

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Skizofrenia**

##### **2.1.1. Pengertian**

Skizofrenia adalah salah satu bentuk gangguan psikosa yang paling umum dijumpai. Gangguan ini merupakan penyakit otak kronis dan serius yang dapat menyebabkan berbagai dampak negatif pada kehidupan penderitanya. Dampak dari skizofrenia di antara lain kesulitan berfikir konkret, perilaku psikotik, kesulitan memproses informasi, dan akan mengalami kesulitan dalam menjalin hubungan dengan orang lain menurut Stuart & Sundeen, dalam (Yusuf & PK, 2021).

Skizofrenia merupakan gangguan neurobiologikal otak yang kronis dan serius, sindroma secara klinis yang dapat mengakibatkan kerusakan hidup baik secara tidak wajar atau tumpul, gangguan fungsi kognitif serta mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Pardede & Hasibuan, 2019).

Skizofrenia adalah gangguan jiwa dimana terjadi gangguan neurobiologi dengan karakteristik kekacauan pada pola pikir dan isi pikir, halusinasi dan delusi, serta kekacauan pada proses persepsi, afek dan perilaku sosialnya (Wardani dan Dewi, 2018). Dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah sekelompok gangguan yang mempengaruhi kepribadian, proses pikiran, dan afek yang tidak sesuai.

### 2.1.2. Klasifikasi Skizofrenia

Sutejo (2018) menyatakan bahwa terdapat 7 tipe skizofrenia diantaranya yaitu:

a. Skizofrenia paranoid

Merupakan subtype yang paling utama dimana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham kebesarannya dimana individu dikejar-kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya

b. Skizofrenia tipe disorganisasi atau hebefrenik

Tidak bertanggungjawab dan tidak dapat diramalkan, kecenderungan untuk selalu menyendiri, perilaku hampa tujuan dan perasaan, afek tidak wajar, senyum dan ketawa sendiri, proses berpikir disorganisasi dan pembicaraan inkoheren

c. Skizofrenia katatonik

Gambaran perilakunya yaitu stupor (kehilangan semangat), gaduh, gelisah, menampilkan posisi tubuh tidak wajar, negativisme (perlawanan), rigiditas (posisi tubuh kaku), fleksibilitas area, mematuhi perintah otomatis dan pengulangan kalimat tidak jelas.

d. Skizofrenia tak terinci

Mempunyai halusinasi, waham dan gejala psikosis aktif yang menonjol (misal kebingungan, inkoheren) atau memenuhi kriteria skizofrenia tetapi tidak dapat digolongkan pada tipe paranoid, katatonik, hebefrenik, residual dan depresi pasca skizofrenia

e. Depresi pasca skizofrenia

Gejala-gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi sedikitnya kriteria untuk suatu episode depresif dan telah ada paling sedikit 2 minggu

f. Skizofrenia residual

Gejala negatif menonjol (psikomotorik lambat, aktivitas turun, berbicara kacau), riwayat psikotik (halusinasi dan waham) dan tidak terdapat gangguan mental organik

g. Skizofrenia simpleks

Gejala utama adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. kurang memperhatikan keluarga atau menarik diri, waham dan halusinasi jarang terjadi serta timbulnya perlahan-lahan

### **2.1.3. Tanda dan Gejala Skizofrenia**

Mashudi (2021) menyatakan tanda dan gejala skizofrenia sebagai berikut:

a. Gejala positif

1) Waham :

Waham merupakan keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran)

2) Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, pembau dan perabaan).

3) Perubahan arus pikir

- a) Arus pikir terputus : dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
- b) Inkohoren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).
- c) Neologisme : menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain

#### 4) Perubahan perilaku

##### b. Gejala negatif

- 1) Hiperaktif
- 2) Agitasi
- 3) Iritabilitas

#### **2.1.4. Penatalaksanaan Skizofrenia**

Penatalaksanaan medis menurut Rahayu (2016) dibagi menjadi dua:

##### 2.2.8.1. Terapi Farmakologi

Skizofrenia terjadi pada seseorang yang mempunyai sifat individual, keluarga, dan sosial psikologis yang unik. Pengobatan pendekatan harus disusun sesuai bagaimana pasien tertentu telah terpengaruhi oleh gangguan dan bagaimana pasien tertentu akan tertolong oleh pengobatan.

Adapun obat yang digunakan untuk penderita gangguan jiwa yaitu antipsikotik. Antipsikotik dimanfaatkan dalam pengobatan jangka pendek gangguan bipolar dengan tujuan mengontrol gejala psikotik, seperti halusinasi, delusi, dan gejala mania. Gejala-gejala ini mungkin muncul selama episode mania akut atau depresi berat. Penggunaan antipsikotik bertujuan untuk meredakan gejala depresi bipolar, dan beberapa di antaranya telah menunjukkan efektivitas jangka

panjang dalam mencegah terjadinya episode mania atau depresi pada masa mendatang. Selain antipsikotik, antikonvulsan merupakan obat yang juga digunakan oleh penderita gangguan jiwa. Antikonvulsan digunakan untuk meredakan nyeri akibat gangguan saraf (neuropati), mencegah dan mengobati sakit kepala, serta mengatasi gangguan bipolar. Carbamazepine dan valproate dapat digunakan secara tunggal atau dikombinasikan dengan litium atau antipsikotik tertentu. Meskipun tidak terbukti efektif dalam mengurangi gejala psikotik pada skizofrenia jika digunakan secara terpisah, data menunjukkan bahwa kedua antikonvulsan tersebut mungkin memiliki efek positif dalam mengurangi episode kekerasan pada sejumlah pasien skizofrenia. Beberapa contoh obatnya antara lain:

a. Haloperidol

1) Klasifikasi : antipsikotik, neuroleptic, butirofenon

2) Indikasi

Penatalaksanaan psikosis kronik dan akut, pengendalian hiperaktivitas dan masalah perilaku berat pada anak-anak.

3) Mekanisme Kerja

Mekanisme kerja anti psikotik yang tepat belum dipenuhi sepenuhnya, tampak menekan susunan saraf pusat pada tingkat subkortikal formasi reticular otak, mesencefalon dan batang otak.

4) Kontraindikasi

Hipersensivitas terhadap obat ini pasien depresi SSP dan sumsum tulang belakang, kerusakan otak subkortikal, penyakit parkinson dan anak dibawah usia 3 tahun.

5) Efek Samping

Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, mulut kering dan anoreksia.

b. Clorpromazin

1) Klasifikasi : sebagai antipsikotik, antiemetic.

2) Indikasi

Penanganan gangguan psikotik seperti skizofrenia, fase mania pada gangguan bipolar, gangguan skizofrenia, ansietas dan agitasi, anak hiperaktif yang menunjukkan aktivitas motorik berlebih.

3) Mekanisme Kerja

Mekanisme kerja antipsikotik yang tepat belum dipahami sepenuhnya, namun berhubungan dengan efek antidopaminergik. Antipsikotik dapat menyekat reseptor dopamine postsinaps pada ganglia basa, hipotalamus, system limbic, batang otak dan medulla.

4) Kontraindikasi

Hipersensitivitas terhadap obat ini, pasien koma atau depresi sumsum tulang, penyakit Parkinson, insufisiensi hati, ginjal dan jantung, anak usia dibawah 6 tahun dan wanita selama masa kehamilan dan laktasi.

5) Efek Samping

Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, hipertensi, ortostatik, hipotensi, mulut kering, mual dan muntah.

c. Trihexyphenidil ( THP )

1) Klasifikasi : antiparkinson

2) Indikasi

Segala penyakit parkinson, gejala ekstra pyramidal berkaitan dengan obat antiparkinson.

3) Mekanisme Kerja

Mengoreksi ketidakseimbangan defisiensi dopamine dan kelebihan asetilkolin dalam korpus striatum, asetilkolin disekat oleh sinaps untuk mengurangi efek kolinergik berlebihan.

4) Kontraindikasi

Hipersensitivitas terhadap obat ini, glaucoma sudut tertutup, hipertropi prostat pada anak dibawah usia 3 tahun.

5) Efek Samping

Mengantuk, pusing, disorientasi, hipotensi, mulut kering, mual dan muntah.

#### 2.2.8.2. Terapi Non Farmakologi

a. Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok yang sesuai dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi adalah TAK Stimulasi Persepsi.

b. Pengekangan atau pengikatan

Pengikatan adalah terapi menggunakan alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik pasien yang bertujuan untuk melindungi cedera fisik pada pasien sendiri atau orang lain.

c. Terapi perilaku

Latihan Keterampilan Perilaku (Behavioral Skills Training) sering disebut sebagai terapi keterampilan sosial; terlepas dari namanya, terapi ini dapat memberikan manfaat langsung dan merupakan pelengkap alami bagi terapi

farmakologis. Selain tantangan pribadi yang dihadapi oleh individu dengan skizofrenia, beberapa gejala yang paling mencolok melibatkan interaksi pasien dengan orang lain, seperti kurangnya kontak mata, respons yang tertunda, ekspresi wajah yang kurang, kurangnya spontanitas dalam situasi sosial, dan persepsi emosional yang tidak akurat atau bahkan tidak ada. Perilaku-perilaku tersebut secara khusus menjadi fokus dalam latihan keterampilan perilaku. Latihan ini melibatkan penggunaan rekaman video dengan partisipasi pasien, permainan simulasi (role playing) dalam konteks terapi, dan tugas-tugas rumah terkait pengembangan keterampilan yang telah dipelajari.

