

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Terapi Okupasi Aktivitas Waktu Luang untuk Mengontrol Gangguan Persepsi Sensori pada Pasien Skizofrenia

1. Terapi okupasi aktivitas waktu luang

a. Pengertian

Terapi okupasi berasal dari kata *occupational* dan *therapy*. *Occupational* berarti suatu pekerjaan, sedangkan *therapy* yang berarti pengobatan. Sedangkan aktivitas waktu luang adalah aktivitas yang bertujuan untuk mengalihkan pasien dari halusinasi yang dialaminya. Jadi terapi okupasi aktivitas waktu luang adalah suatu cara atau bentuk psikoterapi *supportif* yang penting dilakukan untuk meningkatkan kesembuhan pasien melalui aktivitas yang disenangi pasien untuk mengalihkan halusinasinya (Djunaedi & Yitnarmuti, 2008). Menurut Nasir & Muhith (2011) terapi okupasi aktivitas waktu luang adalah perpaduan antara seni dan ilmu pengetahuan untuk mengarahkan pasien kepada aktivitas selektif, agar kesehatan dapat ditingkatkan serta dipertahankan, dan mencegah kecacatan melalui kegiatan dan kesibukan kerja untuk penderita cacat mental maupun fisik. Jadi dapat disimpulkan terapi okupasi aktivitas waktu luang merupakan suatu cara atau bentuk psikoterapi *supportif* untuk mengarahkan pasien kepada aktivitas selektif yang disenangi pasien yang bertujuan untuk mengalihkan halusinasinya.

b. Fungsi dan tujuan terapi okupasi aktivitas waktu luang

Terapi okupasi aktivitas waktu luang dapat berbagai macam aktivitas yang direncanakan dan disesuaikan dengan tujuan pemberian dari terapi (Nasir &

Muhith, 2011). Sehingga fungsi diberikan terapi okupasi aktivitas waktu luang adalah sebagai berikut :

- 1) Terapi khusus untuk pasien mental/jiwa.
 - a) Menciptakan suatu kondisi tertentu dimana pasien dapat mengembangkan kemampuannya untuk dapat berhubungan dengan orang lain dan masyarakat disekitarnya.
 - b) Membantu dalam melampiaskan emosi secara wajar dan produktif.
 - c) Membantu pasien untuk menemukan kemampuan kerja yang sesuai dengan bakat dan keadaannya.
 - d) Membantu dalam pengumpulan data guna penegakan diagnosis dan penetapan terapi lainnya.
- 2) Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi fisik, meningkatkan ruang gerak sendi, kekuatan otot, dan koordinasi gerakan.
- 3) Mengajarkan aktivitas kehidupan sehari-hari seperti makan, berpakaian, belajar menggunakan fasilitas umum (telepon, televisi, dan lain-lain), baik dengan maupun tanpa alat bantu, mandi yang bersih dan lain-lain.
- 4) Membantu pasien untuk menyesuaikan diri dengan pekerjaan rutin di rumahnya, dan memberi saran penyederhanaan (*simplifikasi*) ruangan maupun letak alat-alat kebutuhan sehari-hari.
- 5) Meningkatkan toleransi kerja, memelihara dan meningkatkan kemampuan yang masih ada.
- 6) Membantu pasien untuk menerima kenyataan dan menggunakan waktu selama masa rawat dengan efektif.
- 7) Mengarahkan minat dan hobi agar dapat digunakan kembali ke keluarga.

c. Peranan terapi okupasi aktivitas waktu luang dalam pengobatan

Aktivitas dipercaya sebagai penghubung antara batin dan dunia luar. Melalui aktivitas manusia dihubungkan dengan lingkungan, kemudian mempelajarinya, mencoba keterampilan atau pengetahuan, mengekspresikan perasaan, memenuhi kebutuhan fisik maupun emosi, mengembangkan kemampuan dan sebagai alat untuk mencapai tujuan hidup (Nasir & Muhith, 2011).

