

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Halusinasi

1. Defenisi Halusinasi

Halusinasi adalah gejala gangguan mental yang ditandai dengan perubahan persepsi sensorik, di mana penderita mengalami sensasi palsu dalam bentuk pendengaran, penglihatan, penghidu, perabaan, atau pengecapan. Penderita menganggap distorsi sensorik ini sebagai kenyataan dan meresponsnya sebagaimana mereka merespons stimulus nyata (Pardede, 2020).

Halusinasi adalah pengalaman sensorik yang terjadi tanpa adanya stimulus eksternal. Individu yang sehat biasanya memiliki persepsi yang akurat, dapat mengenali, dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indra (Armadianah, 2022).

Halusinasi pendengaran adalah suara yang memerintahkan klien untuk melakukan sesuatu yang berpotensi membahayakan diri sendiri atau orang lain. Halusinasi pendengaran dapat menimbulkan efek atau masalah serius bagi klien atau keluarga, seperti perintah untuk melakukan tindakan bunuh diri atau menyakiti orang lain (Restuningtiyas dkk., 2022).

Halusinasi pendengaran terjadi ketika seseorang mendengar suara-suara yang tidak nyata, baik jelas maupun tidak jelas, yang mungkin memerintahkan atau mengajak mereka berbicara atau melakukan tindakan tertentu. Suara-suara ini tidak dapat didengar oleh orang lain. Klien yang mengalami halusinasi pendengaran mungkin terlihat berbicara atau tertawa sendiri, seolah-olah merespons suara yang hanya mereka dengar (Pardede, 2021).

2. Etiologi Halusinasi

Faktor predisposisi dan presipitasi menurut (Supinganto dkk., 2021)

a. Faktor Presdiposisi

Faktor perkembangan : Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stress dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi.

- 1) Faktor sosial : Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian.
- 2) Faktor psikologis : Hubungan interpersonal yang tidak harmonis.
- 3) Faktor Biologis : Struktur otak yang abnormal ditemukan pada klien gangguan orientasi realita.
- 4) Faktor Genetik : Gangguan orientasi realita termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada klien *skizofrenia*. *Skizofrenia* ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah anggota keluarganya mengalami *skizofrenia*.

b. Faktor presipitasi

- 1) Stresor sosial budaya : Stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan satabilitas keluarga.
- 2) Faktor biokimia : Berbagai penelitian tentang dopamine, norepinefrin, indolamin, serta zat halusigenik diduga berkaitan dengan gangguan orientasi realita.
- 3) Faktor psikologis : Kecemasan yang berlebihan dan dalam jangka waktu yang lama disertai dengan keterbatasan kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realita.
- 4) Perilaku : Perilaku yang perlu dikaji pada klien dengan gangguan orientasi realita.

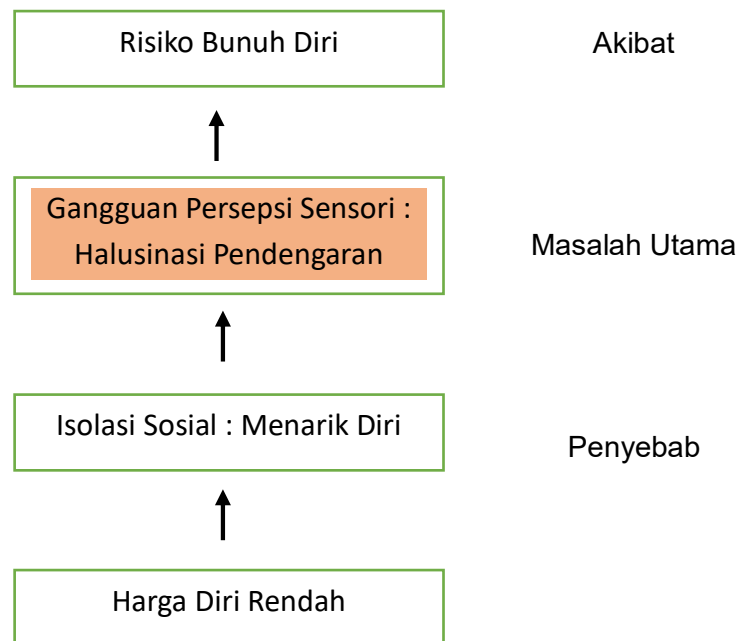
3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala halusinasi dapat dinilai dari hasil observasi terhadap klien serta ungkapan klien. Menurut Melina dan Manullang (2021), beberapa tanda dan gejala klien dengan halusinasi meliputi :

