

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN
HALUSINASI DENGAN TEKNIK THOUGHT STOPPING TERHADAP
KEMAMPUAN MENGONTROL HALUSINASI DI RUANG ELANG
RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DISUSUN OLEH:

**SILVINA FEBRIANTY, S.Kep
NIM 14.113082.50117**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2015

Analisis Praktik Klinik Keperawatan Jiwa pada Pasien Halusinasi dengan Teknik Thought Stopping Terhadap Kemampuan Mengontrol Halusinasi di Ruang Elang RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Silvina Febrianty¹, Ramdhany²

INTISARI

Penderita halusinasi akan kesulitan dalam membedakan antara rangsang yang timbul dari sumber internal seperti pikiran, perasaan, sensasi somatik dengan impuls dan stimulus eksternal. Untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan, dibutuhkan penanganan halusinasi yang tepat. Intervensi yang diberikan pada pasien halusinasi bertujuan menolong mereka meningkatkan kesadaran tentang gejala yang mereka alami dan mereka bisa membedakan halusinasi dengan dunia nyata dan mampu mengendalikan atau mengontrol halusinasi yang dialami. *Thought stopping* adalah suatu proses terapi yang membantu menghentikan pikiran yang mengganggu. Karya Ilmiah Akhir bertujuan untuk menganalisa terapi teknik *thought stopping* yang diterapkan secara kontinyu pada pasien gangguan persepsi sensori: halusinasi. Hasil analisa menunjukkan bahwa diperoleh hasil bahwa pemberian intervensi terapi teknik *thought stopping* dapat mengurangi frekuensi halusinasi. *Thought stopping* (penghentian pikiran) merupakan salah satu contoh dari teknik psikoterapi *kognitif behaviour* yang dapat digunakan untuk membantu klien mengubah proses berpikir. Setelah dilakukan terapi, klien halusinasi mengalami peningkatan kemampuan dalam mengontrol halusinasinya, klien bisa mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi, mengatakan stop dan mengusir halusinasi tersebut.

¹ Mahasiswa Program Profesi Ners STIKES Muhammadiyah Samarinda

² STIKES Muhammadiyah Samarinda

³ Jurusan Keperawatan

***Analysis of the Nursing Clinical Practice in Patients with Engineering Thought
Hallinations Stopping Ability to Control Hallinations in the Elang Room
Atma Husada Mahakam Mental Hospital***

Silvina Febrianty¹, Ramdhany²

ABSTRACT

Sufferers of hallucinations will be the difficulty in distinguishing between supplies arising from internal sources such as thoughts, feelings, sensations and impulses with a somatic external stimulus. To minimize the impact caused, required handling appropriate hallucinations. A given intervention on the patient's hallucinations aims to help them raise awareness about symptoms they experience and they could distinguish hallucinations with the real world and being able to control or control hallucinations. Thought stopping therapy is a process that helps stop the disturbing thoughts. Final paper aims to analyze the therapeutic techniques that are applied thought stopping continuously on remote perception disorder patients : hallucinations. The results of the analysis show that the results obtained that the granting of a therapeutic intervention techniques thought stopping can reduce frequency of hallucinations. Thought stopping (the cessation of mind) is one example of a cognitive behavior psychotherapy techniques that can be used to help client is experiencing hallucinations and improved skill in the control of hallucinations, the client can control the hallucinations by way of rebuke hallucinations says stop repel such hallucinations.

¹ Student Program Profession Ners STIKES Muhammadiyah Samarinda

² STIKES Muhammadiyah Samarinda

³ Department of nursing

BAB I

PENDAHULUAN

A Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis, sosial dan perilaku (Videbeck, 2008). Dengan demikian kondisi sehat jiwa dilihat secara holistik meliputi aspek emosional, psikologis, sosial dan perilaku yang dapat berfungsi sesuai tugas dan perannya dalam kehidupan sehari-hari. Pada pasien gangguan jiwa dengan kasus halusinasi selalu diikuti dengan gangguan persepsi sensori (Nasution 2003). Penderita halusinasi akan kesulitan dalam membedakan antara rangsang yang timbul dari sumber internal seperti pikiran, perasaan, sensasi somatik dengan impuls dan stimulus eksternal. Dampak yang dapat ditimbulkan oleh pasien yang mengalami halusinasi adalah kehilangan panik dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasinya. Dalam situasi ini pasien dapat melakukan bunuh diri (*suicide*), membunuh orang lain (*homecide*), bahkan merusak lingkungan.

Untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan, dibutuhkan penanganan halusinasi yang tepat (Hawari 2009, dikutip dari Chaery 2009). Menurut Stuart and Laraia (2005) intervensi yang diberikan pada pasien halusinasi bertujuan menolong mereka meningkatkan kesadaran tentang gejala yang mereka alami dan mereka bisa membedakan halusinasi dengan dunia nyata dan mampu mengendalikan atau mengontrol halusinasi yang dialami.

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada klien dengan gangguan jiwa, Halusinasi sering diidentikkan dengan Skizofrenia. Dari seluruh klien Skizofrenia 70% diantaranya mengalami halusinasi. Gangguan jiwa lain yang juga disertai dengan gejala halusinasi adalah gangguan manik depresif dan delirium. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksteren persepsi palsu (Praptoharsoyo, 2012).

Menurut WHO jika 10% dari populasi mengalami masalah kesehatan jiwa maka harus mendapat perhatian karena termasuk rawan kesehatan jiwa. Masalah gangguan kesehatan jiwa di seluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang cukup serius. Menurut penelitian WHO menyatakan, paling tidak, ada satu dari empat orang di dunia yang mengalami masalah mental. WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan jiwa, di Indonesia diperkirakan mencapai 264 dari 1000 jiwa penduduk yang mengalami gangguan jiwa (Azrul Azwar, 2010 dalam Yosep, 2009).

Tingginya angka penderita gangguan jiwa yang mengalami halusinasi merupakan masalah serius bagi dunia kesehatan dan keperawatan di Indonesia. Penderita halusinasi jika tidak ditangani dengan baik akan berakibat buruk bagi klien sendiri, keluarga, orang lain dan lingkungan. Tidak jarang ditemukan penderita yang melakukan tindak kekerasan karena halusinasinya. Gangguan jiwa halusinasi cenderung berlanjut menahun dan

kronis, karena terapi obat psikofarma diberikan dalam jangka waktu relatif lama. Terapi kejiwaan pada penderita dapat diberikan apabila sudah mencapai tahapan dapat menilai realitas (Yahya, 2009).