Aktivitas yang diberikan dalam terapi okupasi aktivitas waktu luang digunakan sebagai media untuk terapi, evaluasi, rehabilitasi maupun diagnosis. Dengan mengobservasi dan mengevaluasi pasien saat melakukan suatu aktivitas dan menilai hasil pekerjaan tersebut dapat ditentukan pemberian terapi selanjutnya dari pasien tersebut. Penting untuk dipahami bahwa aktivitas dalam terapi okupasi aktivitas waktu luang tidak untuk menyembuhkan atau mengobati, tetapi hanya sebagai media. Diskusi yang terarah setelah penyelesaian suatu aktivitas adalah sangat penting karena diskusi yang terarah setelah penyelesaian suatu aktivitas adalah sangat penting karena dalam kesempatan tersebut terapis dapat mengarahkan pasien dan pasien dapat belajar mengenal dan mengatasi persoalannya (Nasir & Muhith, 2011).

d. Indikasi terapi okupasi aktivitas waktu luang

Menurut Direja (2011) adapun indikasi dari pemberian terapi okupasi aktivitas waktu luang adalah klien dengan kelainan tingkah laku disertai dengan kesulitan berkomunikasi.

- 1) Ketidak mampuan menginterpretasikan rangsangan sehingga reaksi terhadap rangsangan tidak wajar.

- 2) Klien yang mengalami kemunduran.
 - 3) Klien dengan cacat tubuh disertai dengan gangguan kepribadian.
 - 4) Orang yang mudah mengekspresikan perasaan melalui aktivitas.
 - 5) Orang yang mudah belajar sesuatu dengan praktik langsung daripada membayangkan.
- e. Karakteristik terapi okupasi aktivitas waktu luang

Menurut Direja (2011) adapun karakteristik terapi okupasi aktivitas waktu luang adalah sebagai berikut :

- 1) Mempunyai tujuan yang jelas.
- 2) Mempunyai arti tertentu bagi klien.
- 3) Harus mampu melibatkan klien walau minimal.
- 4) Dapat mencegah bertambah buruknya kondisi.
- 5) Dapat memberi dorongan hidup.
- 6) Dapat dimodifikasi disesuaikan dengan minat.

f. Jenis kegiatan

Jenis kegiatan dalam terapi okupasi aktivitas waktu luang antara lain olah raga, permainan, kerajinan tangan, seni, rekreasi, diskusi, pekerjaan sehari-hari dan perawatan kebersihan diri (Direja, 2011).

g. Proses terapi okupasi aktivitas waktu luang

Dalam proses terapi okupasi aktivitas waktu luang dibagi menjadi 5 tahap. Yaitu tahap pengumpulan data, analisa data dan identifikasi masalah, penentuan tujuan dan sasaran, penentuan aktivitas, penentuan aktivitas dan evaluasi (Muhith, 2015).

1) Pengumpulan data

Data bisa didapatkan dari kartu rujukan atau status pasien yang disertakan ketika pertama kali pasien mengunjungi unit terapi okupasional. Jika dengan mengadakan wawancara dengan pasien atau keluarganya atau dengan mengadakan kunjungan rumah. Data ini diperlukan untuk menyusun rencana terapi bagi pasien. Proses ini dapat berlangsung beberapa hari sesuai dengan kebutuhan.

2) Analisis data dan identifikasi masalah

Dari data yang terkumpul dapat ditarik suatu kesimpulan sementara tentang masalah dan/atau kesulitan pasien. Hal ini dapat berupa masalah di lingkungan keluarga atau pasien itu sendiri.

3) Penentuan tujuan dan masalah

Dari masalah dan latar belakang pasien, maka dapat disusun daftar tujuan terapi sesuai dengan prioritas, baik jangka pendek maupun jangka panjangnya.

4) Penentuan aktivitas

Setelah tujuan terapi ditetapkan, maka dipilihlah aktivitas yang dapat mencapai tujuan terapi tersebut. Dalam proses ini pasien dapat diikut sertakan dalam menentukan jenis kegiatan yang akan dilaksanakan sehingga pasien merasa ikut bertanggung jawab atas kelancaran pelaksanaannya. Dalam hal ini harus diingat bahwa aktivitas tersebut tidak akan menyembuhkan penyakit, tetapi hanya sebagai media untuk dapat mengerti masalahnya dan mencoba mengatasinya dengan bimbingan terapis. Pasien juga harus diberitahu alasan-alasan mengapa dia harus mengerjakan aktivitas tersebut sehingga sadar dan diharapkan akan mengerjakannya dengan aktif.

