

BAB II

KONSEP TEORI

A. KONSEP DASAR HALUSINASI

1. Definisi

Gangguan jiwa merupakan gangguan berbentuk psikis yang didalamnya terdapat gangguan utama yaitu terdapat pada bagian proses berfikir yang tidak seimbang antara proses berfikir, cara berfikir, bahasa dan perilaku. Gejala gangguan jiwa ada dua yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala negatif dari gangguan jiwa yaitu kehilangan motifasi atau apatis. Sedangkan gejala positif meliputi yaitu waham, delusi dan halusinasi (Aldam & Wardani, 2019).

Halusinasi adalah salah suatu gejala yang sering kali ditemui pada klien dengan masalah gangguan jiwa. Halusinasi yang sering diidentikkan dengan kata lain Skizofrenia. Dari seluruh klien Skizofrenia sebagian besar diantaranya mengalami halusinasi gangguan jiwa lain yang juga disertai dengan gejala halusinasi adalah gangguan manik depresif dan delerium. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersiapkan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa adanya rangsangan dari luar suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi yaitu melalui panca indra tanpa stimulus eksteren persepsi palsu (Sventinus mendorofa, 2022).

Adapun beberapa macam halusinasi salah satunya yaitu halusinasi pendengaran. Halusinasi pendengaran merupakan dimana seseorang mendengar suara atau kebisingan suara yang terdengar seperti suara yang mengejek, menertawakan, mengancam, memerintah, untuk melakukan sesuatu hal terkadang juga hal-hal yang berbahaya perilaku yang muncul seperti mengarah pada telinga adanya sumber suara, bicara ataupun tertawa sendiri, marah-marah tanpa adanya penyebab, menutup telinga mulut komat kamit serta adanya gerakan tangan (Jatinandya & Purwito, 2020).

2. Etiologi

Menurut Oktaviani (2020), terdapat beberapa faktor penyebab halusinasi seperti :

a. Faktor Predisposisi

1) perkembangan

Faktor perkembangan Tugas-tugas formatif klien terganggu, misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga membuat klien tidak dapat mandiri sejak remaja, mudah kecewa, kehilangan keberanian..

2) Biologis

Variabel organik berdampak pada peristiwa masalah mental. Dengan asumsi bahwa ada tekanan ekstrim yang dialami oleh seseorang, maka akan tercipta suatu zat di dalam tubuh yang

dapat menjadi obat psikedelik neurokimia. Neuro transmitter di otak diaktifkan sebagai akibat dari stres yang berkepanjangan.

3) Psikologis

Psikologis tipe karakter yang tidak berdaya secara efektif jatuh ke dalam penyalah gunaan Narkoba. Karena itu, klien tidak dapat membuat pilihan yang tepat untuk masa depannya, lebih menyukai kesenangan sesaat, dan beralih antara dunia nyata dan dunia fantasi.

4) Sosial Budaya

Termasuk klien yang mengalami interaksi sosial pada fase awal dan menghibur, klien menganggap bahwa hidup bermasyarakat di dunia nyata sangat berbahaya. Klien disibukkan dengan halusinasinya, seolah-olah dia adalah tempat untuk memenuhi kebutuhan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak dapat ditemukan di dunia nyata.

b. Faktor Presipitasi

Rangsangan yang dianggap orang sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan lebih banyak upaya untuk mengatasinya. Misalnya, kegembiraan dari cuaca, seperti dukungan klien dalam pertemuan, tidak diizinkan untuk menyampaikan terlalu lama, benda-benda di cuaca dan juga lingkungan yang sepi atau terpisah, sering memicu mimpi buruk. Akibatnya, stres dan kecemasan dapat meningkat, mendorong tubuh untuk memproduksi

zat halusinogen. Adapun detail dari masing-masing dimensi yaitu sebagai berikut ini :

1) Dimensi fisik

Beberapa kondisi fisik dapat menyebabkan halusinasi, termasuk kelelahan yang ekstrim, penggunaan obat-obatan yang menyebabkan delirium, keracunan alkohol, dan sulit tidur dalam waktu lama.

2) Dimensi Emosional

Halusinasi tersebut muncul karena mengalami kecemasan yang berlebihan akibat masalah yang tidak dapat diselesaikan. substansi dari pipedreams bisa menjadi permintaan yang memaksa dan mengkhawatirkan. Sampai klien mengambil tindakan untuk mengatasi rasa takutnya, pasien tidak dapat lagi menentang perintah tersebut

3) Dimensi Intelektual

Aspek ilmiah ini membuat orang yang mengalami perjalanan mental akan menunjukkan penurunan kemampuan citra diri. Pada awalnya, halusinasi tampaknya merupakan upaya ego untuk melawan impuls yang menekan; namun, mereka sebenarnya adalah sesuatu yang menyebabkan kewaspadaan, yang dapat mengambil semua perhatian pasien dan dalam beberapa kasus, bahkan mengontrol semua perilaku pasien.

4) Dimensi Sosial

Pasien percaya bahwa bersosialisasi di dunia nyata sangat berisiko, dan interaksi sosial awal ini meyakinkan mereka. Klien terganggu dengan angan-angannya, seolah-olah itu adalah tempat untuk memenuhi persyaratan komunikasi sosial, ketenangan dan kepercayaan diri yang tidak terlihat dalam kenyataan.

