

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Skizofrenia

1. Definisi

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang bersifat kronis yang ditandai dengan gangguan komunikasi, gangguan realitas, afek tidak wajar atau tumpul, gangguan fungsi kognitif (halusinasi atau waham) serta mengalami kesulitan dalam melakukan aktifitas sehari hari (Pardede, 2020). Menurut Herawati (2020) skizofrenia merupakan gangguan psikosis yang terutama ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas dan hilangnya daya tilik diri. Satu ciri khas skizofrenia adalah halusinasi (persepsi sensoris yang tidak benar dan tidak berdasarkan realitas). Dari seluruh skizofrenia, 70% diantaranya mengalami halusinasi.

Dari beberapa pengertian yang dikemukakan oleh para ahli mengenai skizofrenia di atas, maka penulis dapat mengambil kesimpulan bahwa skisofrenia adalah persepsi klien yang salah melalui panca indra terhadap lingkungan tanpa ada stimulus atau rangsangan yang nyata. sedangkan halusinasi pendengaran adalah kondisi di mana pasien mendengar suara, terutama suara-suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu

2. Tanda dan Gejala

Menurut Amimi (2020) tanda dan gejala skizofrenia secara general dibagi menjadi 2 (dua) , yaitu gejala positif dan negatif.

a. Gejala positif atau gejala nyata, yaitu :

- 1) Halusinasi : Persepsi sensori yang salah atau pengalaman yang tidak terjadi dalam realitas.
- 2) Waham : Keyakinan yang salah dan dipertahankan yang tidak memiliki dasar dalam realitas.
- 3) Ekopraksia : Peniruan gerakan dan gestur orang lain yang diamati pasien
- 4) Flight of ideas : Aliran verbalisasi yang terus-menerus saat individu melompat dari suatu topik ke topik lain dengan cepat.
- 5) Perseverasi : Terus menerus membicarakan satu topik atau gagasan, pengulangan kalimat, kata, atau frasa secara verbal dan menolak untuk mengubah topik tersebut.
- 6) Asosiasi longgar : Pikiran atau gagasan yang terpecah – pecah atau buruk.
- 7) Gagasan rujukan : Kesan yang salah bahwa peristiwa eksternal memiliki makna khusus bagi individu.
- 8) Ambivalensi : Mempertahankan keyakinan atau perasaan yang tampak kontradiktif tentang individu, peristiwa, situasi yang sama.

b. Gejala negatif atau gejala samar, yaitu :

- 1) Apati : Perasaan tidak peduli terhadap individu, aktivitas, dan peristiwa.
- 2) Alogia : Kecenderungan berbicara sedikit atau menyampaikan sedikit substansi makna

- 3) Afek datar : Tidak adanya ekspresi wajah yang akan menunjukkan emosi atau mood.
- 4) Afek tumpul : Rentang keadaan perasaan emosional atau mood yang terbatas.
- 5) Anhedonia : Merasa tidak senang atau tidak gembira dalam menjalani hidup, aktivitas atau hubungan.
- 6) Katatonia : Imobilitas karena faktor psikologis, kadang kala ditandai oleh periode agitasi atau gembira, pasien tampak tidak bergerak, seolah – olah dalam keadaan setengah sadar.
- 7) Tidak memiliki kemauan : Tidak adanya keinginan, ambisi, atau dorongan untuk bertindak atau melakukan tugas – tugas.

3. Klasifikasi

Menurut Istichomah (2019) skizofrenia diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Skizofrenia tipe paranoid (F20,0) Merupakan sub tipe yang paling utama dimana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham kebesarannya dimana individu dikejar – kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya.
- b. Skizofrenia tipe hebefrenik (F20,1) Tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan, kecenderungan untuk selalu menyendiri, perilaku hampa tujuan dan perasaan, afek tidak wajar, senyum dan ketawa sendiri, proses berpikir disorganisasi dan pembicaraan inkoheren.
- c. Skizofrenia tipe katatonik (F20,2) Gambaran perilakunya yaitu stupor (kehilangan semangat), gaduh, gelisah, menampilkan posisi tubuh tidak wajar, negativisme (perlawanan), rigiditas (posisi tubuh kaku), fleksibilitas area, mematuhi perintah otomatis dan pengulangan kalimat tidak jelas.

- d. Skizofrenia tipe tak terinci (F20,3) Mempunyai halusinasi, waham dan gejala psikosis aktif yang menonjol (misal kebingungan, inkoheren) atau memenuhi kriteria skizofrenia tetapi tidak dapat digolongkan pada tipe paranoid, katatonik, hebefrenik, residual dan depresi pasca skizofrenia.
- e. Depresi pasca skizofrenia (F20,4) Gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi sedikitnya kriteria untuk suatu episode depresif dan telah ada sedikit 2 minggu.
- f. Skizofrenia tipe residual (F20,5) Gejala negatif menonjol (psikomotorik lambat, aktivitas turun, berbicara kacau), riwayat psikotik (halusinasi dan waham) dan tidak terdapat gangguan mental organik.
- f. Skizofrenia tipe simpleks (F20,6) Gejala utama adalah kadangkala emosi dan kemunduran kemauan. Kurang memperhatikan keluarga atau menarik diri, waham dan halusinasi jarang terjadi serta timbulnya perlahan – lahan.