Tabel 2.1 Manifestasi Klinis

Data Subjektif	Data Objektif
1. Bicara atau tertawa sendiri	1. Mendengar suara-suara atau kegaduhan
2. Marah-marah tanpa sebab	2. Mendengar suara yang mengajak berbicara
3. Memalingkan muka ke arah telinga seperti mendengar sesuatu	3. Mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
4. Menutup telinga	4. Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, hantu, atau monster
5. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu	5. Mencium bau-bauan yang tidak biasa, seperti bau darah, urin, atau feses, yang kadang-kadang dapat menyenangkan
6. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas	6. Merasakan rasa yang tidak biasa, seperti rasa darah, urin, atau feses.
7. Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu	
8. Menutup hidung	
9. Sering meludah	
10. Muntah	
11. Menggaruk-garuk permukaan kulit	

4. Pohon Masalah



Gambar 2.1 Pohon Masalah

5. Klasifikasi Halusinasi

Klasifikasi Halusinasi terbagi menjadi 5 yaitu (Janiarti, 2022) :

a. Halusinasi Pendengaran

Halusinasi pendengaran terjadi ketika seseorang mengalami gangguan sensorik yang membuat mereka mendengar suara-suara atau kebisingan, seringkali berupa suara yang mendorong mereka untuk melakukan tindakan tertentu, bahkan tindakan yang berpotensi berbahaya.

b. Halusinasi Penglihatan

Ketika seseorang mengalami gangguan sensorik visual, mereka mungkin melihat fenomena seperti pancaran cahaya, bentuk geometris, gambar kartun, atau bahkan pemandangan yang kompleks dan luas.

c. Halusinasi Penghidu

Gangguan sensorik penghidu terjadi ketika seseorang merasakan bau tertentu, seperti busuk, amis, atau menjijikkan, bahkan jika tidak ada sumber bau yang nyata. Dalam beberapa kasus, mereka juga mungkin mencium bau yang menyenangkan.

d. Halusinasi Pengecap

Gangguan sensorik pengecapan terjadi ketika seseorang merasakan rasa tertentu yang tidak sesuai dengan kenyataan, seperti rasa busuk, amis, atau menjijikkan, tanpa adanya stimulus yang nyata.

e. Halusinasi Peraba

Gangguan sensorik perabaan terjadi ketika seseorang merasakan sensasi tidak biasa, seperti sakit atau ketidaknyamanan, tanpa adanya stimulus yang nyata. Contohnya, mereka mungkin merasakan sensasi listrik yang datang dari tanah, benda mati, atau bahkan orang lain.

6. Dimensi Halusinasi

a. Dimensi Fisik

Manusia memiliki sistem panca indera yang berfungsi untuk merespons rangsangan dari lingkungan sekitar. Namun, dalam beberapa kondisi, sistem ini dapat terganggu dan menyebabkan halusinasi. Beberapa kondisi fisik yang dapat memicu halusinasi antara lain kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan tertentu, demam tinggi atau delirium, intoksikasi alkohol, kurang tidur dalam waktu yang lama.

b. Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan dan tidak terkendali dapat memicu terjadinya halusinasi. Halusinasi dapat berisi perintah yang memaksa dan menakutkan, sehingga individu yang mengalaminya mungkin merasa tidak dapat menolak atau menentang perintah tersebut. Hal ini dapat menyebabkan individu tersebut melakukan tindakan yang tidak rasional atau bahkan berbahaya.

c. Dimensi Intelektual

Pada dimensi ini, individu dengan halusinasi menunjukkan penurunan fungsi ego. Awalnya, halusinasi merupakan upaya ego untuk melawan impuls yang menekan. Namun, halusinasi dapat berkembang menjadi sesuatu yang sangat kuat dan mengontrol perilaku individu, sehingga ego tidak lagi dapat mengendalikan situasi. Hal ini dapat menyebabkan individu kehilangan kontrol atas perilakunya sendiri.

d. Dimensi Sosial

Pada dimensi ini, individu dengan halusinasi cenderung menunjukkan perilaku menyendiri dan lebih fokus pada halusinasi mereka. Halusinasi dapat menjadi semacam "dunia" sendiri yang memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri, dan harga diri yang tidak terpenuhi dalam realitas. Dengan demikian, individu tersebut mungkin lebih memilih untuk berinteraksi dengan halusinasi mereka daripada dengan orang lain di sekitarnya.