Setiap pasien yang menjalani perawatan jangka panjang harus mendapatkan perawatan dari seorang Ners yang mendedikasikan dirinya hanya kepada salah satu bagian dari keperawatan dan melakukan proses keperawatan kepada pasien yang mengalami penyakit spesifik seperti halusinasi. Ners memberikan perawatan langsung kepada pasien dan mempunyai peranan penting dalam melakukan edukasi kepada pasien tentang pengelolaan penyakitnya, serta mencegah dari rehospitalisasi. Ners dapat mengetahui lebih baik dibanding dengan perawat biasa dalam mengerti kebutuhan pasien, merancang dan mengimplementasikan proses keperawatan spesifik, memberikan umpan balik pasien, transparan dan jujur (RCN, 2010).

Ners selain bertanggung jawab terhadap perawatan pasien, juga bertanggung jawab dalam meningkatkan praktek keperawatan yang lebih baik dengan melakukan edukasi dan mentoring kepada perawat lain, membuat suatu pengetahuan yang baru untuk perawat, meningkatkan implementasi berdasarkan riset, mengembangkan dan mengimplementasikan kebijakan dan intervensi terkini, memberikan solusi terhadap permasalahan perawatan, menjamin kualitas, dan mempunyai inisiatif dalam perubahan (RCN, 2010). Untuk menjadi seorang ners, CNA (2009) mendefinisikan seorang ners adalah seorang perawat yang teregister, telah menempuh pendidikan sarjana keperawatan dan memiliki keahlian dalam keperawatan klinis.

Menurut Stuart and Laraia (2005) intervensi yang diberikan pada pasien halusinasi bertujuan menolong mereka meningkatkan kesadaran tentang gejala yang mereka alami dan mereka bisa membedakan halusinasi dengan dunia nyata dan mampu mengendalikan atau mengontrol halusinasi yang dialami. *Thought stopping* (penghentian pikiran) merupakan salah satu contoh dari teknik psikoterapi kognitif behavior yang dapat digunakan untuk membantu klien mengubah proses berpikir (Tang & DeRubeis, 1999). Dasar dari teknik ini adalah secara sadar memerintah diri sendiri, “stop!”, saat mengalami pemikiran negatif berulang, tidak penting dan distorted. Kemudian mengganti pikiran negatif tersebut dengan pikiran lain yang lebih positif dan realistis. Dalam penelitian ini sering terjadi kesulitan, karena kesulitan pasien untuk berkonsentrasi pada kegiatan terapi ini.

Penelitian Retno dan Amila (2013) mengenai pengaruh *thought stopping* terhadap kemampuan mengontrol halusinasi pada pasien skizofrenia didapatkan proporsi pengaruh kemampuan mengontrol halusinasi sebelum dan sesudah dilakukan terapi *thought stopping* pada pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi pendengaran. Pada uji Wilcoxon Signed Rank Test, kemampuan mengontrol halusinasi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi *thought stopping* $p = 0,000$ yang berarti bahwa ada pengaruh terapi *thought stopping* terhadap kemampuan mengontrol halusinasi pada pasien skizofrenia. Pasien Skizofrenia yang mengalami halusinasi sebelum dilakukan terapi *thought stopping* didapatkan kemampuan mengontrol halusinasi separuhnya dalam kriteria kurang. Setelah dilakukan terapi, pasien skizofrenia mengalami peningkatan kemampuan dalam mengontrol halusinasinya, hampir seluruh

responden bisa mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi, mengatakan stop dan mengusir halusinasi tersebut. Dasar dari teknik ini adalah secara sadar memerintah diri sendiri, “stop!”, saat mengalami pemikiran negatif berulang, tidak penting, dan distorted. Kemudian mengganti pikiran negatif tersebut dengan pikiran lain yang lebih positif dan realistis.

Tindakan keperawatan untuk membantu klien mengatasi halusinasinya dimulai dengan membina hubungan saling percaya dengan klien. Saling percaya sangat penting dijalin sebelum mengintervensi klien lebih lanjut. Pertama-tama klien harus difasilitasi untuk memperoleh rasa aman dan nyaman untuk menceritakan pengalaman halusinasinya sehingga informasi tentang halusinasinya dapat komprehensif. Untuk itu perawat harus memulai memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan interaksi, membuat kontrak asuhan keperawatan, memperlihatkan sikap sabar, penerimaan yang tulus dan aktif mendengar. Hindari menyalahkan atau respon tertawa saat klien menceritakan pengalaman aneh yang menggelikan (Yosep, 2009).

Keperawatan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam tahun 2013 tercatat jumlah pasien yang masuk untuk rawat inap mencapai 1.163 orang dengan rata-rata jumlah perhari 110 orang, dengan presentasi 30,3% yang mengalami halusinasi, 22,6% mengalami masalah perilaku kekerasan, 17% dengan masalah isolasi sosial, 10,3% dengan masalah keperawatan waham, 17,1% dengan masalah harga diri rendah, dan 2,7% mengalami masalah resiko bunuh diri. Sedang tahun 2014 (Januari – November) tercatat jumlah pasien rawat inap mencapai 1.155 orang dengan

rata-rata jumlah perhari 113 orang, dengan presentasi 33,7% yang mengalami halusinasi, 24,6% mengalami masalah perilaku kekerasan, 18,6%, yang mengalami masalah isolasi sosial, 9% yang mengalami waham, 11,5% yang mengalami harga diri rendah, 2,6% yang mengalami masalah resiko bunuh diri. Dapat dilihat dari data-data diatas bahwa pasien yang mengalami halusinasi dari tahun ke tahun semakin meningkat.

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk menulis Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) dengan judul “Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada pasien halusinasi dengan teknik *tought stopping* di ruang Elang RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda”.

B Perumusan Masalah

Perumusan masalah dalam Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini adalah bagaimanakah gambaran analisis kasus pasien halusinasi dengan teknik *tought stopping* di ruang Elang RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

C Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk menganalisis kasus pasien halusinasi dengan teknik *tought stopping* di ruang Elang RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa kasus kelolaan pasien halusinasi dengan teknik *tought stopping* di ruang Elang RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

- b. Menganalisa intervensi *tought stopping* yang diterapkan secara kontinyu pada pasien halusinasi di ruang Elang RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

D Manfaat Penulisan

1. Manfaat Bagi Pelayanan Keperawatan
 - a. Memberikan informasi bagi perawat khususnya Ners dalam melakukan proses keperawatan pada pasien halusinasi
 - b. Menambah pengetahuan perawat dalam menerapkan riset-riset keperawatan untuk memberikan proses keperawatan yang lebih berkualitas terhadap pasien halusinasi.
 - c. Memberikan masukan dan contoh (*role model*) dalam melakukan inovasi keperawatan untuk menjamin kualitas asuhan keperawatan yang baik dan memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik pada pasien halusinasi.
 - d. Memberikan rujukan bagi bidang diklat keperawatan dalam mengembangkan kebijakan terkait dengan pengembangan kompetensi perawat jiwa.
2. Manfaat bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan
 - a. Memperkuat dukungan dalam menerapkan model konseptual keperawatan, memperkaya ilmu pengetahuan keperawatan, menambah wawasan dan pengetahuan bagi perawat ners dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien jiwa.
 - b. Memberikan rujukan bagi institusi pendidikan dalam melaksanakan proses pembelajaran tentang asuhan keperawatan pada pasien jiwa.

