

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Halusinasi

2.1.1 Pengertian Halusinasi

Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa adanya rangsangan yang nyata, sehingga klien menginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata tanpa stimulus atau rangsangan dari luar (Cahayatiningsih & Rahmawati, 2023).

Halusinasi merupakan kondisi gangguan kejiwaan yang diakibatkan adanya gangguan pada sistem panca indera. Meskipun hal ini jarang ditemukan, namun orang-orang yang mengalami halusinasi bisa saja akan sangat membahayakan. Halusinasi dapat dilihat dari gejala-gejala yang ditimbulkan seperti tak bisa diam, selalu bergerak, berjalan-jalan, terlalu sibuk dengan pikirannya, dan lainnya. Banyak hal yang menjadi penyebab halusinasi, mulai dari pengaruh obat-obatan, alkohol, kurang tidur, mengidap penyakit berat, depresi, Jika dibiarkan terus menerus, tentu saja halusinasi menjadi hal yang membahayakan bagi orang yang mengalaminya (Yulianah Sulaiman, 2023).

2.1.2 Jenis Halusinasi

Halusinasi dibagi menjadi 5 jenis (Hapsari & Azhari, 2020) yaitu,

1) Halusinasi pendengaran

Halusinasi pendengaran adalah seseorang yang mendengar suara yang tidak jelas maupun yang jelas, suara tersebut biasanya mengajak bicara dan kadang memerintahkan klien untuk melakukan sesuatu (Hapsari & Azhari, 2020).

2) Halusinasi penglihatan

Halusinasi visual melibatkan indra penglihatan, yang membuat penderitanya seolah-olah melihat sesuatu, tetapi bend aitu sebenarnya tidak ada. Halusinasi visual dapat berupa objek, pola visual, orang atau cahaya (Nasir, et, 2023).

3) Halusinasi penciuman

Halusinasi penciuman melibatkan indera penciuman. Pada kondisi ini, seseorang dapara mencium aroma atau bahkan bau yang tidak sedap atau merasa tubuhnya berbau tidak sedap, padahal sebenarnya tidak.

4) Halusinasi perabaan

Halusinasi perabaan atau taktil melibatkan kontak fisik atau gerakan di area tubuh. Misalnya, seseorang merasa seolah disentuh atau digelitiki oleh orang lain, padahal tidak ada orang lain di sekitarnya. Selain itu, seseorang dengan kondisi ini juga bisa merasa bahwa ada

serangga yang sedang merayap di kulit atau dalam tubuh, atau merasa seolah ada semburan api yang membakar wajahnya.

5) Halusinasi pengecapan

Halusinasi pengecapan melibatkan indera perasa yang menyebabkan seseorang merasa sensasi bahwa sesuatu yang dimakan atau diminum memiliki rasa yang aneh.

2.1.3 Etiologi

Halusinasi yang dialami oleh individu dapat disebabkan oleh faktor presipitasi dan predisposisi. Didukung dengan berbagai penyebabnya seperti

- 1) faktor biologis
- 2) faktor pola asuh orang tua
- 3) lingkungan
- 4) sosial budaya
- 5) ekonomi

stress (Santi et al., 2021).

2.1.4 Manifestasi Klinis Halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi bervariasi tergantung pada jenis halusinasinya. Ini termasuk data subyektif pasien halusinasi yang dapat digunakan sebagai referensi untuk mendiagnosis pasien halusinasi, antara lain:

1. Bicara, tersenyum, dan tertawa sendiri
2. Menarik diri dari lingkungan dan menghindar dari orang lain

3. Tidak dapat membedakan mana yang nyata dan tidak nyata
4. Tidak dapat memusatkan perhatian
5. Curiga, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain dan lingkungannya), serta takut
6. Ekspresi wajah tegang, serta mudah tersinggung (Nasir, et, 2023)

Data obyektif menurut buku SDKI diantaranya yaitu:

1. Klien bicara sendiri
2. Distrorsi, mondar-mandir
3. Respon tidak sesuai
4. Bersikap seolah mendengar sesuatu
5. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi lingkungan
6. Selalu menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, bahkan mudah curiga, dan selalu melihat ke satu arah (PPNI, 2016).

Menurut (Wahyudi et al., 2020) Tanda-tanda umum halusinasi adalah berbicara, tersenyum dan tertawa sendiri, menarik diri dari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata.

2.1.5 Penatalaksanaan Halusinasi

Tujuan pengobatan yaitu untuk mengembalikan fungsi normal pasien dan untuk mencegah kekambuhan. Faktor utama yang dapat menurunkan tingkat halusinasi melalui upaya terapi dan farmakologis dan nonfarmakologis.

a) Terapi Farmakologis

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 overdosis : hentikan obat berikan terapi simptomatis dan suportif,

atasi hipotensi dengan levarteronol hindari menggunakan ephineprine.

