

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 1: Mendengarkan Musik Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori**

##### **1 Terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori sesi 1: mendengarkan musik**

###### **a. Pengertian**

Terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori merupakan terapi yang diberikan dengan menstimulus semua panca indra pada pasien sehingga terjadi perubahan perilaku dan memberikan respon yang adekuat (Keliat, 2012). Terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori merupakan aktivitas yang digunakan untuk memberikan stimulasi pada sensori pasien, kemudian diobservasi reaksi sensori pasien berupa ekspresi emosi atau perasaan melalui gerakan tubuh, ekspresi muka, ucapan. Teknik yang digunakan meliputi fasilitas penggunaan pancaindera dan kemampuan mengekspresikan stimulus baik dari internal maupun eksternal (Purwaningsih, 2009).

Terapi stimulasi sensori sesi 1: mendengarkan musik adalah pemberian stimulasi kepada pasien dengan menggunakan suara agar terjadi perubahan perilaku. Terapi musik adalah terapi yang digunakan untuk meningkatkan kemampuan berfikir dan mental dengan menggunakan rangsangan suara. Pada pasien gangguan jiwa, pemberian terapi musik dapat digunakan untuk memulihkan dan meningkatkan kemampuan emosional dan sosial, meningkatkan fungsi kehidupan sehari-hari khususnya dalam meningkatkan pemenuhan kebutuhan dasar dalam beraktivitas (Djohan, 2009).

b. Jenis terapi aktivitas kelompok

Menurut Kusumawati & Hartono, (2011) secara umum jenis terapi aktivitas kelompok terdiri dari 4 jenis, yaitu:

- 1) Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi
- 2) Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori
- 3) Terapi Aktivitas Kelompok Orientasi Realitas
- 4) Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi

c. Tujuan tak stimulasi sensoris

Tujuan dari pemberian terapi aktivitas kelompok stimulasi sensoris dibagi menjadi dua yaitu tujuan umum dan tujuan khusus (Keliat, 2012):

1) Tujuan umum:

Tujuan umum klien dapat berespon terhadap stimulus panca indera yang diberikan secara adekuat.

2) Tujuan khusus:

- a) Dapat meningkatkan kemampuan sensoris pasien
- b) Pasien dapat mengontrol halusinasinya
- c) Pasien dapat mengekspresikan perasaannya
- d. Aktivitas dan indikasi

Klien yang mempunyai indikasi TAK-Stimulasi Sensoris adalah klien isolasi sosial, menarik diri, harga diri rendah, halusinasi. Aktivitas Stimulasi sensoris dapat berupa stimulus terhadap penglihatan, pendengaran dan lain-lain, seperti gambar, video, tarian, dan nyanyian.

Terapi Aktivitas Stimulasi Sensori terdiri dari 3 sesi, yaitu sesi 1: mendengarkan musik, sesi 2: menggambar, dan sesi 3: menonton tv/video (A. B. Keliat, 2012).

e. Prosedur TAK stimulasi sensoris sesi 1: mendengarkan musik

Menurut Keliat, (2012) prosedur pemberian terapi aktivitas kelompok stimulasi sensoris sesi 1: mendengarkan musik adalah sebagai berikut:

1) Tujuan :

- a. Pasien mampu mengenali musik yang didengar
- b. Pasien mampu memberi respon terhadap musik yang didengar
- c. Pasien mampu menceritakan perasaannya setelah mendengarkan musik

2) Setting :

- a. Pasien dan terapis duduk bersama dalam lingkaran
- b. Ruangan yang nyaman dan tenang

3) Alat

- a. Tape recorder
- b. Kaset lagu dangdut, lagu mellow, rohani (religius)
- c. Bola tenis
- d. Jadwal kegiatan pasien

