

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Teori Halusinasi

2.1.1. Pengertian Halusinasi

Gangguan persepsi sensori halusinasi merupakan salah satu masalah keperawatan yang dapat ditemukan pada pasien gangguan jiwa.

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsanag eksternal (dunia luar). Klien memberi resepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara (Kusumawati, 2010).

Halusinasi adalah suatu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi: merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, perabaan pengecapan dan penghiduan (Keliat, 2006)

Halusinasi, atau salah persepsi indrawi yang tidak berhubungan dengan stimulus eksternal yang nyata, mungkin melibatkan salah satu dari lima indra. (Townsend, 2002).

2.1.2. Jenis Halusinasi

Dalam ilmu Keperawatan Jiwa halusinasi dapat digolongkan menjadi 7 golongan diantaranya Halusinasi dengar, Halusinasi penglihatan, Halusinasi Penciuman, Halusinasi pengecapan, Halusinasi perabaan, Halusinasi kinestetik, Halusinasi Viseral. Tipe halusinasi yang

paling sering di derita oleh pasien dengan gangguan jiwa adalah halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan (Varcolis, Carson, Shoemaker, 2006).

a. Halusinasi Pendengaran

Mendengar suara atau kebisingan, paling sering suara orang. Suara berbentuk kebisingan yang kurang jelas sampai kata-kata yang jelas 9 berbicara tentang klien, bahkan sampai pada percakapan lengkap antara dua orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang terdengar dimana klien mendengar perkataan bahwa klien disuruh untuk melakukan sesuatu kadang dapat membahayakan.

b. Halusinasi Penglihatan

Stimulus visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambar geometris, gambar kartun, bayangan yang rumit atau kompleks. Bayangan bisa yang menyenangkan atau menakutkan.

c. Halusinasi Penghidu atau Penciuman

Membau bau-bauan tertentu seperti bau darah, urin, dan feses, parfum atau bau yang lain. Ini sering terjadi pada seseorang pasca serangan stroke, kejang atau demensia.

d. Halusinasi Pengecapan

Merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin atau feses.

e. Halusinasi Perabaan

Merasa mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas. Rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

f. Halusinasi Cenesthetik

Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makan atau pembentukan urine.

g. Halusinasi Kinestetika

Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

Halusinasi yang dialami oleh klien bisa berbeda intensitas dan keparahannya, halusinasi dibagi 4 fase berdasarkan tingkat ansietas yang dialami dan kemampuan klien mengendalikan dirinya. Semakin berat halusinasinya, klien semakin berat mengalami ansietas dan semakin dikendalikan halusinasinya (Stuart dan Laraia, 2001).

1) Fase I : *Comforting* (Ansietas sedang, halusinasi menyenangkan)

Klien mengalami perasaan mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah dan takut bila untuk mencoba berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan ansietas individu mengenali bahwa pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran. Jika ansietas dapat ditangani (non psikotik) dengan perilaku klien tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, menggerakkan mata dengan cepat, respon verbal yang lambat, jika sedang asyik diam dan asyik sendiri.

2) Fase II : *Condemning* (Ansietas berat, halusinasi menjadi menjijikan)

Dengan karakteristik pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan, klien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang 21 dipersepsikan, klien mungkin mengalami dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri

dari orang lain (psikotik ringan) perilaku klien meningkatkan tanda-tanda sistem saraf otonom akibat ansietas seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah, tentang perhatian menyempit asyik dengan pengalaman sensorik dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita.

- 3) Fase III : *Controlling* (Ansietas berat pengalaman sensorik menjadi berkuasa) Karakteristik berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah terhadap halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik, klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensorik halusinasi berhenti (psikotik) dengan perilaku klien kemauan yang dikendalikan akan lebih diikuti kesukaran berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit. Adanya tanda fisik ansietas berat, berkeringat, tremor, tidak mau memenuhhi perintah.
- 4) Fase IV : *Conquering* (Panik, umumnya menjadi melebar dalam halusinasi) Karakteristik pengalaman sensorik menjadi pengalaman jika klien mengikuti perintah halusinasi, halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika ada intervensi terapeutik (psiotik berat). Adapun perilaku adalah perilaku terror akibat panik, potensi kuat akibat suicided atau homicide, aktivitas fisik mereflesikan isi halusinasi seperti perilaku kekerasan, menarik diri, tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks, tidak mampu berespons lebih dari satu orang (Stuart dan Laraia, 2004).