4) Risperidon

Indikasi : Untuk terapi schizoprenia, 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 (Wulandari & Pardede, 2020).

b) Terapi Non farmakologis

Terapi nonfarmakologis memang lebih dianjurkan untuk mengontrol klien yang mempunyai koping baru dalam mengontrol atau mencegah munculnya halusinasi (Nasir, et, 2023).

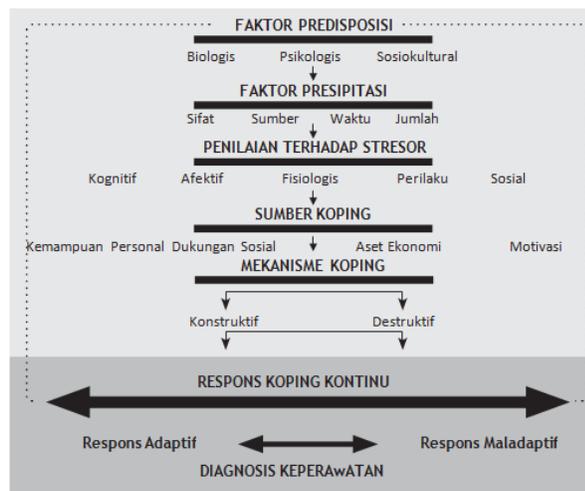
Keterampilan perawat yang diajarkan pada klien antara lain :

- a. Latihan menghardik yaitu, aktivitas yang dilakukan klien saat mendengar suara palsu maupun melihat sesuatu untuk mengatasi halusinasi dengan mengucapkan 3 sampai 4 kalimat tak dalam hati
- b. 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
- c. 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 (Munawaroh, Aisyah, 2023).

2.2 Fenomena Sehat Sakit

Sehat sakit diidentifikasi sebagai hasil berbagai karakteristik individu yang berinteraksi dengan faktor lingkungan. Keperawatan kesehatan jiwa menggunakan model stres adaptasi dalam mengidentifikasi penyimpangan perilaku. Model ini mengidentifikasi sehat sakit sebagai hasil berbagai karakteristik individu yang berinteraksi dengan faktor lingkungan. Model

ini mengintegrasikan komponen biologis, psikologis, serta sosial dalam pengkajian dan penyelesaian masalahnya. Beberapa hal yang harus diamati dalam model stres adaptasi adalah faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping, mekanisme koping dan perilaku yang muncul (Stuart, 2012).



Gambar 2. 1 Pengkajian Model Stres Adaptasi (Stuart, 2012)

1. Faktor Predisposisi

(Stuart, 2012) faktor predisposisi harga diri rendah meliputi sebagai berikut

a. Faktor Biologis

Adanya kondisi sakit fisik yang dapat mempengaruhi kerja hormon secara umum yang dapat pula berdampak pada keseimbangan neurotransmitter di otak.

b. Faktor yang mempengaruhi harga diri, meliputi penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidakrealistis, kegagalan yang berulang, kurang memiliki tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, dan ideal diri yang tidak realistis.

- c. Faktor yang mempengaruhi performa peran adalah stereotip peran gender, tuntutan peran kerja, dan harapan peran budaya, nilai-nilai budaya yang tidak dapat diikuti oleh individu. Di masyarakat umumnya peran seseorang disesuaikan dengan jenis kelamin. Misalnya seorang wanita dianggap kurang mampu, kurang mandiri, kurang obyektif dan rasional. Sedangkan pria dianggap kurang sensitif, kurang hangat kurang ekspresif dibanding wanita. Sesuai dengan standar tersebut, jika wanita atau pria berperan tidak sesuai lazimnya maka dapat menimbulkan konflik diri maupun hubungan sosial.

2. Stresor Presipitasi

Setiap situasi yang dihadapi seseorang dan ketidakmampuan untuk menyesuaikan diri dengan stres dapat mempengaruhi aspek. Faktor-faktor seperti kehilangan bagian tubuh, operasi, penyakit, perubahan struktur dan fungsi tubuh, pertumbuhan, dan prosedur tindakan dan pengobatan adalah stresor yang dapat mempengaruhi gambaran diri dan ideal diri. Di sisi lain, penolakan dan kurangnya penghargaan dari orang tua dan orang yang memahami dapat mempengaruhi harga diri dan ideal diri. Sumber dapat berasal dari dalam atau luar.

- a. Trauma seperti penganiayaan seksual dan psikologis atau menyaksikan peristiwa yang mengancam kesehatan.
- b. Ketegangan peran berhubungan dengan peran atau posisi yang diharapkan dan individu mengalaminya sebagai frustrasi. Ada tiga jenis transisi peran :
 - 1) Transisi peran perkembangan adalah perubahan normatif yang berkaitan dengan pertumbuhan.

- 2) Transisi peran situasi terjadi dengan bertambah atau berkurangnya anggota keluarga melalui kelahiran atau kematian.
- 3) Transisi peran sehat-sakit terjadi akibat pergeseran dari keadaan sehat ke keadaan sakit. transisi ini dapat dicetuskan oleh : Kehilangan bagian tubuh, Perubahan ukuran, bentuk, penampilan atau fungsi tubuh, Perubahan fisik yang berhubungan dengan tumbuh kembang normal, Prosedur medis dan keperawatan (Stuart, 2012).