4) Metode

- a. Dinamika kelompok
- b. Bermain peran/simulasi
- c. Diskusi dan tanya jawab

5) Langkah kegiatan

- a. Persiapan
  - 1) Membuat kontrak dengan pasien yang sesuai dengan indikasi gangguan persepsi sensori, isolasi sosial, harga diri rendah dan tidak mau bicara
  - 2) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
- b. Orientasi
  - 1) Salam terapeutik
    - a) Memberikan salam kepada pasien
    - b) Pasien dan terapis memakai name tag
  - 2) Evaluasi atau validasi
    - a) Menanyakan perasaan pasien saat ini
  - 3) Kontrak
    - 1) Terapis menjelaskan tujuan kegiatan, yaitu mendengarkan musik
    - 2) Terapis menjelaskan aturan main berikut :
      - a) Jika ada pasien yang ingin meninggalkan kelompok, harus minta ijin kepada terapis
      - b) Lama kegiatan 60 menit
      - c) Setiap pasien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
- c. Tahap kerja
  - 1) Terapis mengajak pasien untuk berdiskusi mengenai manfaat mendengarkan musik, tanyakan ke masing-masing pasien. Bila ada pasien yang tidak menjawab, beri stimulus hingga pasien bisa menjawab
  - 2) Terapis menjelaskan bahwa akan diputar lagu, pasien boleh tepuk tangan atau berjoget sesuai dengan irama lagu.

- 3) Terapis memutar lagu pilihan masing-masing pasien, pasien mendengar boleh berjoget, tepuk tangan. Terapis mengobservasi respon pasien terhadap musik
- 4) Setelah musik selesai diputar, pasien diminta menceritakan isi dari lagu tersebut dan perasaan mereka setelah mendengarkan lagu hingga semua pasien mendapat giliran.
- 5) Terapis memberikan pujian, setiap pasien menceritakan perasaannya, dan mengajak pasien lain bertepuk tangan.

d. Tahap terminasi

1) Evaluasi

- a) Terapis menanyakan perasaan pasien setelah mengikuti TAK.
- b) Terapi meminta pasien menjelaskan mengenai musik yang didengar

2) Tindak lanjut

Terapis menganjurkan pasien untuk mendengarkan musik yang disukai dan bermakna dalam kehidupannya.

3) Kontrak yang akan datang

- a) Menyepakati TAK yang akan datang yaitu menggambar.
- b) Menyepakati waktu dan tempat.

e. Evaluasi dan dokumentasi

1) Evaluasi

Evaluasi dilakukan saat proses TAK berlangsung, khususnya pada tahap kerja aspek yang dievaluasi adalah kemampuan pasien sesuai dengan tujuan TAK. Untuk TAK stimulasi sensori mendengar musik, kemampuan pasien yang diharapkan dalam mengikuti kegiatan, respon terhadap musik, memberi pendapat tentang musik yang didengar dan perasaan saat mendengar musik.

## 2) Dokumentasi

Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat TAK pada catatan proses keperawatan tiap pasien. Misalnya pasien mengikuti TAK stimulasi sensoris sesi 1: dianjurkan pasien untuk mendengarkan musik dengan teratur diruang rawat (buat jadwal).

## **2 Gangguan persepsi sensoris**

### a. Definisi

Halusinasi atau gangguan persepsi sensoris yaitu ketidakmampuan manusia dalam membedakan stimulus internal (pikiran) dan eksternal (dunia luar). Pasien memberikan persepsi atau pendapat mengenai lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang sesungguhnya. Sebagai contoh pasien mengatakan mendengar suara tetapi sebenarnya tidak ada orang yang berbicara. Halusinasi adalah suatu gangguan jiwa dimana pasien tersebut mengalami perubahan sensoris persepsi merasakan sensoris yang tidak nyata berupa penglihatan suara, pengecapan, perabaan atau penghiduan (Stuart dan Sundeen, 2007).

### b. Jenis-jenis halusinasi

Menurut Stuart dan Sundeen (2007) halusinasi terdiri dari beranekaragam jenis yaitu :

- 1) Halusinasi pendengaran (auditorik) : Gangguan persepsi dimana pasien mendengar suara-suara bisikan, biasanya klien mendengar suara orang yang sedang berbicara apa yang sedang dipikirkannya dan menyuruh untuk melakukan sesuatu.

- 2) Halusinasi Penghilatan (Visual) : Respon visual dalam bentuk beragam seperti bentuk pancaran cahaya. Gambaran bentuk, gambar kartun dan/atau gambaran yang luas dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan.
- 3) Halusinasi penghidu (olfaktori) : Yaitu gangguan respon pada bau yang tidak enak seperti : darah, urine, feses, dan beberapa kadang tercium bau harum biasanya berhubungan dengan tumor, kejang dementia dan stroke.
- 4) Halusinasi peraba (taktil, kinaestetik) : yaitu gangguan stimulus yang ditandai dengan rasa sakit atau tidak nyaman tanpa stimulus yang jelas atau nyata. Contoh : merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain
- 5) Halusinasi pengecap (gustatorik) : yaitu gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan sesuatu yang amis, busuk dan menjijikan.
- 6) Halusinasi sinestetik : yaitu gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine.

c. Fase-fase dalam halusinasi

Menurut Stuart & Laraia (2007) tahap dari terjadinya halusinasi terdiri dari 4 fase dan setiap fase memiliki ciri yang berbeda yaitu :

1) Fase I

Pada fase ini, pasien mengalami perasaan mendalam seperti ansietas, rasa bersalah dan takut serta mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan ansietas. Disini pasien tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan lidah tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, diam dan asyik sendiri.