2.1.3. Etiologi Halusinasi

1. Faktor predisposisi

Menurut Stuart (2006) faktor predisposisi meliputi:

a) Biologis

Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan oleh penelitian-penelitian yang berikut:

- 1) Penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik.
- 2) Beberapa zat kimia di otak seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan dan masalah-masalah pada system reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.
- 3) Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atropi yang signifikan pada otak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atropi korteks bagian depan dan atropi otak kecil (*cerebellum*). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (*post-mortem*).

b) Psikologis

Keluarga, pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien. Salah satu sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas

adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien.

c) Sosial Budaya

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

2. Faktor Presipitasi

a) Biologis Stressor

biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologist maladaptive meliputi:

- 1) gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak, yang mengatur proses informasi
- 2) abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak (komunikasi saraf yang melibatkan elektrolit), yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

b) Lingkungan Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku (Stuart, 2006)

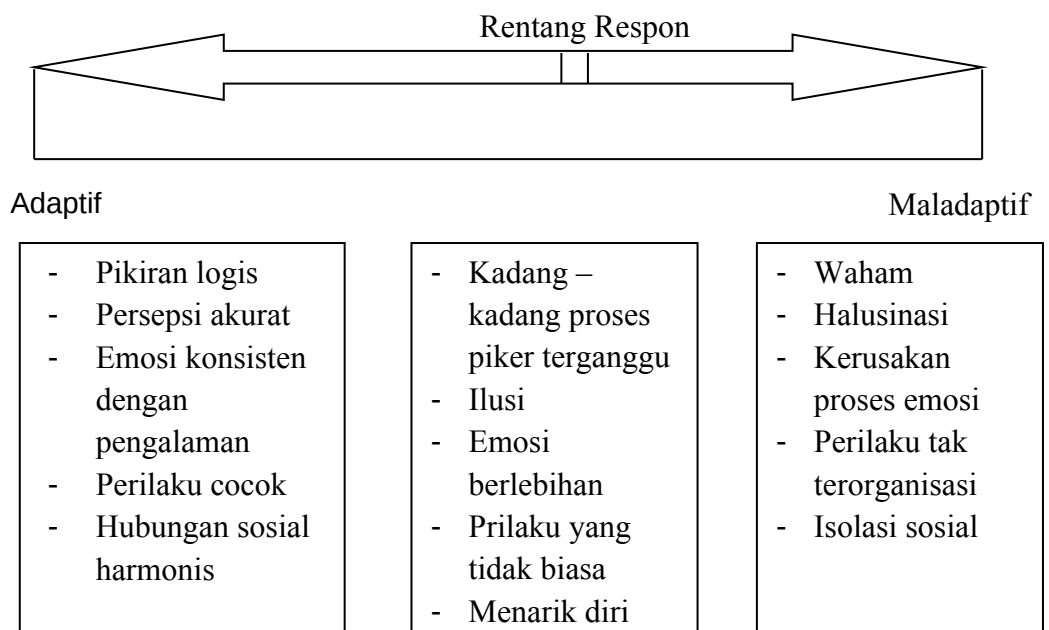
2.1.4. Tanda dan gejala

Tanda dan Gejala Halusinasi Menurut Stuart dan Laraia (2005), seseorang yang mengalami halusinasi biasanya memperlihatkan gejala-gejala yang khas yaitu:

- 1) Menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai.

- 2) Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara
- 3) Bertindak seolah-olah dipenuhi sesuatu yang mengasyikkan.
- 4) Ketidakmampuan untuk mengikuti petunjuk.
- 5) Perilaku menyerang teror seperti panik.
- 6) Sangat potensial melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain.
- 7) Kegiatan fisik yang merefleksikan isi halusinasi seperti amuk dan agitasi.

Menurut Stuart dan Laraia (2005), halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologi.



Gambar 2.1 Tabel Rentang Respon Halusinasi

- 1) Pikiran logis: yaitu ide yang berjalan secara logis dan koheren.
- 2) Persepsi akurat: yaitu proses diterimanya rangsang melalui panca indra yang didahului oleh perhatian (attention) sehingga individu sadar tentang sesuatu yang ada di dalam maupun di luar dirinya.
- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman: yaitu manifestasi perasaan yang konsisten atau afek keluar disertai banyak komponen fisiologik dan biasanya berlangsung tidak lama.
- 4) Perilaku sesuai hubungan sosial: perilaku individu berupa tindakan nyata dalam penyelesaian masalah masih dapat diterima oleh norma-norma sosial dan budaya umum yang berlaku.
- 5) Hubungan sosial harmonis: yaitu hubungan yang dinamis menyangkut hubungan antar individu dan individu, individu dan kelompok dalam bentuk kerjasama. - Pikiran Logis - Persepsi akurat - Emosi Konsisten dgn pengalaman - Perilaku cocok - Hubungan sosial harmonis - Kadang-kadang proses pikiran terganggu - Ilusi - Emosi berlebihan - Perilaku yang tidak biasa - Menarik diri - Waham - Halusinasi - Kerusakan proses emosi - Perilaku tdk terorganisasi - Isolasi sosial Adaptif Mal Adaptif
- 6) Proses pikir kadang terganggu (ilusi): yaitu menifestasi dari persepsi impuls eksternal melalui alat panca indra yang memproduksi gambaran sensorik pada area tertentu di otak kemudian diinterpretasi sesuai dengan kejadian yang telah dialami sebelumnya.
- 7) Emosi berlebihan atau kurang: yaitu menifestasi perasaan atau afek keluar berlebihan atau kurang.