e. Dimensi Spiritual

Sebagai makhluk sosial, manusia memiliki kebutuhan dasar untuk berinteraksi dengan orang lain. Namun, individu yang mengalami halusinasi cenderung menyendiri dan kehilangan kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain secara normal. Halusinasi dapat menjadi sistem kontrol yang dominan dalam diri individu, sehingga mereka kehilangan kontrol atas kehidupan mereka sendiri. Jika isi halusinasi menguasai diri mereka, maka mereka dapat kehilangan kemampuan untuk membuat keputusan dan mengendalikan perilaku mereka sendiri

b. Respon psikososial meliputi:

- 1) Proses pikir yang terganggu
- 2) Ilusi adalah interpretasi atau penilaian yang salah tentang objek nyata karena kesalahan persepsi sensorik.
- 3) Emosi yang berlebihan atau berkurang
- 4) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melampaui batas kewajaran.
- 5) Menarik diri adalah upaya untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

c. Respon Maladaptif :

Respon individu dalam menyelesaikan masalah dapat menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, yang ditandai dengan:

- 1) Kelainan pikiran (waham): keyakinan yang dipertahankan secara kuat meskipun tidak didukung oleh kenyataan dan tidak diyakini oleh orang lain.
- 2) Halusinasi: persepsi sensorik yang salah atau tidak berdasarkan realitas.
- 3) Kerusakan proses emosi: perubahan emosi yang tidak sesuai dengan situasi atau konteks.
- 4) Perilaku tidak terorganisir: perilaku yang tidak teratur dan tidak terkendali.
- 5) Isolasi sosial: kondisi di mana seseorang merasa kesepian dan tidak ingin berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan.

8. Tahapan Halusinasi

Dalam konsep halusinasi, terdapat beberapa tahapan yang dialami menurut teori Stuart dan Laria (2001) dalam Yani, dkk., 2022 menjelaskan ada 4 tahapan dalam Halusinasi yaitu:

- 1) Tahapan I: *Comforting* (Menghibur)

Pada tahap awal halusinasi, klien cenderung mengalami pengalaman yang menyenangkan dan sesuai dengan pikiran mereka. Mereka mungkin merasa sedikit cemas akibat stres yang dialami, sehingga mencoba menekan perasaan negatif seperti

ketakutan atau kesepian dengan fokus pada pikiran yang menyenangkan. Pada tahap ini, klien masih mampu membedakan antara kenyataan dan halusinasi, serta dapat mengendalikan pengalaman halusinasi tersebut.

2) Tahapan II: *Condemning* (Mengutuk)

Pada tahap *condemning*, klien mengalami perasaan jijik atau tidak suka terhadap halusinasi yang dialami, disertai dengan kecemasan yang berat. Klien mulai kehilangan kemampuan untuk mengendalikan distorsi pikiran dan mengalami kesulitan membedakan antara kenyataan dan halusinasi. Mereka juga berusaha untuk menjauhkan diri dari halusinasi tersebut. Pada tahap ini, perubahan fisik dan perilaku klien dapat terlihat, seperti kesulitan berinteraksi dalam waktu lama, peningkatan denyut jantung, tekanan darah, dan frekuensi pernapasan.

3) Tahapan III: *Controlling* (Mengendalikan)

Pada tahap *controlling*, halusinasi telah mengendalikan klien, berbeda dengan tahap sebelumnya di mana klien berusaha menjauhkan diri dari halusinasi. Klien kini cenderung mengikuti dan melaksanakan instruksi yang diberikan oleh halusinasi, serta mengalami kecemasan yang berat. Mereka lebih rentan terhadap pengaruh halusinasi dan kesulitan menolak perintah yang diberikan, bahkan jika instruksi tersebut dapat membahayakan diri sendiri.

4) Tahapan IV: *Conquering* (Penguasaan)

Pada tahap ini, klien telah sepenuhnya dikuasai oleh halusinasi dan mulai merasa panik. Isi halusinasi dapat mengancam klien jika tidak mengikuti instruksi yang diberikan. Perilaku klien pada tahap ini dapat berupa ketidakmampuan merespons lingkungan sekitar, risiko tinggi untuk melukai diri sendiri atau orang lain, serta menunjukkan gejala agitasi atau katatonía.