## 2) Fase II

Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan. Pasien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak darinya dengan sumber yang dipersepsikan. Terlalu fokus dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dengan realita.

## 3) Fase III

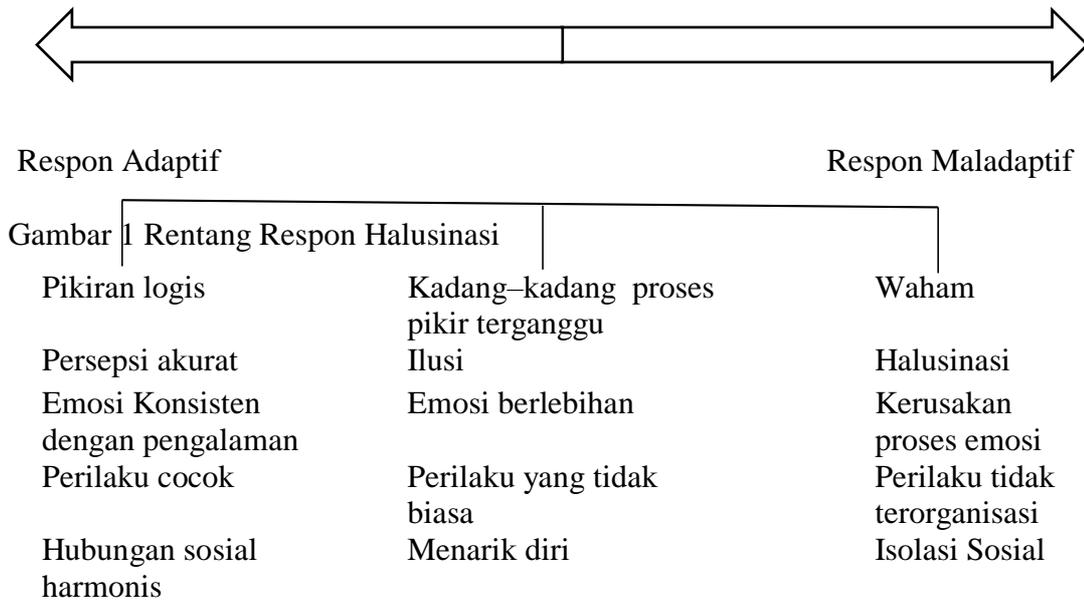
Pasien tidak meneruskan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Di sini pasien sukar berhubungan dengan orang lain, berkeringan, tremor, tidak mampu mematuhi perintah dari orang lain dan berada dalam kondisi yang sangat menegangkan terutama jika akan berhubungan dengan orang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

## 4) Fase IV

Stimulus sensori menjadi berbahaya apabila pasien melakukan perintah halusinasinya. Maka bisa terjadi perilaku kekerasan menarik diri, agitasi, respon kacau dan kondisi pasien sangat membahayakan.

d. Rentang respon

Menurut Stuart dan Sundeen (2007) rentang respon dapat digambarkan sebagai berikut :



(Sumber: Stuart dan Sundeen. *Keperawatan Jiwa (6th ed.)*, 2007)

e. Proses terjadinya masalah

1) Faktor predisposisi

Menurut Stuart dan Sundeen (2007) faktor predisposisi yang menyebabkan halusinasi adalah :

a) Faktor perkembangan

Tugas perkembangan pasien tidak seimbang contohnya kurangnya kontrol dan hubungan dengan keluarga menyebabkan pasien tidak bisa mandiri sejak dini, mudah frustasi, hilangnya percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

b) Faktor sosiokultural

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

c) Faktor biokimia

Merupakan pengaruh terhadap terjadinya kelainan jiwa. Adanya stress yang meningkat dialami seseorang maka di dalam tubuh akan diciptakan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stress berkelanjutan yang menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak.