5) Evaluasi

Proses ini harus dilaksanakan secara terencana dan sistematis sesuai dengan tujuan pemberian terapi. Hal tersebut dirasa perlu agar bisa menyesuaikan program terapi berikutnya sesuai dengan perkembangan pasien. Hasil evaluasi yang didapatkan dapat dipergunakan untuk merencanakan hal-hal mengenai penyesuaian jenis aktivitas yang diberikan. Namun, dalam hal tertentu penyesuaian aktivitas tersebut sehingga dia sadar dan diharapkan akan mengerjakan aktivitas tersebut sehingga dia sadar dan diharapkan akan mengerjakannya dengan aktif.

h. Pelaksanaan terapi okupasi aktivitas waktu luang

Terapi okupasi aktivitas waktu luang dapat dilakukan secara individu maupun kelompok tergantung dari kondisi klien dan tujuan terapi (Direja, 2011).

1) Metode

a) Individual

Dilakukan untuk klien baru masuk, klien yang belum mampu berinteraksi dengan kelompok dan klien yang sedang menjalani persiapan aktivitas.

b) Kelompok

Klien dengan masalah yang sama, klien yang lama, dan yang memiliki tujuan kegiatan yang sama. Pasien juga perlu dipersiapkan dengan cara memperkenalkan kegiatan dan menjelaskan tujuan pelaksanaan kegiatan tersebut sehingga dia atau mereka lebih mengerti dan berusaha untuk ikut aktif. Jumlah anggota dalam suatu kelompok disesuaikan dengan jenis aktivitas yang akan dilakukan, dan kemampuan terapis mengawasi.

2) Waktu

Terapi okupasi aktivitas waktu luang dilakukan diantara 1–2 jam setiap sesi baik untuk individu maupun kelompok setiap hari, atau tiga kali dalam seminggu, berdasarkan tujuan dari terapi, tersedianya tenaga dan fasilitas, dan lain lain. Sesi ini dibagi dalam dua bagian yaitu ½-1 jam untuk menyelesaikan kegiatan-yang diberikan dan 1-1 ½ jam untuk diskusi. Dalam diskusi tersebut hal yang dibicarakan mengenai pelaksanaan kegiatan tersebut, antara lain yaitu kesulitan yang dihadapi kesan diskusi tersebut, kearah yang sesuai dengan tujuan dari pemberian terapi.

3) Terminasi

Ikut sertanya pasien dalam pemberian kegiatan okupasi terapi dapat diakhiri dengan dasar bahwa pasien :

- a) Dianggap telah mampu mengatasi persoalannya.
- b) Dianggap tidak akan berkembang lagi.
- c) Dianggap perlu untuk menjalankan program lainnya sebelum terapi okupasi aktivitas waktu luang.

2. Gangguan persepsi sensori

a. Definisi

Halusinasi yaitu ketidakmampuan manusia dalam membedakan stimulus internal (pikiran) dan eksternal (dunia luar). Klien memberikan persepsi atau pendapat mengenai lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang sesungguhnya. Sebagai contoh klien mengatakan mendengar suara tetapi sebenarnya tidak ada orang yang berbicara. Halusinasi adalah suatu gangguan jiwa dimana pasien tersebut mengalami perubahan sensori persepsi merasakan sensori

yang tidak nyata berupa penglihatan suara, pengecap, perabaan atau penghiduan (Direja, 2011).

b. Jenis-jenis halusinasi

Menurut Prabowo (2014) 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.