3. Penilaian Terhadap Stresor

Penilaian terhadap stresor dapat dikaji dari berbagai sisi, dimulai dari segi kognitif yaitu apa yang dipikirkan klien tentang stresor yang dialaminya, dari segi afekti yaitu bagaimana perasaannya, dari segi fisiologis yaitu bagaimana perubahan fisik yang terjadi akibat stresor, dari segi perilaku yaitu bagaimana perilaku yang ditampilkan terkait stresor dan dari sisi sosial yaitu bagaimana hubungan klien dengan orang lain terkait stresor yang dialaminya (Stuart, 2012).

4. Sumber Koping

Semua orang tanpa memperhatikan gangguan perilakunya mempunyai beberapa bidang kelebihan personal yang meliputi : aktifitas olahraga dan aktifitas diluar rumah, hobi dan kerajinan tangan, seni yang ekspresif, kesehatan dan perawatan diri, pendidikan atau pelatihan, pekerjaan, vokasi atau polisi, bakat tertentu, kecerdasan imajinasi dan kreatifitas hubungan interpersonal (Stuart, 2012).

5. Mekanisme Koping

Mekanisme koping termasuk pertahanan koping jangka pendek atau jangka panjang serta penggunaan mekanisme pertahanan ego untuk melindungi diri sendiri dalam menghadapi persepsi diri yang menyakitkan (Stuart, 2012).

a. Pertahanan jangka pendek mencakup berikut ini :

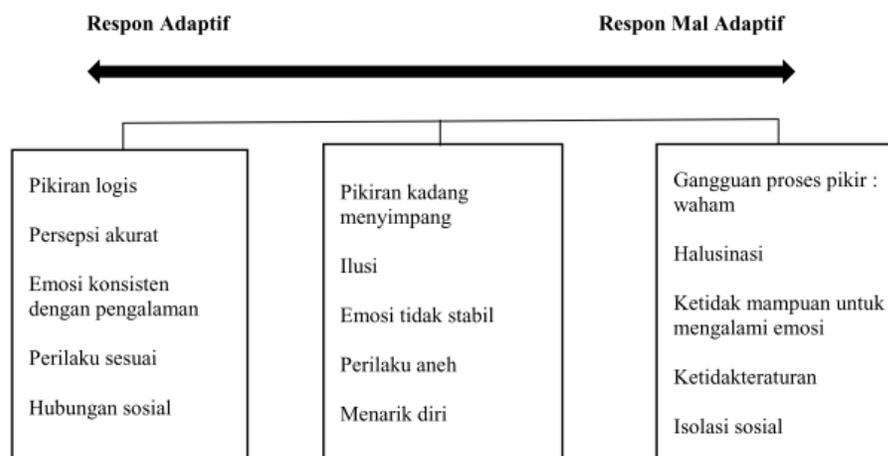
- 1) Aktifitas yang memberikan pelarian sementara dari krisis identitas diri (misalnya konser musik, bekerja keras, menonton televisi secara obsesif).
- 2) Aktifitas yang memberikan identitas pengganti sementara (misalnya ikut serta klub sosial, agama, politik, kelompok gerakan atau geng).
- 3) Aktifitas sementara menguatkan atau meningkatkan perasaan diri yang tidak menentu (misalnya olahraga yang kompetitif, kontes untuk mendapatkan popularitas).
- 4) Aktifitas yang merupakan upaya jangka pendek untuk membuat identifikasi diluar dari hidup yang tidak bermakna saat ini (misalnya penyalahgunaan obat).

b. Pertahanan Jangka Panjang mencakup berikut ini :

- 1) Penutupan identitas adopsi, identitas premature yang diinginkan oleh orang terdekat tanpa memperhatikan keinginan, aspirasi atau potensi diri individu.
- 2) Identitas negative asumsi identitas yang tidak sesuai dengan nilai dan harapan yang diterima masyarakat.

6. Perilaku : Rentang Respon

Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptive individual yang berbeda rentang respon neurobiologis dalam hal ini merupakan persepsi maladaptif. Jika pasien yang sehat persepinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indera (pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan, dan perabaan) pasien halusinasi mempersepsikan suatu stimulus panca indera walaupun stimulus tersebut tidak ada. Diantara kedua respon tersebut merupakan respon individu yang karena suatu hal mengalami kelainan persensif yaitu salah mempersepsikan stimulus yang diterimanya, yang disebut sebagai ilusi. Pasien mengalami jika interpresentasi yang dilakukan terhadap stimulus panca indera tidak sesuai stimulus yang diterimanya, rentang respon tersebut sebagai berikut (Pardede & Hasibuan, 2020)



