

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A Konsep Halusinasi

1. Pengertian Halusinasi

Halusinasi adalah distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respons neurobiologis maladaptif (Stuart, 2006). Halusinasi ialah pencerapan tanpa adanya rangsang apapun pada panca-indra seseorang pasien, yang terjadi dalam keadaan sadar atau bangun, dasarnya mungkin organik, fungsional, psikotik ataupun histerik (Maramis, 2009).

2. Jenis-Jenis Halusinasi

Menurut (Stuart, 2016) halusinasi terdiri dari beberapa jenis dengan karakteristik tertentu, diantaranya:

a. Pendengaran

Memiliki karakteristik Mendengar suara-suara atau kebisingan, paling sering suara orang, suara berbentuk kebisingan yang kurang keras sampai kata- kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai percakapan lengkap antara dua orang atau lebih. Pikiran yang didengar klien dimana klien disuruh untuk melakukan sesuatu yang kadang-kadang membahayakan.

b. Penglihatan

Memiliki karakteristik Stimulus visual dalam bentuk kelihatan cahaya, gambaran geometris, gambaran kartun, bayangan yang rumit dan

kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster.

c. Penciuman

Memiliki karakteristik Menghirup bau-bauan tertentu seperti bau darah, bau urin, atau bau feses, umumnya bau-bauan yang tidak menyenangkan. Halusinasi penghidu sering akibat dari stroke, tumor, kejang atau demensia.

d. *Gustatory*

Memiliki karakteristik Merasakan tidak enak, kotor dan busuk seperti darah, urin atau feses.

e. Perabaan

Memiliki karakteristik Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas. Rasa tertetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

f. Kenestetik

Memiliki karakteristik Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makanan atau pembentukan urin

g. *Kinesthetics*

Memiliki karakteristik Merasakan pergerakan saat berdiri tanpa bergerak.

3. Tingkat Intensitas Halusinasi

Tabel 1. 1 Tingkat Intensitas Halusinasi Menurut Stuart (2016)

Tingkat	Karakteristik	Perilaku Klien yang Diamati
Tahap I : Tingkat ansietas sedang yang memberi rasa nyaman Halusinasi umumnya menyenangkan.	Klien yang mengalami halusinasi merasakan emosi yang terus menerus, seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah, dan ketakutan, dan mencoba untuk fokus pada pikiran menghibur untuk mengurangi ansietas. Klien mengakui bahwa pikiran dan pengalaman sensorik berada dalam kendali sadar jika ansietas dapat dikelola. Tidak gangguan jiwa (<i>non-psychotic</i>).	Menyeringai atau tertawa yang tampaknya tidak pantas, Menggerakkan bibir tanpa membuat suara Gerakan mata yang cepat, dan Respons verbal diperlambat seolah-olah sibuk Diam dan sibuk.
Tahap II : Tingkat ansietas berat yang menyalahkan Halusinasi umumnya menjadi menjijikkan.	Pengalaman indrawi menjijikkan dan menakutkan. Klien yang mengalami halusinasi mulai merasa kehilangan kendali dan mungkin mencoba untuk menjauhkan diri dari sumber yang dirasakan. Klien mungkin merasa malu dengan pengalaman sensorik dan menarik diri dari orang lain. Hal ini masih mungkin untuk mengarahkan klien dengan realitas. Gangguan jiwa ringan (<i>Mildly Psychotic</i>).	Peningkatan tanda-tanda sistem, saraf otonom dari ansietas, seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah Rentang perhatian mulai menyempit Disibukkan dengan pengalaman sensorik dan mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dari kenyataan
Tahap III : Tingkat ansietas berat	Klien yang mengalami halusinasi menyerah untuk melawan pengalaman dan	Arah yang diberikan oleh halusinasi lebih diikuti daripada ditolak

Keterangan:

1. Respon adaptif adalah respon yang yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut.
 - a. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan
 - b. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
 - c. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli
 - d. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran
 - e. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.
2. Respon psikosial
 - a. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan
 - b. Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indra
 - c. Emosi berlebihan atau berkurang
 - d. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran

- e. Menarik diri yaitu percobaan untuk menghindar interaksi dengan orang lain
3. Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif ini meliputi:
- a. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial
 - b. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada
 - c. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati
 - d. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu perilaku yang tidak teratur
 - e. Isolasi sosial adalah kondisi sendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