d) Faktor psikologis

Jenis kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab mempermudah terjerumusnya pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini mempengaruhi pada ketidakmampuan pasien dalam mengambil keputusan yang sesuai demi masa depannya. Pasien lebih memutuskan kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

e) Faktor genetik dan pola asuh

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

2) Faktor presipitasi

Menurut Stuart dan Sundeen (2007) faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah :

a) Biologis

Permasalahan dalam interaksi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta ketidaknormalan pada mekanisme pintu masuk ke otak yang

menyebabkan ketidak sanggupan untuk secara memilih menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

b) Stress lingkungan

Batasan toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

c) Sumber koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stress.

f. Tanda & gejala

Menurut Stuart dan Sundeen (2007) perilaku pasien yang berkaitan dengan halusinasi adalah sebagai berikut :

- a) Bicara, senyum, ketawa sendiri
- b) Bibir tampak bergerak tanpa suara, mata yang bergerak cepat, dan respon verbal yang terhambat
- c) Menarik diri dari orang lain, dan berusaha untuk menghindari diri dan orang lain.
- d) Tidak mampu membedakan antara kondisi nyata dan kondisi yang tidak nyata.
- e) Denyut jantung meningkat, pernafasan dan tekanan darah.
- f) Fokus terhadap sekitar yang kurang atau hanya beberapa detik dan berfokus hanya dengan pengalaman sensorinya.
- g) fokus dengan lingkungan yang kurang atau hanya sekian detik dan konsentrasi dengan pengalaman sensorinya.
- h) Tidak percaya, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain dan lingkungannya) dan cenderung takut.
- i) Sulit berhubungan dengan orang lain.

- j) Muka tampak tegang, mudah tersinggung, jengkel dan marah.
- k) Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat.
- l) Tampak tremor dan berkeringat, perilaku panik, agitasi dan kataton.

g. Akibat

Dampak dari halusinasi adalah berisiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan. Hal ini karena pasien berada di bawah halusinasinya yang menyuruh dia untuk melakukan sesuatu diluar kesadarannya sendiri.

h. Mekanisme koping

- 1) Regresi : Mengakibatkan pasien menjadi malas untuk melakukan aktivitas sehari-hari.
- 2) Proyeksi : Menerangkan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.
- 3) Menarik diri : Tidak mampu mempercayai orang lain dan hanya berfokus dengan stimulus internalnya.

i. Penatalaksanaan

Pengobatan harus secepat mungkin diberikan, disini peran keluarga sangat penting karena setelah mendapatkan perawatan di Rumah Sakit Jiwa, pasien dinyatakan boleh pulang sehingga keluarga mempunyai peranan yang sangat penting untuk merawat pasien, membuat lingkungan keluarga yang aman dan kondusif dan pengawas minum obat (Stuart dan Sundeen, 2007).

1) Farmakoterapi

Neuroleptika dengan dosis yang benar, berguna pada penderita skizofrenia yang kronis, hasilnya lebih sering jika mulai diberi dalam dua tahun penyakit.

Neuroleptika dengan dosis yang tepat dan efektif berfungsi pada penderita dengan psikomotorik yang meningkat (Stuart dan Sundeen, 2007).

## 2) Terapi kejang listrik

Menurut Stuart dan Sundeen (2007) terapi kejang listrik merupakan terapi yang menyebabkan kejang grandmall secara artificial caranya adalah dengan melewati aliran listrik melalui electrode yang dihubungkan pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik dapat diberikan pada skizofrenia yang tidak efektif dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi diberikan kejang listrik 4-5 joule/detik.

## 3) Psikoterapi dan rehabilitasi

Menurut Stuart dan Sundeen (2007) psikoterapi suportif individu atau kelompok menolong pasien dalam berhubungan dengan praktis dan efisien dengan tujuan untuk menyiapkan pasien untuk kembali ke dalam lingkungan masyarakat, juga terapi tersebut bekerja sangat baik untuk mendorong pasien bergaul dengan orang lain, pasien lain, perawat dan dokter. Maka pasien tidak mengisolasi diri karena dapat membuat kebiasaan yang kurang baik sehingga dianjurkan untuk melakukan permainan atau latihan bersama, seperti terapi modalitas yang terdiri dari

### a) Terapi aktivitas

Terapi musik yaitu fokus mendengarkan dan memainkan alat musik dan bernyanyi untuk menggunakan musik sebagai media relaksasi yang disukai pasien. Terapi seni yaitu fokus untuk mengungkapkan perasaan dengan berbagai pekerjaan seni. Terapi menari yaitu fokus pada ekspresi perasaan melalui gerakan tubuh.