Gambar 2. 2 Rentan Respon Neurobiologis

2.3 Konsep Pendekatan Model Eksistensial

Model eksistensial menyatakan bahwa gangguan perilaku atau gangguan jiwa terjadi apabila gangguan individu gagal menemukan jati dirinya dan tujuan hidupnya. Prinsip terapinya pada model ini adalah mengupayakan individu agar memiliki pengalaman berinteraksi dengan orang yang menjadi panutan atau sukses dengan memahami riwayat hidup orang tersebut, memperluas kesadaran diri dengan cara intropeksi diri (*self assessment*), bergaul dengan kelompok sosial dan kemanusiaan (*conducted in group*), serta mendorong untuk menerima dirinya sendiri dan menerima kritik atau feedback tentang perilakunya dari orang lain (*encouraged to accept self and control behavior*) (Nurhalimah, 2016).

Prinsip keperawatannya adalah klien dianjurkan untuk berperan serta dalam memperoleh pengalaman yang berarti untuk mempelajari dirinya dan mendapatkan feedback dari orang lain, misalnya melalui terapi aktivitas kelompok. Perawat berupaya untuk memperluas kesadaran diri klien melalui feed back, kritik, saran atau reward & punishment. Peran perawat dalam model ini adalah membantu pasien untuk mengenali diri, mengklarifikasi realita dari suatu situasi, mengenali pasien tentang perasaan tulus, dan memperluas kesadaran diri pasien (Nurlela, L., 2023).

2.4 Konsep Terapi Okupasi Meronce Manik – Manik

2.4.1 Pengertian Terapi Okupasi

Terapi okupasi adalah tindakan keperawatan holistik dan berpusat pada pasien yang peduli dengan peningkatan kesehatan dan kesejahteraan melalui pekerjaan. Terapi okupasi membantu orang-orang yang mengalami masalah fisik mental yang memungkinkan untuk melakukan aktifitas sehari-hari (Munawaroh, Aisyah, 2023).

Terapi okupasi membantu seseorang mendapatkan kembali kepercayaan diri, keterampilan, dan kemandirian setelah gangguan, cedera, atau kecacatan. Setelah kecelakaan atau sakit, terapi okupasi mendukung pemulihan untuk melanjutkan aktivitas normal. Kegiatan sehari-hari ini dapat berupa pekerjaan, sosial atau rekreasi (Nasir, et, 2023).

Meronce merupakan kegiatan mengatur bahan-bahan yang berlubang atau manik-manik ke dalam benang Pelaksanaan kegiatan ini memerlukan ketelitian sehingga waktu yang diperlukan cukup lama (Nuraini & Wardhani, 2023).

Meronce merupakan suatu kegiatan perkembangan yang meningkatkan motorik halus yaitu di dalam membuat roncean terbuat dari bahan-bahan yang di lubangkan dan disatukan dengan menggunakan tali dan benang, untuk memasukan benang atau tali kelubang-lubangnya lalu dapat menggunakan jarum ataupun tidak menggunakan jarum, gerakan meronce juga melibatkan bagian-bagian

tubuh-tubuh yang dilakukan oleh otot kecil yang membutuhkan koordinasi antara tangan dan mata(Afrianto, 2021).

2.4.2 Tujuan Terapi Okupasi

Terapi okupasi bertujuan mengembangkan, memelihara, memulihkan fungsi atau mengupayakan kompensasi/adaptasi untuk aktifitas sehari-hari, produktivitas dan waktu luang melalui pelatihan, remediasi, stimulasidan fasilitasi (Hertinjung et al., 2020).

Kegiatan terapi okupasi ini dilakukan untuk menciptakan suatu kondisi tertentu dimana pasien dapat mengembangkan kemampuan yang dimilikinya. Selain itu juga memperoleh pengetahuan akan hal-hal baru yang sebelumnya mereka tidak mengetahuinya. Aktivitas yang diberikan dalam terapi okupasi digunakan sebagai media untuk terapi, evaluasi, rehabilitasi maupun diagnosis (Kotijah et al., 2021).

2.4.3 Prosedur Terapi Okupasi Meronce Manik-Manik

Langkah-langkah untuk bermain meronce manik-manik (Afrianto, 2021) yaitu :

- a. Siapkan potongan benang sesuai ukuran untuk dibagikan pada masing-masing klien.
- b. Siapkan manik-manik sesuai dengan yang diinginkan atau menata manik-manik yang diinginkan.
- c. Kondisikan klien sebelum kegiatan meronce dimulai

- d. Kenalkan pada klien bahan yang digunakan untuk meronce seperti benang, jarum, manik-manik ataupun sedotan.
- e. Berikan contoh pada klien tentang kegiatan meronce atau roncean manik-manik yang telah jadi.
- f. Manik-manik dironce dengan benang satu persatu sesuai dengan contoh guru atau sesuai kreasi klien tersebut.
- g. Setelah selesai mendesain atau menata, masukan manik-manik ke dalam benang dan tali dengan kuat.
- h. Jika sudah selesai ujung-ujung benang sementara diikat dengan ujung benang pada pangkal agar tidak terlepas atau bisa juga dengan di lem setiap manik-manik.