- c. Memberikan rujukan bagi institusi pendidikan dalam melaksanakan proses pembelajaran dengan melakukan intervensi berdasarkan riset-riset terkini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A Konsep Halusinasi

1. Pengertian

Halusinasi adalah kesalahan persepsi yang berasal dari lima panca indra yaitu pendengaran, penglihatan, peraba, pengecap, penghidu (Stuart & Laria, 2005).

Halusinasi adalah ketidak mampuan klien menilai dan merespon pada realitas klien tidak dapat membedakan rangsangan internal dan eksternal, tidak dapat membedakan lamunan dan kenyataan, klien tidak mampu memberi respon secara akurat sehingga tampak berlaku yang sukar dimengerti dan mungkin menakutkan (Keliat, 2006).

Halusinasi adalah persepsi yang salah atau palsu tetapi tidak ada rangsangan yang menimbulkannya atau tidak ada obyek (Sunardi, 2005).

2. Psikodinamika (Nurjanah, 2008)

a. Etiologi

Gangguan otak karena kerusakan otak, keracunan, obat halusiogenik, gangguan jiwa, seperti emosi tertentu yang dapat mengakibatkan ilusi, psikosis yang dapat menimbulkan halusinasi, dan pengaruh lingkungan sosio-budaya, sosio-budaya yang berbeda menimbulkan persepsi berbeda atau orang yang berasal dari sosio-budaya yang berbeda. (Sunaryo, 2004)

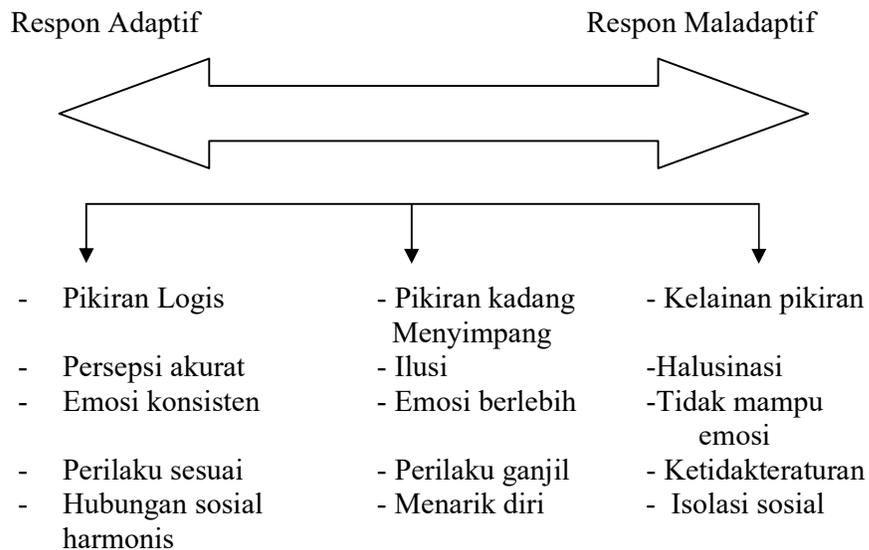
b. Proses Terjadinya Halusinasi

Halusinasi pendengaran merupakan bentuk yang paling sering dari gangguan persepsi pada klien dengan gangguan jiwa. Bentuk halusinasi ini bisa berupa suara-suara bising atau mendengung. Tetapi paling sering berupa kata-kata yang tersusun dalam bentuk kalimat yang mempengaruhi tingkah laku klien, sehingga klien menghasilkan respons tertentu seperti : bicara sendiri, bertengkar atau respons lain yang membahayakan. Bisa juga klien bersikap mendengarkan suara halusinasi tersebut dengan mendengarkan penuh perhatian pada orang lain yang tidak bicara atau pada benda mati.

c. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada klien dengan halusinasi adalah Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

3. Rentang Respon Neurobiologi (Struart & Laraia, 2005)



Keterangan Gambar :

- 1) Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu akan dapat memecahkan masalah tersebut.
 - a) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
 - b) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
 - c) Emosi konsisten merupakan manifestasi perasaan yang konsisten atau efek keluar disertai banyak komponen fisiologik dan biasanya berlangsung tidak lama.
 - d) Perilaku sesuai adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas yang wajar.
 - e) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.
- 2) Respon psikososial meliputi :
 - a) Proses pikir terganggu proses pikir yang menimbulkan gangguan.
 - b) Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indra.
 - c) Emosi berlebihan atau kurang.
 - d) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas untuk menghindari interaksi dengan orang lain.
 - e) Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain.

- 3) Respon maladaptif adalah respon indikasi dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial dan budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptive ini meliputi :
- a) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
 - b) Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
 - c) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
 - d) Perilaku tak terorganisir merupakan perilaku yang tidak teratur.
 - e) Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

4. Faktor Pencetus

a. Biologis

Abnormalitas otak yang menyebabkan respon neurobiologi yang maladaptif yang baru mulai dipahami, yang termasuk dalam hal ini sebagai berikut :

- 1) Penelitian pencitraan otak sudah mulai menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesu pada area kontrol, temporal dan limbik paling berhubungan dengan perilaku psikotik.

- 2) Beberapa kimia otak dikaitkan dengan skizofrenia, hasil penelitian menunjukkan bahwa :
- a) Dopamin neurotransmitter yang berlebihan.
 - b) Ketidakseimbangan antara dopamine dan neurotransmitter lain.
 - c) Masalah-masalah reseptor dopamine.
 - d) Para ahli biokimia menggunakan bahwa halusinasi merupakan hasil dari respon metabolik terhadap stress yang menyebabkan lepasnya neurokimia halusinogenik (Stuart dkk, 2006).

b. Psikologi

Teori psikodinamik untuk terjadinya respon neurobiologik yang maladaptif belum didukung oleh penelitian (Stuart dkk, 2006).

c. Sosio-budaya

Stres yang menumpuk dapat menunjang terhadap awitan skizofrenia dan gangguan psikotik lain, tapi tidak diyakini sebagai penyebab utama gangguan (Stuart dkk, 2006).