3. Klasifikasi

Menurut Yusuf (2016), klasifikasi Halusinasi dapat terbagi menjadi lima antara lain yaitu :

a. Halusinasi Pendengaran

Data objektif antara lain yaitu : bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa adanya sebab, mengarahkan telinga ke arah tertentu, klien menutup telinga. Data subjektif antara lain yaitu : mendengarkan suara- suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu hal yang berbahaya.

b. Halusinasi Penglihatan

Data objektif antara lain yaitu : menunjuk ke arah tertentu, serta ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas. Data subjektif antara lain yaitu : melihat bayangan, sinar bentuk kartun, serta melihat hantu atau monster.

c. Halusinasi Penciuman

Data objektif antara lain yaitu : seperti mencium bau-bauan tertentu dan menutup hidung. Data subjektif antara lain yaitu : mencium bau-bauan seperti darah, feses, dan kadang-kadang bau itu menyenangkan.

d. Halusinasi Pengecapan

Data objektif antara lain yaitu : sering kali meludah, muntah. Data subjektif antara lain yaitu : merasakan seperti darah, feses, serta muntah.

e. Halusinasi Perabaan

Data objektif antara lain yaitu : menggaruk-garuk permukaan kulit. Data objektif antara lain : mengatakan ada serangga dipermukaan kulit, serta merasakan seperti tersengat listrik.

4. Manifestasi Klinis

Menurut Hamid (2017), yaitu perilaku klien yang terkait dengan halusinasi adalah sebagai berikut ini :

- a. Berbicara sendiri
- b. Senyum sendiri
- c. Tertawa sendiri
- d. Menggerakkan bibir tanpa suara
- e. Menggerakkan mata yang cepat
- f. Respon verbal yang lambat

- g. Menarik diri dari orang lain
- h. Berusaha untuk menghindar dari orang lain
- i. Tidak bisa membedakan yang nyata dengan yang tidak nyata
- j. Terjadi peingkatan detak jantung, pernafasan serta tekanan darah.
- k. Perhatian dengan lingkungan yang kurang
- l. Sulit berhubungan dengan orang lain
- m. Ekspresi muka yang tegang
- n. Sangat mudah tersinggung, marah, jengkel
- o. Tidak bisa mengikuti perintah dari perawat
- p. Tampak tremor dan berkeringat
- q. Curiga dan bermusuhan
- r. Perilaku panik
- s. Ketakutan
- t. Tidak bisa mengurus diri
- u. Bertindak merusak diri sendiri, orang lain serta lingkungan

5. Patofisiologi

Merupakan proses halusinasi yang diawali dari seseorang yang mengalami halusinasi akan beranggapan suara berasal dari luar. Sehingga fase diawal masalah dapat menimbulkan suatu kecemasan dan sistem pendukung yang kurang akan membuat persepsi untuk membedakan antara apa yang dipikirkan dengan perasaan sendiri akan menurun.

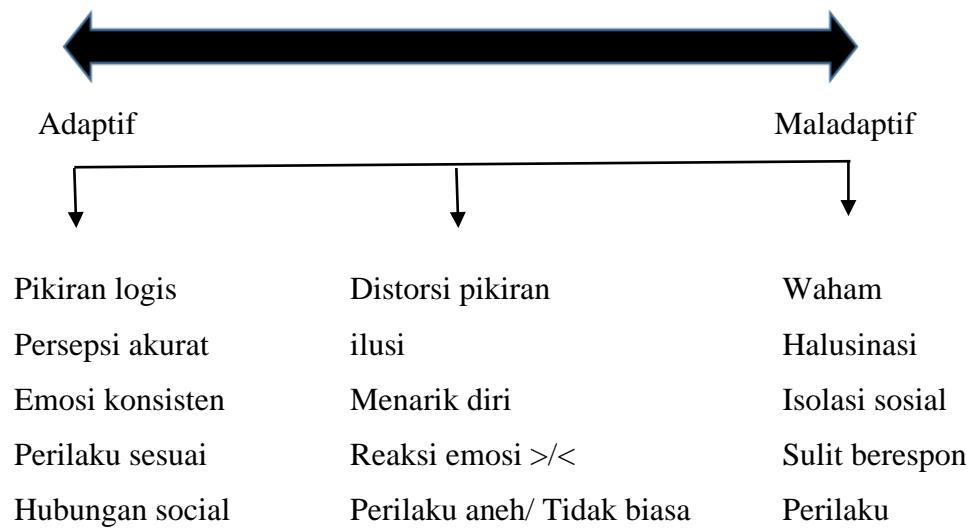
Selanjutnya dengan meningkatnya fase comforting, pasien mengalami emosi yang berlanjut seperti cemas, kesepian, perasaan

berdosa, serta sensorinya dapat dikontrol apabila kecemasanya dapat diatur. Pada fase ini pasien merasakan nyaman dengan halusinasinya.

Selain itu pada fase *condeming* pasien mulai menarik dirinya, maka pada fase *controlling* pasien akan merasakan kesepian apabila halusinasi yang diraskanya berhenti. Sedangkan pada fase *conquering* pasien semakin lama sensorinya terganggu. Pasien mengalami terancam dengan halusinasinya terutama jika tidak dituruti perintahnya (Sventinus mendorofa, 2022).