- 8) Perilaku tidak sesuai atau biasa: yaitu perilaku individu berupa tindakan nyata dalam penyelesaian masalahnya tidak diterima oleh norma-norma social atau budaya umum yang berlaku.
- 9) Perilaku aneh atau tidak biasa: perilaku individu berupa tindakan nyata dalam menyelesaikan masalahnya tidak diterima oleh norma-norma sosial atau budaya umum yang berlaku
- 10) Menarik diri: yaitu percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain.
- 11) solasi sosial: menghindari dan dihindari oleh lingkungan sosial dalam berinteraksi

2.1.5. Tahapan halusinasi

a. Tahap 1 (Non _ psikotik)

Pada tahapan ini, halusinasi mampu memberikan rasa nyaman pada klien dengan belajar fokus dan menghilangkan kecemasan pasien, tingkat orientasi sedang. Secara umum pada tahap ini halusinasi merupakan hal yang menyenangkan bagi klien.

Karakteristik :

- mengalami kecemasan, kesepian, rasa bersalah dan ketakutan.
- mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan kecemasan.
- Pikiran dan pengalaman sensorik masih ada dalam control kesabaran.

Perilaku yang muncul

- Tersenyum atau tertawa sendiri
- Menggerakkan bibir tanpa suara

- Pergerakan mata yang cepat
- Respon verbal lambat, diam dan berkonsentrasi

b. Tahap II (Non – psikotik)

Pada tahap ini biasanya klien bersikap menyalahkan dan mengalami tingkat kecemasan yang berat. Secara umum halusinasi yang ada dapat menyebabkan antipati.

Karakteristik :

- Pengalaman sensori yang menakutkan atau merasa dilecehkan oleh pengalaman tersebut
- Mulai merasa kehilangan control
- Menarik diri seperti menyendiri tidak mau bersosialisasi dengan orang lain.

Perilaku yang muncul :

- Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah.
- Perhatian terhadap lingkungan menurun
- Konsentrasi terhadap pengalaman sensoripun menurun
- Kehilangan kemampuan dalam membedakan antara halusinasi dan realita.

c. Tahap III (Psikotik)

Klien biasanya tidak dapat mengontrol dirinya sendiri, tingkat kecemasan berat dan halusinasi tidak dapat ditolak lagi.

Karakteristik :

- Klien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya
- Isi halusinasi menjadi atraktif

- Klien menjadi kesepian bila pengalaman sensori berakhir.

Perilaku yang muncul :

- Klien menurut perintah halusinasi
- Sulit berhubungan dengan orang lain
- Perhatian terhadap lingkungan sedikit atau sesaat.
- Tidak mampu mengikuti perintah yang nyata
- Klien tampak tremor dan berkeringat

d. Tahap IV (Psikotik)

Klien sudah sangat dikuasai oleh halusinasi dan biasanya klien terlihat panic. Perilaku yang muncul :

- Risiko tinggi mencederai
- Agitasi / kataton
- Tidak mampu merespon rangsangan yang ada.

2.1.6. Penatalaksanaan untuk pasien halusinasi

Pada penatalaksanaan pasien dengan halusinasi dengar perawat biasanya berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian farmako terapi dan terapi kejang listrik. Farmako terapi atau obat – obatan yang diberikan seperti golongan Fenotiazin (nama dagang : Asetofenazin (Tindal), Proklorperazin (Compazine)), Butirofenon (nama dagang :Haloperidol (haldol)), Tioksanten (nama dagang : Klorprotiksen (taractan), tiotiksen (Navane)).

Selain penatalaksanaan pasien halusinasi dengan farmakologi ataupun terapi kejang, perawat dapat melakukan pelaksanaan dengan melakukan Terapi Aktivitas Kelompok, yang bertujuan untuk mengontrol

halusinasi atau mengurangi keluhan pasien tentang halusinasi. Adapun salah satu Terapi Aktivitas Kelompok untuk mengontrol halusinasi adalah Terapi Aktifitas Kelompok Stimulasi Persepsi.

2.2. Teori Terapi Aktivitas Kelompok

2.2.1. Definisi kelompok

Kelompok adalah kumpulan individu yang memiliki hubungan atau dengan yang lain, saling bergantung dan mempunyai norma yang sama (Stuart & Laraia, 2001). Anggota kelompok mungkin datang dan berbagai Tatar belakang yang harus ditangani sesuai dengan keadaannya, seperti agresif, takut, kebencian, kompetitif, kesamaan, ketidaksamaan, kesukaan, dan menarik (Yalom, 1995 dalam Stuart & Laraia, 2001). Semua kondisi ini akan mempengaruhi dinamika kelompok, ketika anggota kelompok memberi dan menerima umpan balik yang berarti dalam berbagai interaksi yang terjadi dalam kelompok.