5. Penatalaksanaan

- a. Terapi farmakologi
 - 1) Clorpomazine :

Indikasi: Untuk mensupresi gejala-gejala psikosa: agitasi, ansietas, ketegangan, kebingungan, insomnia, halusinasi, waham, dan gejala-gejala lain yang biasanya terdapat pada penderita skizofrenia, manik

depresi, gangguan personalitas, psikosa involution, psikosa masa kecil. Kontra Indikasi: Sebaiknya tidak diberikan kepada klien dengan keadaan koma, keracunan alkohol, barbiturat, atau narkotika.

2) Haloperidol

Indikasi Penatalaksanaan psikosis kronik dan akut, pengendalian hiperaktivitas dan masalah perilaku berat pada anak-anak. Kontra Indikasi Depresi sistem syaraf pusat atau keadaan koma, penyakit parkinson, hipersensitif terhadap haloperidol.

3) Trihexiphenidly

Indikasi: Untuk penatalaksanaan manifestasi psikosa khususnya gejala skizofrenia. Kontra Indikasi: Pada depresi susunan syaraf pusat yang hebat, hipersensitif terhadap fluphenazine atau ada riwayat sensitif terhadap phenotiazine. Intoksikasi biasanya terjadi gejala-gejala sesuai dengan efek samping yang hebat. Pengobatan over dosis: hentikan obat berikan terapi simptomatis dan suportif atasi hipotensi dengan levarteronol hindari menggunakan ephineprine.

4) Risperidon

Indikasi: Untuk terapi schizofrenia, iritabilitas terkait dengan gangguan autistik, serta sebagai monoterapi atau terapi adjuvan pada episode manik akut atau campuran pasien gangguan bipolar.

Kontra Indikasi: Efek samping dari risperidone yang sering terjadi adalah kecemasan, konstipasi, mengantuk, hiperprolaktinemia, peningkatan berat badan, dan gejala ekstrapiramidal.

5) *Electro compulsive therapt* (ECT)

ECT adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artificial dengan melawan aliran listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik diberikan pada skizoprenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule per detik (Yusuf et al., 2015).