Terapi relaksasi yaitu belajar dan praktek relaksasi dalam kelompok rasional koping/prilaku maladaptif/deskriptif, meningkatkan partisipasi dan kesenangan pasien dalam kehidupan.

b) Terapi sosial

Pasien bersosialisasi dengan pasien lain.

c) Terapi kelompok

Terapi group (kelompok terapeutik), terapi aktivitas kelompok, terapi aktivitas kelompok stimulus persepsi halusinasi sesi 1 mengenal halusinasi, sesi 2 mengontrol halusinasi dengan menghardik, sesi 3 mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan, sesi 4 mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap, sesi 5 mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat.

d) Terapi lingkungan

Adalah terapi yang menggunakan suasana di rumah sakit dibuat seperti suasana di dalam keluarga (*home like atmosphere*).

**B. Konsep Asuhan Keperawatan Pemberian Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Sensori Sesi 1: Mendengarkan Musik Untuk Mengontrol Gangguan Persepsi Sensori Pada Pasien Skizofrenia**

**1 Pengkajian keperawatan**

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

a. Gejala dan tanda mayor

1) Subjektif

a) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan.

b) Merasakan sesuatu melalui indera penglihatan, penciuman, perabaan atau pengecapan.

2) Objektif

a) Distorsi sensori.

b) Respon 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 dan situasi.

e) Curiga.

f) Melihat ke satu arah.

g) Mondar mandir.

h) Bicara sendiri.

## **2 Diagnosa keperawatan**

Rumusan diagnosa keperawatan menurut buku saku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia adalah gangguan persepsi sensori.

### 3 Rencana keperawatan

Menurut A. Keliat (2005) rencana keperawatan gangguan persepsi sensori halusinasi yaitu :

a. Tujuan Umum (TUM)

Pasien memiliki persepsi sensori yang realistik

b. Tujuan Khusus (TUK)

1) TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria hasil : Setelah dilakukan pertemuan, pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat dengan kriteria :

- a) Ekspresi wajah bersahabat
- b) Menunjukkan rasa senang
- c) Ada kontak mata
- d) Mau berjabat tangan
- e) Mau menyebutkan nama
- f) Mau membalas salam
- g) Mau duduk berdampingan dengan perawat
- h) Mau mengungkapkan perasaannya.

Rencana tindakan keperawatan : Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik :

- a) Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal.
- b) Perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan perawat berkenalan.
- c) Tanyakan nama lengkap dan panggilan yang disukai pasien.
- d) Buat kontrak yang jelas.

- e) Tunjukkan sikap jujur dan menunjukkan sikap empati serta menerima apa adanya.
- f) Beri perhatian kepada pasien dan perhatikan kebutuhan dasar pasien.
- g) Beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya.
- h) Dengarkan ungkapan pasien dengan penuh perhatian pada ekspresi perasaan pasien.

2) TUK 2 : Pasien dapat mengenal halusinasinya

Kriteria hasil : Setelah dilakukan pertemuan pasien dapat menyebutkan :

- a) Isi
- b) Waktu
- c) Frekuensi
- d) Situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi

Rencana tindakan keperawatan :

- a) Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap
- b) Observasi tingkah laku yang terkait dengan halusinasi (verbal dan non verbal)
- c) Bantu mengenal halusinasinya, jika menemukan pasien sedang halusinasi tanyakan apakah ada melihat, jika pasien menjawab iya lanjutkan apa yang dialaminya. Katakan bahwa perawat percaya pasien mengalami hal tersebut, namun perawat sendiri tidak mengalaminya (dengan nada bersahabat, tidak menuduh dan menghakimi). Jika pasien tidak sedang berhalusinasi, klarifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi, diskusikan dengan pasien, isi, waktu dan frekuensi halusinasi (pagi, siang, sore, malam atau sering, jarang) situasi dan kondisi yang dapat memicu muncul atau tidaknya halusinasi. Diskusi tentang apa yang dirasakan saat terjadi halusinasi. Dorong untuk

mengungkapkan perasaan saat terjadi halusinasi. Diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya jika pasien menikmati halusinasinya.