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

2.2.2. Komponen Kelompok

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

1) Struktur Kelompok Struktur

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

2) Besar Kelompok

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

3) Lamanya Sesi

Waktu optimal untuk satu sesi adalah 20-40 menit bagi fungsi kelompok yang rendah dan 60-120 menit bagi fungsi kelompok yang tinggi (Stuart & Laraia, 2001). Biasanya dimulai dengan 24 pemanasan berupa orientasi, kemudian tahap kerja, dan finishing berupa terminasi.

Banyaknya sesi bergantung pada tujuan kelompok, dapat satu kali/ dua kali per minggu; atau dapat direncanakan sesuai dengan kebutuhan.

4) Komunikasi

Salah satu tugas pemimpin kelompok yang terpenting adalah mengobservasi dan menganalisis pola komunikasi dalam kelompok. Pemimpin menggunakan umpan balik untuk memberi kesadaran pada anggota kelompok terhadap dinamika yang terjadi. Pemimpin kelompok dapat mengkaji hambatan dalam kelompok, konflik interpersonal, tingkat kompetisi, dan seberapa jauh anggota kelompok mengerti serta melaksanakan kegiatan yang dilaksanakan. Elemen penting observasi komunikasi verbal dan nonverbal (Stuart & Laraia, 2001)

- a) Komunikasi setiap anggota kelompok
- b) Rancangan tempat dan duduk (*setting*)
- c) Tema umum yang diekspresikan
- d) Frekuensi komunikasi dan orang yang dituju selama komunikasi
- e) Kemampuan anggota kelompok sebagai pandangan terhadap kelompok
- f) Proses penyelesaian masalah terjadi

5) Peran Kelompok

Pemimpin perlu mengobservasi peran yang terjadi dalam kelompok. Ada tiga peran dan fungsi kelompok yang ditampilkan anggota kelompok dalam kerja kelompok, yaitu (Beme & Sheats, 1948 dalam Stuart & Laraia, 2001) maintenance roles, task roles, dan individual role. Maintenance roles, yaitu peran serta aktif dalam proses

kelompok dan fungsi kelompok. Task roles, yaitu 25 fokus pada penyelesaian tugas. Individual roles adalah selfcentered dan distraksi pada kelompok

6) Kekuatan Kelompok

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

Peran	Fungsi
Peran mempertahankan	
Pendorong (<i>encourager</i>)	Memberi pengaruh positif pada kelompok
Penyelaras (<i>harmonizer</i>)	Menjaga tetap damai
Pemusyawarah (<i>compromiser</i>)	Meminimalkan konflik dengan mencari alternatif
Penjaga (<i>gatekeeper</i>)	Menetapkan tingkat penerimaan kelompok terhadap anggota secara individual
Pengikut (<i>follower</i>)	
Pembuat peraturan (<i>rule maker</i>)	Berperan sebagai peserta yang menarik Membuat standar perilaku
Penyelesai masalah (<i>problem</i>	kelompok Menyelesaikan

<i>solver</i>)	masalah
Peran menyelesaikan tugas	
Pemimpin (<i>leader</i>)	Memberi arahan
Penanya (<i>questioner</i>).	Mengklarifikasi isu dan informasi
Facilitator (<i>facilitator</i>)	Menjaga kelompok tetap focus
Penyimpul (<i>summarizer</i>)	Menyimpulkan posisi kelompok
Evaluator (<i>evaluator</i>)	Mengkaji kinerja kelompok
Pemberi inisiatif (<i>initiator</i>)	Memulai diskusi kelompok
Peran individu	
Korban	Dipandang negatif oleh kelompok
Monopoli	Berperan aktif mengontrol kelompok
Seduser	Menjaga jarak dan meminta diperhatikan
Diam Tukang komplain	Mengontrol secara pasif dengan diam
Negatif	Mengeluh dan marah pada kerja kelompok
Moralis	Mengecilkan kerja kelompok

Tabel 2.1. tabel peran dan fungsi kelompok

7) Norma Kelompok

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

8) Kekohesifan

Kekohesifan adalah kekuatan anggota kelompok bekerja sama dalam mencapai tujuan. Hal ini memengaruhi anggota kelompok untuk tetap betah dalam kelompok. Apa yang membuat anggota kelompok tertarik dan puas terhadap kelompok, perlu diidentifikasi agar kehidupan kelompok dapat dipertahankan. Pemimpin kelompok (terapis) perlu melakukan upaya agar kekohesifan kelompok dapat terwujud, seperti mendorong anggota kelompok bicara satu sama lain, diskusi dengan kata-kata "kita", menyampaikan kesamaan anggota kelompok, membantu anggota kelompok untuk mendengarkan ketika yang lain bicara. Kekohesifan perlu diukur melalui seberapa sering antar anggota memberi pujian dan mengungkapkan kekaguman satu sama lain.