B. Konsep Keperawatan

Peran perawat dalam manajemen perawatan halusinasi sangat penting. Peran perawat dalam manajemen perawatan halusinasi diantaranya deteksi tanda dan gejala, frekuensi, deteksi dan pencegahan ruwatan, edukasi pasien dan keluarga, serta rehabilitasi pasca perawatan. Pendekatan yang digunakan tentunya menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, penegakkan diagnosis keperawatan, penentuan tujuan dan outcomes, pemilihan rencana tindakan, implementasi dan evaluasi (Hendra, 2013).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dalam proses keperawatan, tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan masalah, atas permasalahan klien, pengkajian yang dilakukan pada klien halusinasi meliputi data :

a. Faktor predisposisi (Stuart & Laraia 2005)

Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk menangani stress. Faktor-faktor predisposisi meliputi:

1) Biologis.

Abnormalitas otak yang menyebabkan respon neurobiologik yang maladaptif yang baru mulai dipahami. Ini termasuk hal-hal yang berikut penelitian pencitraan otak mulai menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan Skizofrenia. Lesi pada area frontal, temporal dan limbik paling banyak berhubungan dengan perilaku psikotik. Beberapa kimia otak dikaitkan dengan Skizofrenia.

2) Psikologis.

Teori psikodinamika untuk terjadinya respon neurobiologik yang maladaptif belum didukung oleh penelitian, sayangnya teori psikologik terdahulu menyalahkan keluarga sebagai penyebab gangguan ini.

3) Sosial budaya.

Stress yang menumpuk dapat menunjang terhadap awitan skizofrenia dan gangguan psikotik lain tetapi tidak diyakini sebagai penyebab utama gangguan.

b. Faktor presipitasi (Keliat,2006)

1) Stres sosial

Stress dan kehalusinasian akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dari orang yang penting atau diasingkan kelompok.

2) Faktor lingkungan

Partisipasi klien dengan kelompok kurang, terlalu banyak diajak bicara tentang objek yang ada di lingkungan, suasana sepi (isolasi), dapat menyebabkan stress dan kehalusinasian.

3) Faktor psikologis

Integritas kehalusinasian yang ekstrim memanjang disertai terbatasnya kemampuan pemecahan masalah mungkin berkembangnya perubahan sensori persepsi.Klienbiasanya mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.

c. Jenis-jenis halusinasi

Jenis-jenis halusinasi menurut Stuart dan Laraia (2005), adalah :

1) Halusinasi pendengaran atau auditori.

Halusinasi yang seolah-olah mendengar suara, paling sering suara orang.Suara dapat berkisar dari suara yang sederhana sampai suara orang berbicara mengenai klien. Klien mendengar orang sedang

membicarakan untuk melakukan sesuatu dan kadang melakukan hal berbahaya.

2) Halusinasi penglihatan atau visual

Halusinasi yang merupakan stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambaran geometris, gambaran kartun dan atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan dapat berupa sesuatu yang menyenangkan.

3) Halusinasi penghidu atau penciuman

Halusinasi yang seolah-olah mencium bau busuk, amis atau bau yang menjijikan seperti darah, urin, feses. Halusinasi khususnya yang berhubungan dengan stroke, tumor, kejang, dan demensia.

4) Halusinasi pengecap

Halusinasi yang seolah-olah merasakan sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan seperti darah, urin, dan feses.

5) Halusinasi perabaan atau taktil

Halusinasi yang seolah-olah mengalami rasa sakit atau tidak enak, tampak stimulus yang terlihat merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

d. Fase Halusinasi (Stuart & Laraia 2005)

1) Fase I

Pada fase ini individu mengalami rasa halusinasi (ansietas, stress, perasaan terpisah dan kesepian). Klien mungkin melamun dan memfokuskan pada hal-hal yang menyenangkan untuk menghilangkan kehalusinasian dan stress, cara ini menolong untuk

sementara. Klien masih dapat mengontrol kesadarannya dan mengenal pemikiran ini sebagai bagian dari dirinya meskipun intensitas persepsi meningkat.

2) Fase II

Pada fase ini ansietas meningkat berhubungan dengan pengalaman eksternal dan internal klien berada pada tingkat pendengaran halusinasinya (listening). Pemikiran eksternal jadi lebih menonjol, gambaran halusinasi berupa suara dan sensasi berupa bisikan yang tidak jelas, akan tetapi klien merasa takut apabila ada orang lain yang mendengar atau memperhatikannya. Perasaan klien tidak efektif untuk mengontrol pemikiran tersebut. Klien berusaha untuk membuat jarak antara dirinya dan halusinasinya dengan memproyeksikan pengalamannya, sehingga seolah-olah halusinasinya datang dari orang lain atau tempat lain.

3) Fase III

Halusinasi lebih menonjol, menguasai dan mengontrol pemikiran klien, klien menjadi terbiasa oleh halusinasinya dan tidak berdaya akan halusinasi tersebut. Atau halusinasinya tersebut menjadi kesenangan dan keamanan yang bersifat sementara.

4) Fase IV

Fase ini tidak berdaya melepaskan diri dari kontrol halusinasinya. Halusinasi yang semula menyenangkan berubah mengancam, memerintah, memarahi, menyerang. Klien tidak mampu berhubungan dengan orang lain karena sibuk dengan khayalannya.

Klien mungkin berada pada dunia yang menakutkan dalam beberapa waktu yang singkat, beberapa jam atau selamanya. Proses ini akan menjadi kronik jika tidak dilakukan intervensi secepatnya.

e. Manifestasi klinis

Menurut Keliat (2006), tahap-tahap halusinasi karakteristik dan perilaku yang ditampilkan oleh klien yang mengalami halusinasi adalah:

1) Tahap I

Memberikan nyaman tingkat ansietas sedang, secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan.

Karakteristik (Non Verbal) :

- a) Mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan ketakutan.
- b) Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menyebabkan ansietas.
- c) Pikiran dan pengalaman sensori masih ada dalam kontrol kesadaran.

Perilaku Klien :

- a) Tersenyum atau tertawa sendiri.
- b) Menggerakkan bibir tanpa suara.
- c) Pergerakan mata cepat.
- d) Respon verbal yang lambat.
- e) Diam dan berkonsentrasi.

2) Tahap II

Menyalahkan, tingkat kehalusinasian berat, secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipasti.