## **2.2. Konsep Halusinasi**

### **2.2.1. Pengertian**

Gangguan jiwa dapat menyebabkan halusinasi, yaitu persepsi palsu yang melibatkan semua panca indera. Halusinasi ini dapat berupa suara, penglihatan, bau, rasa, atau sentuhan yang tidak terlihat.. Gangguan jiwa ini dapat menyebabkan perpecahan jiwa dan mengganggu kontak dengan kenyataan, sehingga pasien sulit membedakan antara kenyataan dan khayalan. (Indriawan, 2019).

Halusinasi adalah persepsi palsu yang dialami oleh seseorang dengan kesadaran penuh tanpa adanya rangsangan eksternal. Hal ini berarti bahwa seseorang merasakan sesuatu yang tidak nyata melalui panca inderanya, meskipun tidak ada stimulus yang memicunya. (Lalla, dkk. 2022).

Yani, dkk. (2022) menerangkan bahwa halusinasi adalah gangguan persepsi dimana seseorang mempersepsikan sesuatu yang tidak nyata yang muncul dari berbagai indera.



Halusinasi merupakan keadaan seseorang mengalami perubahan dalam pola dan jumlah stimulasi yang diprakarsai secara internal atau eksternal di sekitar dengan pengurangan, berlebihan, atau kelainan berespon terhadap setiap stimulus (Pardede, Keliat & Yulia, 2015). Halusinasi merupakan persepsi yang salah mengenai suatu objek, gambaran dan pikiran yang terjadi tanpa adanya rangsang dari luar pada semua sistem penginderaan yang dapat dirasakan oleh klien namun tidak dapat dibuktikan secara nyata (Putri, 2021).

Kesimpulan dari beberapa pengertian diatas bahwa halusinasi adalah gangguan persepsi sensori yang terjadi diluar diri pasien tanpa adanya rangsangan atau stimulus yang nyata adanya, sehingga pasien merasakan sesuatu yang sesungguhnya tidak ada atau terlihat.

### **2.2.2. Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Halusinasi**

Pardede, et al (2021) mengatakan gangguan sensori persepsi: halusinasi terdiri dari dua faktor penyebab yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

#### **2.2.2.1. Faktor Predisposisi**

##### **a. Faktor genetik**

Faktor genetik merupakan salah satu faktor utama yang dapat menyebabkan halusinasi dikarenakan anak yang memiliki satu orang tua penderita halusinasi memiliki resiko 15%, angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita halusinasi.

##### **b. Faktor psikologis**

Faktor psikologis terjadi karena kegagalan berulang dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial, korban kekerasan, kurang kasih sayang.

Sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup.

c. Faktor sosiokultural dan lingkungan

Seseorang yang berada di kelas sosial ekonomi rendah lebih berisiko mengalami halusinasi dibandingkan dengan orang-orang dari kelas sosial ekonomi yang lebih tinggi. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor-faktor seperti kemiskinan, tempat tinggal yang padat, dan kekurangan gizi. Selain itu, orang-orang yang merasa tidak diterima oleh lingkungannya sejak kecil (unwanted child) lebih mungkin merasa terisolasi, kesepian, dan tidak percaya pada orang lain.

d. Faktor biologis

Faktor-faktor seperti riwayat keluarga dengan gangguan jiwa, penyakit tertentu, trauma kepala, dan penggunaan NAPZA dapat meningkatkan risiko seseorang mengalami gangguan jiwa. Stres berlebihan juga dapat memicu produksi zat halusinogenik di dalam tubuh, seperti Dimetytranferase (DMP). Buffofenon dan stres berkepanjangan dapat mengaktifkan neurotransmitter otak, seperti acetylcholine dan dopamine, yang dapat menyebabkan ketidakseimbangan dan memicu halusinasi.

2.2.2.2. Faktor presipitasi

Pemicu halusinasi adalah rangsangan dari luar dan dalam diri yang memicu stres dan kecemasan. Rangsangan luar contohnya partisipasi dalam kelompok atau kurangnya komunikasi. Rangsangan dalam contohnya stres dan kecemasan. Hal ini

merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik. Penyebab halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi menurut (Oktiviani, 2020) yaitu :

a. Dimensi fisik

Halusinasi dapat disebabkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, keracunan alkohol, dan kesulitan tidur dalam waktu lama.

b. Dimensi Emosional

Kecemasan berlebihan akibat masalah yang tak terpecahkan dapat memicu halusinasi. Halusinasi ini sering kali berisi perintah paksa yang menakutkan, dan pasien tak mampu melawannya. Alhasil, pasien bertindak atau melakukan sesuatu berdasarkan rasa takut tersebut.

c. Dimensi Intelektual

Dimensi intelektual menunjukkan bahwa orang yang mengalami halusinasi mengalami penurunan fungsi ego. Awalnya, halusinasi merupakan upaya ego untuk melawan dorongan yang menekan. Namun, lama kelamaan halusinasi dapat menjadi fokus utama dan mengendalikan perilaku pasien.

d. Dimensi Sosial

Pada tahap awal, pasien masih dapat berinteraksi sosial dan merasa nyaman. Namun semakin lama, pasien merasa bahwa hidup bersosialisasi di dunia nyata sangat berbahaya. Mereka pun tenggelam dalam halusinasi yang seolah-olah menyediakan ruang untuk memenuhi kebutuhan interaksi sosial, kontrol diri, dan harga diri yang tidak terpenuhi di dunia nyata.

#### e. Dimensi Spiritual

Kehidupan spiritual pasien yang mengalami halusinasi mulai menunjukkan tanda-tanda kemunduran. Mereka merasakan kehampaan hidup, rutinitas yang tidak bermakna, dan kehilangan motivasi untuk melakukan aktivitas ibadah. Upaya untuk membersihkan diri secara spiritual pun jarang dilakukan. Saat bangun tidur, pasien merasakan kekosongan dan tidak memiliki tujuan hidup yang jelas. Mereka sering menyalahkan takdir atas nasib buruknya, namun tidak berusaha untuk memperbaiki keadaan. Pasien cenderung menyalahkan lingkungan dan orang lain sebagai penyebab kemunduran takdirnya.

#### **2.2.3. Jenis Halusinasi**

Santri, (2021) mengatakan jenis halusinasi antara lain:

##### 2.2.3.1. Halusinasi pendengaran

Pasien mengalami halusinasi pendengaran di mana mereka mendengar suara atau kebisingan yang tidak nyata. Suara-suara tersebut dapat terdengar jelas atau tidak jelas, dan terkadang dapat berbicara dengan pasien atau memerintahkan pasien untuk melakukan sesuatu.

##### 2.2.3.2. Halusinasi penglihatan

Pasien yang mengalami halusinasi visual, mereka melihat sesuatu yang tidak nyata. Halusinasi visual dapat berupa pancaran cahaya, gambar, atau bayangan yang rumit dan kompleks.

##### 2.2.3.3. Halusinasi penciuman

Pasien dengan halusinasi penciuman, mereka mencium bau yang tidak nyata. Bau yang dicium dapat berupa bau darah, urin, feses, parfum, atau bau

lainnya. Halusinasi penciuman ini sering terjadi pada orang yang pasca stroke, kejang, atau demensia.

#### 2.2.3.4. Halusinasi peraba

Pasien merasakan sensasi fisik yang tidak nyata. Sensasi yang dirasakan dapat berupa rasa nyeri, rasa tertetrum, atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas.

#### 2.2.3.5. Halusinasi pengecap

Merasa mengecap rasa seperti darah, urine, feses atau yang lainnya.

#### 2.2.3.6. Halusinasi kinestetika

Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak

### **2.2.4. Mekanisme Koping Halusinasi**

Mekanisme koping merupakan perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri, mekanisme koping halusinasi menurut Yosep (2016), diantaranya:

#### 2.2.4.1. Regresi

Proses ini membantu pasien untuk mengurangi stress dan kecemasan, mengatasi masalah proses informasi dan upaya untuk mengendalikan stress.