6. Rentang respon

Rentang Respon pada Halusinasi menurut Stuart dan Laraia (2017) yaitu :



(Rentang Respon Halusinasi, Stuart and Laraia, 2017)
Gambar 2.1

Keterangan dari rentang respon:

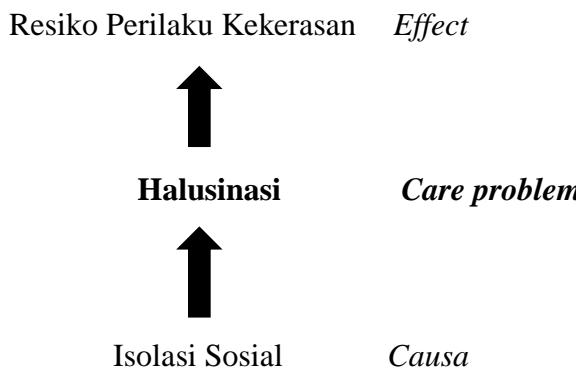
- a. Pikiran logis : ide yang berjalan secara logis dan kohern
- b. Persepsi akurat : proses di terimanya rangsang melalui panca indra yang di dahului oleh perhatian (*attention*) sehingga individu sadar tentang sesuatu yang ada di dalam maupun di luar dirinya.
- c. Emosi konsisten : manifestasi perasaan yang konsisten atau efek keluar di sertai banyak komponen fisiologis dan biasanya berlangsung tidak lama.
- d. Perilaku sesuai : perilaku individu berupa tindakan nyata dalam penyelesaian masalah masih dapat di terima oleh norma – norma sosial dan budaya umum yang berlaku.
- e. Hubungan sosial : hubungan yang dinamis menyangkut antara hubungan individu dan individu, individu dan kelompok, dalam bentuk kerja sama.
- f. Ilusi : persepsi atau pengamatan yang menyimpang.
- g. Emosi berlebihan : manifestasi perasaan atau efek keluar berlebihan atau kurang.
- h. Perilaku ganjil : perilaku individu berupa tindakan nyata dalam penyelesaian masalahnya tidak di terima oleh norma – norma social atau budaya umum yang berlaku.
- i. Delusi : keyakinan seseorang yang salah berdasarkan kesimpulan yang keliru tentang kenyataan luar dan dengan kokoh di pertahankan dari

pada mempertengkarkannya serta bukti atau kenyataan yang nyata terhadap kebalikannya.

- j. Halusinasi : keadaan dimana individu mengalami perubahan sensoria atau kesan yang salah terhadap stimulus baik secara internal maupun eksternal.
- k. Isolasi social : menghindari dan di hindari oleh lingkungan dalam berinteraksi.
- l. Menarik diri : percobaan untuk menarik interaksi dengan orang lain, menghindari hubungannya dengan orang lain.
- m. Pikiran kadang : manifestasi dari persepsi impuls melalui menyimpang alat panca indra yang memproduksi gambaran sensori pada area tertentu di otak, kemudian di interpretasi sesuai dengan kejadian yang telah di alami sebelumnya.

7. Pohon Masalah

Pohon masalah pada pasien halusinasi menurut (lian, 2023).



Gambar 2.2 Pohon Masalah

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mengetahui penyebab dari halusinasi menurut (Stuart, 2017), yaitu :

- a. Pemeriksaan darah dan urine, untuk melihat kemungkinan infeksi serta penyalahgunaan alcohol dan NAPZA.
- b. EEG (elektroensefalogram), yaitu pemeriksaan aktifitas listrik otak untuk melihat apakah halusinasi disebabkan oleh epilepsy.
- c. Pemindaian CT scan dan MRI, untuk mendeteksi stroke serta kemungkinan adanya cedera atau tumor di otak.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien yang mengalami halusinasi yaitu :

- a. Psikofarmakologi, obat yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikosis pada klien skizofrenia adalah obat anti psikosis. Adapun kelompok yang umum digunakan adalah fenotiazin asetofenazin (tindal), klorpromazin (thorazine), flufenazine (prolixine, permitil), mesoridazin (serentil), perfenazin (trilafon), proklorperazin (compazine), promazin (sparine), tioridazin (mellaril), trifluoperazin (stelazine), trifluopromazin (vesprin), 60-120 mg, tioksanten klorprotiksen (taractan), tioksen (navane) 75-600 mg, butirofenom haloperidol (Haldol) 1-100 mg, dibenzodiazepin klozapin (clorazil) 300-

900 mg, dibenzokasazepin loksapin (loxitane) 20-150 mg, dihidroindolon molindone (maban) 15-225 mg.

b. Terapi kejang listrik / Electro compulsive therapy (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/detik.

c. Terapi aktifitas kelompok (TAK)

terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi dilakukan untuk stimulasi persepsi menghardik halusinasi, stimulasi persepsi mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan, stimulasi persepsi mengontrol halusiansi dengan bercakap-cakap dan stimulasi persepsi mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat.

d. Mengajarkan SP kepada pasien dan keluarga

1) Strategi pelaksanaan kepada pasien

SP 1 Pasien dapat membina hubungan saling percaya.

