

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Halusinasi

1. Defenisi Halusinasi

Halusinasi adalah salah satu gejala yang sering ditemukan pada klien dengan gangguan jiwa. Halusinasi identik dengan skizofrenia. Seluruh klien dengan skizofrenia diantaranya mengalami halusinasi. Gangguan jiwa lain yang sering juga disertai dengan gejala halusinasi adalah gangguan maniak depresif dan delirium. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu pencerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang dialami seperti suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksternal; persepsi palsu. Berbeda dengan ilusi dimana klien mengalami persepsi yang salah terhadap stimulus, salah persepsi pada halusinasi terjadi tanpa adanya stimulus eksternal yang terjadi. Stimulus internal dipersepsikan sebagai suatu yang nyata ada oleh klien (Muhith, 2015).

Halusinasi adalah suatu sensori persepsi terhadap sesuatu hal tanpa stimulus dari luar. Halusinasi merupakan pengalaman terhadap mendengar suara Tuhan, suara setan dan suara manusia yang berbicara terhadap dirinya, sering terjadi pada pasien skozofrenia. Halusinasi adalah suatu keadaan dimana se-seorang mengalami perubahan dalam jumlah dan pola dari stimulus yang mendekat (yang diprakarsai secara internal/eksternal) disertai dengan suatu pengurangan/berlebih, distorsi atau kelainan berespons terhadap stimulus (Trimelia, 2017).

2. Dimensi Halusinasi

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Masalah halusinasi

berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi (Muhith, 2015) yaitu:

a. Dimensi Fisik

Manusia dibangun oleh sistem indra untuk menanggapi rangsang eksternal yang diberikan oleh lingkungannya. Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol, dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

b. Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

c. Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya, halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

d. Dimensi Sosial

Dimensi sosial pada individu dengan halusinasi menunjukkan adanya kecenderungan untuk menyendiri. Individu asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri, dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan sistem kontrol oleh individu tersebut sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, maka individu tersebut bisa membahayakan orang lain. Oleh karena itu, aspek penting dalam melakukan intervensi keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta

mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.

e. Dimensi Spiritual

Manusia diciptakan Tuhan sebagai makhluk sosial sehingga interaksi dengan manusia lainnya merupakan kebutuhan yang mendasar. Individu yang mengalami halusinasi cenderung menyendiri hingga proses di atas tidak terjadi, individu tidak sadar dengan keberadaannya sehingga halusinasi menjadi sistem kontrol dalam individu tersebut. Saat halusinasi menguasai dirinya, individu kehilangan kontrol kehidupan dirinya (Muhith, 2015).

3. Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu respon mal adaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologist (Muhith, 2015). Ini merupakan respon persepsi paling mal adaptif. Jika klien sehat persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui pancaindra (pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecap dan perabaan), klien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus panca indra walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada. Respon individu (yang karena suatu hal mengalami kelainan persepsi) yaitu salah mempersepsikan stimulus yang diterimanya yang disebut sebagai ilusi. Klien mengalami ilusi jika interpretasi yang dilakukan terhadap stimulus panca indra tidak akurat sesuai dengan stimulus yang diterima. Rentang respon tersebut digambarkan seperti pada gambar di bawah ini.

Tabel 2.1 : Jenis-jenis Halusinasi

Jenis Halusinasi	Karakteristik
Pendengaran	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 pasien disuruh untuk melakukan sesuatu yang kadang-kadang membahayakan.
Penglihatan	Stimulus visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambaran geometris, gambaran kartun, bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster.
Penghidu	Membau bau-bauan tertentu seperti bau darah, urin atau feces, umumnya bau-bauan yang tidak menyenangkan. Halusinasi penghidu sering akibat stroke, tumor, kejang atau dimensia.
Pengecapan	Merasa mengecap rasa seperti darah, urin atau feces
Perabaan	Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang Jelas. Rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.
Cenesthetic	Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makanan atau pembentukan urine.
Kinesthetic	Merasakan pergerakan saat berdiri tanpa bergerak.

5. Fase/Tahap Dalam Halusinasi

Tahapan terjadinya halusinasi terdiri dari 4 fase dan setiap fase memiliki karakteristik yang berbeda (Prabowo, 2017) yaitu:

- a. Tahap I: (Sleep disorder)

Tahap ini merupakan suatu tahap awal sebelum muncul halusinasi. Individu merasa banyak masalah sehingga ingin menghindari dari orang lain dan lingkungan karena takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah (misal: putus cinta, turun jabatan, bercerai, dipenuhi hutang dan lain-lain). Masalah semakin terasa sulit dihadapi karena berbagai stressor terakumulasi sedangkan *support* yang di dapatkan kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sehingga akan menyebabkan individu tersebut sulit tidur dan akan terbiasa menghayal. Individu akan menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai upaya pemecahan masalah.

b. Fase II (Comforting)

Pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan. Pasien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. Disini terjadi peningkatan tanda-tanda sistem saraf otonom akibat ansietas seperti peningkatan tanda-tanda vital (denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah), asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dengan realita.

c. Fase III (Condemning)

Pasien berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Di sini pasien sukar berhubungan dengan orang lain, berkeringat, tremor, tidak mampu mematuhi perintah dari orang lain dan berada dalam kondisi yang sangat menegangkan terutama jika akan berhubungan dengan orang lain.

d. Fase IV (Controlling)

Pengalaman sensor menjadi mengancam jika pasien mengikuti perintah halusinasi. Di sini terjadi perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri, tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks dan tidak mampu berespon lebih dari 1 orang. Kondisi pasien sangat membahayakan

e. Fase V (conquering)

Halusinasi bersifat menakutkan, halusinasi menjadi lebih rumit dan klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya. Halusinasi berubah mengancam, memerintah, memarahi dan menakutkan apabila tidak mengikuti perintahnya, sehingga klien mulai merasa terancam.

6. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Halusinasi

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi yang menyebabkan halusinasi (Oktiviani, 2020) adalah:

1) Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan pasien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan pasien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

2) Faktor Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

3) Faktor Biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasi neurotransmitter otak.

4) Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan pasien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Pasien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

5) Faktor Genetik dan Pola Asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi (Prabowo, 2017) adalah :

1) Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk di interpretasikan.

2) Stress lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3) Sumber koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stress.

7. Tanda Dan Gejala Halusinasi

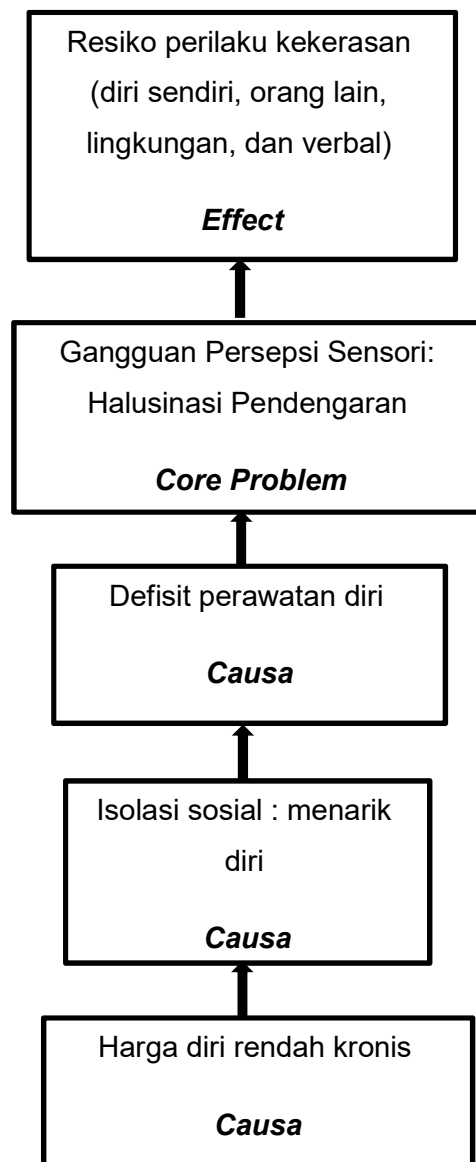
Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Adapun tanda dan gejala pasien halusinasi menurut (Nurhalimah, 2018) adalah sebagai berikut:

- a. Bicara sendiri, senyum, dan ketawa sendiri.
- b. Menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, dan
- c. Menarik diri dari orang lain, dan berusaha untuk menghindari diri dari orang lain.
- d. Tidak dapat membedakan antara keadaan nyata dan keadaan yang tidak nyata.
- e. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah.
- f. Curiga, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain dan lingkungannya), dan takut.
- g. Sulit berhubungan dengan orang lain.
- h. Ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel dan marah.
- i. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat
- j. Tampak tremor dan berkeringat, perilaku panik, agitasi dan kataton.

- k. Mencium bau-bauan seperti darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan. Merasakan rasa seperti darah, urin, feses.

8. Pohon Masalah

Pasien biasanya memiliki beberapa masalah keperawatan. Masalah-masalah tersebut saling berhubungan dan dapat digambarkan sebagai pohon masalah. Pohon masalah menurut (Nurhalimah, 2018)



Gambar 2.2 : Pohon masalah

9. Akibat Halusinasi

Akibat dari halusinasi adalah resiko mencederal diri, orang lain dan lingkungan. Ini diakibatkan karena pasien berada di bawah halusinasinya yang meminta dia untuk melakukan sesuatu hal diluar kesadarannya (Prabowo, 2017)

10. Mekanisme Koping

Mekanisme koping yang sering digunakan klien dengan halusinasi (Muhith, 2015) meliputi:

- a. Regresi: menjadi malas beraktivitas sehari-hari
- b. Proyeksi: mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau sesuatu benda
- c. Menarik diri: sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal
- d. Keluarga mengingkari masalah yang dialami oleh klien.

11. Validasi Informasi Tentang Halusinasi

Halusinasi benar-benar nyata dirasakan oleh klien yang mengalaminya, seperti mimpi saat tidur. Klien mungkin tidak punya cara untuk menentukan persepsi tersebut nyata. Sama halnya seperti seseorang yang mendengarkan siaran ramalan cuaca dan tidak lagi meragukan orang yang berbicara tentang cuaca tersebut. Ketidakmampuan untuk mempersepsikan stimulus secara riil dapat menyulitkan kehidupan klien. Karenanya halusinasi menjadi prioritas untuk segera diatasi. Sangat penting untuk memberi kesempatan klien untuk menjelaskan tentang halusinasi yang dialaminya secara leluasa. Perawat membutuhkan kemampuan untuk berbicara tentang halusinasi, karena dengan perbincangan halusinasi dapat menjadi indikator sejauh mana gejala psikotik klien diatasi. Untuk memfasilitasinya, klien perlu dibuat nyaman untuk menceritakan perihal halusinasinya.