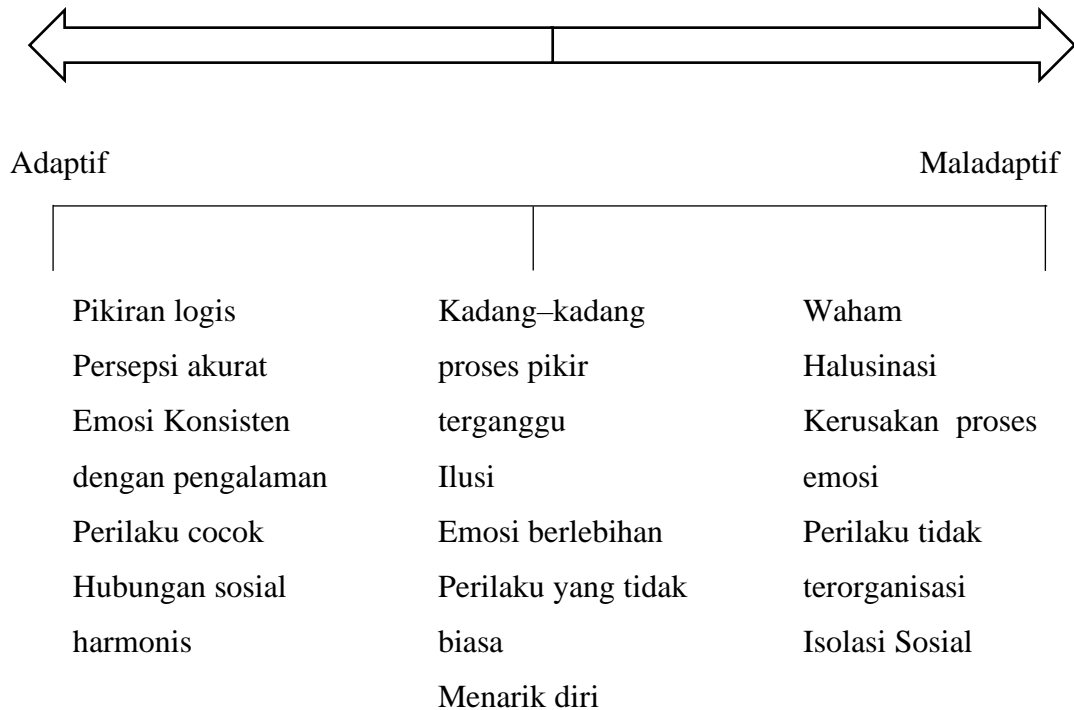
3) Fase III

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



Gambar 1 Rentang Respon Neurobiologis

(Sumber : Stuart dan Sundeen. *Keperawatan Jiwa*, 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 frustrasi, 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.

3) Tanda & gejala

Menurut Keliat (2011) 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.
- 4) Akibat

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

f. 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.

g. Penatalaksanaan

Pengobatan harus secepat mungkin harus 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 (Prabowo, 2014).

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 (Prabowo, 2014).

Tabel 1
Terapi Farmakoterapi Pasien Skizofrenia

KELAS KIMIA	NAMA GENERIK	DOSIS HARIAN
Fenotiazin	Asetofenazin (tidal)	60-120mg
	Klopromazin (thorazine)	30-800mg
	Flufenaine (prolixine, perimiti)	1-40mg
	Mesoridazin (serentil)	30-400mg
		12-64mg
		15-150mg
		40-1200mg
Tioksanten		150-800mg
		2-40mg
Butirofenon		60-150mg
		75-600mg
Dibenzondiazepin	Kloprotiksen (tarctan)	75-600mg
		8-30mg
Dibenzokasazepin	Haloperidol (haldol)	1-100mg
		300-900mg
Dihidroindolon	Klozapin (clorazil)	300-900mg
		20-150mg
	Loksapin (loxitane)	20-150mg
	Molindone (moban)	225-225mg

(Sumber : Prabowo, Eko. *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*, 2014).

2) Terapi kejang listrik

Menurut Prabowo (2014) 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 Direja (2011) 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 Okupasi Aktivitas Waktu Luang untuk Mengontrol Gangguan Persepsi Sensori pada Pasien Skizofrenia

1. Pengkajian

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 pengecap.

- 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. Intervensi keperawatan

Menurut Keliat (2011) rencana keperawatan gangguan persepsi sensori yaitu :

a. Tujuan Umum (TUM)

Pasien memiliki persepsi sensori yang realistis

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 ungkapkan 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 persepsi

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 keterlibatan 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 minum 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 reinforcement 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

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan (Prabowo, 2014). Fokus intervensi pada pasien dengan gangguan persepsi sensoris yaitu pasien dapat mengontrol halusinasinya. Implementasikan tindakan sesuai dengan SOP terapi okupasi aktivitas waktu luang terlampir.

5. Evaluasi keperawatan

Menurut Direja (2011) evaluasi merupakan tindakan berkelanjutan untuk mengetahui efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan berkesinambungan pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. 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.

O : Pasien nampak mampu menggunakan teknik terapi okupasi aktivitas waktu luang untuk mengontrol halusinasi. Pasien nampak tidak melamun dan tidak bicara sendiri. Konsentrasi pasien terhadap kegiatan yang diberikan sangat baik. Pasien nampak tidak merasakan sesuatu melalui indera penglihatan, penciuman, perabaan atau pengecap.