

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Halusinasi**

##### **1. Definisi**

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada klien dengan gangguan jiwa, Halusinasi sering diidentikkan dengan Schizofrenia. Dari seluruh klien Schizofrenia 70% diantaranya mengalami halusinasi. Gangguan Jiwa lain yang juga disertai dengan gejala halusinasi adalah gangguan maniak depresif dan delirium. (Novalia, 2024)

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 eksternal (persepsi palsu).(Sutejo, 2023)

Halusinasi adalah persepsi klien yang salah terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, memberi persepsi yang salah atau pendapat tentang sesuatu tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata dan hilangnya kemampuan manusia untuk membedakan rangsangan internal pikiran dan rangsangan eksternal. Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan sensori persepsi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa. Pasien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan tanpa adanya stimulus yang nyata.(Setyani, 2024)

Halusinasi pendengaran adalah kondisi ketika seseorang mendengar suara-suara yang tidak didengar oleh orang lain, seperti suara percakapan, instruksi, musik, atau langkah kaki. Halusinasi pendengaran merupakan jenis halusinasi yang paling umum terjadi. Halusinasi pendengaran paling sering terjadi ketika klien mendengar suara-suara,

halusinasi ini sudah melebur dan pasien merasa sangat ketakutan, panik dan tidak bisa membedakan antara khayalan dan kenyataan yang dialaminya.(Simanjuntak, 2023)

## **2. Etiologi Halusinasi**

Faktor yang dapat menyebabkan halusinasi dibagi menjadi 2 yaitu predisposisi dan presipitasi menurut (Pipit Mulyah, Dyah Aminatun, 2023) yaitu:

### **a. Predisposisi**

#### **1) Faktor genetik**

Faktor genetik merupakan salah satu faktor utama yang dapat menyebabkan halusinasi dikarenakan anak yang memiliki satu orang tua penderita halusinasi memiliki resiko 15%, angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita halusinasi

#### **2) Faktor psikologis**

Faktor psikologis terjadi karena kegagalan berulang dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial, korban kekerasan, kurang kasih sayang. Sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup.

#### **3) Faktor sosiokultural dan lingkungan**

Seseorang yang berada dalam sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala halusinasi lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai. Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi (unwanted child) akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

#### **4) Faktor biologis**

Adanya riwayat penyakit herediter gangguan jiwa, riwayat penyakit, trauma

kepala dan riwayat penggunaan NAPZA mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Dimetytranferase (DMP). Akibat Buffofenon dan stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasi neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan acetylcholin dan dopamine.

#### b. Faktor presipitasi

Respon klien terhadap halusinasi seperti curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu membuat keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata ataupun tidak nyata.

##### 1) Stressor sosial budaya

Pada kasus ini pasien menyangka kalau hidup bersosialisasi di dunia nyata sangat berbahaya. Stress serta kecemasan dapat bertambah saat stabilitas pada keluarga terjadi penyusutan, berpisah antar individu yang disayang, dan di asingkan oleh kelompok tertentu hal tersebut bisa menjadi penyebab timbulnya halusinasi.

##### 2) Faktor biokimia

Riset tentang dopamine, norepinetin, indolamine, dan zat halusigenik diprediksi berhubungan terhadap terjadinya halusinasi termasuk disorientasi kenyataan. 10  
Politeknik Yakpermas Banyumas

##### 3) Faktor psikologis

Keseriusan ansietas yang sangat ekstrem serta berkepanjangan yang diiringi kebiasaan untuk menunda menyelesaikan masalah dapat memungkinkan terjadinya gangguan orientasi realita ini. Pasien meningkatkan koping untuk menjuhi realita yang tidak menyenangkan.

#### 4) Faktor perilaku

Sikap yang berkaitan dengan perubahan motorik pasien, proses berfikir, persepsi yang afektif, serta keadaan sosial adalah hal yang dikaji kepada pasien gangguan orientasi kenyataan. (Anggita, 2023)

### **3. Faktor Mempengaruhi Halusinasi**

#### a. Penegetahuan keluarga tentang perawatan pasien halusinasi

Sangat di perlukan adanya Pendidikan Kesehatan atau health education bagi keluarga selepas pasien keluar dari rumah sakit jiwa, dan hal pemberian edukasi ini juga dilakukan secara bertahap dan berkelanjutan. Keluarga akan diberikan informasi sejelas – jelasnya mengenai isi halusinasi pasien, SP Keluarga untuk pasien, perawatan seperti apa bagi pasien dengan halusinasi seperti alat makan yang cocok untuk pasien dimana tidak melukai atau membahayakan pasien, pasien memiliki aktivitas yang terjadwal sehingga tidak sering berhalusinasi, dan melatih pasien untuk menghardik apabila halusinasi kembali muncul.