Perilaku klien yang mengalami halusinasi sangat tergantung pada jenis halusinasinya, apakah halusinasinya merupakan halusinasi pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecap, perabaan, cenesthetic, kinesthetic. Apakah perawat mengidentifikasi adanya tanda-tanda dan perilaku halusinasi, maka pengkajian selanjutnya harus dilakukan tidak hanya sekedar mengetahui jenis halusinasinya saja. Validasi informasi tentang halusinasi yang diperlukan meliputi:

- a. Isi halusinasi** yang dialami oleh klien. Ini dapat dikaji dengan menanyakan suara siapa yang didengar dan apa yang dikatakan berkata jika halusinasi yang dialami adalah halusinasi dengar. Bentuk bayangan bagaimana yang dilihat klien bila jenis halusinanya adalah halusinasi penglihatan, bau apa yang tercium bila halusinasinya adalah halusinasi penghidu, dan rasa apa yang dikecap untuk halusinasi pengecap, atau merasakan apa di permukaan tubuh bila mengalami halusinasi perabaan.
- b. Waktu dan frekuensi halusinasi.** Ini dapat dikaji dengan menanyakan kepada klien kapan pengalaman halusinasi muncul, berapa hari sekali, seminggu atau bulan berapa pengalaman halusinasi itu muncul. Informasi ini penting untuk mengidentifikasi pencetus halusinasi dan menentukan bilamana klien perlu diperhatikan saat mengalami halusinasi.
- c. Situasi pencetus halusinasi.** Perawat perlu mengidentifikasi situasi yang dialami klien sebelum mengalami halusinasi. Ini dapat dikaji dengan menanyakan kepada klien peristiwa atau kejadian yang dialami sebelum halusinasi ini muncul. Selain itu perawat juga bisa mengobservasi apa yang dialami klien menjelang muncul halusinasi untuk memvalidasi pernyataan klien.
- d. Respon klien.** Untuk menentukan sejauh mana halusinasi telah mempengaruhi klien, bisa dikaji dengan menanyakan apa yang dilakukan klien saat mengalami pengalaman halusinasi. Apakah klien masih bisa mengontrol stimulus halusinasi atau sudah tidak berdaya lagi terhadap halusinasi (Muhith, 2015).

12. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan klien skizofrenia yang mengalami halusinasi adalah dengan pemberian obat-obatan dan tindakan lain, (Prabowo, 2017) yaitu :

a. Farmakologi

Neuroleptika dengan dosis efektif bermanfaat pada penderita skizoprenia yang menahun, hasilnya lebih banyak jika mulai diberi dalam dua tahun penyakit. Neuroleptika dengan dosis efektif tinggi bermanfaat pada penderita dengan psikomotorik yang meningkat.

Tabel 2.2 : Penatalaksanaan farmakologi

Kelas Kimia	Nama Generik (Dagang)	Dosis Harian
Fenotiazin	Asetofenazin (Tidal)	60-120 mg
	Klopromazine (Thorazine)	30-800 mg
	Flufenazine(Prolixine, Permiti)	1-40 mg 30-400 mg
	Mesoridazin (Serentil)	12-64 mg
	Perfenazine (Trilafon)	15-150 mg
	Proklorperazine (Compazine)	40-1200 mg 150-800 mg
	Promazin (Sparine)	2-40 mg
	Tiodazine (Mellari)	60-150 mg
	Trifluoperazine (Vesprin)	
	Tioksanten	Kloprotiksen (Tarctan)
Tiotiksen (Navane)		8-30 mg
Butirofenon	Haloperidol (Haldo)	1-100 mg
Dibenzondiazepin	Klozapin (Clorazil)	300-900 mg
Dibenzokasazepin	Loksapin (Loxitane)	20-150 mg
Dihidroindolon	Molindone (Mobam)	225

b. Terapi Non Farmakologi

1. Terapi kejang listrik :

Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artificial dengan melewati aliran listrik melalui

electrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik dapat diberikan pada skizoprenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.

2. Psikoterapi dan Rehabilitasi

Psikoterapi suportif individual tau kelompok sangat membantu karena berhubungan dengan praktis dengan maksud mempersiapkan pasien kembali ke masyarakat, selain itu terapi kerja sangat baik untuk mendorong pasien bergaul dengan orang lain, pasien lain, perawat dan dokter. Maksudnya supaya pasien tidak mengasingkan diri karena dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik, dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama, seperti therapy modalitas yang terdiri dari:

a. Terapi aktivitas

1. Terapi musik : fokus: mendengar, memainkan alat musik, bernyanyi. Yaitu menikmati dengan relaksasi musik yang disukai pasien.
2. Terapi seni : fokus: untuk mengekspresikan perasaan melalui berbagai pekerjaan seni.
3. Terapi menari : fokus pada: espresi perasaan melalui gerakan tubuh
4. Terapi relaksasi : belajar dan praktek relaksasi dalam kelompok Rasional: koping/prilaku mal adaptif/deskriptif, meningkatkan partisipasi dan kesenangan pasien dalam kehidupan.

b. Terapi sosial : pasien belajar bersosialisasi dengan pasien lain

c. Terapi kelompok

1. Terapi group (kelompok terapeutik)
2. Terapi aktivitas kelompok (adjunctive group activity Therapy)
3. TAK Stimulus Persepsi: Halusinasi
 - a. Sesi 1 : Mengetahui halusinasi
 - b. Sesi 2 : Mengontrol halusinasi dengan menghardik
 - c. Sesi 3 : Mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan

- d. Sesi 4 : Mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap
 - e. Sesi 5 : Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat.
- d. Terapi lingkungan
- Suasana rumah sakit dibuat seperti suasana di dalam keluarga (home like atmosphere).

B. Konsep Terapi Okupasi

1. Defenisi Terapi Okupasi

Terapi kerja atau terapi okupasi adalah suatu ilmu dan seni pengarahan partisipasi seseorang untuk melaksanakan tugas tertentu yang telah ditetapkan. Terapi ini berfokus pada pengenalan kemampuan yang masih ada pada seseorang, pemeliharaan dan peningkatan bertujuan untuk membentuk seseorang agar mandiri, tidak tergantung pada pertolongan orang lain (Prabowo, 2017).