4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mengetahui penyebab dari skizofrenia (Stuart, 2015), yaitu:

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

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan diagnosa medis skizofrenia, yaitu:

- a. Psikofarmakologi Menurut Muslim (2020) jenis obat psikofarmaka, dibagi dalam 2 golongan yaitu: golongan generasi pertama (typical) Obat yang termasuk golongan generasi pertama, misalnya:
 - a. Golongan satu Phenothiazine :
 1. Rantai Aliphatic : Chlorpromazine (Largactil)
 2. Rantai Piperazine : Perphenazine (Trilafon), Trifluoperazine (Stelazine), Fluphenazine (Anatensol)
 3. Rantai Piperidine : Thioridazine (Melleril)
 4. Butyrophenone : Haloperidol (Haldol, Serenace, dll)
 5. Diphenyl-butyl-piperidine : Piomozide (Orap)
 - b. Golongan kedua (atypical)
 1. Benzamide : Sulpride (Dogmatil)
 2. Dibenzodiazepine : Clozapine (Clozaril), Olanzapine (Zyprexa), Quetiapiene (Seroquel), Zotepine (Lodopin)
 3. Benzisoxazole : Risperidon (Risperdal), Aripiprazole (Abilify)

B. Gangguan Persepsi Sensori Auditori

1. Definisi

Gangguan persepsi sensori adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi (PPNI, 2017).

Halusinasi adalah persepsi pasien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, sehingga pasien menginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata tanpa stimulus atau rangsangan dari luar (Stuart, 2015). Berdasarkan pengertian halusnasi itu dapat diartikan bahwa, halusinasi adalah gangguan respon yang diakibatkan oleh stimulus atau rangsangan yang membuat pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak ada.

Kesimpulan dari pengertian halusinasi adalah persepsi klien yang salah melalui panca indra terhadap lingkungan tanpa ada stimulus atau rangsangan yang nyata. sedangkan halusinasi pendengaran adalah kondisi di mana pasien mendengar suara, terutama suara-suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

2. Gangguang Gejala Presepsi Sensori Auditori

Gangguan gejala Presepsi Sensori auditori Menurut PPNI (2017) gejala mayor dan minor dari gangguan persepsi sensori sebagai berikut :

a. Gejala dan tanda mayor

1) Subjektif

- a) Mendengarkan suara bisikan atau melihat bayangan
- b) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman atau pengecapan

2) Objektif

- a) Distorsi sensori
- b) Respons tidak sesuai
- c) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu

b. Gejala dan tanda minor

1. Subjektif'

- a) Menyatakan kesal

2. Objektif

- a) Menyendiri
- b) Melamun
- c) Konsentrasi buruk
- d) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
- e) Curiga
- f) Melihat ke satu arah
- g) Mondar mandir
- h) Bicara sendiri

3. Penyebab

Menurut PPNI (2017) penyebab dari gangguan persepsi sensori sebagai berikut :

- a. Gangguan penglihatan
- b. Gangguan pendengaran
- c. Gangguan penghiduan
- d. Gangguan perabaan

- e. Hipoksia serebral
- f. Penyalahgunaan zat
- g. Usia lanjut
- h. Pemajanan toksin lingkungan

Menurut Sutejo (2019) terdapat dua faktor penyebab halusinasi, yaitu:

Faktor predisposisi dan Faktor Presipitasi

1) Faktor predisposisi

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

- b) Faktor Sosiokultural

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

- c) Faktor Biokimia

Hal ini berpengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang bersifat halusiogenik neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasi neuro transmitter otak, misalnya terjadi ketidak seimbangan acetylcholine dan dopamine.

d) Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan pasien mengambil keputusan tegas, pasien lebih suka memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

e) Faktor Genetik dan Pola Asuh

Penelitian Menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orangtua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia

Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2) Faktor Presipitasi

Menurut Sutejo (2019) dalam hakekatnya seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi, yaitu:

a) Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium dan kesulitan tidur dalam waktu yang lama.

b) Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi. Halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Pasien tidak sanggup menentang sehingga pasien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

c) Dimensi Intelektual

Dalam hal ini pasien dengan halusinasi mengalami penurunan fungsi ego. Awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian pasien dan tak jarang akan mengontrol semua perilaku pasien.

d) Dimensi Sosial

Pasien mengalami gangguan interaksi sosial di dalam fase awal dan comforting menganggap bahwa bersosialisasi nyata sangat membahayakan Pasien halusinasi lebih asyik dengan halusinasinya seolah-olah itu tempat untuk bersosialisasi,

e) Dimensi Spiritual

Pasien halusinasi dalam spiritual mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, dan hilangnya aktivitas beribadah. Pasien halusinasi dalam setiap bangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya.