Kriteria evaluasi : menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan

perawat, dan mau mengutarakan masalah yang dihadapinya.

SP 2 pasien dapat mengenal halusinasi. Kriteria evaluasi : menyebutkan waktu, isi, frekuensi timbulnya dan situasi terjadinya halusinasi.

SP 3 pasien dapat mengontrol halusinasi dengan menghardik, melakukan kegiatan, bercakap-cakap. Kriteria evaluasi : memperagakan cara mengontrol halusinasi berupa menghardik, melakukan kegiatan terjadwal, dan bercakapcakap.

SP 4 pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik. Kriteria evaluasi : meminum obat secara rutin, mengetahui akibat putus obat, dan mengetahui keuntungan minum obat secara rutin.

2) Strategi pelaksanaan kepada keluarga

SP 1 membina hubungan saling percaya, mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, jenis halusinasi yang dialami klien beserta proses terjadinya, menjelaskan cara merawat pasien halusinasi.

SP 2 melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan halusinasi, melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi.

SP 3 membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat discharge planing menjelaskan follow up pasien setelah pulang.

e. Terapi Okupasi Menggambar

Intervensi non farmakologi yang diberikan pada pasien halusinasi yaitu terapi okupasi menggambar. Aktivitas menggambar merupakan kegiatan yang dapat membantu menyampaikan dan mengekspresikan emosi dan pikiran yang mempengaruhi perilaku yang tidak disadari oleh pasien, selain itu aktivitas menggambar juga dapat memberikan kegembiraan dan hiburan, serta menarik perhatian pasien untuk berpartisipasi dalam aktivitas kelompok (Siti Maghfira Maulani Nurdin & Budiman, 2022).

B. Konsep Dasar Terapi Okupasi

1. Pengertian

Terapi okupasi berasal dari kata *Occupational Therapy*. *Occupational* berarti suatu pekerjaan, *therapy* berarti pengobatan. Jadi, Terapi Okupasi adalah kombinasi antara seni dan sains untuk menginstruksikan pasien dalam kegiatan selektif untuk meningkatkan dan mencegah kecacatan melalui aktivitas dan aktivitas kerja untuk penyandang cacat mental dan fisik. Terapi okupasi membantu orang yang mengalami disfungsi motorik, sensorik, kognitif dan sosial yang menyebabkan individu mengalami hambatan dalam melakukan aktivitas mengisi luang, aktivitas produktivitas dan aktivitas perawatan diri (Fatihah et al., 2021)

Menurut *American Art Therapy Association*, "*Art therapy is based on the ideas that creative process of art making is healing and life enhancing and is a form of nonverbal communication of thoughts and feelings*". Jadi melalui kegiatan menggambar, orang dengan gangguan jiwa bisa mengekspresikan pikiran dan perasaannya dengan komunikasi non verbal melalui media gambar (Nuha & Rahayu, 2018).

2. Tujuan

Menurut (Ramadhani, 2021) tujuan terapi okupasi ini adalah :

- a. Meningkatkan kemampuan pasien dalam keterampilan dan bersosialisasi dengan orang lain.
- b. Meningkatkan aktivitas sehari-hari pasien

- c. Menurunkan rasa kecemasan pasien
- d. Meningkatkan kontak mata serta ekspresi wajah tidak sedih atau murung
- e. Meningkatkan komunikasi verbal pasien

3. Manfaat

Terapi okupasi menggambar membantu individu yang mengalami gangguan dalam fungsi motorik, kognitif, sensorik juga fungsi sosial yang menyebabkan individu mengalami gangguan dalam melakukan aktivitas perawatan diri (Gustina, 2024). Adapun manfaat dilakukan terapi okupasi menggambar menurut Ramdhani (2020), yaitu :

- a. Pasien mampu mengekspresikan peraan melalui gambar
- b. Pasien dapat memberi makna gambar
- c. Pasien dapat melakukan aktifitas terjadwal untuk menguangi halusinasi.

4. Prosedur

a. Persiapan

- 1) Persiapkan alat seperti, buku gambar, pensil, penggaris dan pensil warna

- 2) Kontrak waktu dengan pasien dan persiapkan tempat

b. Prosedur pelaksanaan

- 1) Mengucapkan salam
- 2) Menanyakan perasaan klien hari ini
- 3) Menjelaskan tujuan kegiatan

- 4) Menjelaskan aturan pelaksanaan
 - a) Klien harus mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir
 - b) Bila ingin keluar harus meminta izin
 - c) Lama kegiatan 30 menit
- 5) Menjelaskan tujuan yang akan dilakukan yaitu menggambar dan menjelaskan tentang hasil yang digambar
- 6) Membagikan kertas, pensil, pensil warna, penggaris, kepada klien
- 7) Menjelaskan tema gambar yaitu menggambar sesuatu yang disukai atau perasaan saat ini
- 8) Setelah selesai menggambar terapis meminta klien untuk menjelaskan gambar apa dan makna gambar yang telah dibuat.
- 9) Terapis memberikan pujian kepada klien setalah selesai menjelaskan isi gambar