Karakteristik (Non Verbal) :

- a) Pengalaman sensori menakutkan.
- b) Merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut.
- c) Mulai merasa kehilangan control.
- d) Menarik diri dari orang lain.

Perilaku Klien :

- a) Terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan, dan tekanan darah.
- b) Perhatian dengan lingkungan kurang.
- c) Konsentrasi dengan pengalaman sensorinya.
- d) Kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dengan realita.

3) Tahap III

Mengontrol tingkat kehalusinasian beratPengalaman sensori halusinasi tidak dapat ditolak.

Karakteristik (Non Verbal) :

- a) Klien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya (halusinasi).
- b) Sulit untuk berhubungan dengan orang lain.
- c) Kesepian bila pengalaman sensorinya berakhir.

Perilaku Klien

- a) Perilaku panik.
- b) Sulit untuk berhubungan dengan orang lain.
- c) Berkeringat, tremor.
- d) Tidak mampu memenuhi perintah dari orang lain dan dalam kondisi sangat menegangkan.
- e) Perhatian dengan lingkungan kurang.

4) Tahap IV

Menguasai tingkat kecerdasan, panik secara umum diatur dan dipengaruhi oleh halusinasinya.

Karakteristik (Non Verbal) :

- a) Pengalaman sensori jadi mengancam.
- b) Halusinasi dapat terjadi beberapa jam atau beberapa hari.

Perilaku Klien :

- a) Perilaku panik.
- b) Potensial untuk bunuh diri atau membunuh.
- c) Tindakan kekerasan agitasi, menarik atau katasonik.
- d) Tidak mampu merespon terhadap lingkungan.

f. Mekanisme koping (Fitria,2009)

Mekanisme koping merupakan tiap upaya yang diarahkan pada pengendalian stress, termasuk upaya penyelesaian masalah secara langsung dan mekanisme pertahanan lain yang digunakan untuk melindungi diri.

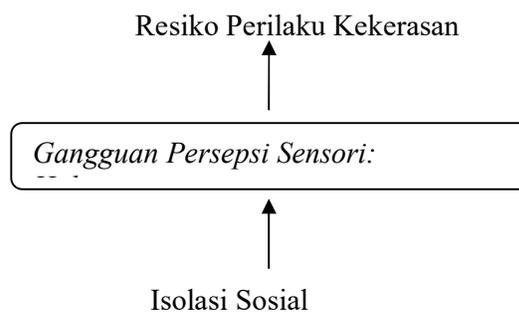
- 1) Regresi berhubungan dengan masalah proses inflamasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas, hanya sedikit energi yang tertinggal untuk aktifitas hidup sehari-hari.
- 2) Proyeksi sebagai upaya untuk menjelaskan keracunan persepsi.
- 3) Menarik diri.

g. Sumber koping (Fitria,2009)

Sumber koping merupakan suatu evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggunakan sumber koping yang ada di lingkungannya. Sumber koping tersebut dijadikan sebagai modal untuk menyelesaikan masalah. Dukungan sosial dan keyakinan budaya dapat membantu seseorang mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stress dan mengadopsi strategi koping yang efektif.

h. Pohon Masalah (Keliat, 2006)

Berdasarkan pengkajian diatas maka dapat disusun pohon masalah sebagai berikut :



i. Masalah keperawatan

Pohon masalah diatas maka dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan yang terdapat pada klien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi adalah sebagai berikut :

- 1) Gangguan sensori persepsi halusinasi.
- 2) Isolasi sosial.
- 3) Resiko perilaku kekerasan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian teknik mengenai respon individu dan keluarga, terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual maupun potensial (NANDA,2010).

Adapun diagnosa keperawatan yang sering ditemukan pada klien dengan halusinasi menurut Keliat (2006) yaitu :

- a. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi.
- b. Isolasi sosial.
- c. Resiko perilaku kekerasan.

3. Intervensi keperawatan

Langkah kedua dari proses keperawatan adalah perencanaan keperawatan, yang merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai tiap tujuan khusus. Perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan , dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah keperawatan klien dapat diatasi (Nurjanah 2005).

a. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

Tujuan Umum : Klien dapat mengontrol halusinasi yang dialaminya

1) Tujuan khusus 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya
Kriteria evaluasi : Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, bersedia mengungkapkan masalah yang dihadapi.

Rencana tindakan keperawatan : Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik, yaitu : sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal, perkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan perawat berkenalan, tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien, buat kontrak yang jelas, tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali interaksi, tunjukkan sikap empati dan menerima apa adanya, beri perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien, tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien, dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien.

2) Tujuan khusus 2 : Klien dapat mengenal halusinasinya

Kriteria evaluasi : Klien dapat menyebutkan isi, waktu, frekuensi situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi. Klien dapat menyatakan perasaan marah, takut, sedih, senang, halusinasi, jengkel.

Rencana tindakan keperawatan : Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap, observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya, tanyakan apakah klien mengalami sesuatu, jika klien menjawab ya, tanyakan apa yang sedang dialaminya, katakan

bahwa perawat percaya klien mengalami hal tersebut, namun perawat sendiri tidak mengalaminya, katakan bahwa ada klien lain yang mengalami hal yang sama, katakan bahwa perawat akan membantu klien, jika klien tidak sedang berhalusinasi klarifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi, diskusikan dengan klien : Isi, waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi serta situasi dan kondisi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi, diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya, diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut.

3) Tujuan khusus 3 : Klien dapat mengontrol halusinasinya

Kriteria evaluasi : Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya, klien dapat menyebutkan cara baru mengontrol halusinasinya, klien dapat memilih dan memperagakan cara mengatasi halusinasi, klien dapat melaksanakan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasinya, klien dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok.

Rencana tindakan keperawatan : Identifikasi bersama klien cara atau tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi, diskusikan cara yang digunakan klien, jika cara yang digunakan adaptif beri pujian, jika cara yang digunakan maladaptif diskusikan kerugian cara tersebut, diskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi, katakan pada diri sendiri bahwa ini tidak

nyata (“saya tidak mau dengar/lihat/penghidu/raba/kecap/pada saat halusinasi terjadi), menemui orang lain (perawat, teman, anggota keluarga) untuk menceritakan tentang halusinasinya, membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari-hari yang telah disusun, beri kesempatan untuk melakukan cara yang dipilih dan dilatih, pantau pelaksanaan yang telah dipilih dan dilatih, jika berhasil beri pujian, anjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita, stimulasi persepsi.

- 4) Tujuan khusus 4 : Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya.

Kriteria evaluasi : Keluarga dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat, keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi.