3. Jenis Halusinasi

Menurut Sutejo (2019) halusinasi terdiri dari beberapa jenis dengan karakteristik tertentu, diantaranya :

a. Halusinasi pendengaran (audotorik)

Gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara terutama suara orang. Biasanya mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

b. Halusinasi pengelihatan

(visual) Stimulus visual dalam bentuk beragam seperti bentuk pancaran cahaya, gambaran geometric, gambar kartun, panorama yang luas dan bayangan yang menakutkan.

c. Halusinasi penghidu (olfaktori)

Gangguan stimulus pada penghidu, yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis, dan bau menjijikan, tapi kadang terhidu bau harum.

d. Halusinasi peraba (taktil)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa ada stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

e. Halusinasi pengecap (gustatorik)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan.

f. Halusinasi sinestetik

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine.

4. Tahapan Proses Halusinasi

Tahapan proses terjadinya halusinasi terbagi (sutejo 2020) menjadi 4 tahap, yaitu :

a. Tahap I (*Comforting*)

Memberi rasa nyaman, tingkat ansietas sedang, secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan dengan karakteristik pasien mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan ketakutan, mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas, pikiran dan pengalaman masih dalam kontrol kesadaran. Perilaku pasien yang mencirikan dari tahap I (*Comforting*) yaitu tersenyum atau tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan berkonsentrasi.

b. Tahap II (*Condemning*)

Menyalahkan, tingkat kecemasan berat, secara umum halusinasi menyebabkan rasa antisipasi dengan karakteristik pengalaman sensori menakutkan, merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut, mulai merasa kehilangan control, menarik diri dari orang lain. Perilaku pasien yang mencirikan dari tahap II yaitu dengan terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah, perhatian dengan lingkungan berkurang, konsentrasi terhadap pengalaman sensorinya, kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realitas.

c. Tahap III (*Controlling*)

Mengontrol, tingkat kecemasan berat, pengalaman halusinasi tidak dapat ditolak lagi dengan karakteristik pasien menyerah dan menerima pengalamansensorinya (halusinasi), isi halusinasi menjadi atraktif, dan kesepian bila pengalaman sensori berakhir. Perilaku pasien pada tahap III ini adalah perintah halusinasi ditaati, sulit berhubungan dengan orang lain, perhatian terhadap lingkungan berkurang, hanya beberapa detik, tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, tampak tremor dan berkeringat.

d. Tahap IV (*Conquering*)

Pasien sudah sangat dikuasai oleh halusinasi, pasien tampak panik. Karakteristiknya yaitu suara atau ide yang datang mengancam apabila tidak diikuti. Perilaku pasien pada tahap IV adalah perilaku panik, resiko tinggi mencederai, agitasi atau kataton, tidak mampu berespon terhadap lingkungan

5. Rentang respon gangguan sensori persepsi: aditori

Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologist (Stuart, 2017). Ini merupakan respon persepsi paling maladaptif. Jika individu yang sehat persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indera (pendengaran, penglihatan, penghidung, pengecap, dan perabaan), pasien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus panca indera walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada. Diantara kedua respon tersebut adalah respon individu yang karena sesuatu hal

mengalami kelainan persepsi yaitu salah mempersepsikan stimulus yang diterimanya yang disebut sebagai ilusi. Pasien mengalami ilusi jika interpretasi yang dilakukannya terhadap stimulus panca indera tidak akurat sesuai stimulus yang diterima. Rentang respon halusinasi dapat dilihat pada gambar dibawah ini.

6. Rentang Respon Gangguan Persepsi Sensori

Respon Adaptif		Respon Maladaptif	
Pikiran logis	Kadang proses pikir terganggu	Gangguan proses pikir/waham	
Persepsi akurat	Ilusi	Halusinasi	
Emosi konsisten dengan pengalaman	Emosi berlebihan/berkurang	Tidak mampu mengatasi emosi	
Perilaku cocok	Perilaku yang tidak biasa	Perilaku tidak terorganisir	
Hubungan sosial positif	Menarik diri	Isolasi social	

(Sumber: Garcia (2018) Ajaran Keperawatan Jiwa)

(Gambar 2 : rentang respon gangguan persepsi sensori)

Keterangan

a) Respon Adaptif

Respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah dan akan dapat memecahkan masalah tersebut.

Adapun respon adaptif yakni :

- 1) Pikiran logis yaitu ide yang berjalan secara logis dan koheren.

- 2) Persepsi akurat yaitu proses diterimanya rangsangan melalui panca indra yang didahului oleh perhatian (attention) sehingga individu sadar tentang sesuatu yang ada di dalam maupun di luar dirinya.
- 3) Emosi konsisten adalah manifestasi perasaan yang konsisten atau efek keluar disertai banyak komponen fisiologik dan biasanya berlangsung tidak lama.
- 4) Perilaku sesuai yaitu perilaku individu berupa tindakan nyata dalam menyelesaikan masalah masih dapat diterima oleh norma-norma sosial dan budaya umum yang berlaku.
- 5) Hubungan sosial yaitu hubungan yang dinamis menyangkut antara individu dan individu, individu dan kelompok dalam bentuk kerja sama.

b) Respon Psikososial

Adapun respon psikososial yakni:

- 1) Pikiran terkadang menyimpang berupa kegagalan dalam mengabstrakan dan mengambil kesimpulan.
- 2) Ilusi merupakan pemikiran atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- 3) Emosi berlebihan dengan kurang pengalaman berupa reaksi emosi yang diekspresikan dengan sikap yang tidak sesuai.
- 4) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- 5) Menarik diri merupakan percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, baik dalam berkomunikasi maupun berhubungan sosial dengan orang-orang di sekitarnya.

c) Respon Maladaptif

Respon maladaptif merupakan respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan.