2.4.4 Hubungan Terapi Okupasi Meronce Manik – Manik dengan Halusinasi

Terapi okupasi berpengaruh terhadap perubahan gejala halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia karena proses terapi okupasi adalah merangsang atau menstimulasikan pasien melalui aktivitas yang disukainya dan mendiskusikan aktivitas yang telah dilakukan untuk mengalihkan halusinasi pada dirinya (Wijayanti, N.M, Candra, I.W, Ruspawan, 2014).

Menurunkan tanda dan gejala pada responden dengan halusinasi dapat melakukan terapi non farmakologi yaitu tehnik okupasi. Salah satu terapi yang digunakan untuk menurunkan tingkat halusinasi pada pasien jiwa dengan halusinasi. Teknik okupasi dimaksudkan untuk

memulihkan gangguan perilaku halusinasi yang terganggu maladaptive menjadi perilaku yang adaptif (mampu menyesuaikan diri). Kemampuan adaptasi responden perlu dipulihkan agar kemampuan yang dimiliki responden mampu berfungsi kembali secara wajar. Hal ini disebabkan karena terapi okupasi berpengaruh terhadap perubahan pada responden dengan halusinasi karena proses terapi okupasi adalah merangsang atau menstimulasikan pasien melalui aktivitas yang disukainya dan mendiskusikan aktivitas yang telah dilakukan untuk mengalihkan halusinasi pada dirinya. Selain itu, adanya pengaruh terapi okupasi terhadap responden dengan halusinasi ini disebabkan karena pada saat pelaksanaan terapi okupasi diberikan reinforcement positive atau penguatan positif yang salah satunya melalui pujian pada tugas-tugas yang telah berhasil responden lakukan seperti responden mampu melakukan aktivitas waktu luang dengan baik. Dengan memberikan reinforcement positive, responden merasa dihargai dan keinginan bertambah kuat untuk mengulangi perilaku tersebut sehingga terjadi pengalihan halusinasi dengan aktivitas-aktivitas yang dilakukan dan disenangi responden (Jatinandya & Purwito, 2020).

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Halusiansi

2.5.1 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. Data pada pengkajian keperawatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping dan kemampuan coping yang dimiliki pasien. Cara pengkajian lain berfokus pada 5 dimensi yaitu : fisik, emosional, intelektual, sosial dan spiritual kemampuan perawat yang diharapkan dalam melakukan pengkajian adalah mempunyai kesadaran atau tilik diri (Self - awareness) kemampuan mengobservasi dengan akurat, kemampuan komunikasi terapeutik dan senantiasa mampu berespon secara efektif. Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Cahyana, 2020). Adapun isi dari pengkajian tersebut adalah :

A. Pengumpulan data

1) Identitas klien

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

2) Alasan masuk

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

3) Riwayat penyakit sekarang dan faktor presipitasi

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

4) Faktor predisposisi

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

5) Pemeriksaan Fisik

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

6) Pengkajian psikososial

a. Genogram

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

b. Konsep Diri

1. Gambaran Diri Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.
2. Identitas Diri Status dan posisi klien sebelum klien dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelaminnya dan posisinya.
3. Fungsi Peran Tugas atau peran klien dalam keluarga atau pekerjaan atau kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat klien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan klien akibat perubahan tersebut.
4. Ideal Diri Harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya.
5. Harga Diri Hubungan klien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada klien dalam berhubungan dengan orang lain, harapan, identitas diri tidak sesuai harapan, fungsi peran tidak sesuai harapan, ideal diri tidak sesuai harapan, penilaian klien terhadap pandangan atau penghargaan orang lain.

c. Hubungan Sosial

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

d. Spiritual Nilai dan keyakinan

kegiatan ibadah atau menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan.

7) Status Mental**a. Penampilan**

Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki apakah ada yang tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, kemampuan klien dalam berpakaian, dampak ketidakmampuan berpenampilan baik atau berpakaian terhadap status psikologi klien.

b. Pembicaraan

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

c. Aktivitas motorik

1. Lesu, tegang, gelisah

2. Agitasi: gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan
3. Tik : Gerakan-gerakan kecil otot muka yang tidak terkontrol
4. Grimasem : gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak terkontrol klien
5. Tremor : jari - jari yang bergetar ketika klien menjulurkan tangan dan merentangkan jari – jari
6. Kompulsif : kegiatan yang dilakukan berulang-ulang

d. Afek dan Emosi

1. Afek Kaji

afek klien yang meliputi:

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

2. Emosi

Pada status emosi klien perlu dikaji apa klien merasakan kesepian, apatis, marah, anhedonia, euforia, depresi atau sedih dan cemas.