#### 2.2.4.2. Proyeksi

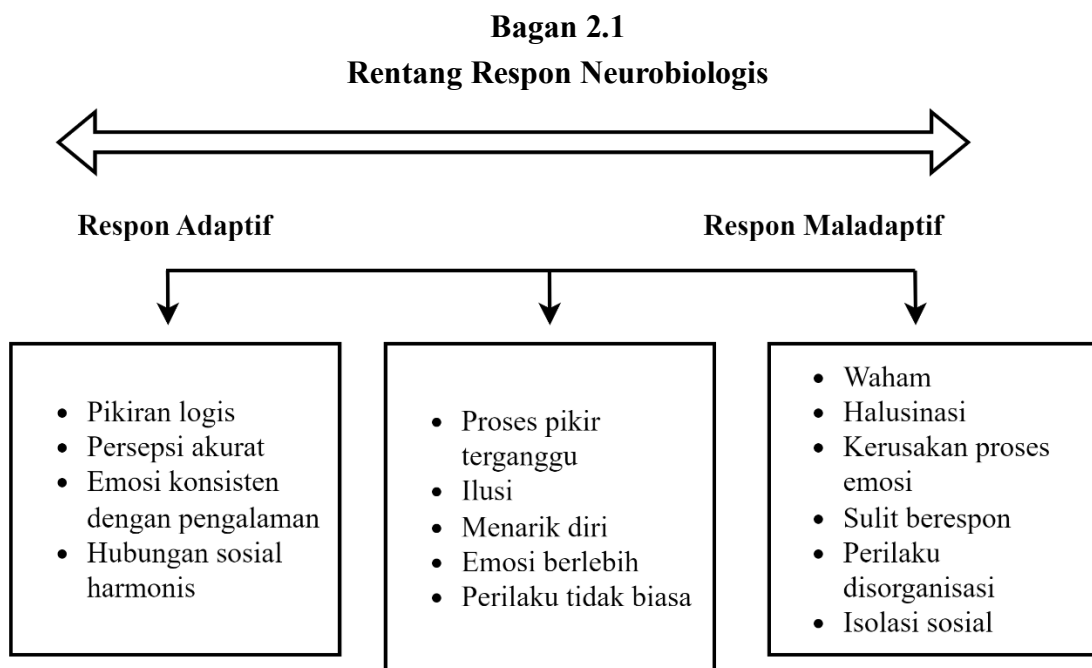
Keinginan yang tidak tertahankan, kecenderungan untuk menyalahkan orang lain atas kesalahannya sendiri, dan kesulitan dalam memahami identitasnya sendiri.

### 2.2.4.3. Menarik diri

Reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis.

### 2.2.5. Rentang Respon Halusinasi

Respon perilaku pasien dapat berada dalam rentang adaptif sampai maladaptive yang dapat digambarkan menurut Yusuf, dkk (2015) sebagai berikut:



Yusuf, dkk (2015)

Seseorang dikatakan memiliki respon adaptif jika tindakannya dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya di lingkungannya dan dia mampu menyelesaikan masalah yang dihadapinya dengan cara yang wajar dan normal.

- a. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan, sedangkan persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan. Maka pikiran logis dan persepsi akurat adalah dua cara untuk memahami kenyataan.
- b. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman

- c. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- d. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

#### 2.2.5.1. Respon Maladaptif

Seseorang dapat dikatakan memiliki respon yang maladaptive jika dia tidak mampu menyelesaikan masalah dengan cara yang normal dan wajar.

- 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 dapat diartikan sebagai perubahan pada cara seseorang merasakan atau mengekspresikan emosi, gangguan pada kemampuan seseorang untuk mengelola emosinya, dan ketidakmampuan seseorang untuk memahami emosinya sendiri dan orang lain.
- d. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
- e. Isolasi sosial adalah keadaan di mana seseorang terpisah dari orang lain, merasa kesepian, terasing, tidak memiliki hubungan sosial yang berarti.

#### 2.2.6. Tanda dan Gejala Halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi menurut Yuanita (2019) terdiri atas : menarik diri dari orang lain, dan berusaha untuk menghindar diri dari orang lain, tersenyum sendiri, tertawa sendiri, duduk terpukau (berkhayal), bicara sendiri, memandang satu arah, menggerakkan bibir tanpa suara, penggerak mata yang cepat, dan respon verbal yang lambat, menyerang, sulit berhubungan dengan orang lain, tiba-tiba

marah, curiga, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain dan lingkungan) takut, gelisah, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel, terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah

### **2.2.7. Fase Halusinasi**

Halusinasi terbagi atas beberapa fase (Oktiviani, 2020):

#### **2.2.7.1. Fase Pertama / *Sleep disorder***

Pasien saat ini mengalami fase yang penuh dengan berbagai masalah. Ia ingin melarikan diri dari lingkungannya dan takut orang lain mengetahui kesulitannya. Beban masalah semakin terasa berat karena berbagai faktor stres yang menumpuk, seperti kehamilan kekasihnya, keterlibatan dengan narkoba, pengkhianatan kekasih, masalah di kampus, hingga putus kuliah. Akumulasi masalah ini membuatnya merasa tertekan, terlebih dengan kurangnya dukungan dan persepsi negatifnya terhadap masalah yang dihadapi. Sulit tidur yang dialaminya secara terus-menerus mendorongnya untuk terbiasa melamun atau menghayal. Awalnya, lamunan ini dianggapnya sebagai solusi untuk menyelesaikan masalahnya.

#### **2.2.7.2. Fase Kedua / *Comforting***

Pasien merasakan berbagai emosi yang terus menerus, seperti kecemasan, kesepian, rasa bersalah, dan ketakutan. Ia berusaha untuk fokus pada sumber kecemasannya dengan harapan dapat mengendalikan pikiran dan perasaannya. Pasien beranggapan bahwa halusinasinya dapat dikontrol dengan mengatur kecemasannya. Pada tahap ini, ia cenderung merasa nyaman dengan halusinasinya.



#### 2.2.7.3.Fase Ketiga / *Condemning*

Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias. Pasien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan pasien mulai menarik diri dari orang lain, dengan intensitas waktu yang lama.

#### 2.2.7.3.Fase Keempat / *Controlling Severe Level of Anxiety*

Pasien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Pasien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.

#### 2.2.7.4.Fase ke lima / *Conquering Panic Level of Anxiety*

Pengalaman sensorinya terganggu. Pasien mulai terasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila pasien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal empat jam atau seharian, bila pasien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik maka terjadi gangguan psikotik berat.

### **2.3.Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa**

#### 2.3.1.Pengkajian

Pengkajian dalam proses keperawatan, di mana data dikumpulkan secara sistematis untuk memahami status kesehatan, fungsional, dan respons pasien, baik saat ini maupun masa lampau. (Helidrawati, 2020). Adapun isi dari pengkajian tersebut adalah :

#### 2.3.1.1. Identitas klien

Melakukan perkenalan dan kontrak dengan pasien tentang : nama mahasiswa, nama panggilan, nama pasien, nama panggilan pasien, tujuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat usia pasien dan NO RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

#### 2.3.1.2. Alasan masuk

Apa yang menyebabkan pasien dirawat di rumah sakit, apakah sudah tau penyakit sebelumnya, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah ini.

#### 2.3.1.3. Riwayat penyakit sekarang dan faktor presipitasi

Menanyakan bagaimana pasien bisa mengalami gangguan jiwa. Faktor yang memperberat kejadian seperti putus pengobatan.

#### 2.3.1.4. Faktor predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada pasien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan pasien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan.

#### 2.3.1.5. Pemeriksaan Fisik

Memeriksa TTV, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien.

### 2.3.1.6. Pengkajian psikososial

#### a. Genogram

Genogram menggambarkan pasien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh

#### b. Konsep Diri

##### 1) Gambaran Diri

Tanyakan persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai maupun bagian tubuh yang tidak disukai.

##### 2) Identitas Diri

Status dan posisi pasien sebelum dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelaminnya dan posisinya.

##### 3) Fungsi Peran

Tugas atau peran pasien dalam keluarga, pekerjaan atau kelompok masyarakat, kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat pasien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut.

##### 4) Ideal Diri

Harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, harapan pasien terhadap lingkungan, harapan pasien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya.

### 5) Harga Diri

Hubungan pasien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada pasien dalam berhubungan dengan orang lain, harapan, identitas diri tidak sesuai harapan, fungsi peran tidak sesuai harapan, ideal diri tidak sesuai harapan, penilaian pasien terhadap pandangan atau penghargaan orang lain.

### c. Hubungan Sosial

Tanyakan orang yang paling berarti dalam hidup pasien, tanyakan upaya yang biasa dilakukan bila ada masalah, tanyakan kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, keterlibatan atau peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain.

### d. Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah atau menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan.

## 2.3.1.7. Status Mental

### 1. Penampilan

Penampilan dilihat dari beberapa hal dengan melihat kerapihan berpakaian.

### 2. Pembicaraan

Amati pembicaraan pasien apakah cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering terhenti atau bloking, apatis, lambat, membisu, menghindar, tidak mampu menyelesaikan masalah.