B. Konsep Teori Inovasi Penerapan Terapi Okupasi Menanam Bunga

1. Definisi Terapi Okupasi

Terapi okupasi adalah suatu pendekatan yang memadukan seni dan ilmu untuk membantu seseorang terlibat dalam aktivitas bermakna dan menyelesaikan tugas tertentu. Melalui terapi okupasi, klien dapat belajar mengembangkan mekanisme koping untuk mengatasi masalah terkait pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan. Selain itu, terapi okupasi juga dapat membantu klien meningkatkan harga diri dengan menemukan dan mengembangkan kemampuan yang masih dapat digunakan, sehingga mereka dapat berinteraksi sosial dengan lebih efektif (Utama dkk., 2023)

2. Fungsi dan Tujuan Terapi Okupasi

Adapun tujuan dari terapi okupasi adalah membantu individu mengembangkan, memulihkan, atau mempertahankan kemampuan fungsional, serta meningkatkan kemampuan adaptasi untuk melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dan efektif (Haq dkk., 2022)

3. Indikasi Terapi Okupasi

Ada beberapa indikasi pada terapi okupasi yaitu :

- a. Kesulitan integrasi perkembangan psikososial.
- b. Ekspresi perasaan atau kebutuhan yang tidak sesuai
- c. Reaksi tidak wajar terhadap rangsangan.
- d. Keterhentian dalam fase pertumbuhan atau kemunduran.
- e. Cara ekspresi perasaan melalui aktivitas lebih efektif daripada percakapan.
- f. Pembelajaran lebih efektif melalui praktik langsung daripada imajinasi.
- g. Gangguan kepribadian pada individu dengan disabilitas fisik.

4. Persiapan Klien

- a. Mengidentifikasi klien
- b. Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan
- c. Informed consent
- d. Atur posisi klien senyaman mungkin

5. Prosedur Pelaksanaan

Alat dan bahan :

- a. Tanah
- b. Bunga
- c. Pot Bunga
- d. Air
- e. Gayung
- f. Ember

Prosedur Kerja :

- a. Perkenalan diri
- b. Meminta persetujuan responden
- c. Menjelaskan maksud dan tujuan terapi okupasi kepada klien halusinasi pendengaran

Langkah-langkah :

- a. Mengatur posisi klien
- b. Meminta klien dan mendampingi klien meletakkan tanah ke dalam pot bunga sambil memasukkan bunga yang telah disediakan ke dalam tanah
- c. Meminta klien meratakan tanah yang ada di dalam pot bunga
- d. Serta disiram dengan air
- e. Memberitahu klien untuk menyiram bunga dengan teratur dan merawatnya setiap pagi dan sore

6. Tahap Terminasi

- a. Evaluasi perasaan klien
- b. Simpulkan hasil kegiatan
- c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya

7. Dokumentasi

Catat hasil tindakan dalam catatan perkembangan

8. Jenis- Jenis Aktivitas dalam Terapi Okupasi

Jenis-jenis aktivitas dalam terapi okupasi adalah :

- a. Latihan gerak badan.
- b. Olahraga.
- c. Permainan.
- d. Menjahit.
- e. Kerajinan tangan.
- f. Kesehatan, kebersihan, dan kerapian pribadi
- g. Pekerjaan sehari-hari (aktivitas kehidupan sehari-hari)
- h. Pekerjaan pre-vokasional
- i. Seni (tari, musik, lukis, drama, dan lain-lain)
- j. Diskusi dengan topik tertentu (berita surat kabar, majalah, televisi, radio atau keadaan lingkungan).

9. Proses Terapi Okupasi

Adapun proses dari Terapi Okupasi sebagai berikut :

- a. Pengumpulan data klien biasanya dilakukan melalui kartu rujukan atau status klien yang diberikan saat kunjungan pertama ke unit terapi okupasional.
- b. Analisis data dan identifikasi masalah dilakukan dengan menarik kesimpulan sementara tentang masalah atau kesulitan klien berdasarkan data yang terkumpul. Kesimpulan ini dapat mencakup masalah yang terkait dengan lingkungan keluarga atau kondisi klien itu sendiri.
- c. Penentuan tujuan terapi dilakukan dengan menyusun daftar tujuan yang sesuai dengan prioritas, baik jangka pendek maupun jangka panjang, berdasarkan masalah dan latar belakang klien.
- d. Pemilihan aktivitas terapi dilakukan setelah tujuan terapi ditetapkan. Klien dapat dilibatkan dalam menentukan jenis kegiatan untuk meningkatkan rasa tanggung jawab mereka. Penting untuk diingat bahwa aktivitas tersebut bukan sebagai penyembuh, melainkan

sebagai sarana untuk memahami dan mengatasi masalah dengan bimbingan terapis. Klien juga perlu diberi penjelasan tentang alasan di balik aktivitas tersebut untuk meningkatkan kesadaran dan partisipasi aktif mereka.

- e. Evaluasi terapi harus dilakukan secara teratur dan terencana untuk memantau perkembangan klien dan menyesuaikan program terapi selanjutnya. Hasil evaluasi digunakan untuk menentukan apakah perlu penyesuaian jenis aktivitas atau pendekatan terapi untuk meningkatkan efektivitas pengobatan.