a. Interaksi selama wawancara

- 1) Kooperatif: berespon dengan baik terhadap pewawancara
- 2) Tidak kooperatif : tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan
- 3) Mudah tersinggung
- 4) Bermushan : kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah
- 5) Kontak kurang: tidak mau menatap lawan bicara
- 6) Curiga : menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain

b. Persepsi sensori

- 1) Halusinasi Ditanyakan apakah klien mengalami gangguan sensori persepsi halusinasi diantaranya : pendengaran, penglihatan, perabaan, pengecapan, penciuman
- 2) Ilusi Perlu ditanyakan apakah klien mengalami halusinasi
- 3) Depersonalisasi
Perlu ditanyakan apakah klien mengalami dipersonalisasi
- 4) Derealisasi
Perlu ditanyakan apakah klien mengalami derealisasi

e. Proses pikir

1. Bentuk pikir

- 1) Otistik Hidup dalam dunianya sendiri dan cenderung tidak memperdulikan lingkungan sekitarnya

- 2) Dereistik Proses mental tidak diikuti dengan kenyataan logika atau pengalaman
 - 3) Non realistik Pikiran yang tidak didasarkan pada kenyataan
2. 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 : pembeciraan yang meloncat dari satu topik ke topik yang lainnya
 - 5) Bloking : pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan dari luar kemudia dilanjutkan kembali
 - 6) Perseferasi : kata-kata yang diulang berkali-kali
 - 7) Perbigerasi : kalimat yang diulang berkali-kali
3. Isi pikir
- 1) Obsesi : pikiran yang selalu muncul walaupun klien berusaha untuk menghilangkannya
 - 2) Phobia : ketakutan yang patologis atau tidak logis terhadap objek atau situasi tertentu
 - 3) Hipokondria : keyakinan terhadap adanya gangguan organ tubuh yang sebenarnya tidak ada

- 4) Depersonalisasi : perasaan klien yang asing terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan
- 5) Ide yang terkait : keyakinan klien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungan yang terkait pada dirinya
- 6) Pikiran magis : keyakinan klien tentang kemampuannya halhal yang mustahil atau diluar kemampuannya
- 7) Waham :
 - i. Agama : keyakinan klien terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan
 - ii. Somatik : keyakinan klien terhadap tubuhnya dan diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan keyakinan
 - iii. Kebesaran : keyakinan klien yang berlebihan terhadap kemampuannya dan diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan
 - iv. Curiga : keyakinan klien bahwa ada seseorang yang berusaha merugikan, mencederai dirinya, diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan
 - v. Nihilistik : klien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada didunia atau meninggal yang dinyatakan secara berulangulang dan tidak sesuai dengan kenyataanWaham yang bizar

- vi. Sisip pikir : klien yakin ada ide pikiran orang lain yang disisipkan didalam pikirannya, disampaikan secara berulang-ulang dan tidak sesuai dengan kenyataan
- vii. Siar pikir : klien yakin ada orang lain yang menegetahuiapa yang klien pikirkan walaupun klien tidak pernah menceritakannya kepada orang, disampaikan secara berulang-ulang dan sesuai kenyataan
- viii. Kontrol pikir : klien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar, disampaikan secara berulang-ulang dan tidak sesuai dengan kenyataan

f. Tingkat kesadaran

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

g. Orientasi:

waktu, tempat dan orang Jelaskan apa yang dikatakan klien saat wawancara

h. Memori

1. Gangguan mengingat jangka panjang: tidak dapat mengingat kejadian lebih dari 1 bulan
2. Gangguan mengingat jangka pendek: tidak dapat mengingat kejadian dalam minggu terakhir
3. Gangguan mengingat saat ini: tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi
4. Konfabulasi : pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya

i. Tingkat konsentrasi

1. Mudah beralih : perhatian mudah berganti dari satu objek ke objek lainnya
2. Tidak mampu berkonsentrasi: klien selalu minta agar pertanyaan diulang karena tidak menangkap apa yang ditanyakan atau tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan
3. Tidak mampu berhitung : tidak dapat melakukan penambahan atau pengurangan pada benda-benda yang nyata

j. Kemampuan penilaian

Kaji bagaimana kemampuan klien dalam melakukan penilaian terhadap situasi, kemudian dibandingkan dengan yang seharusnya.

k. Daya tilik diri

1. Mengingkari penyakit yang diderita:

klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan atau klien menyangkal keadaan penyakitnya, klien tidak mau bercerita tentang penyakitnya

2. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya:

menyalahkan orang lain atau lingkungan yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah sekarang

8) Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan

Tanyakan frekuensi, jumlah, variasi, macam dan cara makan, observasi kemampuan klien menyiapkan dan membersihkan alat makan.

b. Buang air besar dan buang air kecil

Observasi kemampuan klien untuk buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK), menggunakan WC atau membersihkan WC.