Adapun respon maladaptif yakni:

- 1) Kelainan pikiran (waham) merupakan keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan keyakinan sosial.
- 2) Halusinasi merupakan gangguan yang timbul berupa persepsi yang salah terhadap rangsangan.
- 3) Kerusakan proses emosi merupakan ketidakmampuan mengontrol emosi seperti menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan, kebahagiaan, dan kedekatan.
- 4) Perilaku tidak terorganisir merupakan ketidakaturan perilaku berupa ketidakselarasan antara perilaku dan gerakan yang di timbulkan.
- 5) Isolasi sosial merupakan kondisi dimana seseorang merasa kesepian tidak mau berinteraksi dengan orang lain lingkungan sekitarnya (Stuart, 2015).

7. Tanda dan gejala gangguan persepsi sensori: auditori

Klien dengan gangguan sensori persepsi auditori dapat memperlihatkan berbagai manifestasi klinis yang bisa kita amati dalam perilaku mereka sehari-hari. Menurut NANDA (2010), tanda dan gejala halusinasi meliputi: konsentrasi kurang, selalu berubah respon dari rangsangan, kegelisahan, perubahan sensori akut, mudah tersinggung, disorientasi waktu, tempat, dan orang, perubahan kemampuan pemecahan masalah, perubahan pola perilaku. Bicara dan tertawa

sendiri, mengatakan melihat dan mendengar sesuatu padahal objek sebenarnya tidak ada, menarik diri, mondar-mandir, dan mengganggu lingkungan juga sering ditemui pada pasien dengan halusinasi. Individu terkadang sulit untuk berpikir dan mengambil keputusan. Banyak dari mereka yang justru mengganggu lingkungan karena perilakunya itu. Pasien halusinasi biasanya dibawa ke rumah sakit dalam kondisi akut yang memperlihatkan gejala seperti bicara dan tertawa sendiri, berteriak-teriak, keluyuran, dan tidak mampu mengurus dirinya sendiri. Hal tersebut sebenarnya dapat dicegah apabila keluarga mengetahui tanda dan gejala awal dari halusinasi (Yusniphah, 2012)

8. Mekanisme Koping Gangguan Sensori Persepsi: auditori

Mekanisme Koping menurut Stuart (2019) yaitu perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi klien dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurologis maladaptif meliputi

- a. Regresif berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk mengatasi ansietas, yang menyisakan sedikit energi untuk aktivitas hidup sehari-hari.
- b. Proyeksi sebagai upaya untuk menjelaskan karancuan persepsi sensori.
- c. Menarik diri.

9. Penatalaksanaan Gangguan Sensori Persepsi: auditori

Terapi dalam jiwa bukan hanya meliputi pengobatan dan farmakologi, tetapi juga pemberian psikoterapi, serta terapi modalitas yang sesuai dengan gejala atau penyakit klien yang akan mendukung penyembuhan klien jiwa. Pada terapi tersebut juga harus dengan dukungan keluarga dan sosial akan memberikan peningkatan penyembuhan karena klien akan merasa berguna dalam

masyarakat dan tidak merasa diasingkan dengan penyakit yang dialaminya (Kusmawati & Hartono, 2010).

a. Psikofarmakologis

Farmakoterapi adalah pemberian terapi dengan menggunakan obat. obat yang digunakan untuk gangguan jiwa disebut dengan psikofarmaka atau psikotropika, pherentropika. Terapi gangguan jiwa dengan menggunakan obat-obatan disebut dengan psikofarmakoterpi atau medikasi psikotropika yaitu obat yang mempunyai efek terapeutik langsung pada proses mental penderita karena kerjanya pada otak / sistem saraf pusat. Obat bius berupa haloperidol, Alprazolam, Cpoz, Trihexphendyl.

b. Terapi Somatis

Terapi somatis adalah terapi yang diberikan kepada klien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladatif menjadi perilaku adaptif dengan melakuakn tindakan yang di tujukan pada kondisi fisik kien. Walaupun yang di beri perilaku adalah fisik klien, tetapi target adalah perilaku klien. Jenis somatik adalah meliputi penginkatan, terapi kejang listrik, isolasi, dan fototerapi.

1. Penginkatan

Pengikatan adalah terapi menggunakan alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik klien yang bertujuan untuk melindungi cedera fisik sendiri atau orang lain.

2. Terapi kejang listrik / Elekrto *convulsive* Therapy (ECT)

Adalah bentuk terapi pada klien dengan menimbulkan kejang (grandma) dengan mengalirkan arus listrik kekuatan rendah (2-8joule) melalui

elektroda yang ditempelkan beberapa detik pada pelipis kiri / kanan (lobus frontal) klien (Stuart, 2007).