10. Pelaksanaan Terapi

a. Metode.

Terapi okupasi dapat dilakukan secara individual atau berkelompok, tergantung pada kondisi klien dan tujuan terapi.

1) Metode individual digunakan untuk:

- a) Klien baru yang memerlukan evaluasi dan pengumpulan informasi lebih lanjut.
- b) Klien yang belum siap berinteraksi dalam kelompok karena kemampuan sosialnya masih terbatas.
- c) Klien yang menjalani latihan kerja untuk evaluasi yang lebih efektif oleh terapis.

2) Metode kelompok dalam terapi okupasi digunakan untuk :

Klien yang telah diseleksi berdasarkan kesamaan masalah atau tujuan. Metode ini memungkinkan beberapa Klien untuk melakukan aktivitas bersama-sama dengan tujuan tertentu. Sebelum memulai kegiatan, baik individual maupun kelompok, terapis harus mempersiapkan segala sesuatunya dengan baik dan memperkenalkan kegiatan serta menjelaskan tujuannya kepada Klien untuk meningkatkan partisipasi aktif mereka. Jumlah anggota kelompok disesuaikan dengan jenis aktivitas dan kemampuan terapis untuk mengawasi.

b. Waktu

Sesi terapi okupasi biasanya berlangsung 1-2 jam, baik secara individual maupun kelompok, dengan frekuensi satu hingga tiga kali seminggu, tergantung pada tujuan terapi dan ketersediaan sumber daya. Sesi ini terbagi menjadi dua bagian: 30 menit hingga 1 jam untuk aktivitas praktis dan 1 hingga 1,5 jam untuk diskusi. Dalam diskusi, Klien membahas pengalaman dan kesulitan selama aktivitas, serta diarahkan untuk mencapai tujuan terapi yang telah ditetapkan.

c. Terminasi

Partisipasi Klien dalam terapi okupasi dapat diakhiri berdasarkan beberapa kriteria, yaitu:

1. Klien dianggap telah mampu mengatasi masalahnya secara mandiri.
2. Klien tidak menunjukkan kemajuan lebih lanjut dalam terapi.
3. Klien perlu mengikuti program lain yang lebih sesuai sebelum melanjutkan terapi okupasi.

C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan fondasi utama dalam proses keperawatan. Tahap ini meliputi pengumpulan data dan identifikasi masalah klien melalui empat aspek, yaitu Biologis, Psikologis, Sosial, Spiritual, Pengkajian yang komprehensif membantu dalam memahami kondisi klien secara menyeluruh (Saputri dan Mar'atus, 2021)

Adapun isi dari pengkajian adalah :

a. Identitas Klien

Melakukan pengenalan dan kontrak dengan Klien tentang Identitas klien meliputi : Nama, usia, jenis, kelamin, agama, pendidikan, tanggal masuk, tanggal pengkajian, nomor rekamedis dan alamat.

b. Alasan masuk

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

c. Faktor Predisposisi

1) Riwayat gangguan jiwa sebelumnya dengan hasil pengobatan yang kurang optimal

2) Pengalaman kekerasan fisik, penolakan, atau pelecehan dalam keluarga

3) Faktor genetik atau herediter yang mempengaruhi orientasi dan kondisi kejiwaan

4) Trauma masa lalu yang berdampak signifikan pada kondisi saat ini

d. Faktor Presipitasi

1) Riwayat gangguan jiwa sebelumnya pada klien

2) Lama waktu klien dirawat

3) Keberhasilan atau kegagalan pengobatan yang telah dilakukan

4) Waktu atau periode ketika klien mengalami gangguan jiwa

e. Pemeriksaan Fisik

Lakukan pemeriksaan fisik untuk mengetahui Tanda-tanda vital (denyut nadi, pernapasan, dll.), Tinggi badan dan berat badan,

Tekanan darah, Suhu tubuh, Tanyakan juga tentang keluhan fisik yang dialami klien saat ini

f. Psikososial

1. Genogram

Buat genogram yang mencakup minimal tiga generasi untuk memvisualisasikan hubungan klien dengan anggota keluarga, pola komunikasi dan pengambilan keputusan dalam keluarga, pola asuh dan dinamika keluarga, masalah yang terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan individu dalam keluarga. Genogram membantu memahami konteks keluarga dan dinamika yang mempengaruhi klien.

