliran.
- (6) Berikan pujian pada pasien yang benar.
- (7) Mendiskusikan perasaan pasien setelah teratur minum obat (catat di whiteboard).
- (8) Menjelaskan keuntungan patuh minum obat, yaitu salah satu cara mencegah halusinasi atau kambuh.
- (9) Menjelaskan akibat/kerugian tidak patuh minum obat, yaitu kejadian halusinasi atau kambuh.
- (10) Minta pasien menyebutkan kembali keuntungan patuh minum obat dan kerugian tidak patuh minum obat.
- (11) Memberi pujian tiap kali pasien benar.

2.3.4 Tahap Terminasi

a) Evaluasi

- (1) Perawat menanyakan perasaan pasien setelah mengikuti TAK.
- (2) Perawat menanyakan jumlah cara mengontrol halusinasi yang selama ini dipelajari.
- (3) Perawat memberikan pujian atas keberhasilan pasien.

b) Tindak lanjut

Menganjurkan pasien menggunakan empat cara mengontrol halusinasi.

c) Kontrak yang akan datang

- (1) Perawat mengakhiri sesi TAK stimulasi persepsi untuk mengontrol halusinasi.
- (2) Buat kesepakatan baru untuk TAK yang lain sesuai indikasi pasien.

2.3.5 Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi dilakukan saat TAK berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Formulir evaluasi atau lembar observasi pada TAK sesuai sesi yang dilakukan