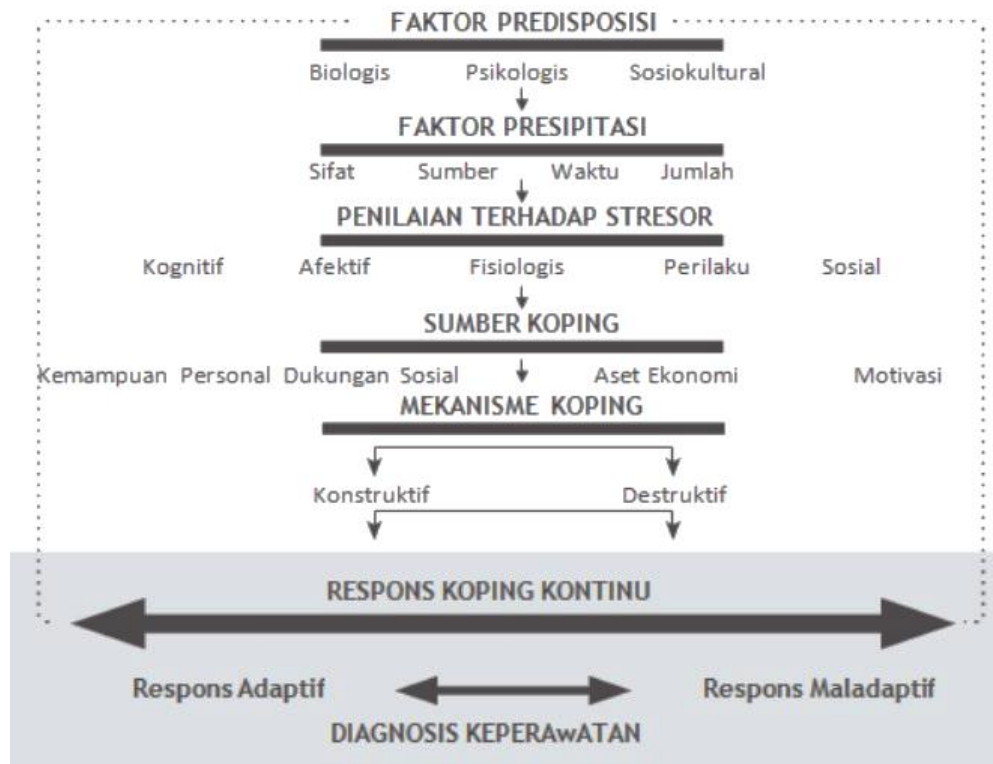
b. Terapi Non farmakologi

- 1) Latihan menghardik yaitu, aktivitas yang dilakukan klien saat mendengar suara palsu maupn melihat sesuatu untuk mengatasi halusinasi dengan mengucapkan 3 sampai 4 kalimat tak dalam hati
- 2) Terapi aktivitas terdiri dari rangkaian aktivitas yang dilakukan klien dengan melakukan beberapa aktivitas secara terstruktur dan terencana saat halusinasi terjadi, namun dengan melakukan aktivitas tersebut diharapkan halusinasi pasien dapat teralihkan
- 3) Terapi okupasi membantu orang-orang yang mengalami masalah fisik mental yang memungkinkan untuk melakukan aktifitas sehari-hari. meronce manik-manik merupakan salah satu terapi okupasi yang bisa meningkatkan konsentrasi pada pasien yang sebelumnya pasien mengalami pandangan yang kosong dan memanfaatkan

waktu luang pasien sehingga meminimalisir timbulnya tanda dan gejala halusinasi pada pasien (Yusuf et al., 2015).

B. Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi

Pengkajian merupakan pengumpulan data subjektif dan objektif secara sistematis dengan tujuan untuk membuat penentuan tindakan keperawatan bagi individu, keluarga dan komunitas. Pada tahap ini ada beberapa aspek yang perlu dieksplorasi meliputi identitas klien, keluhan utama, penyebab, faktor predisposisi, perilaku yang muncul pada klien. Adapun pengkajian mengacu pada konsep sehat sakit menurut Stuart and Sundeen.



Gambar 2 2 Model Stress Adaptasi Stuart (2016)

1. Faktor Predisposisi

Menurut Stuart & Laraia (1998) faktor predisposisi meliputi beberapa aspek:

- a. Faktor Biologis, mencakup adanya kecenderungan genetic terhadap gangguan jiwa, resiko bunuh diri, Riwayat penyakit, dan penggunaan obat-obat terlarang.
- b. Faktor Psikologis, mencakup pada lingkungan keluarga, pola asuh, lingkungan sosial yang sangat mempengaruhi gangguan orientasi realistis termasuk penolakan, kekerasan sepanjang hidup, kegagalan berulang, kurang kasih sayang, atau perlindungan berlebih.
- c. Faktor Sosial Budaya, mencakup pada kondisi kemiskinan, konflik sosial budaya, dan kehidupan terisolasi disertai stress yang dapat mempengaruhi orientasi realistis.

2. Faktor Presipitasi

Menurut Stuart & Laraia (1998) faktor presipitasi dapat mencakup beberapa hal diantaranya:

- a. Faktor Biologis, merupakan gangguan dalam komunikasi dan pengolahan informasi di otak serta abnormalitas pada mekanisme pemrosesan di otak yang menyebabkan ketidakmampuan untuk secara selektif merespon stimulus yang diterima
- b. Stress Lingkungan, merupakan ambang toleransi berinteraksi dengan stressor lingkungan yang menentukan timbulnya gangguan perilaku

- c. Sumber Koping, mempengaruhi bagaimana individu merespon stressor yang ada.

3. Penilaian Terhadap Stressor

Penilaian terhadap stressor dapat dilakukan dari berbagai macam perspektif, yaitu dari segi kognitif, yang mencakup pemikiran klien tentang stressor yang dihadapinya; dari segi afektif, yang meliputi perasaan yang dirasakannya; dari segi fisiologis, yang berkaitan dengan perubahan fisik yang terjadi akibat stressor; dari segi perilaku, yang mencakup perilaku yang ditunjukkan terkait stressor; dan dari segi sosial, yang menilai hubungan klien dengan orang lain sehubungan dengan stressor yang dialaminya (Stuart & Laraia, 1998).