### 3. Afek

Kaji afek klien yang meliputi:

- 1) Adekuat : perubahan roman-roman muka sesuai dengan stimulus eksternal
- 2) Datar : tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan
- 3) Tumpul : hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang sangat kuat
- 4) Labil : emosi klien cepat berubah-ubah
- 5) Tidak sesuai: emosi bertentangan atau berlawanan dengan stimulus

#### 4. Interaksi selama wawancara

Selama wawancara dilakukan dapat dinilai sikap dengan melihat ada atau tidaknya kontak mata serta kooperatif pasien saat pelaksanaan.

#### 5. Persepsi

Halusinasi apa yang terjadi dengan pasien. Data yang terkait tentang halusinasi lainnya yaitu berbicara sendiri dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindar dari orang lain, tidak dapat membedakan nyata atau tidak nyata.

#### 6. Proses Pikir

Biasanya pasien tidak mampu mengorganisir dan menyusun pembicaraan logis dan koheren, tidak berhubungan, berbelit. Ketidakmampuan pasien ini sering membuat lingkungan takut dan merasa aneh terhadap pasien.

#### 7. Isi pikir

Keyakinan pasien tidak konsisten dengan tingkat intelektual dan latar belakang budaya pasien. Ketidakmampuan memproses stimulus internal dan eksternal melalui proses informasi dapat menimbulkan waham.

#### 8. Tingkat kesadaran

- a) Bingung : tampak bingung dan kacau (perilaku yang tidak pada tujuan)
- b) Sedasi : mengatakan merasa melayang-layang antara sadar atau tidak sadar
- c) Stupor : gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan yang diulang-ulang, anggota tubuh klien dalam sikap yang canggung dan dipertahankan klien tapi klien mengerti semua yang terjadi di lingkungannya.

9. Orientasi : waktu, tempat dan orang

Jelaskan apa yang dikatakan pasien saat wawancara

10. Memori

Terjadi gangguan daya ingat jangka panjang maupun jangka pendek, mudah lupa, pasien kurang mampu menjalankan peraturan yang telah disepakati, tidak mudah tertarik. Pasien berulang kali menanyakan waktu, menanyakan apakah tugasnya sudah dikerjakan dengan baik, permisi untuk satu hal.

11. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Kemampuan mengorganisir dan konsentrasi terhadap realitas eksternal, sukar menyelesaikan tugas, sukar berkonsentrasi pada kegiatan atau pekerjaan dan mudah mengalihkan perhatian, mengalami masalah memberikan perhatian.

12. Kemampuan penilaian

Pasien mengalami ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, menilai, dan mengevaluasi diri sendiri dan juga tidak mampu melaksanakan keputusan yang telah disepakati. Sering tidak merasa yang dipikirkan dan diucapkan adalah salah.

13. Daya tilik diri

Pasien biasanya tidak setuju tentang apa yang ia derita. Pasien tidak mengetahui gejala penyakit yang ada padanya dan merasa tidak ingin untuk dibantu, kadang pasien menyangkal punya penyakit dan tidak ingin menceritakan tentang penyakit dirinya.

#### 2.2.2.2. Kebutuhan Persiapan Pasien Pulang

##### a. Makan

Observasi kemampuan pasien untuk menyiapkan makan secara mandiri, makan dengan cara yang baik dan benar, serta membereskan peralatan setelah makan.

##### b. BAB atau BAK

Observasi kemampuan pasien untuk BAK atau BAK serta kemampuan pasien untuk membersihkan diri.

##### c. Mandi

Observasi kemampuan pasien untuk menyiapkan peralatan mandi secara mandiri, mandi dengan cara yang baik dan benar, serta membereskan peralatan setelah mandi.

##### d. Berpakaian

Observasi kemampuan pasien menggunakan pakaian, mengancingkan pakaian, cara memakai celana yang baik dan benar, serta merapihkan pakaian.

##### e. Pemeliharaan kesehatan

Observasi kemampuan pasien mengenai cara minum obat secara teratur, kontrol kesehatan secara mandiri, dan mengetahui bahwa pasien memiliki masalah kejiwaan secara mandiri.

##### f. Aktifitas dalam rumah

Observasi kemampuan pasien melakukan aktivitas di dalam rumah seperti menyapu, mencuci piring, dan pekerjaan rumah lainnya.

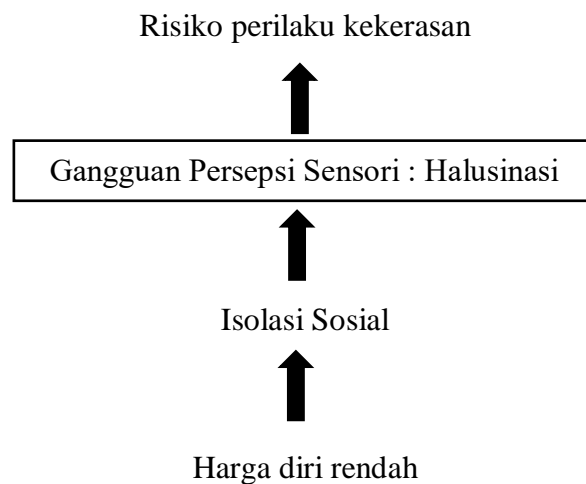
#### 2.3.1.8.Aspek Medis

- a. Diagnosa medis : Skizofrenia
- b. Terapi yang diberikan : Obat yang diberikan pada pasien dengan halusinasi biasanya antipsikotik seperti haloperidol (HLP), chlorpromazine (CPZ), thrihexypenidyl (THP)

#### 2.3.1.9.Pohon Masalah

Pohon masalah dengan halusinasi dapat diuraikan sebagai berikut, menurut Restia (2020)

#### **Bagan 2.2** **Pohon Masalah**





### 2.3.2. Diagnosa Keperawatan

Pada pasien dengan halusinasi terjadi masalah keperawatan yang sering ditemukan. Menurut Restia, 2020 menyebutkan 4 masalah keperawatan yaitu:

a. Risiko perilaku kekerasan

Berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan seksual pada diri sendiri atau orang lain. Berikut faktor risiko dan kondisi klinis pasien dengan resiko perilaku kekerasan:

a) Faktor Risiko

Pemikiran waham atau delusi, curiga pada orang lain, halusinasi, berencana bunuh diri, kerusakan kognitif, alam perasaan depresi, riwayat kekerasan pada hewan, kelainan neurologis, impulsive, dan ilusi.

b) Kondisi Klinis Terkait

Penganiayaan fisik, sindrom otak organic, gangguan perilaku, depresi, serangan panik, delirium, demensia, halusinasi, upaya bunuh diri, dan gangguan amnestik.

b. Gangguan sensori persepsi halusinasi

Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan, atau terdistrosi.

Gangguan persepsi sensori biasanya disebabkan karena gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan penghiduan, gangguan perabaan, hipoksia serebral, penyalahgunaan zat, usia lanjut, dan pemajanan toksin lingkungan.

Adapun tanda gejala mayor dan minor sebagai berikut:

a. Tanda dan gejala mayor

- 1) Subjektif: Mendengarkan suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, atau pengecapan.
- 2) Objektif: Distorsi sensori, respon tidak sesuai, bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu.

b. Tanda dan gejala minor

- 1) Subjektif: Menyatakan kesal
- 2) Objektif: Menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi waktu tempat orang atau situasi, curiga, melihat ke satu arah, mondar mandir, dan bicara sendiri.

c. Isolasi Sosial

Isolasi sosial biasanya disebabkan karena keterlambatan perkembangan, ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan, ketidaksesuaian minat dengan tahap perkembangan, ketidaksesuaian nilai dengan norma, ketidaksesuaian perilaku dengan norma, perubahan penampilan fisik, perubahan status mental, dan ketidakadekuatan sumber daya personal.

Adapun tanda gejala mayor dan minor sebagai berikut:

a. Tanda dan gejala mayor

- 1) Subjektif: Merasa ingin sendirian, dan merasa tidak aman berada di tempat umum.

2) Objektif: Pasien mensrik diri dan tidak berminat untuk berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan.

b. Tanda dan gejala minor

1) Subjektif: Merasa berbeda dengan orang lain, merasa asyik dengan pikiran sendiri, dan merasa tidak mempunyai tujuan hidup.

2) Objektif: Afek datar, afek sedih, riwayat ditolak, menunjukkan permusuhan, tidak mampu memenuhi harapan orang lain, kondisi difabel, tindakan tidak berarti, tidak ada kontak mata, perkembangan terlambat, dan lesu tidak bergairah.

d. Harga diri rendah

Harga diri rendah biasanya disebabkan karena perububahan pada citra tubuh, perubahan peran sosial, ketidakadekuatan pemahaman, perilaku tidak konsisten dengan nilai, kegagalan hidup berulang, riwayat kehilangan, riwayat penolakan, dan transisi perkembangan.