Rencana tindakan keperawatan : Buat kontrak dengan keluarga untuk pertemuan, diskusikan dengan keluarga mengenai : pengertian halusinasi, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi, cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi, obat-obatan halusinasi, cara merawat anggota keluarga yang halusinasi di rumah (beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama, memantau obat-obatan dan cara pemberiannya untuk mengatasi halusinasi), beri informasi waktu kontrol kerumah sakit dan bagaimana cara mencari bantuan jika halusinasi tidak dapat diatasi di rumah.

5) Tujuan khusus 5 : Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik

Kriteria evaluasi : Klien dapat menyebutkan manfaat minum obat kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, efek terapi dan efek samping obat, klien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar, klien dapat menyebutkan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dokter.

Rencana tindakan keperawatan : Diskusikan dengan klien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek terapi dan efek samping penggunaan obat, pantau klien saat penggunaan obat, beri pujian jika klien menggunakan obat dengan benar, diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter, anjurkan klien untuk konsultasi kepada dokter/perawat jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

b. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Terapi aktivitas kelompok orientasi realita: orientasi realita adalah upaya untuk mengorientasikan keadaan nyata kepada klien yaitu diri sendiri, orang lain, lingkungan/tempat, dan waktu. Klien dengan gangguan jiwa psikotik, mengalami penurunan daya nilai realitas. Klien tidak lagi mengenal tempat, waktu dan orang-orang disekitarnya, hal ini dapat mengakibatkan klien merasa asing dan menjadi pencetus terjadinya ansietas pada klien. Untuk mengurangi kendala ini, maka perlu ada aktivitas yang memberi stimulus secara konsisten kepada klien tentang realitas disekitarnya. Stimulus tersebut meliputi stimulus

tentang realitas lingkungan yaitu diri sendiri, orang lain, waktu dan tempat.

1) Terapi aktivitas kelompok (TAK) stimulasi sensori adalah upaya menstimulasi semua pancaindra (sensori) agar memberi respons yang adekuat.

2) Aktivitas dan Indikasi

Aktivitas yang dilakukan tiga sesi berupa aktivitas pengenalan orang, tempat dan waktu. Klien yang mempunyai indikasi disorientasi realitas adalah klien halusinasi, dimensia, kebingungan, tidak kenal dirinya, salah mengenal orang lain, tempat dan waktu. Untuk klien dengan halusinasi dapat menyebutkan isi, waktu, frekwensi, situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi, klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, dan melakukan kegiatan.

c. Penatalaksanaan medis

1) Clorpromazine (CPZ)

a) Indikasi

Untuk sindrome psikosis yaitu berdaya berat dalam kemampuan menilai realita, kesadaran diri terganggu, daya nilai norma sosial dan titik dari terganggu, berdaya berat dalam fungsi-fungsi mental : waham, halusinasi, gangguan perasaan dan prilaku yang aneh atau tidak terkendali, berdaya

berat dalam fungsi kehidupan sehari-hari, tidak mampu bekerja, hubungan sosial dan melakukan kegiatan rutin.

b) Mekanisme kerja

Memblokade dopamine pada reseptor panca sinap di otak khususnya system ekstra pyramidal.

c) Efek samping

Sedasi, gangguan otonomik (hipotensi, antikolinergik / parasimpatik, mulut kering, kesulitan dalam miksi dan defekasi, hidung tersumbat, mata kabur, tekanan intra okuler meninggi, gangguan irama jantung), gangguan ekstra pyramidal (distonia akut, akatshia, sindroma parkinsontremor, bradikinesia rigiditas), gangguan endokrin (amenorhoe), ginekomasti), metabolic (jaundice), hematologi, agranulosis biasanya untuk pemakaian jangka panjang.

d) Kontra indikasi

Penyakit hati, penyakit darah, epilepsi, kelainan jantung, febris, ketergantungan obat, penyakit SSP.

2) Haloperidol (HLP)

a) Indikasi

Berdaya berat dalam kemampuan menilai realita dalam fungsi netral serta dalam fungsi kehidupan sehari-hari.

b) Mekanisme kerja

Obat anti psikosis dalam memblokir dopamin pada reseptor pascasinaptik neuron di otak khususnya sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal.

c) Efek samping

Sedasi dan inhibisi psikomotor, gangguan otonomik (hipotensi, anti kolinergik/parasimpatik, mulut kering, kesulitan miksi dan defikasi, hidung tersumbat, mata kabur, gangguan irama jantung).

d) Kontra indikasi

Penyakit hati, penyakit darah, epilepsi, kelainan jantung, demam, ketergantungan obat, penyakit SSP, gangguan kesadaran.

3) Trihexyphenidyl (THP)

a) Indikasi

Segala jenis parkinson, termasuk paska ensefalitis dan idiopatik, sindrom Parkinson akibat obat misalnya reserpina dan fenotiazine.

b) Mekanisme kerja

Sinergis dengan kinidine, obat anti depresi trisiklik dan anti kolinergik lainnya.

c) Efek samping

Mulut kering, penglihatan kabur, pusing, mual, muntah, bingung, agitasi, konstipasi, tachikardia, dilatasi, ginjal, retensi urine.

d) Kontra indikasi

Hipersensitif terhadap trihexyperidyl, glaukoma sudut sempit, psokosis berat, psikoneurosis, hipertropi prostat, dan obstruksi saluran cerna.

d. Prinsip keperawatan pada pasien halusinasi

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik.
- 2) Adakan kontak sering dan singkat dan bertahap.
- 3) Observasi tingkah laku klien, yang terkait dengan halusinasinya: bicara dan tertawa tanpa stimulus, dan memandang ke kiri ke kanan depan seolah ada yang mengajak bicara.
- 4) Diskusikan keluarga pada saat keluarga berkunjung.
- 5) Diskusikan dengan keluarga (pada saat keluarga berkunjung pada kunjungan rumah) gejala halusinasi, cara yang dapat dilakukan, cara merawat keluarga yang halusinasi.
- 6) Ajarkan klien program pengobatan secara optimal.
- 7) Menyamakan persepsi jika klien bertanya nyatakan secara sederhana pada perawat bahwa perawat tidak mengalami stimulus yang sama (tidak mendengar).

- 8) Sarankan dan kuatkan penggunaan interpersonal dalam memenuhi kebutuhan.