2.2.3. Perkembangan Kelompok

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

1) Fase Prkelompok

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

Garis besar isi proposal adalah: daftar tujuan umum dan khusus; daftar pemimpin kelompok disertai keahliannya; daftar kerangka teoretis yang akan digunakan pemimpin untuk mencapai tujuan; daftar kriteria anggota kelompok; uraian proses seleksi anggota kelompok; uraian struktur kelompok: tempat sesi, waktu sesi, jumlah anggota, jumlah sesi, perilaku anggota yang diharapkan dan perilaku pemimpin yang diharapkan; uraian tentang proses evaluasi anggota kelompok dan kelompok; uraian alat dan sumber yang dibutuhkan; jika perlu, uraian dana yang dibutuhkan. Proposal dapat pula berupa pedoman atau panduan menjalankan kegiatan kelompok.

2) Fase Awal Kelompok

Fase ini ditandai dengan ansietas karena masuknya kelompok baru, dan peran yang baru. Yalom (1995) dalam Stuart dan Laraia (2001) membagi fase ini menjadi tiga fase, yaitu orientasi, konflik, dan kohesif.

a) Tahap orientasi

Pada tahap ini pemimpin kelompok lebih aktif dalam memberi pengarahan. Pemimpin kelompok mengorientasikan anggota pada tugas utama dan melakukan kontrak yang terdiri dari tujuan,

kerahasiaan, waktu pertemuan, struktur, kejujuran, dan aturan komunikasi, misalnya hanya satu orang yang bicara pada satu waktu, norma perilaku, rasa memiliki, atau kohesif antara anggota kelompok diupayakan terbentuk pada fase orientasi.

b) Tahap konflik

Peran dependen dan independen terjadi pada tahap ini, sebagian ingin pemimpin yang memutuskan dan sebagian ingin pemimpin lebih mengarahkan, atau sebaliknya anggota ingin berperan sebagai pemimpin. Adapula anggota yang netral dan dapat membantu penyelesaian konflik peran yang 28 terjadi. Perasaan bemosuhan yang ditampilkan, baik antaranggota kelompok maupun anggota dengan pemimpin dapat terjadi pada tahap ini. Pemimpin perlu memfasilitasi tingkapan perasaan, baik positif maupun negatif dan membantu kelompok mengenali penyebab konflik. Serta mencegah perilaku yang tidak produktif, seperti menuduh anggota tertentu sebagai penyebab konflik

c) Tahap kohesif

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

ditakutkan. Mereka belajar persamaan dan perbedaan, anggota kelompok akan membantu pencapaian tujuan yang menjadi suatu realitas.

3) **Fase Kerja Kelompok**

Pada fase ini, kelompok sudah menjadi tim. Walaupun mereka bekerja keras, tetapi menyenangkan bagi anggota dan pemimpin kelompok. Kelompok menjadi stabil dan realistis. Kekuatan terapeutik dapat tampak seperti dijelaskan oleh Yalom dan Vinogradov (1989) dalam Stuart dan Laraia (2001), yaitu 11 (sebelas) faktor: memberi informasi, instalansi harapan, kesamaan, altruisme, koreksi pengalaman, pengembangan teknik interaksi sosial, peniruan perilaku, belajar hubungan interpersonal, faktor eksistensi, katarsis, dan kekohesifan kelompok.

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

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

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

4) **Fase terminasi**

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

Pada akhir sesi, perlu dicatat atau didokumentasikan proses yang terjadi berupa notulen. Juga didokumentasikan pada catatan 30 implementasi tindakan keperawatan tentang pencapaian dan perilaku yang perlu dilatih pada klien di luar sesi

Tanggal _____	Sesi ke _____
Anggota kelompok :	
<ul style="list-style-type: none"> • Daftar anggota yang hadir (sebutkan jika baru) • Daftar anggota yang terlambat • Daftar anggota yang absen 	
Daftar individu yang menyimpan isu atau perilaku yang didiskusikan	
Daftar tema kelompok	
Identifikasi proses kelompok yang penting (pengembangan kelompok, peran, dan norma)	
Identifikasi strategi kritis yang digunakan pemimpin	
Daftar strategi pemimpin yang diusulkan	
Prediksi repsons anggota dan kelompok pada sesi berikutnya	

Gambar 2.2 form pengisian anggota kelompok

2.2.4. Prinsip memilih klien untuk TAK

Menurut Keliat (2005) :

- 1) Gejala sama Misalnya terapi aktivitas kelompok khusus untuk pasien depresi, khusus untuk pasien halusinasi, dan lain sebagainya. Setiap terapi aktivitas kelompok memiliki tujuan spesifik bagi anggotanya, bisa untuk sosialisasi, kerjasama, maupun mengungkapkan isi halusinasi. Setiap tujuan spesifik tersebut akan dapat dicapai apabila klien memiliki masalah atau gejala yang sama, sehingga mereka dapat bekerja sama atau berbagi dalam proses terapi.
- 2) Kategori sama dalam artian klien memiliki nilai skor hampir sama dari hasil kategorisasi. Klien yang dapat diikutkan dalam terapi aktivitas kelompok adalah klien akut skor rendah sampai klien tahap promotion.

Bila dalam satu terapi klien memiliki skor yang hampir sama maka tujuan terapi akan lebih mudah tercapai.