4. Sumber Koping

Sumber koping (*coping resources*) adalah segala bentuk dukungan internal maupun eksternal yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stresor, termasuk gejala halusinasi (Stuart & Laraia, 1998). Sumber ini mencakup dukungan sosial, keterampilan pemecahan masalah, kekuatan spiritual, keyakinan pribadi, serta kemampuan fisik dan psikologis yang membantu individu mempertahankan keseimbangan emosional (Stuart & Laraia, 1998).

5. Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah cara-cara spesifik yang dilakukan pasien untuk menghadapi halusinasi, yang melibatkan respons psikologis dan perilaku baik secara sadar maupun tidak sadar (Stuart & Laraia, 1998).

Mekanisme ini mencakup:

a. Regresi

Pasien kembali ke perilaku yang lebih sederhana atau lebih awal dari perkembangan psikologis mereka, seperti menjadi pasif, malas beraktivitas, atau kembali membutuhkan perhatian seperti anak kecil (Stuart & Laraia, 1998).

b. Proyeksi

Pasien mengalihkan persepsi atau pikiran halusianatif ke pihak lain, misalnya menyalahkan orang lain sebagai penyebab suara yang didengar (“Mereka yang membuatku mendengar suara itu”) (Stuart & Laraia, 1998).

c. Penarikan Diri

Pasien mengisolasi diri, menarik diri dari interaksi sosial, dan fokus hanya pada pengalaman internal yang dialami-menghindari komunikasi dengan lingkungannya (Stuart & Laraia, 1998).

6. Respon Perilaku

Menurut buku SDKI, tanda dan gejala gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, meliputi:

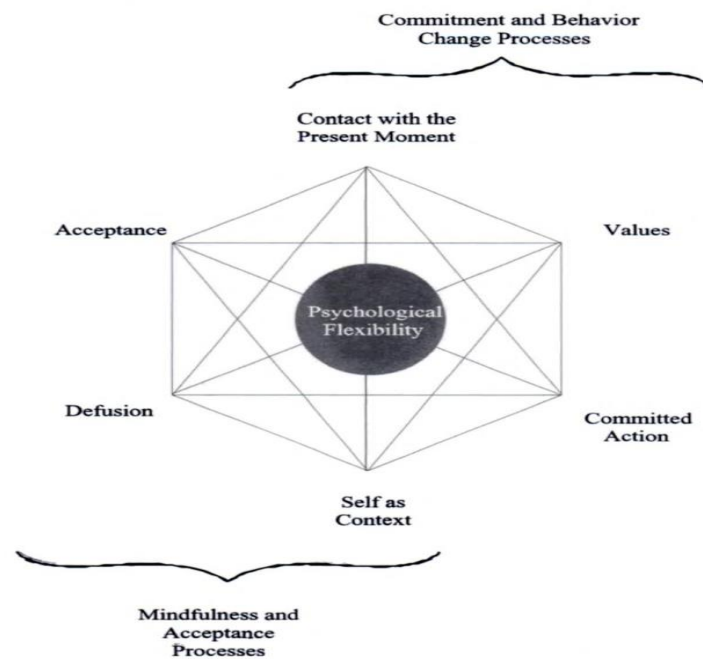
- a. Data subjektif: Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecap, Menyatakan kesal
- b. Data Objektif: Distorsi sensori, Respons tidak sesuai, bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu, Menyendiri, Melamun, Konsentrasi buruk, Disorientasi (waktu, tempat, orang atau situasi), Curiga, melihat ke satu arah, Mondar-mandir, Bicara sendiri (Tim Pokja, 2016).

C. Konsep *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT)

1. Pengertian

Steven Hayes, pendiri *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), mengungkapkan bahwa ACT merupakan terapi CBT generasi baru yang menggunakan strategi penerimaan dan pengenalan ketika menghadapi perubahan. Penerimaan dan Komitmen merupakan intervensi yang bertujuan untuk menjadikan aspek psikologis lebih fleksibel dan meningkatkan kemampuan untuk berhasil mengatasi perubahan yang sedang terjadi (Hayes & Strosahl, 2004). ACT terdapat enam proses inti yaitu *Acceptance*, *Cognitive Defusion*, *Being Present*, *Self as a context*, *Value*, dan *Committed Action*. Setiap proses ini membantu membangun

perubahan atau kegigihan yang terkait dengan nilai-nilai yang dipilih (Hayes & Strosahl, 2004).