2. Konsep Diri

a) Gambar Diri

Tanyakan persepsi klien terhadap bagian tubuh klien yang disukai dan tidak disukai

b) Identitas Diri

Kaji persepsi klien tentang identitas dirinya, termasuk bagaimana klien memandang dirinya sendiri, apakah penampilan fisiknya sesuai dengan identitas yang diinginkan. Hal ini penting dalam memahami kondisi klien dengan gangguan sensori halusinasi dan bagaimana identitas diri mempengaruhi pengalaman mereka.

c) Fungsi Peran

Kaji peran klien dalam keluarga bagaimana klien berfungsi sebagai anggota keluarga, masyarakat bagaimana klien berinteraksi dan berperan dalam komunitas, termasuk juga kemampuan klien dalam menjalankan peranannya, perasaan klien terkait perubahan peran atau fungsi dalam keluarga atau masyarakat. Hal ini membantu memahami bagaimana klien beradaptasi dan berfungsi dalam berbagai konteks sosial.

d) Ideal Diri

Kaji harapan klien tentang keadaan tubuh yang ideal, posisi dan peran dalam keluarga, pekerjaan, atau sekolah, lingkungan sekitar, proses penyakit dan pemulihannya, termasuk juga bagaimana klien akan menghadapi situasi jika harapan tersebut tidak sesuai dengan kenyataan. Hal ini membantu memahami motivasi dan perspektif klien dalam menghadapi tantangan dan perubahan dalam hidupnya.

3. Hubungan Sosial

Identifikasi jaringan dukungan klien dengan menanyakan siapa orang terdekat yang menjadi tempat mengadu, berbicara, atau mencari bantuan, apakah klien terlibat dalam organisasi atau kelompok masyarakat tertentu. Klien dengan halusinasi seringkali mengalami kesulitan dalam membangun dan memelihara hubungan sosial, sehingga jarang memiliki orang terdekat yang dapat diandalkan, lebih suka menyendiri dan berinteraksi dengan halusinasi daripada terlibat dalam kegiatan sosial. Pemahaman tentang jaringan dukungan klien dapat membantu dalam perencanaan intervensi yang lebih efektif.

4. Spiritual

Kaji nilai dan keyakinan klien, terutama bagaimana pandangan agama dan budaya memandang kondisi sakit jiwa, praktik ibadah klien sebelum dan selama sakit. Klien dengan sakit jiwa mungkin mengalami perubahan dalam kegiatan ibadahnya, seperti ibadah yang terganggu atau menurun, ibadah yang menjadi sangat berlebihan. Pemahaman tentang nilai dan keyakinan klien dapat membantu dalam memahami bagaimana kondisi sakit jiwa mempengaruhi kehidupan spiritualnya.

5) Status Mental

a) Penampilan

Penampilan klien seringkali tidak rapi, tidak serasi atau tidak cocok. Hal ini dapat menjadi indikator tentang kondisi kejiwaan klien dan bagaimana mereka memandang diri sendiri.

b) Pembicaraan

Pola pikir klien seringkali tidak terorganisir, berbentuk maladaptif, seperti: berbicara yang tidak logis, berbicara yang berbelit-belit atau sulit diikuti, mengalami kehilangan alur pikir yang jelas. Hal ini dapat mempengaruhi kemampuan klien dalam berkomunikasi efektif dan menjalani aktivitas sehari-hari.

c) Aktivitas Motorik

Aktivitas psikomotor klien dapat meningkat (hiperaktif), menurun (hipoaktif), menjadi impulsif, menunjukkan perilaku abnormal lainnya. Perubahan dalam aktivitas psikomotor dapat menjadi indikator tentang kondisi kejiwaan klien.

d) Afek dan Emosi

Ekspresi emosi (afek) klien seringkali tumpul (tidak menunjukkan emosi yang kuat), datar (tidak menunjukkan variasi emosi), tidak sesuai (emosi tidak sesuai dengan situasi), ambivalen (menunjukkan emosi yang bertentangan). Hal ini dapat mempengaruhi interaksi sosial dan hubungan klien dengan orang lain.

e) Interaksi selama wawancara

Bagaimana klien merespons pertanyaan dan situasi wawancara apakah klien dapat bekerja sama secara kooperatif dengan pewawancara, bagaimana kontak mata klien dengan lawan bicara saat percakapan berlangsung, termasuk frekuensi dan durasi kontak mata, kualitas kontak mata (misalnya, kontak mata yang intens atau menghindari).