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan proses keperawatan yang mengikuti rumusan dari rencana keperawatan. Pelaksanaan keperawatan mencakup melakukan, memberikan askep untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien. Pada diagnosa gangguan sensori persepsi halusinasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan, yang terdiri dari strategi pelaksanaan untuk klien dan strategi pelaksanaan untuk keluarga.

a. Strategi pelaksanaan untuk pasien

Strategi pelaksanaan I :

- 1) Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien.
- 2) Mengidentifikasi isi halusinasi pasien.
- 3) Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien.
- 4) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien.
- 5) Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi.
- 6) Mengidentifikasi respons pasien terhadap halusinasi.
- 7) Mengajarkan pasien menghardik halusinasi.
- 8) Mengajarkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian.

Strategi pelaksanaan II :

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.
- 2) Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Strategi pelaksanaan III :

1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.

2) Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien di rumah).

3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Strategi pelaksanaan IV

1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.

2) Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur.

3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

b. Strategi pelaksanaan untuk keluarga

Strategi pelaksanaan I :

1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.

2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya.

3) Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi.

Strategi pelaksanaan II :

1) Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan halusinasi.

2) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi.

Strategi pelaksanaan III :

- 1) Membantu keluarga membuat jadual aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning).
- 2) Menjelaskan follow up pasien setelah pulang.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien, evaluasi dilakukan secara terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan (Nurjannah, 2005). Secara umum evaluasi yang diterapkan pada gangguan sensori persepsi halusinasi adalah sebagai berikut : klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal halusinasinya, klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya, dan klien dapat memanfaatkan obat dengan baik dan benar.

B. Konsep Intervensi Inovasi

Intervensi inovasi yang dilakukan pada pasien dengan halusinasi di ruang IGD RSJD Atma Husada Mahakam adalah dengan teknik *thought stopping*. Adapun konsep intervensi inovasi ini sebagai berikut:

1. Pengertian

Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan *thought stopping* adalah suatu proses terapi yang membantu menghentikan pikiran yang mengganggu. Sedangkan menurut Videbeck (2008) terapi *thought stopping* merupakan bagian terapi perilaku yang digunakan untuk mengubah proses berpikir. Kebiasaan berpikir dapat membentuk perubahan perilaku, dengan satu pikiran otomatis dapat member petunjuk kepada pikiran-pikiran lain yang

mengancam. Townsend (2009) menjelaskan bahwa *thought stopping* sebuah teknik penghentian yang dipelajari sendiri oleh seseorang yang dapat digunakan setiap kali Individu ingin menghilangkan pikiran mengganggu atau negatif dan pikiran yang tidak diinginkan dari kesadaran.

Stuart (2009) menjelaskan lebih lanjut bahwa *thought stopping* merupakan gangguan berpikir pada pasien sering kali memiliki efek seperti bola salju. Pikiran yang dimulai sebagai masalah kecil dan tidak berpengaruh dapat dari waktu ke waktu berkumpul dan situasi penting yang dapat sulit berhenti. Teknik penghentian pikiran merupakan teknik terbaik yang digunakan ketika gangguan pikiran pertama kali muncul.

2. Tujuan

Menurut Donald (1999) tujuan terapi *thought stopping* membantu klien mengatasi kehalusinasian yang mengganggu, membantu klien mengatasi pikiran yang mengancam atau membuat stres yang sering muncul, membantu klien mengatasi pikiran obsesif dan fobia.

3. Indikasi

Menurut Donald (1999) dan Boyd (1998) terapi *thought stopping* efektif diberikan untuk masalah kesehatan jiwa berupa kehalusinasian menyeluruh, kehalusinasian akibat sebagian atau seluruh tubuh yang mengalami kelumpuhan, depresi ringan, percobaan bunuh diri dan isolasi sosial. Ankrom (1998) menjelaskan terapi *thought stopping* merupakan

teknik efektif dan cepat membantu menghadapi pikiran yang membuat stress dimana seringkali menyertai serangan panik, ansietas dan agrifobia.

4. Kriteria terapis

Thought stopping dalam prakteknya sederhana dan mudah dilakukan namun untuk mendapatkan manfaat dari terapi perlu keahlian khusus dan komitmen dari perawat klinik (perawat spesialis) yang layak terus menerus mempraktekkan bagi terapis dan klien.

5. Sesi-sesi dalam terapi *thought stopping*

Pelaksanaan terapi *thought stopping* berbeda dan bervariasi baik pada sesi dan tehnik pelaksanaannya. Menurut Ankrom (1998) ada 4 sesiterapi *thought stopping* yaitu :

- a. Sesi I: Identifikasi pikiran yang membuat halusinasi. Pada sesi ini klien memulai dengan memonitor pikiran yang mengganggu dan menghalusinasikan klien, kemudian tuliskan pikiran tersebut dan pilih salah satu yang akan diatasi.
- b. Sesi II: Buat pernyataan positif dan penuh keyakinan disebelah pikiran yang membuat halusinasi.
- c. Sesi III : Ulangi lalu ganti. Instruksikan klien menutup mata dan pikirkan tentang pikiran yang membuat halusinasi.
- d. Sesi IV : Membuat keputusan penting.

Sedangkan menurut Miller (2001) terapi *thought stopping* ada lima langkah yaitu :

- a. Langkah pertama : Fokuskan pada diri untuk memunculkan pikiran yang membuat halusinasi. Pertanyaan yang disampaikan oleh terapis yaitu apakah pikiran itu realistis, menjadi lebih produktif, netral atau membuat ragu–ragu, dapat dikendalikan atau tidak. Putuskan jika anda ingin menghilangkan pikiran tersebut, tentukan salah satu pikiran yang anda sangat inginkan hilangkan.
- b. Langkah kedua : Imaginasikan pikiran halusinasi yang muncul lalu tutup mata dan bawa diri ke situasi yang dibayangkan dan ikut sertakan pikiran normal dan netral untuk melanjutkan pikiran sehat yang lain muncul.
- c. Langkah ketiga : Atur alarm selama 3 menit. Alihkan pandangan,tutup mata dan fokuskan pada pikiran yang membuat halusinasi. Ketika mendengar alarm teriakkan kata “stop” sambil mengangkat tangan, menjentikkan jari anda atau berdiri. Biarkan pikiran kosong dari pikiran yang membuat halusinasi. Lakukan selama 30 detik sejak meneriakkan kata ”stop” bila pikiran tersebut muncul kembali dalam rentang waktu 30 detik, teriakkan kata “stop” kembali.
- d. Langkah keempat : Memutuskan pikiran yang membuat halusinasi tanpa bantuan alarm atau *timer*. Saat anda sedang memfokuskan diri pada pikiran yang tidak diinginkan tersebut, teriakkan “stop” ,jika anda berhasil untuk menghilangkan pikiran tersebut dalam beberapa situasi berbeda, mulailah untuk mengucapkan dengan kata “stop” dengan nada suara normal. Jika berhasil, ulangi mengucapkan kata “stop” dengan berbisik kemudian mengucapkan tanpa suara, hanya dalam pikiran anda

- e. Langkah kelima : tentukan pikiran pengganti sebagai ganti dari pikiran yang membuat beberapa pernyataan yang positif dan bersifat asertif yang sesuai dengan situasi yang anda hadapi. Kembangkan beberapa pernyataan asertif tersebut untuk anda katakan pada diri sendiri.