Gambar 2.3 Segi-segi fleksibilitas psikologis menurut model perubahan yang mendasari ACT (Hayes & Strosahl, 2004).

2. Prinsip Pelaksanaan

Teknik pelaksanaan terapi ini terdapat enam prinsip penerimaan dan komitmen (*Acceptance and Commitment*) menurut (Hayes & Strosahl, 2004) :

a. *Acceptance*

Pertimbangkan emosi, termasuk pikiran negatif seperti rasa bersalah atau malu dan takut. Pasien berusaha menerima apa yang dimilikinya, tanpa mengubah atau membuang pikiran-pikiran yang tidak perlu, dengan tujuan mengakhiri penderitaan yang sudah berlangsung lama.

Namun, melalui berbagai pelatihan kesadaran, pasien dapat belajar mempertimbangkan penyebab stres dalam hidupnya.

b. *Cognitive Defusion*

Defusi adalah kemampuan untuk melihat pikiran hanya sebagai pikiran, bukan kebenaran mutlak. ACT membantu klien melepaskan diri dari pikiran negatif atau menyakitkan yang selama ini dianggap fakta. Dengan berbagai latihan seperti metafora atau mindfulness, klien belajar memisahkan diri dari isi pikirannya, sehingga pikiran tersebut tidak lagi mendikte perilaku.

c. *Being Present*

Pasien didukung untuk memiliki pengalaman yang lebih terfokus, sehingga tindakan yang dianjurkan lebih fleksibel dan aktivitas yang dilakukan lebih sesuai dengan nilai-nilai yang dianut pasien. Dengan mengenali dan memusatkan perhatian pada apa yang diinginkannya dan nilai-nilai apa yang dipilihnya dalam hidupnya, pasien dapat memilih arah hidupnya dan menemukan hal-hal yang lebih berharga.

d. *Self as contex*

Pasien memandang dirinya sebagai manusia tanpa menilai dirinya berdasarkan nilai benar dan salah. Berlatih berpikir dan mengalami memungkinkan pasien untuk lebih fokus pada diri mereka sendiri.

e. *Value*

Hal ini memungkinkan mereka untuk menetapkan nilai-nilai mereka sendiri dan memutuskan apa yang ingin mereka lakukan dalam hidup

mereka. Hal ini membantu pasien menetapkan nilai-nilai, membantu mereka membuat keputusan yang mencerminkan tujuan hidup mereka.

f. *Committed Action*

Melalui keterlibatan verbal dan perilaku, pasien berkomitmen pada aktivitas tertentu dan menentukan cara mencapai tujuan hidup yang lebih berharga.

3. Pengaruh ACT terhadap Gangguan Persepsi

Selain pemberian SP sebagai standar asuhan keperawatan di Rumah Sakit Jiwa, diterapkan pula *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) sebagai intervensi tambahan untuk mengatasi halusinasi pendengaran. ACT merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang menggunakan prinsip penerimaan dan komitmen untuk membantu perbaikan perilaku pada individu dengan gangguan jiwa. Terapi ini terbukti mampu mengurangi gejala skizofrenia, khususnya halusinasi pendengaran, serta membantu pasien lebih fokus pada tindakan yang bermakna (Morris et al., 2014). Setelah menjalani tahapan ACT, pasien menunjukkan penerimaan terhadap pengalaman halusinasinya dan berkomitmen untuk mengendalikannya. Pasien juga melaporkan perasaan lebih nyaman, tenang, dan lega setelah mampu mengungkapkan pengalaman halusinasi yang dialaminya, disertai penurunan gejala halusinasi (Maulia et al., 2022). Temuan ini sejalan dengan penelitian Tonarelli dan Pasilas (2016) yang menyatakan bahwa ACT membantu pasien merasa lebih tenang dan menerima kondisinya, sehingga mampu membentuk komitmen terhadap pengembangan ideal diri.