3. Terapi Modalitas

Terapi Modalitas adalah terapi utama dalam keperawatan jiwa. Tetapi diberikan dalam upaya mengubah perilaku klien dan perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif. Jenis terapi modalitas meliputi psikoanalisis, psikoterapi, terapi perilaku kelompok, terapi keluarga, terapi rehabilitasi, terapi psikodrama, terapi lingkungan (Stuart, 2018)

C. Asuhan keperawatan gangguan persepsi sensori Auditori

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

Pengkajian keperawatan adalah suatu proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Budiono, 2016). Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misalnya, tanda vital, wawancara pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik, peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medis) (ppni, 2017).

Pengumpulan data yang perlu dikaji pada pasien skizofrenia menurut azizah, zainuri dan akbar (2016) adalah sebagai berikut :

1) Identitas pasien

Identitas pasien meliputi nama pasien, umur pasien, dan jenis kelamin pasien, pekerjaan.

2) Alasan Masuk,

alasan masuk pasien di rumah sakit jiwa

3) Faktor predisposisi

predisposisi ini biasanya berkaitan etiologi dari skizofrenia Mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada klien tentang faktor predisposisi, faktor predisposisi klien dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanya riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan.

4) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan : Tekanan Darah, Denyut Nadi, Respirasi : Suhu tubuh, : Berat dan Tinggi Badan.

5) Psikososial

a) Genogram

menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh. Pada klien dengan gangguan persepsi sensoris auditori perlu dikaji pola asuh keluarga dalam klien, hubungan sosial dalam keluarga dan faktor genetik.

b) Konsep diri

(1) Citra tubuh

Gangguan citra tubuh tanyakan persepsi terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai

(2) Identitas diri

identitas pribadi pasien dan identitas keluarga pasien

(3) Peran

Peran pasien dalam keluarga

(4) Ideal diri

keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan pasien terhadap lingkungan, terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya. pada pasien yang mengalami halusinasi cenderung tidak peduli dengan diri sendiri maupun sekitarnya.

(5) Harga diri

Harga diri rendah kronis, Harga diri rendah situasional

(6) Hubungan sosial

Orang yang berarti/terdekat Peran serta dalam kegiatan kelompok /masyarakat dan hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

1) Spiritual

Nilai dan keyakinan dan Kegiatan ibadah

6) Status mental

a. Penampilan

Penggunaan pakaian tidak sesuai cara berpakaian tidak seperti biasanya
Sindroma defisit perawatan diri (makan, mandi, berhias, toileting, instrumentasi

b. Pembicaraan

Meliputi pembicaraan yang di tanyakan adalah cepat keras, gagap, apatis
lambat membisu tidak mampu memulai pembicaraan

c. Aktivitas motoric

Risiko tinggi cedera, Defisit aktivitas diversional / hiburan Kerusakan
mobilitas fisik Perilaku kekerasan

d. Alam Perasaan

Alam perasaan yang ditanyakan mengenai sedih gembira berlebihan putus asa khawatir ketakutan

e. Afek .

a) Afek

Pasien tampak ekspresi wajah datar dan terkadang menyendiri terkadang bicara sendiri

f. Interaksi selama wawancara

Interaksi selama wawancara yang ditanyakan perasaan kontak mata kurang tidak kooperatif defensif mudah tersinggung curiga

g. Persepsi

Pengkajian yang ditanyakan tentang isi halusinasi frekuensi halusinasi waktu dan kapan terjadinya halusinasi konsistensinya

h. Proses pikir

Pasien bicara selalu nada datar

Isi pikirannya

Isi pikiran yang ditanyakan obsesi depersonalisasi fobia ideal yang terkait pasien somatik sisip pikir kebesaran curiga kontrol pikir

i. Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran pasien yang ditanyakan bingung sedasi stupor disorientasi waktu tempat orang

j. Tingkat konsentrasi menghitung

Tingkat konsentrasi mudah beralih tidak mampu berkonsentrasi tidak mampu berhitung sederhana

k. Memori

Memori yang ditanyakan meliputi Gangguan daya ingat jangka panjang Gangguan daya ingat saat ini Gangguan daya ingat jangka pendek Konfabulasi

l. kemampuan penilaian

Kemampuan penilaian yang ditanyakan gangguan ringan gangguan bermakna

m. tilik diri

Meliputi yang ditanyakan mengingkari penyakit yang diderita menyalahkan hal-hal di luar dirinya kondisinya ia mengetahui bahwa ia memiliki gangguan jiwa

n. Kebutuhan kebutuhan sehari-hari

Meliputi makan mandi berpakaian/berhias penggunaan obat istirahat dan tidur pemeliharaan kesehatan

o. Mekanisme koping

meliputi mampu menyelesaikan masalah Teknik relokasi Aktivitas konstruktif Olah raga menunjukkan perilaku dengan orang yang di sekitarnya, dan tidak terlibat dalam aktivitas, mengubah pandangan dan mencoba menyalahkan orang lain

p. Masalah psikososial

Biasanya meliputi masalah dengan dukungan kelompok berhubungan dengan lingkungan dengan pekerjaan, perumahan, tidak memiliki

masalah masa lalunya sehingga pasien menarik diri dari orang yang terderkat dan masyarakat.