Adapun tanda gejala mayor dan minor sebagai berikut:

a. Tanda dan gejala mayor

1) Subjektif: Menilai diri negative, merasa malu atau bersalah, lebih-lebihkan penilaian negative tentang diri sendiri, menolak penilaian positif tentang diri sendiri.

2) Objektif: Berbicara pelan dan lirih, menolak berinteraksi dengan orang lain, berjalan menunduk, dan postur tubuh menunduk.

b. Tanda dan gejala minor

- 1) Subjektif: Pasien sulit berkonsentrasi
- 2) Objektif: Kontak mata kurang, lesu dan tidak bergairah, pasif, dan tidak mampu membuat keputusan.

### **2.3.3. Intervensi Keperawatan**

Anasari, 2020 mengatakan bahwa tujuan umum dilakukan tindakan keperawatan adalah mampu mengontrol halusinasi pada pasien, untuk tujuan khususnya adalah: klien dapat membina hubungan saling percaya, dan untuk kriteria hasilnya adalah: ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, klien mampu mengungkapkan perasaannya dan untuk intervensinya adalah : BHSP dengan menggunakan komunikasi terapeutik, sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan klien yang disukai, buat kontak interaksi yang jelas, jujur dan tepat janji, tunjukkan sifat empati dan menerima klien.

**Tabel 2.1**

Rencana Tindakan Keperawatan

| No. | Diagnosa Keperawatan                  | Perencanaan   |   |   |
|-----|---------------------------------------|---|---|---|
|     |                                       | Tujuan  | Kriteria Evaluasi   | Intervensi  |
| (1) | (2)                                   | (3)   | (4)   | (5)   |
| 1.  | Gangguan persepsi sensori: Halusinasi | TUM :<br>Pasien tidak mencederai orang lain<br>Tuk 1 :<br>Klien dapat membina hubungan saling percaya | 1. Ekspresi wajah bersahabat menunjukkan rasa senang ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengungkapkan masalah yang dihadapi | 1. Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prinsip komunikasi terapeutik. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal</li> <li>• Perkenalkan diri dengan tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien</li> <li>• Jelaskan tujuan pertemuan</li> <li>• Jujur dan menepati janji</li> <li>• Tunjukkan sikap simpati dan menerima apa adanya</li> <li>• Beri perhatian pada kebutuhan dasar klien</li> <li>• Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap</li> <li>• Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinsinya bicara dan tertawa tanpa stimulus memandang ke kiri/ke kanan/ ke depan seolah-olah ada teman bicara</li> </ul> |

Dilanjutkan

Lanjutan

| (1) | (2) | (3)   | (4)   | (5)   |
|-----|-----|---|---|---|
|     |     | TUK 2 :<br>Klien dapat mengenal halusinasinya | 2.1.Klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi dan situasi yang menimbulkan halusinasi<br>2.2.Klien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasi nya | 2. Bantu klien mengenal halusinasinya:<br>a. Jika menemukan pasien yang sedang halusinasi,<br><ul style="list-style-type: none"> <li>•Tanyakan apakah ada suara yang di dengar</li> <li>•Jika pasien menjawab ada, lanjutkan: apa apa yang dikatakan</li> <li>•Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh atau menghakimi)</li> <li>•Katakan bahwa pasien lain juga ada seperti klien</li> <li>•Katakan bahwa perawat akan membantu pasien.</li> </ul> b. Jika pasien tdk berhalusinasi klarifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi.<br>Diskusikan dengan pasien: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situasi yang menimbulkan/tidak menimbulkan halusinasi (jika sendiri, jengkel/ sedih)</li> <li>• Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang sore, dan malam atau sering dan kadang-kadang)</li> </ul> |

Dilanjutkan

Lanjutan

| (1) | (2) | (3)   | (4)   | (5)  |
|-----|-----|---|---|--|
|     |     | <p>TUK 3 :<br/>Klien dapat mengontrol halusinasinya</p> | <p>3.1.Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya<br/>3.2.Klien dapat menyebutkan cara baru<br/>3.3.Klien dapat memilih cara mengatasi halusinasi seperti yang telah didiskusikan dengan klien<br/>3.4.Klien dapat melaksanakan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasinya</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Diskusikan dengan klien bagaimana perasaannya jika terjadi halusinasi (marah/takut, sedih, senang)</li> <li>•Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya.</li> </ul> <p>3.1. Identifikasi bersama klien cara atau tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukan diri dll)</p> <p>3.2. Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan klien, jika bermanfaat beri pujian</p> <p>3.3. Diskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Katakan: “saya tidak mau dengar/lihat kamu” (pada saat halusinasi terjadi)</li> <li>•Menemui orang lain (perawat/teman/anggota keluarga) untuk bercakap cakap atau mengatakan halusinasi yang didengar / dilihat.</li> <li>•Membuat jadwal kegiatan sehari hari agar halusinasi tidak sempat muncul.</li> <li>•Meminta keluarga/teman/ perawat menyapa jika tampak bicara sendiri</li> </ul> <p>3.4. Bantu klien memilih dan melatih cara memutus halusinasi secara bertahap</p> |

Dilanjutkan

Lanjutan

| (1) | (2) | (3)  | (4)   | (5)  |
|-----|-----|--|---|--|
|     |     |  | 3.5.Klien dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok   | 3.5. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang dilatih. Evaluasi hasilnya dan beri pujian jika berhasil  |
|     |     | TUK 4 :<br>Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya | 4.1. Keluarga dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat<br>4.2. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi | 4.1. Anjurkan pasien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi<br>4.2. Diskusikan (dengan keluarga) pada saat keluarga berkunjung/pada saat kunjungan rumah) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gejala halusinasi yang di alami pasien</li> <li>• Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi</li> <li>• Cara merawat anggota keluarga yang halusinasi di rumah : beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama</li> <li>• Beri informasi waktu follow up atau kapan perlu mendapat bantuan halusinasi tidak terkontrol, dan resiko mencederai orang lain</li> </ul> |
|     |     | TUK 5 :<br>Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik                         | 5.1.Pasien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat  | 5.1. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang dosis, efek samping dan manfaat obat.   |

Dilanjutkan



Lanjutan

| (1) | (2)                       | (3)  | (4)   | (5)  |
|-----|---------------------------|--|---|--|
|     |                           |  | 5.2. Pasien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar<br>5.3. Klien dapat informasi tentang manfaat dan efek samping obat<br>5.4. Klien memahami akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi<br>5.5. Klien dapat menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat | 5.2 Anjurkan klien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya<br>5.3 Anjurkan klien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan<br>5.4 Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi<br>5.5 Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip 5 (lima) benar. |
| 2.  | Risiko perilaku kekerasan | TUM :<br>Pasien dapat mengontrol atau mengendalikan perilaku kekerasan |   |  |

Dilanjutkan

Lanjutan

| (1) | (2) | (3)   | (4)   | (5)   |
|-----|-----|---|---|---|
|     |     | <p>TUK :</p> <p>1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya</p> | <p>1. Pasien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wajah cerah, tersenyum</li> <li>• Mau berkenalan</li> <li>• Ada kontak mata</li> <li>• Bersedia menceritakan perasaan</li> </ul> | <p>1. Bina hubungan saling percaya dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beri salam setiap berinteraksi</li> <li>• Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan</li> <li>• Tanyakan dan panggil nama kesukaan pasien</li> <li>• Tunjukkan sikap empati, jujur, dan menepati janji setiap kali berinteraksi</li> <li>• Tanyakan perasaan pasien dan masalah yang dihadapi pasien</li> <li>• Buat kontrak interaksi yang jelas</li> <li>• Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan pasien</li> </ul> <p>2. Bantu pasien mengungkapkan perasaan marahnya:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivasi pasien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya</li> <li>• Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan pasien</li> </ul> |
|     |     | <p>2. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan</p> | <p>2. Pasien menceritakan penyebab perilaku kekerasannya :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menceritakan penyebab perasaan kesal atau jengkel baik dari diri sendiri maupun lingkungannya.</li> </ul>                           |   |

Dilanjutkan

Lanjutan

| (1) | (2) | (3)  | (4)  | (5)   |
|-----|-----|--|--|---|
|     |     | 3. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan                    | 3. Pasien menceritakan keadaan :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisik : mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang, dan lain-lain.</li> <li>• Emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar</li> <li>• Sosial : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan</li> </ul> | 3. Bantu pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivasi pasien menceritakan kondisi fisik saat perilaku kekerasan terjadi.</li> <li>• Motivasi pasien menceritakan kondisi emosinya saat terjadi perilaku kekerasan</li> <li>• Motivasi pasien menceritakan kondisi psikologis saat terjadi perilaku kekerasan</li> <li>• Motivasi pasien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku kekerasan.</li> </ul> |
|     |     | 4. Pasien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya | 4. Pasien menjelaskan:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya</li> <li>• Perasaannya saat melakukan kekerasan</li> <li>• Efektifitas cara yang dipakai dalam</li> </ul>   | 4. Diskusikan dengan pasien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivasi pasien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya.</li> <li>• Motivasi pasien menceritakan perasaan pasien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi</li> <li>• Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi</li> </ul>  |