5. Terminasi

a. Evaluasi

- 1) Menanyakan perasaan kepada klien setelah melakukan tindakan terapis memberikan pujian kepada klien.
- 2) Rencana tindak lanjut: terapis menuliskan kegiatan menggambar pada tindakan harian klien.
- 3) Kontrak waktu yang akan datang.
- 4) Menyepakati tindakan terapi menggambar yang akan dating.
- 5) Meyepakati waktu dan tempat.
- 6) Berpamitan dan mengucapkan salam.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan pasien halusinasi terdiri dari :

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan halusinasi untuk melakukan wawancara dan observasi langsung kepada pasien atau keluarga. Adapun beberapa isi pengkajian yaitu sebagai berikut:

a. Identitas pasien

Dalam identitas pasien itu meliputi nama pasien, umur, jenis kelamin, pendidikan, status perwakinan, agama, tanggal masuk rumah sakit jiwa, informan, tanggal pengkajian, nomor telepon rumah dan alamat pasien.

b. Keluhan utama

Pasien halusinasi biasanya keluhannya suka menyendiri, melamun atau, berdiam diri dikamar, mengobrol sendiri, tidak melakukan aktivitas setiap hari. Pasien halusinasi biasanya keluhannya suka menyendiri, melamun atau, berdiam diri dikamar, mengobrol sendiri, tidak melakukan aktivitas setiap hari.

c. 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.

d. Aspek fisik atau biologis

Hasil pengukuran tanda-tanda vital (Tekanan darah, suhu, nadi, penafasan, tinggi badan, berat badan) dan keluhan fisik yang dirasakan pasien.

e. Aspek psikososial

Menggambarkan peta genetic dari tiga keturunan dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

f. Citra tubuh

Pasien tidak setuju dengan perubahan fisik yang dialaminya atau tidak menerima bagian tubuh yang berubah. Penolakan yang dapat menjelaskan perubahan fisik, persepsi negative tentang tubuh, kehilangan bagian tubuh membuat pasien merasa putus asa dan takut.

g. Identitas Diri

Tidak yakin dengan diri sendiri, sulit menentukan kemauan dan tidak bisa memutuskan masalah.

h. Peran

Mengubah atau mengehentikan kegiatan karena sakit, penuaan, putus sekolah dan PHK pekerjaan.

i. Ideal Diri

Putus asa disebabkan kelainan fisik dan mengutarakan kemauan terlalu tinggi.

j. Harga Diri

merasa tidak percaya diri, merasa bersalah tentang diri sendiri, hambatan berinteraksi, meremehkan, melukai diri sendiri dan tidak percaya diri

k. Status Mental

Kurangnya kontak mata atau ketidakmampuan untuk mempertahankan kontak mata, kurang mampu memulai percakapan, pasien lebih suka menyendiri, memiliki rasa putus asa dan merasa kurang berharga dalam hidup.

l. Kebutuhan persiapan pulang

- 1) Pasien dapat menyiapkan dan membersihkan piring
- 2) Pasien mampu membuang air kecil dan air besar, dapat menggunakan dan membersihkan kamar mandi dan toilet, merapikan pakaian.
- 3) Mandi dan berpakaian pasien telah diamati tampil rapi dan bersih.
- 4) Pasien bisa istirahat dan tidur, bisa beraktivitas di dalam dan diluar.

m. Mekanisme coping

Pasien tidak mau menceritakan masalah pada orang lain.

n. Aspek medic

Terapi yang diterima pada pasien halusianasi berupa terapi farmakologi, psikomotor, terapi okopasional, terapi aktiviitas kelompok dan rehabilitas.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA (2017) diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala halusinasi yang ditemukan. Jika hasil pengkajian menunjukkan tanda dan gejala halusinasi, maka diagnosa yang ditegakkan yaitu :

- a. Perubahan persepsi sensori: Halusinasi
- b. Resiko perilaku kekerasan
- c. Isolasi sosial

3. Intervensi keperawatan

Tabel 2.1 intervensi halusinasi

No	Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Perubahan persepsi sensori halusinasi pendengaran	TUM : Pasien dapat mengontrol halusinasi yang dialami. TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya	<ul style="list-style-type: none"> 1. Ekspresi wajah bersahabat. 2. Menunjukan rasa senang. 3. Ada kontak mata 4. Mau berjabat tangan 5. Mau menyebutkan nama. 6. Mau menjawab salam. 7. Pasien mau duduk berdampingan dengan perawat. 8. Pasien mau mengutarakan masalah 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. <ul style="list-style-type: none"> a. Sapa pasien dengan nama baik verbal maupun non verbal. b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien d. Jelaskan tujuan pertemuan e. Jujur dan menepati janji f. Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya 2. Beri perhatian pada pasien dan perhatian kebutuhan dasar pasien

TUK 2:			
2. Pasien dapat mengenali halusinasinya (jenis, waktu, isi, situasi, frekuensi dan respon saat timbulnya halusinasi)	1. Pasien dapat menyebutkan, waktu, Isi, Frekuensi timbulnya halusinasi 2. Pasien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya.	1. Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap. 2. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya; bicara memandang kekiri atau ke kanan atau kedepan seolah-olah ada teman bicara. 3. Bantu klien mengenal halusinasinya. a. Jika menemukan yang sedang halusinasi, tanyakan apakah ada suara yang didengar. b. Jika pasien mengatakan ada, lanjutkan: apa yang dikatakan. c. Katakan bahwa perawat percaya pasien mendengar suara itu, namun	

perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh atau menghakimi).