3) Jenis kelamin

Pengalaman terapi aktivitas kelompok yang dilakukan pada klien dengan gejala sama, biasanya laki-laki akan lebih mendominasi daripada perempuan. Maka lebih baik dibedakan.

4) Kelompok umur hampir sama

Tingkat perkembangan yang sama akan memudahkan interaksi antar klien.

5) Jumlah efektif adalah 7-10 orang per-kelompok terapi

Jika terlalu banyak peserta, maka tujuan terapi akan sulit tercapai karena akan terlalu ramai dan kurang perhatian terapis pada klien. Bila terlalu sedikitpun terapi akan terasa sepi interaksi dan tujuannya sulit tercapai.

2.2.5. Jenis Terapi Aktivitas Kelompok

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

1) Terapi aktivitas kelompok stimulasi kognitif/persepsi

Klien dilatih mempersepsikan stimulus yang disediakan atau stimulus yang pernah dialami. Kemampuan persepsi klien dievaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi. Dengan proses ini, diharapkan respons klien terhadap berbagai stimulus dalam kehidupan menjadi adaptif.

Aktivitas berupa stimulus dan persepsi. Stimulus yang disediakan: baca artikel/majalah/buku/puisi, menonton acara TV (ini merupakan stimulus yang disediakan); stimulus dari pengalaman masa lalu yang menghasilkan proses persepsi klien yang maladaptif atau destruktif, misalnya kemarahan, kebencian, putus hubungan, pandangan negatif pada orang lain, dan halusinasi. Kemudian dilatih persepsi klien terhadap stimulus. Menurut Keliat (2005) TAK : Stimulasi Persepsi ada 5 sesi yakni sesi 1: mengenal halusinasi, sesi 2 : mengontrol halusinasi dengan menghardik, sesi 3 :mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan, sesi 4 : Mencegah halusinasi dengan cara bercakapcakap, sesi 5 : Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat. Pada TAK Stimulasi Persepsi Sesi 2 : Mengontrol Halusinasi dengan menghardik Tujuannya :

- a) Klien dapat menjelaskan cara yang selama ini dilakukan untuk mengatasi halusinasi.
 - b) Klien dapat memahami cara menghardik halusinasi.
 - c) Klien dapat memperagakan cara menghardik halusinasi.
- 2) Terapi aktivitas kelompok stimulasi sensoris

Aktivitas digunakan sebagai stimulus pada sensoris klien. Kemudian diobservasi reaksi sensoris klien terhadap stimulus yang disediakan, berupa ekspresi perasaan secara nonverbal (ekspresi wajah, gerakan tubuh). Biasanya klien yang tidak mau mengungkapkan komunikasi verbal akan terstimulasi emosi dan perasaannya. Aktivitas yang digunakan sebagai stimulus adalah:

musik, seni, menyanyi, menari. Jika hobi klien diketahui sebelumnya, dapat dipakai sebagai stimulus, misalnya lagu kesukaan klien, dapat digunakan sebagai stimulus. Menurut Keliat (2005) TAK : Stimulasi Sensori ada 3 sesi yakni :

- a. sesi 1 : TAK Stimulasi sensori mendengar musik,
- b. sesi 2: menggambar
- c. sesi 3 : menonton tv/video Pada TAK Stimulasi Sensori Sesi 1 :
kemampuan memberi respon pada musik Tujuannya:
 - a) Klien mampu mengenali musik yang didengar.
 - b) Klien mampu memberi respons terhadap musik.
 - c) Klien mampu menceritakan perasaannya setelah mendengarkan musik

2.2.6. Terapis

Terapis adalah orang yang dipercaya untuk memberikan terapi kepada klien yang mengalami gangguan adapun terapis antara lain :

- 1) Dokter
- 2) Psikoater
- 3) Psikolog
- 4) Perawat
- 5) Fisioterapis
- 6) Terapi okupasi
- 7) Sosial worker.

Persyaratan dan kualitas terapis Menurut Mark seperti yang dikutip Depkes RI 1998 menyatakan persyaratan dan kualifikasi untuk terapi aktivitas kelompok adalah

- 1) Pengetahuan pokok tentang pikiran-pikiran dan tingkah laku normal dan patologi dalam budaya setempat.
- 2) Memiliki konsep teoritis yang padat dan logis yang cukup sesuai untuk dipergunakan dalam memahami pikiran-pikiran dan tingkah laku yang normal maupun patologis
- 3) Memiliki teknis yang bersifat terapeutik yang menyatu dengan konsep-konsep yang dimiliki melalui pengalaman klinis dengan pasien.
- 4) Memiliki kecakapan untuk menggunakan dan mengontrol institusi untuk membaca yang tersirat dan menggunakannya secara empatik untuk memahami apa yang dimaksud dan dirasakan pasien dibelakang kata-katanya.
- 5) Memiliki kesadaran atas harapan-harapan sendiri, kecemasan dan mekanisme pertahanan yang dan pengaruhnya terhadap teknik terapeutiknya.
- 6) Harus mampu menerima pasien sebagai manusia utuh dengan segala kekurangan dan kelebihanannya

2.2.7. Peran Perawat Dalam Terapi Aktivitas Kelompok

Peran perawat jiwa professional dalam pelaksanaan terapi aktivitas kelompok pada penderita skizofrenia adalah

- 1) Mempersiapkan program terapi aktivitas kelompok Sebelum melaksanakan terapi aktivitas kelompok, perawat harus terlebih dahulu,

membuat proposal. Proposal tersebut akan dijadikan panduan dalam pelaksanaan terapi aktivitas kelompok, komponen yang dapat disusun meliputi : deskripsi, karakteristik klien, masalah keperawatan, tujuan dan landasan teori, persiapan alat, jumlah perawat, waktu pelaksanaan, kondisi ruangan serta uraian tugas terapis.