3) TUK 3 : Pasien dapat mengontrol halusinasinya

Kriteria hasil : Setelah dilakukan pertemuan pasien menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya. Pasien mampu menyebutkan cara baru mengontrol halusinasinya. Pasien dapat memilih dan mendemonstrasikan cara mengatasi halusinasi. Pasien melaksanakan cara yang dipilih untuk mengendalikan halusinasinya. Pasien mengikuti terapi aktivitas kelompok.

Rencana tindakan keperawatan :

- a) Identifikasi bersama tentang cara tindakan jika terjadi halusinasi
- b) Diskusikan manfaat cara yang digunakan pasien. Jika cara tersebut adaptif beri pujian . Jika mal adaptif diskusikan dengan pasien kerugian cara tersebut
- c) Diskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol halusinasi pasien. Menghardik halusinasi, katakan pada diri sendiri bahwa ini tidak nyata (saya tidak mau mendengar pada saat halusinasi terjadi). Menemui orang lain untuk bercakap-cakap jika halusinasi datang. Memuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari-hari yang telah disusun. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat untuk mengendalikan halusinasinya.
- d) Bantu pasien memilih cara yang sudah dianjurkan dan latih untuk mencobanya
- e) Pantau pelaksanaan tindakan yang telah dipilih dan dilatih, jika berhasil beri pujian
- f) Libatkan pasien dalam TAK: Stimulasi sensori sesi 1: mendengarkan musik

4) TUK 4 : Pasien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya

Kriteria Hasil : Setelah dilakukan pertemuan, keluarga menyatakan setuju untuk mengikuti pertemuan dengan perawat. Keluarga mampu menyebutkan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya dan tindakan mengendalikan halusinasi.

Rencana tindakan keperawatan :

- a) Buat kontrak pertemuan dengan keluarga ( waktu, tempat, topic )
- b) Diskusikan dengan keluarga : Pengertian halusinasi, tanda dan gejala, proses terjadinya, cara yang bisa dilakukan oleh pasien dan keluarga untuk memutus halusinasi, obat halusinasi, cara merawat pasien halusinasi, beri informasi waktu follow up atau kapan perlu mendapat bantuan.
- c) Beri reinforcement positif atas keterlibatkan keluarga
- 5) TUK 5 : Pasien dapat menggunakan obat dengan prinsip 12 benar

Kriteria Hasil : Setelah dilakukan pertemuan pasien dapat menyebutkan :

- a) Manfaat minum obat.
- b) Kerugian tidak minum obat.
- c) Nama, warna, dosis, efek terapi, efek samping.

Pasien mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar, pasien menyebutkan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter.

Rencana tindakan keperawatan :

- a) Diskusikan tentang manfaat dan kerugian tidak minui obat, dosis, nama, frekuensi, efek dan efek samping minum obat
- b) Pantau saat pasien minum obat
- c) Anjurkan pasien minta sendiri obatnya pada perawat
- d) Beri reinforcemen jika pasien menggunakan obat dengan benar
- e) Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter

- f) Anjurkan pasien berkonsultasi dengan dokter/perawat jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan

#### **4 Implementasi keperawatan**

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan rencana keperawatan. Implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan perencanaan. Perawat melakukan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk rencana yang disusun dalam tahap rencana dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon klien terhadap tindakan tersebut (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2011). Observasi pelaksanaan asuhan keperawatan pemberian terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori sesi 1: mendengarkan musik untuk mengontrol halusinasi pada pasien skizofrenia dilakukan dengan cara mengobservasi pasien saat mendengarkan musik dan mengamati perkembangan pasien setelah mendengarkan musik tersebut.

#### **5 Evaluasi keperawatan**

Menurut (Kozier et al., 2011), evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan. Dalam konteks ini, evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika klien dan profesional kesehatan menentukan kemajuan klien menuju pencapaian tujuan atau hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan. Menurut PPNI (2017) evaluasi pada pasien dengan isolasi sosial antara lain. Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk data subjektif dan objektif diantaranya sebagai berikut:

S : Pasien mengatakan dapat mengontrol halusinasinya, pasien mengatakan tidak mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, pasien mengatakan perasaannya setelah mendengarkan musik

O : Pasien nampak mampu mengikuti kegiatan terapi aktivitas kelompok stimulasi sensori sesi 1: mendengarkan musik untuk mengontrol halusinasi, pasien nampak tidak melamun dan tidak bicara sendiri, pasien nampak mampu mengontrol halusinasinya.