- d. Katakan bahwa pasien ada juga yang seperti pasien.
 - 4. Diskusikan dengan pasien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah atau takut sedih, senang) beri kesempatan mengungkapkan perasaannya.
-

TUK 3 : Pasien dapat mengontrol halusinasinya	<ol style="list-style-type: none">1. Pasien dapat menyebutkan tindakan yang bias dilakukan, untuk mengendalikan halusinasinya.2. Pasien dapat menyebutkan cara baru.3. Pasien dapat memilih cara mengatasi hausinasi seperti yang telah didiskusikan dengan pasien.	<ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi bersama pasien cara tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri, marah).2. Diskusikan manfaat yang dilakukan pasien, jika bermanfaat beri pujian3. Diskusikan cara baru untuk memutus atau mengontrol halusinasinya:<ol style="list-style-type: none">a. Katakan “ saya tidak mau mendengar suara kamu “ pada saat halusinasi terjadi.b. Menemui orang lain (perawat/ teman/ anggota keluarga) untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang
--	---	--

-
- didengar.
- c. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari agar halusinasi tidak muncul.
 - d. Minta keluarga/ teman/ perawat jika nampak bicara sendiri.
4. Bantu pasien memilih atau melatih cara memutus halusinasi secara bertahap.
-

TUK 4 : Pasien mendapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi.	<ol style="list-style-type: none">1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat2. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda, dan kegiatan untuk mengendalikan halusinasi	<ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan pasien untuk memberi tahu keluarga jika mengalami halusinasi.2. Diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung atau pada saat kunjungan rumah).<ol style="list-style-type: none">a. Gejala halusinasi yang dialami pasienb. Cara yang dapat dilakukan pasien dan keluarga untuk memutus halusinasi.c. Cara merawat anggota keluarga untuk memutus halusinasi di rumah, beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, bepergian bersama.d. Beri informasi waktu, follow up atau halusinasi terkontrol dan risiko mencederai orang lain.
---	---	--

			TUK 5 : Pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik.	1. Pasien dan keluarga dapat menyebutkan manfaa, dosis dan efek samping obat. 2. Pasien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat secara benar. 3. Pasien mendapatkan informasi tentang efek samping obat. 4. Pasien dapat memahami akibat berhenti minum obat. 5. Pasien dapat menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat.	1. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang dosis, frekuensi, manfaat obat. 2. Anjurkan pasien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya 3. Anjurkan pasien berbicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan. 4. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi. 5. Bantu pasien menggunakan obat dengan prinsip benar
2.	Resiko Kekerasan	Perilaku	TUM: Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan. TUK: a. membina hubungan saling percaya. b. Klien dapat mengidentifikasi	1. Setelah 3 x 30 menit pertemuan diharapkan pasien mampu menujukkan tanda-tanda berikut: a. Wajah tersenyum b. Mau berkenalan c. Ada kontak mata d. Bersedia menceritakan	SP 1 : 1. Bina hubungan saling percaya; 2. Mengidentifikasi penyebab marah; 3. Membantu klien untuk mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan

penyebab prilaku kekerasan yang dilakukannya.	perasaannya.	yang dialaminya:
c. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda prilaku kekerasan.	2. Setelah pertemuan klien menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya :	4. Mendiskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukan;
d. Klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan.	a. Menceritakan penyebab perasaan jengkel atau kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungan.	5. Mendiskusikan dengan klien akibat negatif (kerugian) yang dilakukan dan cara mengendalikan perilaku kekerasan.
e. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan.	3. Setelah pertemuan klien menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan:	
	a. Tanda-tanda fisik: Mata merah, tangan mengepal, ekspresi tegang	
	b. Tanda emosional: Perasaan marah, jengkel, bicara kasar.	
	c. Tanda sosial: Bermusuhan yang di alami	

saat terjadi
perilaku
kekerasan

4. Setelah pertemuan klien menjelaskan:
 - a. Jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini dilakukan.
 - b. Perasaannya saat melakukan Perilaku kekerasan.
 - c. Efektifitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah.
 5. Setelah pertemuan klien menjelaskan akibat tindakan kekerasan yang dilakukannya:
 - a. Diri sendiri: luka, dijauhi teman
 - b. Orang lain/keluarga: luka, tersinggung, ketakutan.
 - c. Lingkungan: barang, benda rusak.
-

			SP 2
1. Melatih cara mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan dengan fisik ke dua (pukul kasur dan bantal);	1. Setelah pertemuan klien dapat menerapkan tindakan latihan pukul bantal dan kasur;	2. Klien dapat menerapkan latihan dalam keseharian untuk mengatasai rasa kesal.	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengevaluasi latihan sebelumnya; b. Membantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik ke dua (pukul bantal dan kasur); c. Menyusun jadwal kegiatan harian cara ke dua.
2. Menyusun jadwal kegiatan harian cara ke dua.			SP 3
1. Melatih cara mencegah / mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (menolak dengan baik,meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik);	1. Setelah pertemuan klien dapat mengatakan bahwa klien sedang kesal, tersinggung seperti “ saya kesal anda berkata seperti itu ”;	2. Klien dapat menerapkan cara latihan verbal menyampaikan perasaan dengan baik dalam keseharian.	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengevaluasi pertemuan sebelumnya; b. Melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan Secara verbal (meminta, menolak, dan mengungkapkan marah secara baik); c. Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian.
2. Menyusun jadwal latihan mengungkapkan secara verbal.			