Dilanjutkan

Lanjutan

| (1) | (2) | (3)   | (4)  | (5)   |
|-----|-----|---|--|---|
|     |     | 5. Pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan                      | 5. Pasien menjelaskan akibat tindak kekerasan yang dilakukannya.<br><ul style="list-style-type: none"> <li>•Diri sendiri : luka, dijauhi teman, dll.</li> <li>•Orang lain atau keluarga: tersinggung, ketakutan, dll</li> <li>•Lingkungan : barang atau benda rusak, dll.</li> </ul> | 5. Diskusikan dengan pasien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>•Diri sendiri</li> <li>•Orang lain atau keluarga</li> <li>•Lingkungan</li> </ul>   |
|     |     | 6. Pasien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan | 6. Pasien:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>•Menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah</li> </ul>   | 6. Diskusikan dengan pasien:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>•Apakah pasien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat</li> <li>•Jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapkan marah selain perilaku kekerasan yang diketahui pasien</li> <li>•Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah :<br/> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Cara fisik : nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olahraga</li> <li>2) Verbal : mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain.</li> </ol> </li> </ul> |

Dilanjutkan

Lanjutan

| (1) | (2) | (3)   | (4)   | (5)   |
|-----|-----|---|---|---|
|     |     |   |   | 3) Sosial : latihan asertif dengan orang lain.<br>4) Spiritual : sembahyang atau doa, zikir, meditasi, dsb. sesuai dengan keyakinan agamanya masing-masing.   |
|     |     | 7. Pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan. | 7. Pasien mempragakan cara mengontrol perilaku kekerasan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisik : tarik nafas dalam, memukul bantal atau kasur</li> <li>• Verbal : mengungkapkan perasaan kesal atau jengkel pada orang lain tanpa menyakiti</li> <li>• Spiritual : zikir atau doa, meditasi sesuai agamanya</li> </ul> | 7.1 Diskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurkan pasien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan kemarahan.<br>7.2 Latih pasien mempragakan cara yang dipilih : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peragakan cara melaksanakan cara yang pilih</li> <li>• Jelaskan manfaat cara tersebut</li> <li>• Anjurkan pasien menirukan peragaan yang sudah dilakukan</li> <li>• Beri penguatan pada pasien, perbaiki cara yang masih belum sempurna</li> </ul> 7.3 Anjurkan pasien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah atau jengkel |
|     |     | 8. Pasien dapat dukungan keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasan | 8. Keluarga : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjelaskan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan</li> </ul>   | 8.1 Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung pasien untuk mengatasi perilaku kekerasan<br>8.2 Diskusikan potensi keluarga untuk membantu pasien mengatasi perilaku kekerasan  |

Dilanjutkan

Lanjutan

| (1) | (2)  | (3)  | (4)  | (5)   |
|-----|--|--|--|---|
|     |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengungkapkan rasa puas dalam merawat pasien</li> </ul>   | <p>8.3 Jelaskan pengertian, penyebab, akibat, dan cara merawat pasien perilaku kekerasan yang dapat dilaksanakan oleh keluarga</p> <p>8.4 Peragakan cara merawat pasien (menangani perilaku kekerasan)</p> <p>8.5 Beri kesempatan keluarga untuk memperagakan ulang</p> <p>8.6 Beri pujian kepada keluarga setelah peragaan</p> <p>8.7 Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang dilatihkan.</p> |
|     | <p>9. Pasien menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan</p> | <p>9.1 Pasien menjelaskan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manfaat minum obat</li> <li>• Kerugian tidak minum obat</li> <li>• Nama obat</li> <li>• Bentuk dan warna obat</li> <li>• Dosis yang diberikan kepada pasien</li> <li>• Waktu pemakaian</li> <li>• Cara pemakaian</li> </ul> | <p>9.1 Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat.</p> <p>9.2 Jelaskan kepada pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jenis obat (nama, warna, dan bentuk obat)</li> <li>• Dosis yang tepat untuk pasien</li> <li>• Waktu pemakaian</li> <li>• Cara pemakaian</li> <li>• Efek yang akan dirasakan</li> </ul> <p>9.3 Anjurkan pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minta dan menggunakan obat tepat waktu</li> <li>• Lapor ke perawat atau dokter jika mengalami efek yang tidak biasa</li> <li>• Beri pujian terhadap kedisiplinan pasien menggunakan obat.</li> </ul> |   |

Dilanjutkan

Lanjutan

| (1) | (2)               | (3)   | (4)   | (5)   |
|-----|-------------------|---|---|---|
|     |                   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efek yang dirasakan</li> </ul> <p>9.2 Pasien menggunakan obat sesuai program</p>   |   |
| 3.  | Harga diri rendah | <p>TUM:<br/>Pasien memiliki konsep diri yang positif</p> <p>TUK:<br/>1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat</p> | <p>1. Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.</p> <p>2. Pasien mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki</p> | <p>1. Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal</li> <li>• Perkenalkan diri dengan sopan</li> <li>• Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien</li> <li>• Jelaskan tujuan pertemuan</li> <li>• Jujur dan menepati janji</li> <li>• Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya</li> <li>• Beri perhatian kepada dan perhatikan kebutuhan dasar pasien</li> </ul> <p>2.1. Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien dan buat daftarnya jika pasien tidak mampu mengidentifikasi maka dimulai oleh perawat untuk memberi pujian pada aspek positif yang dimiliki pasien</p> |

Dilanjutkan

Lanjutan

| (1) | (2) | (3)  | (4)   | (5)  |
|-----|-----|--|---|--|
|     |     |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemampuan yang dimiliki pasien</li> <li>• Aspek positif keluarga</li> <li>• Aspek positif lingkungan yang dimiliki pasien</li> </ul> | 2.2. Setiap bertemu pasien hindarkan memberi penilaian negative<br>2.3. Utamakan memberi pujian yang realistis   |
|     |     | 3. Pasien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan                       | 3. Pasien menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan  | 3.1 Diskusikan dengan pasien kemampuan yang masih dapat dilaksanakan selama sakit.<br>3.2 Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan pelaksanaannya   |
|     |     | 4. Pasien dapat (menetapkan) merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki | 4. Pasien membuat rencana harian  | 4.1 Rencanakan bersama pasien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan <ul style="list-style-type: none"> <li>• kegiatan mandiri</li> <li>• kegiatan dengan bantuan sebagian</li> <li>• kegiatan yang membutuhkan bantuan total.</li> </ul> 4.2 Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi kondisi pasien.<br>4.3 Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang boleh pasien lakukan. |

Dilanjutkan



Lanjutan

| (1) | (2)            | (3)  | (4)  | (5)  |
|-----|----------------|--|--|--|
|     |                | 5. Pasien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi dan kemampuannya | 5. Pasien melakukan kegiatan sesuai kondisi dan kemampuannya.  | 5.1 Beri kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan yang telah direncanakan.<br>5.2 Beri pujian atas keberhasilan klien.<br>5.3 Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang.  |
|     |                | 6. Pasien dapat memanfaatkan system pendukung yang ada             | 6. Pasien memanfaatkan system pendukung yang ada di keluarga   | 6.1. Beri pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat pasien dengan harga diri rendah.<br>6.2. Bantu keluarga memberikan dukungan selama pasien di rawat.<br>6.3. Bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah.   |
| 4.  | Isolasi sosial | TUM:<br>TUK:<br>1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya    | 1. Pasien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada / terhadap perawat:<br>• Wajah cerah, tersenyum<br>• Mau berkenalan<br>• Ada kontak mata<br>• Bersedia menceritakan perasaan<br>• Bersedia mengungkapkan masalahnya | 1. Bina hubungan saling percaya dengan:<br>• Beri salam setiap berinteraksi.<br>• Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan.<br>• Tanyakan dan panggil nama kesukaan pasien<br>• Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi<br>• Tanyakan perasaan pasien dan masalah yang dihadapi pasien<br>• Buat kontrak interaksi yang jelas<br>• Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan pasien |

Dilanjutkan

Lanjutan

| (1) | (2) | (3)  | (4)   | (5)  |
|-----|-----|--|---|--|
|     |     | 2. Pasien mampu menyebutkan penyebab menarik diri  | 2. Pasien dapat menyebutkan satu penyebab menarik diri dari: <ul style="list-style-type: none"> <li>• diri sendiri</li> <li>• orang lain</li> <li>• lingkungan</li> </ul> | 2.1 Tanyakan pada pasien tentang: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Orang yang tinggal serumah / teman sekamar pasien</li> <li>•Orang yang paling dekat dengan pasien di rumah/ di RS</li> <li>•Apa yang membuat pasien dekat dengan orang tersebut</li> <li>•Orang yang tidak dekat dengan pasien di rumah/di RS</li> <li>•Apa yang membuat pasien tidak dekat dengan orang tersebut</li> <li>•Upaya yang harus dilakukan agar dekat dengan orang lain</li> </ul> 2.2 Beri kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan penyebab menarik diri atau tidak mau bergaul<br>2.3 Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya<br>3.1 Tanyakan pada klien tentang : <ul style="list-style-type: none"> <li>•Manfaat jika berhubungan dengan orang lain.</li> <li>•Kerugian jika tidak berhubungan dengan orang lain.</li> </ul> |
|     |     | 3. Pasien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain & kerugian tidak berhubungan dgn orang lain | 3. Pasien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain, misalnya <ul style="list-style-type: none"> <li>• banyak teman</li> </ul>                           |  |