c. Mandi

Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, observasi kebersihan tubuh dan bau badan pasien

d. Berpakaian

Observasi kemampuan klien dalam mengambil, memilih dan mengenakan pakaian, observasi penampilan dandanan klien

e. Istirahat dan tidur

Observasi dan tanyakan lama dan waktu tidur siang atau malam, persiapan sebelum tidur dan aktivitas sesudah tidur

f. Penggunaan obat

Observasi penggunaan obat, frekuensi, jenis, dosis, waktu, dan cara pemberian

g. Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan kepada klien tentang bagaimana, kapan perawatan lanjut, siapa saja sistem pendukung yang dimiliki

h. Aktivitas di dalam rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam mengolah dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri, mengatur kebutuhan biaya sehari-hari

i. Aktivitas di luar rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam belanja untuk keperluan sehari-hari, aktivitas lain yang dilakukan diluar rumah

9) Mekanisme koping

Data didapat melalui wawancara dengan klien atau keluarganya

10) Masalah psikososial dan lingkungan

Perlu dikaji tentang masalah dengan dukungan kelompok, masalah berhubungan dengan lingkungan dan masalah dengan pendidikan, pekerjaan, perumahan ekonomi, pelayanan kesehatan

11) Pengetahuan kurang

Apakah klien mempunyai masalah yang berkaitan dengan pengetahuan yang kurang tentang: penyakit atau gangguan jiwa, sistem pendukung, faktor predisposisi dan presipitasi, mekanisme koping, penyakit fisik, obat-obatan dan lain-lain.

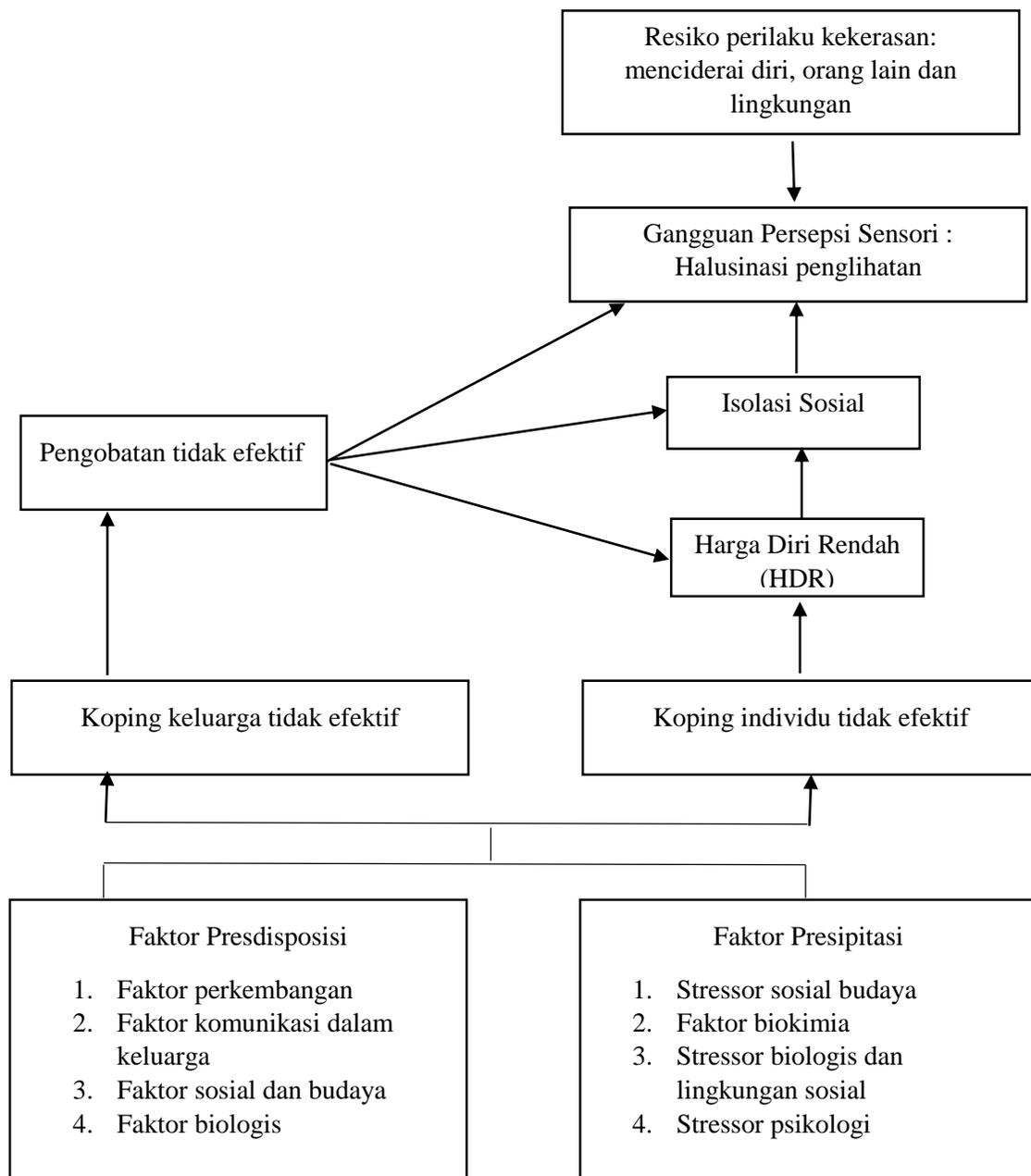
12) Aspek medis

Tulis diagnosa medis yang telah diterapkan oleh dokter, tuliskan obatobatan klien saat ini, baik obat fisik, psikofarmaka dan terapi lain.