Hal ini dapat membantu memahami kemampuan sosial dan komunikatif klien.

f) Persepsi

Identifikasi jenis halusinasi yang dialami klien, dengan memperhatikan gejala-gejala seperti klien menyendiri dan tidak ingin berinteraksi dengan orang lain, klien berbicara sendiri dan tertawa sendiri tanpa stimulus eksternal, klien merasa nyaman dan terisolasi dalam dunianya sendiri, klien merasa senang dan terikat dengan halusinasi yang dialaminya. Data ini dapat membantu memahami sifat dan intensitas halusinasi yang dialami klien.

g) Waktu

Kaji waktu munculnya halusinasi pada klien, termasuk kapan halusinasi biasanya terjadi (pagi, siang, sore, atau malam), jam berapa halusinasi cenderung muncul. Informasi ini dapat membantu memahami pola dan pemicu halusinasi pada klien.

h) Frekuensi

Kaji frekuensi terjadinya halusinasi pada klien, termasuk apakah halusinasi terjadi terus-menerus, apakah halusinasi terjadi kadang-kadang, atau apakah halusinasi terjadi jarang. Informasi ini dapat membantu memahami intensitas dan pola halusinasi pada klien.

i) Situasi

Identifikasi situasi yang memicu munculnya halusinasi pada klien, seperti apakah halusinasi muncul ketika klien sendirian, apakah halusinasi dipicu oleh kegiatan atau situasi tertentu dengan memahami pemicu halusinasi, dapat dilakukan intervensi khusus untuk menghindari situasi yang memicu halusinasi, mengurangi intensitas dan frekuensi halusinasi, membantu klien mengelola dan mengatasi halusinasi dengan lebih efektif.

j) Proses Pikir

Pola pembicaraan klien seringkali tidak logis, tidak koheren, tidak terkait, berbelit-belit. Hal ini dapat menunjukkan adanya gangguan dalam proses berpikir dan komunikasi klien.

k) Isi Pikir

Klien seringkali mengalami perasaan curiga yang berlebihan terhadap diri sendiri, orang lain, atau lingkungan sekitar, keyakinan yang tidak realistis dan tidak berdasarkan fakta, persepsi yang menyimpang tentang realitas. Hal ini dapat menunjukkan adanya gangguan dalam proses berpikir dan penilaian realitas klien.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi dan memahami respon klien terhadap situasi kesehatan yang dialaminya (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Terdapat beberapa masalah keperawatan yang mungkin muncul pada Klien dengan gangguan persepsi sensori diantaranya adalah :

- a. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.
- b. Risiko Bunuh Diri
- c. Isolasi Sosial
- d. Harga Diri Rendah

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah rencana tindakan yang menentukan tujuan, metode, waktu, dan pelaku tindakan keperawatan. Sementara itu, tindakan keperawatan adalah aktivitas spesifik yang dilakukan oleh perawat untuk melaksanakan intervensi keperawatan yang telah direncanakan (PPNI, 2018).

Tabel 2.2
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Rencana Tindakan	
		Kriteria Hasil	Intervensi
1	Gangguan sensori persepsi : Halusinasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 15 menit pertemuan diharapkan halusinasi berkurang dengan kriteria hasil : Persepsi sensori - Verbalisasi mendengar bisikan menurun - Perilaku halusinasi menurun - Melamun menurun - Curiga menurun	Manajemen Halusinasi SP 1 : - Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien - Mengidentifikasi isi halusinasi pasien - Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien - Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien - Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi - Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi - Mengajarkan pasien menghardik halusinasi - Mengajarkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian - Memberikan terapi non farmakologis terapi okupasi menanam bunga melati.

			SP 2 : - Validasi kemampuan pasien melakukan latihan menghardik dan berikan pujian - Evaluasi manfaat melakukan menghardik - Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. - Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar, jenis, guna, dosis, frekuensi, cara minum obat) - Memberikan terapi non farmakologis terapi okupasi menanam bunga melati SP 3 : - Validasi kemampuan pasien dalam menghardik dan bercakap-cakap setelah itu berikan pujian - Evaluasi manfaat dalam minum obat dan bercakap-cakap - Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan
--	--	--	--

			kegiatan sehari-hari terjadwal - Memberikan terapi okupasi menanam bunga melati. SP 4 : - Validasi kemampuan pasien dalam menghardik, kegiatan harian, bercakap-cakap dengan orang lain dan berikan pujian. - Evaluasi manfaat dalam melakukan kegiatan sehari-hari terjadwal - Latih pasien halusinasi dengan meminum obat secara teratur - Memberikan terapi okupasi menanam bunga melati.
--	--	--	---