Dilanjutkan

Lanjutan

| (1) | (2) | (3)   | (4)  | (5)  |
|-----|-----|---|--|--|
|     |     |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• tidak kesepian</li> <li>• bisa diskusi</li> <li>• saling menolong</li> </ul> <p>dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, misalnya:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sendiri</li> <li>• kesepian</li> <li>• tidak bisa diskusi</li> </ul> | <p>3.2 Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.</p> <p>3.3 Diskusikan bersama klien tentang manfaat berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.</p> <p>3.4 Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya</p>  |
|     |     | 4. Klien dapat melaksanakan hubungan social secara bertahap | <p>4. Klien dapat melakukan hubungan sosial secara bertahap antara:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• K – P</li> <li>• K – Perawat lain</li> <li>• K – klien lain</li> <li>• K – kelp/masy</li> </ul>   | <p>4.1 Observasi perilaku klien dengan berhubungan dengan orang lain</p> <p>4.2 Motivasi dan bantu klien untuk berkenalan / berkomunikasi dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawat</li> <li>• Perawat lain</li> <li>• Klien lain</li> <li>• Kelompok Masyarakat</li> </ul> <p>4.3 Libatkan klien dalam Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi</p> <p>4.4 Motivasi klien untuk mengikuti kegiatan ruangan</p> |

Dilanjutkan

Lanjutan

| (1) | (2) | (3)  | (4)   | (5)  |
|-----|-----|--|---|--|
|     |     |  |   | 4.5 Beri pujian terhadap kemampuan pasien memperluas pergaulannya  |
|     |     |  |   | 4.6 Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kemampuan pasien bersosialisasi   |
|     |     | 5. Pasien mampu mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain              | 5. Pasien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain untuk :<br>• diri sendiri<br>• orang lain<br>• lingkungan | 5.1 Beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain<br>5.2 Diskusikan dengan pasien tentang perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain<br>5.3 Beri pujian terhadap kemampuan pasien mengungkapkan perasaannya.   |
|     |     | 6. Pasien dapat dukungan keluarga dalam memperluas hubungan dengan orang lain dan lingkungan | 6. Keluarga dapat:<br>• menjelaskan cara merawat pasien menarik diri<br>• mengungkapkan rasa puas dalam merawat pasien                    | 6.1. Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung u?mengatasi prilaku menarik diri.<br>6.2. Diskusikan potensi keluarga u/membantu pasien mengatasi perilaku menarik diri<br>6.3. Jelaskan cara merawat pasien menarik diri yang dapat dilaksanakan oleh keluarga.<br>6.4. Motivasi keluarga membantu pasien bersosialisasi. |

Sumber: Buku Panduan Praktik Klinik Keperawatan Jiwa Politeknik Kesehatan Tasikmalaya Program Studi Keperawatan Cirebon 2023

#### **2.3.4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya berdasarkan prioritas yang telah dibuat dimana tindakan yang diberikan mencakup tindakan mandiri maupun kolaboratif (Damaiyanti, 2014). Diagnosa gangguan persepsi halusinasi disesuaikan dengan rencana tindak keperawatan yang terdiri dari strategi pelaksanaan

- a. Bina hubungan saling percaya (BHSP)
- b. Identifikasi, waktu, frekuensi, situasi, respon klien terhadap halusinasi
- c. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- d. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat
- e. Melatih klien dengan cara bercakap-cakap
- f. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan kegiatan terjadwal

#### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan**

Dalami, (2014) mengatakan bahwa evaluasi dapat di lakukan dengan pendekatan SOAP sebagai pola pikir dimana dapat di uraikan sebagai berikut:

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

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

A: Analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada yang kontradiksi dengan masalah yang ada.

P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien.

## **2.4 Konsep Terapi Bercakap : *Peer Support***

### **2.4.1. Pengertian *Peer Support***

Ekasari (2014) menjabarkan bahwa *peer support* sebagai salah satu jenis dukungan sosial yang menggabungkan informasi, penilaian, dan bantuan emosional, dukungan instrumental, dan saling berbagi dalam kondisi apapun untuk membawa perubahan sosial atau pribadi yang diinginkan.

Papalia, Dkk (dalam Sari & Indrawati, 2016) mengemukakan bahwa *peer support* adalah pemberi bantuan atau dukungan yang diberikan oleh teman sebaya yang dapat dirasakan individu (*perceived support*) yang menjamin selalu ada pada saat diperlukan, sehingga individu merasa dicintai dan dihargai oleh lingkungan sekitar. (Taylor, dalam Sari & Indrawati, 2016) juga menjelaskan bahwa *peer support* adalah bantuan dari teman sebaya baik instrumental, informasional, maupun emosional dari teman sebaya yang membuat individu merasa dihargai dan diperhatikan.

Teman sebaya juga merupakan salah satu fungsi terpenting sebagai pemberi informasi tentang berbagai macam topik yang sedang dibahas oleh dunia luar, seperti menerima masukan mengenai kemampuan yang dimiliki serta mempelajari tentang apa yang dilakukan mulai dari hal yang kurang baik hingga lebih baik dibandingkan teman sebayanya (Santrock, dalam Sari & Indrawati, 2016).

## **2.4.2 Aspek-aspek *Peer Support***

Solomon (dalam Dian, 2021) aspek-aspek *peer support* terbagi menjadi 3 diantaranya yaitu :

### **2.4.2.1 Dukungan emosional.**

Aspek ini mencakup ketersediaan individu dalam mendukung orang lain secara emosional, baik itu berupa perhatian, bentuk kedekatan, serta pemberian dukungan dalam bentuk hiburan. Dukungan emosional dapat ditunjukkan bertukar kabar dengan teman, menghibur teman saat sedih, dan mengungkapkan perasaan kepada teman

### **2.4.2.2 Dukungan Instrumental**

Aspek ini merupakan bentuk dukungan yang mengarah pada pemberian baik berupa barang maupun jasa yang akan dibutuhkan oleh orang lain. Dukungan instrumental merupakan dukungan yang berbentuk nyata, seperti meminjamkan uang maupun jasa misalnya menghibur pada saat diperlukan.

### **2.4.2.3 Dukungan Informasi**

Aspek ini merupakan dukungan yang memberikan saran, informasi, dan umpan balik yang akan dibutuhkan oleh orang lain untuk dapat menyelesaikan masalahnya. Pemberian informasi biasanya dilakukan pada individu yang memang memiliki kedekatan satu sama lain, maka dari itu individu tidak akan memberikan informasi tersebut pada orang lain selain orang-orang yang dekat dengannya.

### **2.4.3 Jenis *Peer Support***

Wikipedia (dalam R Hastuti, 2019) menjelaskan bahwa ada 4 jenis *peer support*, yaitu :

#### *2.4.3.1 Peer Listening*

Jenis dukungan kelompok yang biasa digunakan dikalangan sekolah, kelompok sebagai pendengar yang baik, kelompok meluangkan waktu saat istirahat atau waktu makan siang.

#### *2.4.3.2 Peer Counseling*

Model ini tidak banyak digunakan oleh kelompok. Kelompok berperan sebagai konselor, model ini tidak cocok untuk remaja, mengingat remaja sering melakukan kesalahan dan member nasehat yang berbahaya

#### *2.4.3.3 Peer Meditation*

Model ini digunakan karena banyak terjadi banyak kemarahan yang menyebabkan adanya korban dan tindak kekerasan yang dilakukan bersama-sama, maka diperlukan seorang diantara sebagai penengah.

#### *2.4.3.4 Peer Support Mental Health*

Pada model ini diperlukan bantuan dari sebuah organisasi sosial yang bertujuan untuk mempertinggi kesehatan mental para anggota, misalnya : agar anggota dapat menolong diri sendiri apabila berada dalam kesulitan, dan dapat menentukan apa yang terbaik untuk dirinya sendiri.