B. Analisa Data

- a) Data subjektif Mengatakan mendengar suara - suara, dan melihat sesuatu yang tidak nyata, tidak percaya, terhadap lingkungan, sulit tidur, tidak dapat memusatkan perhatian dan konsentrasi, rasa berdosa, menyesal dan bingung terhadap halusinasi, perasaan tidak aman, merasa cemas, takut dan kadang - kadang panik kebingungan.
- b) Data objektif Tidak dapat membedakan hal nyata dan tidak nyata, pembicara kacau dan kadang tidak masuk akal, sulit membuat keputusan, tidak perhatian terhadap perawatan dirinya, sering menyangkal dirinya sakit, atau kurang menyadari adanya masalah, ekspresi wajah sedih, ketakutan dan gembira, klien tampak gelisah, insting kurang, tidak ada minat untuk makan.

C. Pohon Masalah



2.5.2 Diagnosa keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan klien yang muncul klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi adalah sebagai berikut :

- a. Gangguan persepsi sensori : halusinasi.
- b. Isolasi sosial .
- c. Risiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal).

2.5.3 Intervensi keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan persepsi sensori membaik, dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi melihat sesuatu menurun 2. Distorsi sensori menurun 3. Perilaku halusinasi menurun 4. Menarik diri menurun 5. Melamun menurun 6. Konsentrasi membaik 	Manajemen Halusinasi (1.09288) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 7. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 8. Monitor dan sesuaikan tingkan aktivitas dan stimulasi lingkungan 9. Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 10. Pertahankan lingkungan yang aman 11. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku(mis. Limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik) 12. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi 13. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 14. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 15. Anjurkan bicara pada orang yang percaya untuk memberikan dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi

		<p>16. Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan music , melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)</p> <p>17. Ajarkan pasien dan keluarga untuk mengontrol halusinasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>18. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu</p>
--	--	---

Pada karya tulis ilmiah ini penulis mengembangkan standar intervensi keperawatan mengajarkan klien dan keluarga untuk mengontrol halusinasi dengan pendekatan model eksistensial berupa terapi okupasi meronce manik-manik. Proses kegiatan dengan terapi okupasi meronce manik-manik ini akan dilakukan sebanyak 4 kali pertemuan dengan waktu 30 menit setiap sesinya meliputi :

- A. Membuat gantungan kunci
- B. Membuat gelang
- C. Membuat kalung
- D. Membuat gelang dan gantungan kunci

2.5.4 Implementasi keperawatan

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu mevalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh pasien saat ini. Semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons pasien didokumentasikan (Cahyana, 2020).

Berdasarkan perencanaan tindakan selanjutnya yaitu mengimplementasikan intervensi tersebut dalam bentuk strategi pelaksanaan (SP) menurut (Damaiyanti, 2012) terdiri atas :

Strategi Pelaksanaan :

a. Strategi Pelaksanaan 1

1. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien.
2. Mengidentifikasi isi halusinasi klien.
3. Mengidentifikasi waktu halusinasi klien.
4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien.
5. Mengidentifikasi situasi yang dapat menimbulkan halusinasi klien
6. Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi klien.
7. Mengajarkan klien menghardik halusinasi.
8. Menganjurkan klien memasukkan cara menghardik kedalam kegiatan harian.

b. Strategi Pelaksanaan 2

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
2. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara menghardik, bercakap – cakap dengan orang lain.
3. Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

c. Strategi Pelaksanaan 3

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien

2. Melatih klien mengendalikan halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan terapi okupasi meronce manik-manik
- d. Strategi Pelaksanaan 4
1. Mengevaluasai jadwal kegiatan harian klien
 2. Melatih klien mengendalikan halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan terapi okupasi meronce manik-manik
- e. Strategi Pelaksanaan 5
1. Mengevaluasai jadwal kegiatan harian klien
 2. Melatih klien mengendalikan halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan terapi okupasi meronce manik-manik.
- f. Strategi Pelaksanaan 6
1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
 2. Melatih klien mengendalikan halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan terapi okupasi meronce manik-manik
 3. Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.

2.5.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada pasien. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respons klien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan (Cahyana, 2020). Evaluasi dapat dilakukan dengan SOAP sebagai pola pikir :

1) S : Respon subjektif

klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dapat diukur dengan menanyakan langsung kepada klien.

2) O : Respon objektif

klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan.

3) A : Analisa

ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada

4) P : Perencanaan atau tindak lanjut

berdasarkan hasil analisis pada respon pasien yang terdiri dari tindak lanjut pasien dan tindak lanjut perawat.