2. Fungsi dan Tujuan Terapi Okupasi

Adapun tujuan terapi okupasi dalam (Prabowo, 2017) adalah:

- a. Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi mental:
 - 1. Menciptakan kondisi tertentu sehingga pasien dapat mengembangkan kemampuannya untuk dapat ber-hubungan dengan orang lain dan masyarakat sekitar-nya.
 - 2. Membantu melepaskan dorongan emosi secara wajar.
 - 3. Membantu menemukan kegiatan sesuai bakat dan kondisinya.
 - 4. Membantu dalam pengumpulan data untuk menegakkan Diagnosis dan terapi.
- b. Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi fisik, meningkatkan gerak, sendi, otot, dan koordinasi gerakan.
- c. Mengajarkan ADL seperti makan, berpakaian, BAK, BAB dan sebagainya.
- d. Membantu pasien menyesuaikan diri dengan tugas rutin di rumah.
- e. Meningkatkan toleransi kerja, memelihara dan meningkatkan kemampuan yang dimiliki

- f. Menyediakan berbagai macam kegiatan agar dicoba pasien untuk mengetahui kemampuan mental dan fisik, kebiasaan, kemampuan bersosialisasi, bakat, minat dan potensinya
- g. Mengarahkan minat dan hobi untuk dapat digunakan setelah pasien kembali di lingkungan masyarakat.

3. Indikasi Terapi Okupasi

Indikasi Terapi Okupasi menurut (Nasir, 2015):

- a. Seseorang yang kurang berfungsi dalam kehidupannya karena kesulitan-kesulitan yang dihadapi dalam pengintegrasian perkembangan psikososialnya
- b. Kelainan tingkah laku yang terlihat dalam kesulitannya berkomunikasi dengan orang lain.
- c. Tingkah laku tidak wajar dalam mengekspresikan perasaan atau kebutuhan yang primitif.
- d. Ketidakmampuan menginterpretasikan rangsangan sehingga reaksinya terhadap rangsangan tersebut tidak wajar pula.
- e. Terhentinya seseorang dalam fase pertumbuhan tertentu atau seseorang yang mengalami kemunduran.
- f. Mereka yang lebih mudah mengekspresikan perasaannya melalui suatu aktivitas dari pada dengan percakapan.
- g. Mereka yang merasa lebih mudah mempelajari sesuatu dengan mempraktikkannya dari pada dengan membayangkan.
- h. Pasien cacat tubuh yang mengalami gangguan dalam kepribadiannya.

4. Persiapan Pasien

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

5. Prosedur Pelaksanaan

Alat dan bahan :

- a. Stik eskrim
- b. Gunting
- c. Lem kayu (lem fox)
- d. Informed consent

Prosedur kerja :

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

Langkah-langkah :

1. Mengatur posisi pasien
2. Buat pola yang kita inginkan, kemudian susunlah beberapa stik eskrim
3. Lalu lem menggunakan lem kayu (lem fox)
4. Rapatkan stik eskrim dengan rapi
5. Kemudian bentuk seperti figura/bingkai foto yang kita inginkan
6. Keringkan figura sampai benar-benar kering
7. Setelah itu, hias figura/bingkai foto dari stik eskrim seperti yang kita inginkan
8. Setelah kita hias, isi bingkai foto dengan foto kita agar lebih menarik, dan bingkai foto siap digunakan.

6. Tahap Terminasi

- a. Evaluasi perasaan pasien
- 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 dalam (Prabowo, 2017) adalah sebagai berikut:

- a. Latihan gerak badan

- b. Olahraga.
- c. Permainan.
- d. Kerajinan tangan seperti: (membuat bingkai foto dari stik eskrim, membuat asbak dari stik eskrim, membuat kotak pensil dari stik eskrim, membuat vas bunga dari stik eskrim, membuat aksesoris gelang , dan lain-lain).
- e. Kesehatan, kebersihan, dan kerapihan pribadi.
- f. Pekerjaan sehari-hari (aktivitas kehidupan sehari-hari).
- g. Praktik pre-vokasional.
- h. Seni (tari, musik, lukis, drama, dan lain-lain).
- i. Rekreasi (tamasya, nonton bioskop/drama, pesta ulang tahun, 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 meenurut (Prabowo, 2017) sebagai berikut:

- a. Pengumpulan data, meliputi data tentang identitas pasien, gejala, diagnosis, perilaku dan kepribadian pasien. Misalnya pasien mudah sedih, putus asa, marah.
- b. Analisa data dan identifikasi masalah dari data yang telan dikaji ditegakkan Diagnosis sementara tentang masalah pasien maupun keluarga.
- c. Penentuan tujuan dan sasaran dari Diagnosis yang ditegakkan dapat dibuat sasaran dan tujuan yang ingin dicapai.
- d. Penentuan aktivitas jenis kegiatan yang ditentukan harus disesuaikan dengan tujuan terapi.
- e. Evaluasi kemampuan pasien, inisiatif, tanggungjawab, kerjasama, emosi dan tingkah laku selama aktivitas berlangsung. Dari hail evaluasi rencanakan kembali kegiatan yang sesuai dan akan dilakukan. Evaluasi dilakukan secara periodik, misalnya 1 minggu sekali dan setiap selesai melaksanakan kegiatan.

10. Pelaksanaan Terapi

a. Metode. Terapi okupasi dapat dilakukan baik secara individual, maupun berkelompok, tergantung dari keadaan pasien, tujuan terapi, dan lain-lain.