q. Kurang Pengetahuan

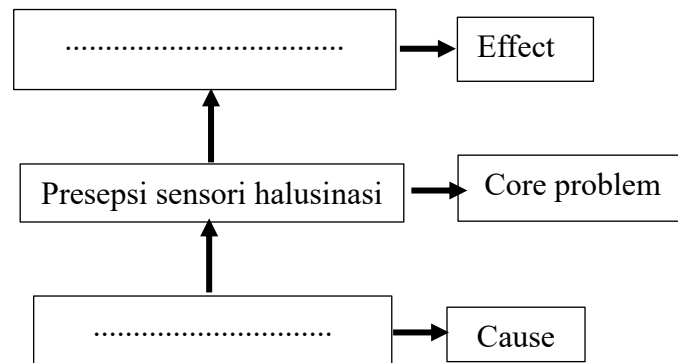
pasien ini disebabkan oleh kurangnya pengetahuan mengenai penyakit jiwa

a. Daftar masalah

Daftar masalah keperawatan adalah daftar yang mencakup berbagai kondisi kesehatan atau masalah yang dialami oleh pasien, yang memerlukan perhatian khusus dari perawat untuk memberikan asuhan yang tepat. Daftar ini merupakan bagian integral dari proses keperawatan digunakan sebagai dasar untuk merencanakan dan mengimplementasi perawatan yang berpusat pada pasien. dapat diuraikan dan dijelaskan terkait terjadinya persepsi sensori auditori

1. Mendengar suara yang tidak ada atau yang tidak nyata seperti orang yang berbicara
2. Gangguan konsentrasi : kesulitan memfokuskan tugas harian
3. Kecemasan ketakutan : mengalami kecemasan dan ketakutan yang berlebihan karena suara-suara yang didengarnya
4. Gangguan hubungan sosial kesulitan mempertahankan hubungan dengan orang lain

b. Pohon Masalah



2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

1. Gangguan persepsi sensori auditori berhubungan dengan isolasi sosial di tandai dengan pasien mengatkan mendegar suara yang mengajaknya mengobrol suara tersebut untuk pergi dari rumah ia muncul ketika pasien menyadari ketika malam hari frekuensi suara muncul selama 3 kali sehari suara muncul pasien gelisa menutupi telinganya dengan bantal sering bicara sendiri dan mondar-mandir di ruangan pasien tampak terlihat melamun

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian penentuan langkah–langkah keperawatan guna mengatasi masalah kesehatan yang dialami oleh pasien. Perencanaan keperawatan terdiri dari standar luaran (*outcome*) dan standar intervensi.

Standar luaran (*outcome*) merupakan aspek – aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan dibagi menjadi dua, yaitu luaran negatif dan luaran positif. Luaran negatif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang tidak sehat, sehingga penetapan luaran ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan. Sedangkan luaran positif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang sehat sehingga penetapan luaran ini mengarahkan intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan atau memperbaiki (PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan terdiri atas tiga komponen yaitu label, definisi, dan tindakan. Label adalah nama dari intervensi keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan. Definisi adalah komponen yang menjelaskan mengenai makna dari label intervensi keperawatan. Tindakan adalah rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

a. Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel. 1 Rencana Tindakan Keperawatam

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan Dan Krittrial Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Gangguan persepsi sensori (D.0085) Penyebab: 1) Gangguan penglihatan 2) Gangguan pendengaran 3) Gangguan penghiduan 4) Gangguan perabaan 5) Hipoksia Serebra 6) Penyalahgunaan zat 7) Usia lanjut 8) Pemajanan toksin lingkungan Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : 1) Mendengarkan suara bisikan atau melihat bayangan 2) Merasakan	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 6 hari di harapkan persepsi sensori membaik (L.09083) Dengan kriteria hasil: 1) Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2) Verbalisasi melihat bayangan menurun 3) Distorsi sensori menurun 4) Perilaku halusinasi menurun 5) Menarik diri menurun 6) Melamun menurun 7) Curiga menurun 8) Mondar-mandir menurun 9) Respons sesuai stimulus membaik 10) Konsentrasi	Manajemen halusinasi I. 02039 Tindakan Observasi 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan Tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri) Trapeutik 4. Pertahankan lingkungan yang aman 5. Lakukan Tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. Limit setting pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) 6. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 7. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi Edukasi

sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, atau pegecapan Objektif : 1) Distorsi sensori 2) Respons tidak sesuai 3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu Gejala dan Tanda Minor Subjektif : 1) Menyatakan kesal Objektif : 1) Menyendiri 2) Melamun 3) Konsentrasi buruk 4) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi 5) Curiga 6) Melihat ke	membaik 11) Orientasi membaik	8. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadi halusinasi 9. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 10. Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengar musik, melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi) 11. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi Kolaboras 12. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu 13. Terapi Pendukung Act Intervensi Inovasi <i>Acceptance and Commitment Therapy</i> Tahap Kerja 1. Mendiskusikan bersama pasien mengenai kejadian yang tidak menyenangkan, pikiran, dan perasaan yang muncul serta dampak perilaku yang muncul 2. Memberikan reinforcement positif atas kemampuan pasien.
---	---	--