3	Isolasi Sosial	1. Klien dapat mencegah /mengendalikan perilaku kekerasannya secara spiritual	1. Anjurkan klien SP 4	a. Mengevaluasi pertemuan sebelumnya; Membantu klien mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual (latihan beribadah dan berdo'a); Membuat jadwal ibadah dan berdo'a.
		1. Klien dapat mencegah atau mengendalikan perilaku kekerasannya dengan terapi obat.	1. Setelah pertemuan klien dapan menjelaskan perinsip benar minum obat (benar pasien, obat, dosis, waktu, cara pemberian)	a. Mengevaluasi pertemuan sebelumnya; Membantu klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat (prinsip 5 benar obat); Menyusun jadwal minum obat secara teratur.

1. Pasien dapat menyebutkan penyebab menyebutkan isolasi sosial.	2. Pasien mampu menyebutkan keuntungan dan kerugian dalam berinteraksi.	3. Berdiskusi dengan pasien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain.
berinteraksi. Pasien dapat melakukan hubungan sosial secara bertahap	3. Pasien mampu melakukan hubungan sosial secara bertahap	4. Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan 1 orang.
2. Pasien dapat melakukan hubungan sosial bertahap	1. Mampu melakukan interaksi dengan orang lain secara bertahap	5. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan Latihan berbincang-bincang dengan orang lain kedalam kegiatan harian.

-
2. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk mempraktikan cara berkenalan dengan 2 orang
 3. Membantu pasien memasukan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian.
 3. Pasien dapat melakukan hubungan sosial bertahap
 1. Mampu melakukan iteraksi dengan orang lain secara bertahap SP 3
 1. mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
 2. memberikan kesempatan kepada pasien untuk mempraktikan cara berkenalan dengan lebih dari 2 orang.
 3. Membantu pasien

			memasukan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian
4. Pasien melakukan hubungan bertahap	dapat sosial	1. Mampu melakukan interaksi dengan orang lain secara bertahap	SP 4 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien. 2. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk berkenalan dengan 2 orang atau lebih. 3. Memasukkan kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan tahap atau proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi secara langsung dan tidak langsung kepada pasien, implementasi keperawatan yaitu serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik serta menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Manullang, 2020).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah perbandingan yang sistmatik dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, yang dilakukan secara berkesinmbungan dengan melibatkan pasien dengan tenaga kesehatan lainnya (Civilization et al., 2021). Evaluasi keperawatan bertujuan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan pasien dan untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan (Hidayat, 2021).

Evaluasi keperawatan dilakukan berdasarkan acuan teori komponen SOAP yaitu S (subjektif) adalah keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (objektif) adalah suatu data yang berdasarkan hasil pengukuran dan hasil observasi perawat secara langsung pada pasien setelah diberikan perlakuan atau tindakan asuhan keperawatan, A (assessment) adalah interpretasi makna data

subjektif dan objektif untuk menilai tujuan yang telah ditetapkan dalam intervensi keperawatan yaitu tercapai/ tercapai sebagian/ tidak tercapai. Tujuan tercapai jika pasien mampu menunjukkan perilaku sesuai kondisi yang ditetapkan pada tujuan keperawatan, tujuan tercapai sebagian jika perilaku pasien tidak seluruhnya tercapai sesuai dengan tujuan keperawatan, dan tujuan tidak tercapai jika pasien tidak mampu menunjukkan perilaku yang diharapkan sesuai dengan tujuan keperawatan, P (planning) adalah suatu perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Ernawati,2019).

D. Metodologi Penelitian

1. Jenis, rencana penelitian dan pendekatan

Jenis penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif. Menurut Satori (2018) penelitian kualitatif adalah penelitian yang menghasilkan dan mengola data yang sifatnya deskritif, data dikumpulkan dengan melakukan observasi partisipasi, studi dokumen, wawancara mendalam dan melakukan triangulasi. Metode berinteraksi dengan orang sekitar yang berujung mengarahkan pada pembentukan konsep, spekulasi, saling berbagi pemahaman budaya, perilaku atau kebiasaan dan budaya dalam kegiatan sehari-hari. Suatu fenomena yang bisa diteliti dengan menggunakan metode kualitatif (Kamariyah & Yuliana, 2021).