2) Tugas sebagai leader dan coleader

Meliputi tugas menganalisa dan mengobservasi komunikasi yang terjadi dalam kelompok, membantu anggota kelompok untuk menyadari dinamisnya kelompok, menjadi motivator, membantu kelompok menetapkan tujuan dan membuat peraturan serta mengarahkan dan memimpin jalannya terapi aktivitas kelompok.

3) Tugas sebagai fasilitator, Sebagai fasilitator, perawat ikut serta dalam kegiatan kelompok sebagai anggota kelompok dengan tujuan memberi stimulus pada anggota kelompok lain agar dapat mengikuti jalannya kegiatan.

4) Tugas sebagai observer, Tugas seorang observer meliputi : mencatat serta mengamati respon penderita, mengamati jalannya proses terapi aktivitas dan menangani peserta/anggota kelompok yang drop out.

5) Tugas dalam mengatasi masalah yang timbul saat pelaksanaan terapi. Masalah yang mungkin timbul adalah kemungkinan timbulnya sub kelompok, kurangnya keterbukaan resistensi baik individu atau kelompok dan adanya anggota kelompok yang drop out. Cara mengatasi masalah tersebut tergantung pada jenis kelompok terapis, kontrak dan kerangka teori yang mendasari terapi aktivitas tersebut.

6) Program antisipasi masalah Merupakan intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengantisipasi keadaan yang bersifat darurat (emergensi dalam terapi) yang dapat mempengaruhi proses pelaksanaan terapi aktivitas kelompok. (Purwaningsih dan Karlina, 2010) Dari rangkaian tugas diatas, peranan ahli terapi utamanya adalah sebagai fasilitator. Idealnya anggota kelompok sendiri adalah sumber primer penyembuhan dan perubahan. Iklim yang ditimbulkan oleh kepribadian ahli terapi adalah agen perubahan yang kuat. Ahli terapi lebih dari sekedar ahli yang menerapkan tehnik; ahli terapi memberikan pengaruh pribadi yang menarik variable tertentu seperti empati, kehangatan dan rasa hormat (Kaplan & Sadock, 1997). Sedangkan menurut Depkes RI 1998 dalam Anna Keliat (2005), suatu kelompok, baik itu kelompok terapeutik atau non terapeutik tokoh pemimpin merupakan pribadi yang paling penting dalam kelompok. Pemimpin kelompok lebih mempengaruhi tingkat kecemasan dan pola tingkah laku anggota kelompok jika dibandingkan dengan anggota kelompok itu sendiri. Karena peranan 36 penting terapis ini, maka diperlukan latihan dan keahlian yang betulbetul professional.

Stuart & Sundeen (1995) dalam mengemukakan bahwa peran perawat psikiatri dalam terapi aktivits kelompok adalah sebagai leader/co leader, sebagai observer dan fasilitator serta mengevaluasi hasil yang dicapai dalam kelompok. Untuk memperoleh kemampuan sebagai leader/co leader, observer dan fasilitator dalam kegiatan terapi

aktivitas kelompok, perawat juga perlu mendapat latihan dan keahlian yang professional.

2.2.8. Tinjauan Proses Keperawatan Terapi Kelompok

Menurut Isaacs (2005) :

1) Pengkajian

- a) Kaji perilaku klien individu di dalam kelompok.
- b) Kaji proses kelompok, catat faktor-faktor seperti:
 - 1) Pilihan tempat duduk
 - 2) Pola komunikasi (mis., siapa yang berbicara, pada siapa komunikasi diarahkan, berapa sering individu berbicara)
 - 3) Pola komunikasi nonverbal (mis., nada suara, bahasa tubuh)
 - 4) Respons terhadap norma-norma kelompok
 - 5) Peran yang dilakukan oleh anggota kelompok

2) Diagnosis keperawatan

- a) Kenali efek perilaku kelompok dan perilaku terhadap anggota kelompok. Sebagai contoh: seorang anggota mungkin menyadari bahwa perilaku anggota lain akan memicu respons emosional dalam dirinya.
- b) Analisis dinamika kelompok dan proses kelompok.
- c) Tetapkan diagnosis keperawatan untuk setiap klien didalam kelompok, termasuk, tetapi tidak terbatas pada:
 - 1) Ansietas
 - 2) Hambatan komunikasi verbal
 - 3) Koping individu tidak efektif