	satu arah 7) Mondar- mandir 8) Bicara sendiri		3. Mendiskusikan upaya yang dilakukan terkait kejadian tidak menyenangkan yang dialami berdasarkan pada pengalaman pasien (bisa hubungan keluarga, sosial, pekerjaan, kesehatan atau spiritual) baik destruktif maupun konstruktif. 4. Memberikan reinforcement positif atas kerjasama pasien yang baik dan kemampuan pasien 5. Menilai perilaku yang dilakukan akibat dari pikiran dan perasaan yang timbul terkait kejadian tidak menyenangkan untuk diperbaiki 6. Memberikan reinforcement positif pada pasien 7. Mendiskusikan tentang komitmen yang dimiliki pasien yaitu apa yang dilakukan untuk menghindari berulangnya perilaku buruk yang terjadi 8. Melatih pasien cara berperilaku baik sesuai komitmen yang dimiliki pasien dalam menerima
--	--	--	---

			kejadian dan menghindari perilaku yang buruk
--	--	--	--

(Sumber : PPNI,SDKI,SIKI,SLKI 2018)

D. Konsep Intervensi Inovasi Terapi Penerimaan dan Komitmen

(Acceptance and Commitment Therapy)

1. Pengertian

Terapi Penerimaan dan Komitmen (*Acceptance and Commitment Therapy*) merupakan generasi baru dari terapi ACT yang memanfaatkan strategi penerimaan dan kesadaran dalam menghadapi suatu perubahan (Freeman, Arthur, Reinecke, Mark, Kazantzis, 2010). Menurut Hayes (2010), Acceptance And Commitment Therapy (ACT) merupakan suatu terapi yang bertujuan untuk meningkatkan aspek psikologi yang lebih fleksibel atau kemampuan untuk menjalani perubahan yang terjadi saat ini dengan lebih baik. Terapi penerimaan komitmen (*acceptance and commitment therapy*) mengidentifikasikan bahwa seseorang mengerti dan setuju. Sehingga disini ditekankan bahwa seseorang harus terlebih dahulu mengerti mengenai keadaannya. Setelah itu barulah ia bisa menerima dengan kondisinya. Supaya klien berkomitmen dengan apa yang sudah dipilih sesuai dengan nilai yang dimiliki maka konselor harus bisa membantu klien agar mengerti dan jelas dengan apa yang harus dilakukan melalui proses konseling dan klien harus bisa bertahan dengan apa yang dipilih

karena sudah melakukan komitmen. Konselor berdiskusi dengan klien bagaimana cara untuk mencapai hal tersebut. Salah satunya adalah melakukan perubahan pada perilaku klien untuk merubah pola perilaku yang maladaptive.

Kesimpulan *Acceptance And Commitment Therapy (ACT)* merupakan suatu terapi yang bertujuan memberikan tindakan intervensi kepada pasien gangguan persepsi sensori halusinasi dimana terapi Act ini berfokus pada intervensi yang diberikan salah satunya melakukan perubahan intervensi act.

2. Tujuan Terapi Penerimaan dan Komitmen (*Acceptance and Commitment Therapy*) Menurut Sulistiowati (2015) Terapi penerimaan dan komitmen (acceptance and commitment therapy) memiliki tiga tujuan utama yaitu:

- b. Mengajarkan penerimaan terhadap pikiran dan perasaan yang tidak diinginkan dan yang tidak bisa dikontrol oleh klien.
- c. Membantu klien dalam mencapai dan menjalani kehidupan yang lebih bermakna tanpa harus menghilangkan pikiran-pikiran kurang menyenangkan yang terjadi.
- d. Melatih klien untuk berkomitmen dan berperilaku dalam hidupnya berdasarkan nilai yang dipilih oleh klien sendiri

3. Indikasi Terapi Penerimaan dan Komitmen (*Acceptance and Commitment Therapy Act*)

Penerimaan dan komitmen (acceptance and commitment therapy) dapat digunakan dalam menangani masalah (Hayes, 2010) yaitu kecemasan, menangani masalah penyakit kronik, depresi, gangguan pola kebiasaan, masalah psikotik dan beberapa peneliti lainnya.