D. Teori Model Interpersonal Peplau

1. Pengertian Model Interpersonal Peplau

Hildegard E. Peplau digambarkan sebagai ibu dari keperawatan psikiatri karena karya teoritis dan klinisnya mengarah pada pengembangan bidang spesialisasi keperawatan psikiatri yang unik (Peplau, 2004). Dalam teori hubungan interpersonalnya, Dr. Peplau menekankan hubungan perawat-klien, dengan menyatakan bahwa hubungan ini adalah dasar dari praktik keperawatan. Buku "*Interpersonal Relations in Nursing*" selesai pada tahun 1948 (Alligood, 2016). Dalam konsep teori interpersonal, Peplau menjelaskan bahwa teori ini melibatkan kemampuan untuk memahami perilaku seseorang dengan tujuan membantu mengidentifikasi kesulitan yang dialami dan menerapkan prinsip-prinsip kemanusiaan terkait masalah-masalah yang timbul dari pengalaman hidup. Teori ini menekankan fokus pada individu, perawat, dan proses interaktif yang membentuk hubungan antara perawat dan klien. Peplau mengartikulasikan bahwa melalui pendekatan ini, perawat dapat lebih baik memahami dan merespons kebutuhan kesehatan klien dengan lebih efektif (Alligood, 2016).

2. Peran Perawat Dalam Pendekatan Interpersonal Peplau

Menurut Peplau (2004) terdapat penjabaran dari keenam peran dalam keperawatan pada fase hubungan perawat-pasien yaitu:

a. Peran Sebagai Orang Asing (*Role Of Stranger*)

Di fase ini, perawat dan pasien belum saling mengenal. Perawat harus bersikap ramah dan empatik, tidak mendikte pasien, namun menerima pasien apa adanya.

b. Peran Sebagai Narasumber (*Role Of Resource Person*)

Perawat berperan sebagai sumber informasi yang spesifik, terutama terkait dengan informasi kesehatan dan interpretasi rencana perawatan dan pengobatan pasien.

c. Peran Sebagai Pendidik (*Teaching Roles*)

Peplau membagi peran ini menjadi dua kategori:

- 1) *Instruksional* : Memberikan informasi dan penjelasan yang terstruktur.
- 2) *Experiential* : Menggunakan pengalaman sebagai dasar untuk memberikan arahan.

d. Peran Sebagai Pemimpin (*Leadership Role*)

Ini melibatkan pendekatan demokratis di mana perawat membantu pasien dalam mengatasi masalah dengan bekerja sama dan partisipasi aktif.

e. Peran Sebagai Pengganti (*Surrogate Roles*)

Di sini, perawat membantu pasien untuk menggantikan peran-peran yang mungkin tidak dapat dilakukan oleh pasien dalam kondisi tertentu. Sikap dan perilaku perawat dapat memengaruhi perasaan dan respons pasien dalam hubungan ini.

f. Peran Sebagai Konselor (*Role Of Counselor*)

Perawat memberikan respons dan bimbingan kepada pasien yang membutuhkan, membantu mereka untuk mengingat dan memahami secara lebih baik apa yang sedang terjadi.

3. Tahapan Pendekatan Model Interpersonal Peplau

Terdapat 4 fase dalam pendekatan model interpersonal Peplau, diantaranya (Peplau, 2004):

a. Fase Orientasi

Fase ini difokuskan pada membantu pasien menyadari ketersediaan bantuan dan membangun kepercayaan terhadap kemampuan perawat untuk memberikan asuhan keperawatan secara efektif. Pada tahap ini, perawat melakukan kontrak awal untuk membangun kepercayaan dan melakukan pengumpulan data yang diperlukan.

b. Fase Identifikasi

Fase ini terjadi ketika perawat memfasilitasi ekspresi perilaku pasien dan memberikan asuhan keperawatan tanpa menolak diri, sehingga memungkinkan pengalaman menderita sakit sebagai kesempatan untuk memperbaiki perasaan dan memperkuat aspek positif dari kepribadian pasien. Respons pasien dalam fase identifikasi dapat beragam, seperti partisipasi mandiri dalam hubungan dengan perawat, menjadi individu yang mandiri terpisah dari perawat, atau menjadi individu yang sangat tergantung pada perawat.

c. Fase Eksploitasi

Fase ini memungkinkan pasien untuk merasakan nilai hubungan sesuai dengan pandangan dan persepsinya terhadap situasi. Fase ini merupakan inti dari hubungan interpersonal dalam proses keperawatan. Perawat membantu pasien dalam memberikan gambaran kondisinya dan semua aspek yang terlibat di dalamnya.

d. Fase Resolusi

Pada fase ini, secara bertahap pasien mulai melepaskan diri dari ketergantungan pada perawat. Resolusi ini memungkinkan penguatan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhannya sendiri dan mengarahkan energi mereka ke arah realisasi potensi yang lebih baik.