No	Diagnosis Keperawatan	Rencana Tindakan	
		Kriteria Hasil	Intervensi
2	Risiko Bunuh Diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 kali pertemuan diharapkan control diri berkurang dengan kriteria hasil :	Pencegahan Bunuh Diri SP 1 : - Membina hubungan saling percaya - Identifikasi penyebab, tanda, gejala, dan akibat risiko bunuh diri

		- Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun - Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun - Verbalisasi ancaman bunuh diri menurun - Verbalisasi rencana bunuh diri menurun	- Memastikan lingkungan aman tidak ada senjata tajam atau benda-benda yang membahayakan klien dan orang lain - Menemani klien - Menyarankan memanggil perawat apabila ada perasaan ini melukai diri kembali SP 2 : - Mengevaluasi kegiatan SP 1 - Validasi perasaan klien tentang ide bunuh diri - Memotivasi/mendorong klien dengan memanggil perawat untuk membantu klien SP 3 : - Mengevaluasi kegiatan SP 1 dan SP 2 - Tanyakan kepada pasien “apa yang patut disyukuri dalam hidup ini ?” - Mengungkapkan perasaan dengan baik
--	--	--	---

			SP 4 : - Mengevaluasi kegiatan SP 1, SP 2, dan SP 3 - Meminta klien mengungkapkan perasaannya tentang ide bunuh diri - Memcahkan masalah dan mengarahkan pendapat dan solusi masalah klien ke arah logika dan rasional - Memasukkan ke dalam jadwal kegiatan klien.
--	--	--	---

No	Diagnosis Keperawatan	Rencana Tindakan	
		Kriteria Hasil	Intervensi
3	Isolasi Sosial	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 kali pertemuan maka diharapkan interaksi sosial meningkat dengan kriteria hasil : - Minat interaksi meningkat - Minat terhadap aktivitas - Kontak mata meningkat	Terapi Aktivitas : SP 1 : - Mengidentifikasi penyebab isolasi - Diskusikan keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain - Ajarkan cara berkenalan dengan satu orang, buat jadwa harian - Pasien dapat melakukan kegiatan yang dipilih sesuai kemampuan - Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian

			SP 2 : - Evaluasi kemampuan pasien dan berikan kesempatan mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang - Latih pasien cara berkenalan dengan dua orang atau lebih - Pasien dapat melakukan kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan - Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian SP 3 : - Evaluasi kemampuan pasien dan berikan kesempatan mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang dan berkenalan dengan dua orang atau lebih - Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian
--	--	--	---

No	Diagnosis Keperawatan	Rencana Tindakan	
		Kriteria Hasil	Intervensi
4	Harga Diri Rendah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 kali pertemuan diharapkan Harga diri meningkat dengan kriteria hasil : - Penilaian diri positif meningkat - perasaan malu menurun - Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat - Penilaian diri positif meningkat - Percaya diri untuk berbicara meningkat - Kontak mata meningkat	Promosi Harga Diri SP 1 : - Identifikasi kemampuan daan aspek positif yang dimiliki klien - Bantu klien menilai kemampuan klien yang masih dapat digunakan - Bantu klien memilih kegiatan yang akan di latih sesuai dengan kemampuan klien - Melatih klien dengan kegiatan yang dipilih sesuai kemampuan, missal merapikan tempat tidur. SP 2 : - Validasi masalah dan ltihan sebelumnya pada SP 1 - Melatih kegiatan kedua yang dipilih sesuai kemampuan - Bimbing pasien memasukkan ke dalam jadwal harian.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya. Pada tahap ini, perawat mengaplikasikan rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam asuhan keperawatan. Tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masalah utama klien. Sebelum melaksanakan tindakan, perawat membuat kontrak dengan klien untuk menjelaskan rencana tindakan dan peran serta yang diharapkan dari klien. Semua tindakan yang dilakukan serta respon klien didokumentasikan untuk memantau kemajuan dan efektivitas intervensi.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menentukan efektivitas rencana keperawatan yang telah dilaksanakan. Terdapat dua jenis evaluasi:

Jenis Evaluasi

- a. Evaluasi Proses (Formatif): Mengevaluasi proses keperawatan yang telah dilakukan, termasuk aktivitas yang telah dilakukan dan hasilnya. Metode evaluasi ini meliputi pengumpulan data, analisis rencana asuhan keperawatan, observasi, wawancara, dan pengisian form evaluasi.
- b. Evaluasi Hasil (Sumatif): Mengevaluasi hasil akhir tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada klien, termasuk perubahan status kesehatan atau status lainnya setelah intervensi keperawatan. Evaluasi keperawatan membantu perawat untuk menentukan apakah rencana keperawatan yang telah dilakukan efektif dan sesuai dengan kebutuhan klien.