4. Kriteria Terapis Pada Terapi Penerimaan dan Komitmen (*Acceptance and Commitment Therapy*)

- a. Upayakan selalu tertarik dengan apa yang diinginkan oleh klien.
- b. Hendaklah menghormati apapun pengalaman klien sebagai sumber informasi.
- c. Dukung klien dalam merasakan dan memikirkan apa yang mereka rasakan dan pikirkan bahwa tidak semuanya itu benar dan kemudian menemukan apa yang terbaik.
- d. Membantu klien untuk bergerak ke arah yang lebih berharga baik dari cerita maupun reaksi spontan.
- e. Membantu klien mendeteksi pikiran dan perasaan aneh kemudian menerimanya, mengatasinya dan memindahkan ke dalam arah yang lebih bernilai sehingga dapat mengembangkan pola perilaku yang lebih efektif.
- f. Mengulangi terus menerus sampai klien membudaya

5. Prinsip Pelaksanaan Terapi Penerimaan dan Komitmen (*acceptance and commitment therapy*)

Berdasarkan penelitian Sulistiawati (2012), terhadap gejala halusinasi dan perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia, teknik pelaksanaan terapi ini terdapat enam prinsip terapi penerimaan dan komitmen (*acceptance and commitment therapy*) yaitu:

- a. *Acceptance* Menerima pikiran dan perasaan meskipun terdapat hal yang tidak diinginkan/tidak menyenangkan seperti rasa bersalah, rasa malu, rasa cemas, dan lainnya. Klien berusaha menerima apa yang mereka punya dan miliki dengan maksud untuk mengakhiri penderitaan jangka panjang

yang dialami tanpa merubah atau membuang pikiran yang tidak diinginkan, tetapi dengan melakukan berbagai cara latihan untuk mencapai kesadaran, klien belajar untuk dapat hidup dengan menjadikan stresor sebagai bagian hidupnya.

- b. *Cognitive Defusion* Merupakan teknik untuk mengurangi penolakan terhadap pikiran atau pengalaman yang tidak menyenangkan.
- c. *Being Prasent* Klien dibantu untuk mendapatkan pengalaman yang lebih terarah sehingga perilaku yang dianjurkan menjadi lebih fleksibel dan kegiatan yang dilakukan menjadi lebih konsisten sesuai dengan nilai yang dianutnya. Klien dibantu untuk memilih arah hidup mereka dengan cara mengidentifikasi dan fokus pada apa yang mereka inginkan dan nilai apa yang akan mereka pilih untuk hidup mereka sehingga dapat mencapai tujuan hidup yang lebih berharga.
- d. *Selft ascontex* Klien melihat dirinya sebagai pribadi tanpa harus menghakimi dengan nilai benar atau salah. Klien dibantu untuk lebih fokus pada dirinya sendiri dengan cara latihan pikiran dan pengalaman.
- e. *Value* Klien dibantu untuk menetapkan nilai-nilai dan mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang sesuai dengan tujuan hidupnya.
- f. *Commited Action* Klien berkomitmen secara verbal dan tindakan terhadap kegiatan yang akan dipilih termasuk langkah yang diambil untuk mencapai tujuan hidup yang lebih berharga.

6. Pedoman Pelaksanaan Terapi Penerimaan dan Komitmen (*Acceptance and Commitment Therapy*)

Pada pelaksanaan yang telah dikembangkan oleh Sulistiowati (2012) telah memodifikasi menjadi empat prinsip dasar terapi penerimaan dan komitmen (*acceptance and commitment therapy*) dengan menggabungkan dua prinsip dasar yaitu acceptance dan cognitive defusion untuk mengidentifikasi kejadian, pikiran, dan perasaan yang muncul serta dalam perilaku yang muncul akibat pikiran dan perasaan, present moment dan value untuk mengidentifikasi nilai berdasarkan pengalaman klien, committed action untuk berlatih menerima kejadian dengan menggunakan nilai yang dipilih, dan berkomitmen untuk mencegah kekambuhan.

b. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan atau tindakan keperawatan merupakan perilaku spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk melakukan Tindakan keperawatan yang telah direncanakan (intervensi keperawatan). Tindakan keperawatan pada intervensi keperawatan terdiri dari observasi, terapeutik, kolaborasi dan edukasi (PPNI, 2018). Implementasi adalah tindakan yang direncanakan dalam rencana keperawatan (Tarwonto, 2015). Perawat melakukan pengawasan terhadap keberhasilan intervensi yang dilakukan, dan menilai perkembangan pasien terhadap pencapaian tujuan atau hasil yang diharapkan. Implementasi keperawatan adalah suatu komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan dari asuhan keperawatan yang dilakukan. Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai

tujuan yang ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Nursalam, 2011).

c. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah hasil yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosis keperawatan. Evaluasi keperawatan merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan kebersihan dari diagnosis keperawatan rencana intervensi dan implementasinya, evaluasi sebagai suatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan pasien. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien untuk mencapai tujuan, hal ini dapat dilakukan dengan melihat respon pasien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan (Nursalam, 2011). Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah Soap. S: Subjektif yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien, O: Objektif yaitu data yang diobservasi oleh perawat, A: Assessment yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P: Planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis SOAP Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan soap sebagai pola pikir, dimana masing-masing huruf tersebut dapat diuraikan sebagai berikut (dalam Ermawati, 2014)

S : (subjek) : respon subjek kalian terhadap tindakan keperawatan yang telah di laksanakan

O : Objektif : respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah di laksanakan

A : (Analisi) : analisi ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada yang komtrakdiksi dengan masalah yang ada

P : (Perencanaan) : perencanaan atau tindakan lanjut berdasarkan hasil analisi pada respon klien