6. Respon umum fungsi adaptif (RUFA) untuk kasus halusinasi

Diagnosa halusinasi

Skor 1-10 :

1. Prilaku

- a. Pasien kehilangan kontrol diri, melukai diri sendiri orang lain dan lingkungan akibat mengikuti isi halusinasi.
- b. PK secara verbal.
- c. Kegiatan fisik yang merefleksikan isi halusinasi seperti amuk, agitasi, memukul atau melukai orang secara fisik, serta merusak lingkungan.
- d. Gejala a, b, dan c ditemukan secara terus menerus pada pasien.

2. Pikiran

- a. Penilaian realitas terganggu, pasien tidak bisa membedakan yang nyata dan tidak nyata.
- b. Halusinasi dianggap nyata.

3. Perasaan : panik

Skor 11-20

1. Prilaku

- a. Mengatakan mendengar suara, melihat, mengecap, mencium, dan atau merasa sesuatu yang tidak nyata.

- b. PK secara verbal.
- c. Bicara, senyum dan tertawa sendiri.
- d. Sikap curiga dan bermusuhan.
- e. Frekuensi munculnya halusinasi sering.

2. Pikiran

- a. Mulai dapat membedakan yang nyata dan yang tidak nyata.
- b. Kadang-kadang mengalami gangguan berpikir.

3. Perasaan

- a. Cemas berat.
- b. Reaksi emosional berlebihan atau berkurang mudah tersinggung.

Skor 21-30

1. Prilaku

- a. Prilaku sesuai.
- b. Ekspresi tenang.
- c. Frekuensi munculnya halusinasi jarang.

2. Pikiran

- a. Pasien sudah mengenal halusinasinya.
- b. Berpikir logis.
- c. Persepsi akurat.

3. Perasaan

- a. Cemas sedang.
- b. Emosi sesuai dengan kenyataan.

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A Pengkajian	39
B Masalah Keperawatan	46
C Intervensi Keperawatan	49
D Intervensi Inovasi	57
E Implementasi dan evaluasi.....	59

BAB IV ANALISA SITUASI

A Profil RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda	67
B Analisis Masalah Keperawatan	67
C Analisis Intervensi Inovasi	71
D Alternatif Pemecahan Masalah	75

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS

MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A Kesimpulan

1. Telah dapat dianalisa kasus kelolaan pasien dengan halusinasi di ruang IGD RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dimana didapatkan pohon masalah yaitu isolasi sosial sebagai penyebab, gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran atau lihat sebagai pokok masalah, dan resiko perilaku kekerasan yang diarahkan pada lingkungan sebagai akibat.
2. Menganalisa intervensi terapi teknik *tought stopping* yang diterapkan secara kontinyu pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran diperoleh hasil bahwa pemberian intervensi terapi teknik *tought stopping* dapat mengurangi frekuensi halusinasi klien dan dari intervensi yang dilakukan penulis bahwa pasien dengan halusinasi dapat mengontrol halusinasinya dengan teknik *tought stopping* secara kontinyu.

B Saran

1. Bagi Perawat
 - a. Perawat sebaiknya memberikan edukasi kesehatan terkait halusinasi. Edukasi yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan mempertimbangkan keadaan saat pasien pulang kerumah. Pemberian edukasi kesehatan sebaiknya selama pasien dirawat sehingga dapat dievaluasi.

- b. Perawat juga perlu memberikan motivasi berupa pelaksanaan teknik *tought stopping* di rumah kepada pasien dan keluarga untuk mematuhi penatalaksanaan untuk gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.
 - c. Perawat dapat melakukan tehnik *tought stopping* dengan pelatihan dan tersertifikasi.
2. *Perawat dapat menerapkan pemberian intervensi *tought stopping* secara kontinyu pada klien yang mengalami gangguan sensori persepsi lainnya.*
3. Orangtua Pasien
- Orangtua pasien sebaiknya mematuhi program pengobatan, rutin control kerumah sakit.
4. Institusi Pendidikan
- Disarankan bagi penulis selanjutnya agar dapat melakukan pembahasan lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang dapat mengurangi frekuensi terjadinya halusinasi. Hal ini tentu saja akan menjadi landasan ilmu pengetahuan bagi perawat untuk bisa menerapkan tindakan keperawatan tersebut saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI. (2009). *Profil kesehatan Indonesia 2008*. Jakarta: Depkes RI
- Dochterman, J.M. Bulechek, G.M., Butcher, H.K., (2008). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. (5th ed). St. Louis, Missouri: Mosby Elseiver
- Doenges. (2002). *Rencana Asuhan keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: EGC
- Friedman (2010). *Keperawatan keluarga teori dan praktek*. Edisi 5. Alih bahasa : Achir Yani, S. Hamid dkk. Jakarta: EGC.
- Marzlin, K & Webner, C. (2012). *Acute coronary syndrome (ACS): Evidence based trends and treatment*. Diunduh dari <http://www.cardionursing.com>
- Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson. (2013). *IOWA Outcome Project: Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 4th ed. Missouri; Mosby, Inc
- Mohr, W.K. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. Sixth edition. Lippincot:Willian Wilkins.
- NANDA. (2012). *Panduan Diagnosa keperawatan NANDA 2012-2014, definisi dan klasifikasi*. Philadhelpia
- Potter, P.A & Perry, A.G. (2005). *Fundamental Of Nursing: Concepts, Procces and practice*, St Louis: CV Mosby Company
- Royal College of Nursing. (2010). *Specialist nurses: Changing lives, saving money*. Diunduh dari <http://www.rcn.org.uk>
- Royal College of Nursing. (2012). *RCN factsheet: Specialist nursing in the UK*. Diunduh dari <http://www.rcn.org.uk>
- Stuart, G.W & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*.(8th ed). St. Louis: Mosby.
- Stuart, G.W (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9th ed). St.Louis: Mosby.
- Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric mental health nursing: Consept of care invidence based practice*. (6th ed). Philadelphia: F.A Davis.
- Wilson, S.K & Trigoboff, E. (2004). *Psychiatric-mental health nursing*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.