1. Metode individual dilakukan untuk:

- a. Pasien baru yang bertujuan untuk mendapatkan lebih banyak informasi dan sekaligus untuk evaluasi pasien
- b. Pasien yang belum dapat atau mampu untuk berinteraksi dengan cukup baik di dalam suatu kelompok sehingga dianggap akan mengganggu kelancaran suatu kelompok bila dia dimasukkan dalam kelompok tersebut.
- c. Pasien yang sedang menjalani latihan kerja dengan tujuan agar terapis dapat mengevaluasi pasien lebih efektif.

2. Metode kelompok dilakukan untuk:

Pasien lama atas dasar seleksi dengan masalah atau hampir bersamaan, atau dalam melakukan suatu aktivitas untuk tujuan tertentu bagi beberapa pasien sekaligus. Sebelum memulai suatu kegiatan baik secara individual maupun kelompok, maka terapis harus mempersiapkan terlebih dahulu segala sesuatunya yang menyangkut pelaksanaan kegiatan tersebut. Pasien juga perlu dipersiapkan dengan cara memperkenalkan kegiatan dan menjelaskan tujuan pelaksanaan kegiatan tersebut sehingga dia atau mereka lebih mengerti dan berusaha untuk ikut aktif. Jumlah anggota dalam suatu kelompok disesuaikan dengan jenis aktivitas yang akan dilakukan, dan kemampuan terapis mengawasi.

b. Waktu.

Okupasi terapi dilakukan antara 1-2 jam setiap sesi baik yang individu maupun kelompok setiap hari, dua kali atau tiga kali seminggu tergantung tujuan terapi, tersedianya tenaga dan fasilitas, dan sebagainya. Sesi ini dibagi menjadi dua bagian yaitu $\frac{1}{2}$ - 1 jam untuk menyelesaikan kegiatan-kegiatan dan 1-1 $\frac{1}{2}$ jam untuk diskusi. Dalam diskusi ini dibicarakan mengenai pelaksanaan kegiatan tersebut, antara lain kesulitan yang dihadapi, kesan mengarahkan diskusi tersebut kearah yang sesuai dengan tujuan terapi.

c. Terminasi.

Keikutsertaan seseorang pasien dalam kegiatan okupasi terapi dapat diakhiri dengan dasar bahwa pasien :

1. Dianggap telah mampu mengatasi persolannya
2. Dianggap tidak akan berkembang lagi

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan jiwa. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Prabowo, 2017). Adapun isi dari pengkajian tersebut adalah :

a. Identitas pasien

Melakukan perkenalan dan kontrak dengan pasien tentang: nama mahasiswa, nama panggilan, nama pasien, nama panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan, tanyakan dan catat usia pasien dan No. RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

b. Alasan masuk

Apa yang menyebabkan pasien atau Keluarga datang, atau, dirawat dirumah sakit, apakah sudah tahu penyakit sebelumnya. Apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah ini.

c. Riwayat penyakit sekarang dan factor presipitasi

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

d. Faktor predisposisi

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

e. Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan pasien.

f. Pengkajian psikososial

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

2.) Konsep diri

a. Gambaran diri. Tanyakan persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi pasien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.

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

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

d. Ideal diri. Harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan pasien terhadap lingkungan, harapan pasien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya.

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

3.) Hubungan sosial. Tanyakan orang yang paling berarti dalam hidup pasien, tanyakan upaya yang biasa dilakukan bila ada masalah, tanyakan kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, keterlibatan atau peran serta dalam kegiatan kelompok/

masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain.

4.) Spiritual. Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan.

g. Status mental

1. Penampilan. Melihat penampilan pasien dari ujung rambut sampai ujung kaki apakah ada yang tidak rapih, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, kemampuan pasien dalam berpakaian, dampak ketidakmampuan berpenampilan baik/ berpakaian terhadap status psikologis pasien.

2. Pembicaraan. Amati pembicaraan pasien apakah cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering terhenti/bloking, apatis, lambat, membisu, menghindar, tidak mampu memulai pembicaraan.

3. Aktivitas motorik

a. Lesu, tegang, gelisah.

b. Agitasi: gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan

c. Tik: gerakan-gerakan kecil tot muka yang tidak terkontrol

d. Grimasem: gerakan tot muka yang berubah-ubah yang tidak terkontrol pasien

e. Tremor: jari-jari yang bergetar ketika pasien menjulurkan tangan dan merentangkan jari-jari

f. Kompulsif : kegiatan yang dilakukan berulang-ulang

4. Afek dan emosi

a. Afek.

Kaji afek pasien yang meliputi:

1. Adekuat: perubahan roman muka sesuai dengan stimulus eksternal

2. Datar: tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan.

3. Tumpul: hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang sangat kuat

4. Labil: emosi pasien cepat berubah-ubah

5. Tidak sesuai: emosi bertentangan atau berlawanan dengan stimulus

6. Emosi. Pada status emosi pasien perlu dikaji apa pasien merasakan kesepian, apatis, marah, anhedonia, euforia, depresi/ sedih dan cemas.
5. Interaksi selama wawancara
 - a. Kooperatif: berespon dengan baik terhadap pewawancara
 - b. Tidak kooperatif: tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan mudah tersinggung
 - c. Bermusuhan: kata-kata tau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah
 - d. Kontak kurang: tidak mau menatap lawan bicara
 - e. Curiga: menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.
 6. Persepsi sensori
 - a. Halusinasi : Ditanyakan apakah pasien mengalami gangguan sensori persepsi halusinasi diantaranya: pendengaran, penglihatan, perabaan, pengecapan, penciuman
 - b. Ilusi : Perlu ditanyakan apakah pasien mengalami ilusi
 - c. Depersonalisasi : Perlu ditanyakan apakah pasien mengalami depersonalisasi
 - d. Derealisasi : Perlu ditanyakan apakah pasien mengalami derealisasi
 7. Proses Pikir
 - a. Bentuk pikir
 1. Otistik : Hidup dalam dunianya sendiri dan cenderung tidak memperdulikan lingkungan sekitarnya.
 2. Dereistik : Proses mental tidak diikuti dengan dengan kenyataan, logika atau pengalaman.
 3. Non realistik : Pikiran yang tidak didasarkan pada kenyataan.
 - b. Arus Pikir
 1. Sirkumtansial: pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan
 2. Tangensial: pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan

3. Kehilangan asosiasi: pembicaraan tidak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya
 4. Flight of ideas: pembicaraan yang meloncat dari satu topik ke topik yang lainnya.
 5. Bloking: pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan dari luar kemudian dilanjutkan kembali Perseferasi: kata-kata yang dilang berkali-kali
 6. Perbigerasi: kalimat yang diulang berkali-kali
- c. Isi pikir
1. Obsesi: pikiran yang selalu muncul walaupun pasien berusaha menghilangkannya.
 2. Phobia: ketakutan yang patologis/tidak logis terhadap objek/ situasi tertentu
 3. Hipokondria: keyakinan terhadap adanya gangguan organ tubuh yang
 4. Depersonalisasi: perasaan pasien yang asing terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan
 5. Ide yang terkait: keyakinan pasien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungan yang bermakna yang terkait pada dirinya.
 6. Pikiran magis: keyakinan pasien tentang kemampuannya melakukan hal-ha yang mustahil atau diluar kemampuannya
 7. Waham.

Berikut dijelaskan jenis-jenis waham yaitu sebagai berikut:

 - a. Agama: keyakinan pasien terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan berulang- ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan
 - b. Somatik: keyakinan pasien terhadap tubuhnya dan diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan keyakinan
 - c. Kebesaran: keyakinan pasien yang berlebihan terhadap kemampuannya dan diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan

- d. Curiga: keyakinan pasien bahwa ada seseorang yang berusaha merugikan, mencederai dirinya, diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan
 - e. Nihilistik : pasien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada didunia/ meninggal yang dinyatakan secara berulang-ulang dan tidak sesuai dengan kenyataan waham yang bizaar
 - f. Sisip pikir: pasien yakin ad aide pikiran orang lain yang disisipkan didalam pikirannya, disampaikan secara berulang-ulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
 - g. Siar pikir: pasien yakin ada orang lain yang mengetahui apa yang pasien pikirkan walaupun pasien tidak pernah menceritakannya kepada orang, disampaikan secara berulang-ulang dan tidak sesuai kenyataan
 - h. Kontrol pikir: pasien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar, disampaikan secara berulang-ulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
8. Tingkat kesadaran
- a. Bingung: tampak bingung dan kacau (perilaku yang tidak mengarah pada tujuan).
 - b. Sedasi: mengatakan merasa melayang-layang antara sadar atau tidak sadar
 - c. Stupor: gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan yang diulang-ulang, anggota tubuh pasien dalam sikap yang canggung dan dipertahankan pasien tapi pasien mengerti semua yang terjadi dilingkungannya
9. Orientasi: waktu, tempat dan orang :
- Jelaskan apa yang dikatakan klien saat wawancara
10. Memori
- a. Gangguan mengingat jangka panjang: tidak dapat mengingat kejadian lebih dari 1 bulan.
 - b. Gangguan mengingat jangka pendek: tidak dapat mengingat kejadian dalam minggu terakhir.
 - c. Gangguan mengingat saat ini: tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi

- d. Konfabulasi: pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.
11. Tingkat konsentrasi
- a. Mudah beralih: perhatian mudah berganti dari satu objek ke objek lainnya.
 - b. Tidak mampu berkonsentrasi: pasien selalu minta agar pertanyaan diulang karena tidak menangkap apa yang ditanyakan atau tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.
 - c. Tidak mampu berhitung: tidak dapat melakukan penambahan atau pengurangan pada benda-benda yang nyata
12. Kemampuan penilaian
- Kaji bagaimana kemampuan pasien dalam melakukan penilaian terhadap situasi, kemudian dibandingkan dengan yang seharusnya.
13. Daya tilik diri
- a. Mengingkari penyakit yang diderita: pasien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/ pasien menyangkal keadaan penyakitnya, pasien tidak mau bercerita tentang penyakitnya
 - b. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya: menyalahkan orang lain atau lingkungan yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah sekarang
- h. Kebutuhan persiapan pulang
- 1. Makan : Tanyakan frekuensi, jumlah, variasi, macam dan cara makan, observasi kemampuan pasien menyiapkan dan membersihkan alat makan.
 - 2. Buang Air Besar dan Buang Air Kecil : Observasi kemampuan pasien untuk Buang Air Besar (BAB) dan Buang Air Kecil (BAK), pergi menggunakan WC atau membersihkan WC.
 - 3. Mandi : Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, observasi kebersihan tubuh dan bau badan pasien.