E. Penerapan Terapi ACT Dengan Model Interpersonal Peplau

1. Tahapan Orientasi

Dalam tahapan orientasi peran perawat ialah sebagai orang asing (*strange*) dimana perawat dan pasien masih belum saling mengenal dan diharapkan perawat memiliki sikap yang ramah dan empati kepada pasien. Peran kedua perawat ialah sebagai narasumber (*resource person*) yaitu perawat berperan sebagai sumber informasi bagi pasien terkait masalah kesehatan yang dialami pasien. Adapun beberapa tahapan yang dilakukan ialah sebagai berikut:

- a. Membina hubungan saling percaya (kenalkan diri dengan klien dan menyebutkan nama lengkap, nama panggilan dan alamat).

- b. Menyapa pasien dengan empati dan bahasa yang menenangkan, menjelaskan peran perawat dan tujuan perawatan, menciptakan lingkungan aman untuk membuka komunikasi.
- c. Validasi perasaan pasien tanpa mencoba langsung menghilangkan suara itu (menunjukkan penerimaan dan tidak menghakimi) (*Acceptance*).
- d. Berikan pujian pada klien

2. Tahapan identifikasi

Pada tahap ini peran perawat ialah sebagai pemimpin (*leadership role*) dimana perawat membantu pasien dalam mengatasi masalah yang dialami pasien. Peran perawat lainnya ialah sebagai pendidik (*teaching role*) dimana perawat memberikan informasi dan penjelasan mengenai bagaimana cara mengenali dan menghadapi halusinasi, serta menggali nilai hidupnya. Adapun beberapa tahapan yang dilakukan ialah sebagai berikut:

- a. Mengidentifikasi kejadian, pikiran dan perasaan yang muncul serta dampak perilaku yang muncul akibat pikiran dan perasaan.
- b. Mengidentifikasi nilai berdasarkan pengalaman klien yang terjadi dimasa kini.
- c. Memperkuat penerimaan pasien terhadap halusinasi sebagai pengalaman yang tidak harus dihindari, tapi bisa direspons berbeda (*Acceptance*).
- d. Membantu pasien menyadari bahwa ia punya kontrol atas tindakannya meskipun suara tetap muncul (pasien adalah pengamat dari suara itu, bukan bagian dari suara tersebut.) (*Self-as-Context*).

- e. Gali nilai hidup pasien, seperti ingin hidup tenang, keinginan untuk sembuh (*Value*).

4. Tahapan eksploitasi

Pada tahap ini peran perawat ialah sebagai pengganti (*surrogate role*) dimana perawat berperan menggantikan peran yang sebelumnya belum terpenuhi yaitu peran sebagai teman bicara bagi pasien. Adapun beberapa tahapan yang dilakukan ialah sebagai berikut:

- a. Mengenalkan teknik *cognitive defusion* (memberi nama pada halusinasi).
- b. Latih *mindfulness* sederhana, seperti menarik napas dalam-dalam dan menyadari apa yang sedang dilakukan (misalnya berjalan, makan).
Latihan grounding: “menyebutkan 5 benda yang dilihat, 4 yang didengar, 3 yang dirasakan (*present moment*)
- c. Menuntun klien untuk menyusun aktivitas yang bisa dilakukan klien di rumah (misal: minum obat, mandi, mengikuti aktivitas) (*cognitive defusion*).

5. Tahapan Resolusi

Pada tahapan resolusi peran perawat ialah sebagai konselor (*counseling role*) dimana perawat memberikan bimbingan kepada pasien sebelum pasien dilepaskan secara mandiri. Adapun beberapa tahapan yang dilakukan ialah sebagai berikut:

- a. Membantu pasien merumuskan tujuan jangka pendek dan panjang (*value*).

- b. Mendorong pasien menyusun rencana tindakan konkret untuk mempertahankan pemulihan (jadwal minum obat, kontrol rutin, aktivitas sehat) (*Committed Action*).
- c. Evaluasi progres *committed action* dan nilai hidup.
- d. Beri *reinforcement* positif atas keberhasilan.
- e. Evaluasi Akhir.