#### **2.4.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Peer Support***

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wong (2021) terdapat beberapa faktor diantaranya yaitu:

- a. Orang mungkin merasa malu atau takut bila ditolak mereka mencari dukungan dari orang lain. Persahabatan dapat mengurangi perasaan negatif ini karena teman biasanya dapat dipercaya dan peduli tentang kesejahteraan satu sama lain. Karena itu individu tidak terlalu malu untuk mencari dukungan dari teman.
- b. Individu mengenal teman-temannya sehingga mereka mengetahui dengan baik teman mana yang mampu memberikan dukungan untuk memecahkan masalah. Hal ini memungkinkan individu untuk pilih pendukung yang tepat di antara teman-teman mereka.
- c. Penyedia dukungan harus mencurahkan waktu dan sumber daya saat mereka mendukung yang lain, tetapi penyedia mungkin akan menerima lebih sedikit biaya saat mereka membantu seorang teman

#### **2.4.6 Kegiatan *Peer Support***

Kegiatan *peer support* dapat berlangsung aktif apabila terdiri dari beberapa langkah dibawah ini (Dadalos, 2017) :

##### *a. Cheking In*

Aktifitas ini dilakukan oleh anaggota untuk menyatakan bahwa dirinya akan mengikuti kelompok ini, sesi ini anggota berhak mengeluarkan pendapat mengenai model *Peer Support* yang akan diterapkan.

##### b. Presentasi masalah

Pada saat ini anggota berhak mengutarakan masalah yang dialami, pada sesi ini masalah yang disampaikan anggota dapat dijadikan sebagai bahan pertemuan.

c. Klarifikasi masalah

Masalah yang telah disampaikan anggota pada sesi sebelumnya dibahas bersama-sama untuk diberi jalan keluarnya, pada sesi ini anggota mengeluarkan pernyataan terbuka tentang apa yang dibutuhkan dan bagaimana perasaan saat ini.

d. Berbagi usulan

Anggota lain yang memiliki masalah yang sama dan dapat menyelesaikannya berbagi pengalaman serupa dan cara penyelesaian yang baik.

e. Perencanaan Tindakan

Pada sesi ini anggota merencanakan suatu strategi tindakan yang akan dilakukan untuk anggota kelompok.

f. *Cheking out*

Pada saat ini kelompok melakukan peninjauan ulang atas apa yang telah dibahas dan kelompok menentukan tema yang akan dibahas pada pertemuan berikutnya.

Tabel 2.2

Standar Operasional Prosedur Terapi Bercakap-cakap : *Peer Support*

|  |   |
|--|---|
| Topik  | Penerapan terapi bercakap-cakap berupa <i>peer support</i> pada pasien halusinasi dengar  |
| Pengertian   | Terapi bercakap-cakap: suatu bentuk TAK yang memfokuskan pada aktivitas mengontrol halusinasi dengan belajar mengungkapkan kepada orang lain mengenai halusinasi yang dialami dengan cara bercakap-cakap.   |
| Tujuan   | Sebagai acuan menerapkan Langkah-langkah melaksanakan Terapi Aktivitas Kelompok stimulasi persepsi sesi 4 : mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap   |
| Waktu  | Ketika Pasien merasakan halusinasinya, serta menetapkan jadwal kegiatan harian kepada pasien di waktu pagi hari pukul 08.00 dan siang hari pukul 12.00.   |
| Pelaksana  | Mahasiswa keperawatan yang sudah melakukan praktik klinik keperawatan jiwa dan perawat lulusan minimal D3 atau yang sudah mengikuti pelatihan.  |
| Prosedur<br>Penatalaksanaan<br>Terapi<br>Bercakap-cakap<br><i>Peer Support</i> | Langkah-langkah<br><ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana nyaman</li> <li>2. Duduk dengan santai</li> <li>3. Mengucapkan salam terapeutik.</li> <li>4. Menanyakan perasaan pasien saat ini.</li> <li>5. Menjelaskan tujuan kegiatan.</li> <li>6. Menanyakan apa saja isi dari halusinasi, frekuensi, kapan saja muncul halusinasi.</li> <li>7. Menjelaskan bagaimana cara mengontrol halusinasi dengan meminta tolong ke teman sebaya.</li> <li>8. Perawat memberikan contoh bagaimana cara minta tolong ke teman sebayanya untuk mengontrol halusinasi saat muncul “Fadya, Shinta ada suara di telinga saya, saya mau ngobrol saja dengan kalian,” atau “Fadya, Shinta saya mau ngobrol kalo saya suka dengar suara bisikan, saya mau pulang”</li> <li>9. Beri kesempatan pasien untuk mencoba cara yang sudah diajarkan oleh perawat.</li> <li>10. Beri <i>reinforcement</i> saat pasien dapat melakukannya.</li> <li>11. Beri kesempatan pasien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan.</li> <li>12. Perawat menjelaskan pentingnya bercakap-cakap dengan teman sebaya untuk mengontrol dan mencegah munculnya halusinasi.</li> </ol> |

---

### C. Kriteria Evaluasi

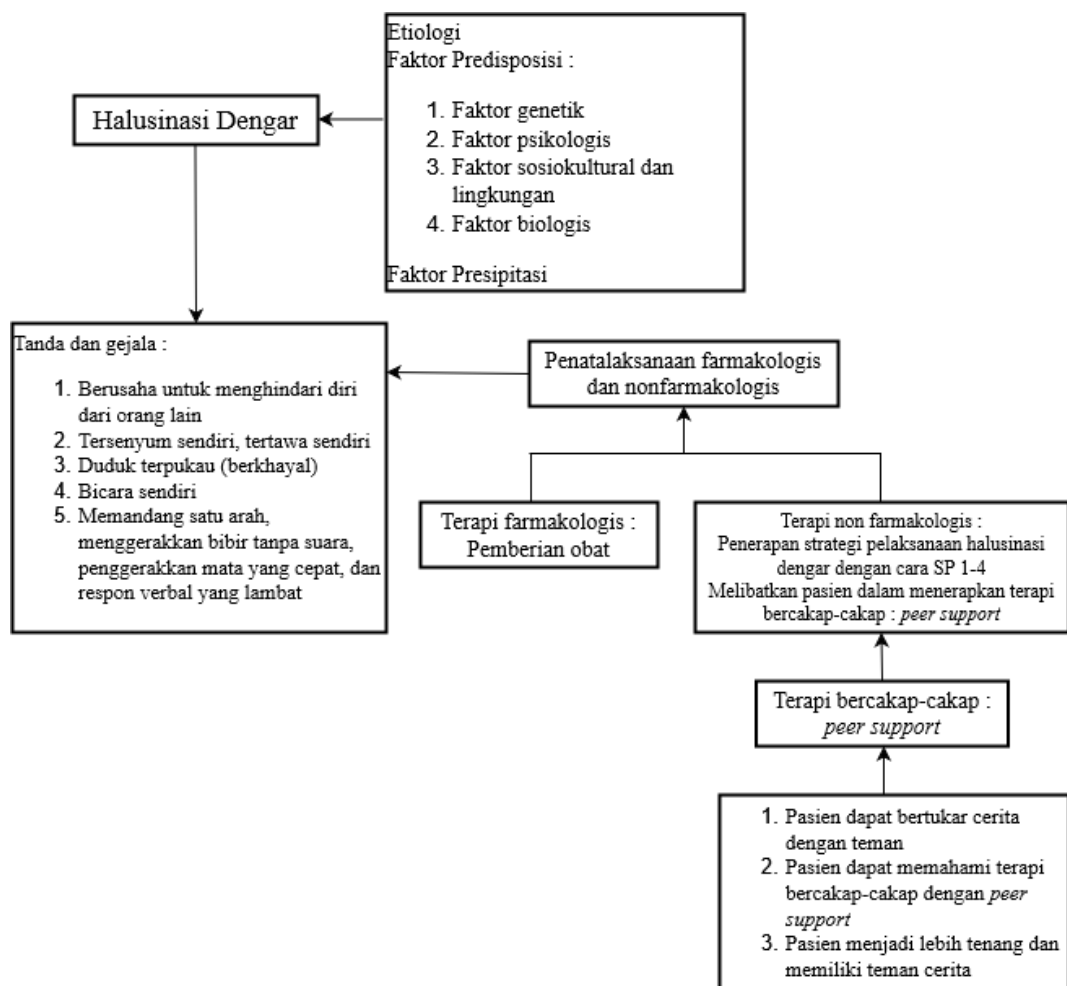
1. Mengkaji proses dan hasil dari terapi bercakap menggunakan catatan aktivitas terapi yang telah dilakukan.
  2. Menganalisis sesi yang telah dilakukan untuk melihat keefektifan terapi.
  3. Menganalisis hasil dan catatan terapi sehingga perawat dapat mengetahui progres teknik yang dilakukan pasien dalam mengembangkan sesi.
-

## 2.5 Kerangka Teori

Kerangka teori pada klien Halusinasi dengar dengan terapi bercakap-cakap:  
peer support dapat dilihat pada bagan 2.3 berikut :

### Bagan 2.3.

#### Kerangka Teori



Sumber : Pardede, et al (2021) ; Yuanita (2019)

## 2.6 Kerangka Konsep

Bagan 2.4.

Kerangka konsep