- 4) Konflik keputusan (sebutkan)
- 5) Gangguan rumatan kesehatan
- 6) Kurang pengetahuan (sebutkan)
- 7) Respons pascatrauma
- 8) Gangguan harga diri
- 9) Gangguan interaksi sosial
- 10) Penatalaksanaan program pengobatan individu tidak efektif

3) Perencanaan dan identifikasi hasil

- a) Bekerja sama dengan anggota kelompok untuk menetapkan tujuan yang realistic
- b) Tetapkan kriteria hasil yang diinginkan untuk kelompok dan anggotanya.
 - 1) Anggota kelompok berpartisipasi dalam aktivitas kelompok.
 - 2) Anggota kelompok menunjukkan perhatian kepada individu anggota kelompok.
 - 3) Anggota kelompok berfokus pada tujuan yang telah diidentifikasi berkaitan dengan jenis dan tugas spesifik kelompok.
 - 4) Anggota kelompok meningkatkan keterampilan komunikasi dan sosialisasi.
 - 5) Anggota kelompok mempelajari penatalaksanaan program terapeutik yang efektif.
 - 6) Anggota kelompok menunjukkan perbaikan perilaku koping individu.

4) Implementasi

a) Selama fase orientasi

- 1) Perawat harus mengarahkan dan bersikap aktif dalam menetapkan kontrak jadwal pertemuan, arah, dan tujuan kelompok.
- 2) Perawat harus mendorong terjadinya komunikasi terbuka dan umpan balik dari semua anggota kelompok.
- 3) Perawat harus mendiskusikan dan membentuk norma-norma perilaku kelompok.

b) Selama fase bekerja

- 1) Perawat harus menjalankan peran yang tepat sebagai pemimpin, tergantung pada jenis kelompok.
- 2) Perawat harus mendengarkan, mengobservasi dan memberikan umpan balik terapeutik.
- 3) Perawat harus mengomentari perilaku yang meningkatkan atau menghambat kemajuan kelompok.
- 4) Perawat harus mengenali konflik dalam kelompok dan mendiskusikannya secara terbuka.
- 5) Perawat harus mendorong pembentukan harga diri.
- 6) Perawat harus berfokus pada masalah yang terjadi di sini dan saat ini yang dialami anggota kelompok.
- 7) Perawat harus memberikan informasi yang tepat dalam kelompok pendidikan.
- 8) Perawat harus memastikan partisipasi semua anggota kelompok.

c) Selama fase terminasi

- 1) Perawat harus menjalankan peran pendukung dalam membantu anggota kelompok mengidentifikasi dan mendiskusikan perasaannya tentang terminasi.
- 2) Perawat harus mendorong evaluasi kelompok dan perkembangan individu anggota kelompok.
- 3) Perawat harus merujuk mereka yang kebutuhannya tidak terpenuhi oleh kelompok untuk mendapatkan evaluasi dan perawatan lebih lanjut.

4) Evaluasi hasil

a) Kelompok sebagai satu keseluruhan

- 1) Kelompok menunjukkan loyalitas dan tanggung jawab bersama.
- 2) Kelompok menunjukkan partisipasi aktif semua anggotanya.
- 3) Kelompok berhasil mencapai tujuan kelompok.
- 4) Kelompok menunjukkan terjadinya komunikasi antar anggota dan bukan hanya antara ketua dan anggota.

b) Individu anggota kelompok

- 1) Individu anggota kelompok menunjukkan keterampilan berkomunikasi.
- 2) Individu anggota kelompok menerapkan keterampilan menyelesaikan masalah dalam hidupnya.
- 3) Individu anggota kelompok melaporkan adanya perbaikan koping dan perilaku.
- 4) Individu anggota-kelompok menyatakan cara-cara efektif untuk menatalaksanakan program terapeutik.

2.2.9. TAK Stimulasi Persepsi

Terapi aktivitas kelompok (TAK) dibagi menjadi empat, yaitu terapi aktivitas kelompok stimulasi kognitif, terapi aktivitas stimulasi sensori, terapi aktivitas orientasi realita, dan terapi aktivitas kelompok sosialisasi. Terapi aktivitas stimulasi persepsi adalah terpai yang menggunakan aktivitas sebagai stimulasi terkait dengan pengalaman dan atau kehidupan untuk dididkuskan dalam kelompok (Keliat, 2004)

Focus terapi aktivitas stimulasi persepsi adalah membantu pasien yang mengalami kemunduran orientasi dengan karakteristik : pasien dengan gangguan persepsi halusinasi, menarik diri dengan realitas, kurang inisiatif atau ide, kooperatif, sehat fisik, dan dapat berkomunikasi secara verbal (Yosep, 2007)

2.2.10. Tujuan TAK Stimulasi Halusinasi persepsi

Adapun tujuan dari TAK Stimulasi Persepsi adalah pasien mempunyai kemampuan untuk menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh paparan stimulus kepadanya. Sementara tujuan khususnya : pasien dapat mempersepsikan paparan stimulus yang dialami