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian studi kasus. Studi kasus adalah desain penelitian yang mencakup studi medalam

tentang suatu unit studi (seperti pasien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi) yang dirancang untuk memperoleh gambaran yang jelas. Pengumpulan datanya di peroleh dari wawancara, observasi, dan dokumentasi studi kasus merupakan salah satu pendekatan kuantitatif yang mempelajari fenomena khusus yang terjadi saat ini dalam suatu system yang terbatasi oleh waktu dan tempat, meski batas-batas antara fenomena dan system tersebut tidak sepenuhnya jelas. Kekhususan pada studi kasus, penelitian mempelajari kasus yang terkini, kasus-kasus kehidupan nyata yang sedang berlangsung. Jika pendekatan studi kasus berupa kasus tunggal, kasus tersebut merupakan kasus khusus dan memiliki keunikan, sementara jika berupa kasus multiple (banyak), kasus-kasus tersebut akan dibandingkan satu sama lain. (Kamariyah & Yuliana, 2021).

2. Subjek penelitian

Subjek penelitian ini adalah pasien yang mengalami gangguan jiwa dengan halusinasi dan dilakukan pada satu pasien halusiansi.

3. Waktu dan Tempat

Waktu dan Tempat dilaksanakan pada bulan Desember 2023 di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta Dr. Arif Zaenudin dengan berfokus pada satu pasien yang mengalami Halusinasi, Dilaksanakan selama 3x pertemuan , satu kali pertemuan 30 menit.

4. Fokus studi

Penelitian ini berfokus pada pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami Halusinasi, dengan melakukan tindakan keperawatan terapi okupasi pada pasien agar dapat mengurangi gangguan halusinasi pada pasien.

5. Instrumen pengumpulan data

Instrumen penelitian menggunakan pedoman wawancara, lembar observasi, alat tulis dan bahan terapi okupasi. Teknik Analisa menggunakan transkrip wawancara. Peneliti meminta pasien untuk melakukan terapi okupasi ketika pasien sendirian atau ketika waktu luang.

6. Metode pengumpulan data

a. Data primer

Data primer adalah data yang didapatkan langsung dari pasien seperti :

1) Wawancara

- a.) Keluhan atau masalah utama
- b.) Status kesehatan fisik dan mental
- c.) Riwayat pribadi dan keluarga
- d.) Sistem dukungan dalam keluarga, kelompok sosial, atau komunitas
- e.) Kegiatan sehari-hari
- f.) Kebiasaan dan keyakinan kesehatan
- g.) Pemakaian obat yang diresepkan

h.) Keyakinan dan nilai spiritual

2) Observasi

a.) Mengamati respon pasien setelah diberikan terapi okupasi menggambar

b.) Mengamati perilaku pasien selama terapi okupasi menggambar

c.) Mengamati respon selama terapi dilakukan

d.) Mengamati cara pasien melakukan terapi okupasi menggambar apakah sudah benar atau belum

e.) Mengamati respon pasien setelah diberikan terapi

b. Data sekunder

Data yang diperoleh dari sumber yang tidak langsung, data sekunder berupa rekam medis pasien di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta.

7. Etika penelitian data penelitian menurut (Sujarweni, 2018) yang biasa digunakan sebagai berikut :

a. Wawancara

Penelitian ini merupakan proses untuk memperoleh informasi dengan menggunakan cara tanya jawab secara tatap muka antara, dengan atau tidak menggunakan pedoman wawancara. Dengan kegiatan wawancara peneliti dapat memperoleh informasi secara mendalam tentang isu atau tema dalam penelitian.

b. Observasi

Observasi adalah studi tentang suatu kondisi tertentu dengan melakukan pengamatan secara menyeluruh. Hasil dari sebuah observasi bisa berupa aktivitas, kejadian, peristiwa, objek, kondisi atau suasana tertentu.

c. Studi dokumen

Studi dokumen merupakan kajian dari bahan dokumenter yang tertulis bisa berupa buku teks, surat kabar, majalah, surat-surat, catatan harian, naskah artikel dan sejenisnya, bahkan juga dapat berasal dari pikiran seseorang termasuk dalam buku atau manuskrip yang diterbitkan. Untuk dianalisis, diinterpretasikan, digali untuk menetukan tingkah pencapaian pemahaman terhadap topik tertentu dari sebuah bahan atau teks tersebut.

d. Diskusi kelompok terarah

Metode pengumpulan data ini dengan diskusi terpusat, yaitu mengungkapkan makna sebuah masalah dari diskusi kelompok yang terpusat untuk menghindari pemaknaan yang salah oleh seorang peneliti.

8. Etika penelitian

Etika penelitian merupakan hal yang wajib dilakukan oleh peneliti untuk melindungi hak-hak calon responden yang akan menjadi bagian dari penelitian.

Menurut (Hidayat, 2017) ada 3 jenis etika penelitian antara lain :

a. *Informed consent*

Merupakan sebuah lembar persetujuan sebagai responden, lembar persetujuan ini bertujuan agar responden mengetahui maksud dan tujuan dari penelitian, maka peneliti tidak boleh memaksa dan tetap menghormati hak-haknya sebagai responden.

b. *Anonymous*

Merupakan kerahasiaan responden dengan cara tidak menyantumkan identitas responden secara lengkap mulai dari nama responden hanya menulis nomor CM.

c. *Confidentiality*

Merupakan sebuah usaha untuk menjaga kerahasiaan informasi responden yang telah diberikan.cara ini dilakukan dengan cara menyimpan dalam bentuk file dan diberikan password.