4. Berpakaian : Observasi kemampuan pasien dalam mengambil, memilin dan mengenakan pakaian, observasi penampilan dandanan pasien.
 5. Istirahat dan tidur : Observasi dan tanyakan lama dan waktu tidur siang atau malam, persiapan sebelum tidur dan aktivitas sesudah tidur.
 6. Penggunaan obat : Observasi penggunaan obat, frekuensi, jenis, dosis, waktu, dan cara pemberian.
 7. Pemeliharaan kesehatan : Tanyakan kepada pasien tentang bagaimana, kapan perawatan lanjut, siapa saja sistem pendukung yang dimiliki.
 8. Aktivitas di dalam rumah : Tanyakan kemampuan pasien dalam mengolah dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri, mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.
 9. Aktivitas di luar rumah : Tanyakan kemampuan pasien dalam belanja untuk keperluan sehari-hari, aktivitas lain yang dilakukan di luar rumah.
- i. Mekanisme koping
Data didapat melalui wawancara dengan pasien atau keluarganya.
 - j. Masalah psikososial dan lingkungan
Perlu dikaji tentang masalah dengan dukungan kelompok masalah berhubungan dengan lingkungan dan masalan dengan pendidikan, pekerjaan, perumahan ekonomi, pelayanan kesehatan
 - k. Pengetahuan kurang tentang
Apakah pasien mempunyai masalah yang berkaitan dengan pengetahuan yang kurang tentang: penyakit/gangguan jiwa, system pendukung, faktor predisposisi dan presipitasi, mekanisme koping, penyakit fisik, obat-obatan dan lain-lain.
 - l. Aspek medis
Tulis Diagnosis medis yang telah diterapkan oleh Dokter, tuliskan obat-obatan pasien saat ini, baik obat fisik, psikofarmaka dan terapi lain.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual/potensial. Diagnosis keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, tujuan dokumentasi Diagnosis keperawatan untuk menuliskan masalah/problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien (PPNI, 2017). Berdasarkan SDKI (2017) masalah yang mungkin muncul, sebagai berikut :

- a. Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan halusinasi pendengaran (D.0146)
- b. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan halusinasi pendengaran (D. 0085)
- c. Isolasi sosial berhubungan dengan menarik diri (D. 0121)
- d. Gangguan konsep diri berhubungan dengan harga diri rendah (D. 0086)
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktivitas (D. 0109)

3. Intervensi Keperawatan

Dalam intervensi keperawatan akan terlebih dahulu ditetapkan luaran dari diagnosis tersebut. Luaran untuk diagnosis gangguan persepsi sensori terdiri dari luaran utama yaitu persepsi sensori yang membaik dan luaran tambahan yaitu fungsi sensori, orientasi kognitif, proses informasi, status neurologis, status orientasi yang membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019). Intervensi gangguan persepsi sensori terdiri dari :

- a. Intervensi utama yaitu manajemen halusinasi, minimalisasi rangsangan dan pengekangan kimiawi.
- b. Intervensi pendukung yaitu dukungan pelaksanaan ibadah, dukungan pengungkapan kebutuhan, edukasi perawatan diri, edukasi Teknik mengingat, *limit Setting*, manajemen delirium, manajemen demensia, manajemen mood, manajemen penyalahgunaan zat, manajemen perilaku, manajemen stres, pencegahan bunuh diri, pencegahan perilaku kekerasan, promosi perawatan diri, restrukturisasi kognitif,

skrining penganiayaan persekusi, skrining penyalahgunaan zat, teknik menenangkan, terapi aktivitas, terapi kelompok, terapi kognitif perilaku terapi relaksasi (Tim pokja SLKI, DPP PPNI, 2018). Rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Diagnosis menurut (Tim Pokja SIKI, DPP, PPNI).

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	<p>Resiko perilaku kekerasan (D.0146)</p> <p>Faktor Risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemikiran waham/ delusi 2. Curiga pada orang lain 3. Halusinasi 4. Berencana bunuh diri 5. Kerusakan kognitif 6. Kerusakan kontrol impuls 7. Persepsi pada lingkungan tidak akurat 8. Alam perasaan depresi 	<p>Kontrol diri (L.09076)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah resiko tinggi perilaku kekerasan menurun dan teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun (5) 2. Perilaku menyerang menurun (5) 3. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun (5) 4. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun (5) 5. Perilaku agresif/amuk menurun (5) 	<p>Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis, benda tajam, tali) 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 2. Libatkan keluarga dalam perawatan

		6. Suara keras menurun (5) 7. Bicara ketus menurun (5) Keterangan: 1. Meningkat 2. Cukup Meningkat 3. Sedang 4. Cukup Menurun 5. Menurun	Edukasi: 1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 3. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi, bercerita, menolak dengan baik dan spiritual)
2.	Gangguan persepsi sensori (D.0085) Penyebab: 1. Gangguan penglihatan 2. Gangguan pendengaran 3. Gangguan penghiduan 4. Gangguan perabaan Gejala dan tanda mayor:	Persepsi sensori (L.09083) Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah gangguan persepsi sensori menurun dan teratasi dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun (5) 2. Verbalisasi melihat bayangan	Manajemen halusinasi (I.09288) Tindakan Observasi : 1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri)

<p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, atau pengecapan <p>Objketif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respon tidak sesuai 2. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu <p>Gejala dan tanda Minor :</p> <p>Subjektif :</p> <p>Menyatakan kesal</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyendiri 2. Konsentrasi buruk 3. Disoerientasi waktu, 	<p>menurun (5)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun (5) 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun (5) 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun (5) 6. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun (5) 7. Distorsi sensori menurun (5) 8. Perilaku halusinasi menurun (5) 9. Respon sesuai stimulus membaik (5) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup Meningkat 	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) 3. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3. Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan
--	---	--

	<p>tempat, orang atau situasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mondar Mandir 5. Bicara sendiri 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Sedang 4. Cukup Menurun 5. Menurun 	<p>aktivitas dan teknik relaksasi)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi. <p>Kolaborasi :</p> <p>Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu.</p>
3.	<p>Isolasi sosial (D. 0121)</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan 2. Ketidaksesuaian minat dengan tahap perkembangan 3. Perubahan status mental <p>Gejala dan Tanda Minor:</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa berbeda dengan 	<p>Keterlibatan sosial (L.13115)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan isolasi sosial membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minat interaksi meningkat (5) 2. Minat terhadap aktivitas meningkat (5) 3. Verbalisasi isolasi menurun (5) 4. Verbalisasi ketidakamanan ditempat umum menurun (5) 5. Perilaku menarik diri menurun (5) 	<p>Promosi sosialisasi (I.13498)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 2. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok 2. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan

	<p>orang lain</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Merasa asik dengan pikiran sendiri 3. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Afek sedih 2. Riwayat ditolak 3. Tidak mampu memenuhi harapan orang lain 4. Tidak ada kontak mata 5. Tidak bergairah/ lesu 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun (5) 7. Kontak mata membaik (5) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang 4. Cukup Meningkat 5. Meningkat, Menurun, Membaik 	<p>(mis. Jalan-jalan, ke toko buku)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Diskusian kekuatan dan Keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain 4. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri 5. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap 2. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan 3. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain 4. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain 5. Anjurkan penggunaan alat bantu (mis. kacamata dan alat bantu
--	--	--	--

			<p>dengar)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus 7. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi 8. Latih mengekspresikan marah dengan tepat
4.	<p>Harga diri rendah (D.0086)</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kegagalan berulang 2. Kurangnya pengakuan dari orang lain 3. Ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan <p>Gelata dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) Menilai diri negatif (mis. 	<p>Harga diri (L.09069)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah harga diri rendah menurun dan teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian diri positif meningkat (5) 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat (5) 3. Penerimaan penilaian positif 	<p>Manajemen perilaku (I.12463)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <p>Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku</p> <p>Terepeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku 2. Jadwalkan kegiatan terstruktur 3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan

	<p>tidak berguna, tidak tertolong)</p> <p>2.) Merasa malu/ bersalah</p> <p>3.) Merasa tidak mampu melakukan apapun</p> <p>4.) Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif</p> <p>Objektif:</p> <p>1. Berjalan menunduk</p> <p>2. Postur tubuh menunduk</p> <p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p>Subjektif :</p> <p>Merasa sulit konsentrasi</p> <p>Objektif:</p> <p>1. Kontak mata kurang</p> <p>2. Perilaku tidak asertif</p> <p>3. Bergantung pada pendapat orang lain</p>	<p>terhadap diri sendiri meningkat (5)</p> <p>4. Minat mencoba hal baru meningkat (5)</p> <p>5. Berjalan menampakkan wajah meningkat (5)</p> <p>6. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat (5)</p> <p>7. Perasaan malu menurun (5)</p> <p>8. Perasaan bersalah menurun (5)</p> <p>9. Perasaan bersalah menurun (5)</p> <p>10. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun (5)</p> <p>Keterangan:</p> <p>1. Menurun</p> <p>2. Cukup Menurun</p> <p>3. Sedang</p> <p>4. Cukup Meningkat</p> <p>5. Meningkat dan Menurun</p>	<p>konsisten setiap dinas</p> <p>4. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan</p> <p>5. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>6. Bicara dengan nada rendah dan tenang</p> <p>7. Lakukan kegiatan pengalihan (erhadap sumber agitasi</p> <p>8. Cegah perilaku pasif dan agresif</p> <p>9. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku</p> <p>10. Lakukan pengeangan fisik sesuai indikasi</p> <p>11. Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan</p> <p>12. Hindari sikap mengancam dan berdebat</p> <p>13. Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan</p>
--	---	--	---

			<p>Edukasi :</p> <p>Informasikan keluarga, bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif</p>
5.	<p>Defisit perawatan diri (D.0109)</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelemahan 2. Gangguan psikologis dan/atau psikotik 3. Penurunan motivasi/ minat <p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p>Subjektif :</p> <p>Menolak melakukan perawatan diri</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan /ketoilet/berhias secara 	<p>Perawatan diri (L.11103)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defisit perawatan diri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat (5) 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5) 3. Kemampuan makan meningkat 4. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5) 5. Minat melakukan perawatan diri meningkat (5) 6. Mempertahankan kebersihan 	<p>Dukungan perawatan diri (I.11348)</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rifeks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan

	<p>mandiri</p> <p>2. Minat melakukan perawatan diri kurang</p>	<p>diri meningkat (5)</p> <p>7. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat (5)</p> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang 4. Cukup Meningkatkan 5. Meningkatkan 	<p>perawatan diri sampai mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi :</p> <p>Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan/implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (PPNI, 2017). Dalam implementasi rencana tindakan keperawatan pada pasien jiwa dengan gangguan persepsi sensori adalah mengkaji keadaan klien dan melibatkan klien serta keluarga dalam penerapan terapi okupasi yang bertujuan untuk memberi motivasi dan memberikan kegembiraan, hiburan, serta mengalihkan perhatian pasien dari halusinasi yang dialami sehingga pikiran pasien tidak terfokus dengan halusinasinya dan membantu keluarga dalam memberikan asuhan kepada klien (Wijayanti, dkk, 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Budiono, dkk, 2015). Evaluasi adalah penilaian dengan membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang anda buat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi antara lain mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan, serta meneruskan rencana tindakan keperawatan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien. Ini adalah macam-macam evaluasi yaitu :
Evaluasi proses (formatif) : evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai, dan evaluasi hasil (sumatif SOAP) : kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai wa ktu pada tujuan, ditulis pada catatan perkembangan. Hasil yang diharapkan pada pasien jiwa setelah dilakukan tindakan keperawatan terapi okupasi kerajinan tangan yaitu hasil pemeriksaan halusinasi pendengaran menurun dengan tehnik non farmakologi. Tindakan selanjutnya mengobservasi keluhan klien dan pemeriksaan tanda-tanda vital pasien.