#### b. Dukungan Keluarga

Pemberian dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pasien dalam mengontrol gangguan halusinasi, penelitian keterkaitan pemberian dukungan keluarga dengan kemampuan pasien mengontrol halusinasi. Menurut (Andika, 2018) menerangkan dukungan keluarga merupakan penyangga bagi kesembuhan pasien, dimana pasien merasa diperhatikan, adanya kasih sayang menimbulkan kepercayaan diri dalam diri pasien dan meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi

#### c. Kemampuan Pasien Mengontrol Halusinasi

Kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi menurut (Utami and

Puji Rahayu, 2022) di pengaruhi oleh faktor internal dimana ha ini ditentukan dari diri pasien itu sendiri, bagaimana sikap dan respon pasien serta sejauh mana pemahaman pasien mengenai halusinasi. seperi pasien mampu mengenai halusinasinya sendiri, pasien memiliki untuk sembuh, keterbukaan pasien menyampaikan isi halusinasi atau apa yang pasien alami, dan respon atau sikap pasien dalam menghadapi halusinya apabila muncul.(Santi et al., 2023)

#### 4. Rentang Respon Halusinasi

Rentang Respon Halusinasi adalah reaksi maladaptif individu yang berbeda rentang respons neurobiologis adalah perasaan maladaptasi. Jika pelanggan memiliki pandangan yang sehat Akurat, mampu mengenali dan menafsirkan rangsangan. Menurut panca indera (pendengaran, penglihatan, penciuman, rasa dan sentuhan) pelanggan halusinasi Bahkan jika stimulusnya di antara kedua tanggapan tersebut terdapat tanggapan yang terpisah. Karena satu hal mengalami persuasif yang abnormal, yaitu kesalah pahaman stimulus yang diterimanya adalah ilusi. pengalaman pasien yang luas jika penjelasan untuk stimulasi sensorik.



Respon Adaptif

Respon Maladaptif

- Pikiran logis	- Distorsi pikiran	- Gangguan pikir
- Persepsi akurat	- Ilusi	- Sulit merespon
- Emosi konsisten	- Reaksi	- Emosi
Dengan pengalaman	emosional	- Perilaku
Perilaku sesuai	- Perilaku	disorganisasi

Berhubungan sosial	aneh/tidakbiasa - Menarik diri	- Isolasi sosial
--------------------	-----------------------------------	------------------

Menurut (Adolph, 2023)

Keterangan :

a. Respon Adaptif

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

Adapun respon adaptif yakni :

- 1) Pikiran Logis merupakan pandangan yang mengarah pada kenyataan yang dapat diterima akal, contoh pasien yang mengalami halusinasi dia mengatakan bisa mengatasinya.
- 2) Persepsi Akurat merupakan pandangan dari seseorang tentang suatu peristiwa secara cermat dan tepat sesuai perhitungan. Contohnya, Seorang pasien dengan gangguan bipolar mengalami halusinasi visual yang menyebabkan mereka merasa bingung dan disorientasi. Namun, mereka memiliki persepsi akurat dengan berpikir.
- 3) Emosi Konsisten dengan Pengalaman merupakan perasaan jiwa yang timbul sesuai dengan peristiwa yang pernah dialami.

Perilaku Sosial dengan kegiatan individu atau sesuatu yang berkaitan dengan individu tersebut yang diwujudkan dalam bentuk gerak atau ucapan yang tidak bertentangan dengan moral.

Hubungan Sosial merupakan proses suatu interaksi dengan orang lain dalam

pergaulan ditengah masyarakat dan lingkungan.

#### b. Respon Psikososial

Adapun respon psikososial yakni:

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

#### c. Respon Maladaptif

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

Adapun respon maladaptif yakni:

- 1) Kelainan pikiran (waham) merupakan keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan keyakinan sosial.
- 2) Halusinasi merupakan gangguan yang timbul berupa persepsi yang salah terhadap rangsangan.
- 3) Kerusakan proses emosi merupakan ketidakmampuan mengontrol emosi seperti menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan, kebahagiaan, dan kedekatan.

- 4) Perilaku tidak terorganisir merupakan ketidakteraturan perilaku berupa ketidakselarasan antara perilaku dan gerakan yang di timbulkan.
- 5) Isolasi sosial merupakan kondisi dimana seseorang merasa kesepian tidak mau berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan sekitarnya.(Adolph, 2023)

## **5. Tanda Dan Gejala Halusinasi**

Tanda dan gejala Halusinasi menurut (Pradana & Riyana, 2022) adalah terdiri :

- a. Menarik diri dari orang lain, dan berusaha menghindar diri dari orang lain.
- b. Tersenyum sendiri
- c. tertawa sendiri.
- d. Duduk melamun (berkhayal).
- e. Bicara sendiri.
- f. Memandang satu arah, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yangcepat, dan respons verbal yang lambat.
- g. Menyerang, sulit berhubungan dengan orang lain.
- h. Tiba-tiba marah, curiga, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain danlingkungan) takut.
- i. Gelisah, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel.
- j. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah.

Tanda –tanda yang berkaitan dengan halusinasi pendengaran meliputi sebagai berikut :

- a. Data Objektif
  - 1) klien tampak bicara sendiri.
  - 2) Klien tampak tertawa sendiri.
  - 3) Klien tampak marah-maraha tanpa sebab.
  - 4) Klien tampak mengarahkan telinga kearah tertentu.

- 5) Klien tampak menutup telinga.
- 6) Klien tampak menunjuk-nunjuk kearah tertentu.
- 7) Klien tampak mulutnya komat-kamit sendiri.

b). Data Subjektif

- 1) Klien mengatakan mendengar suara atau kegaduhan.
- 2) Klien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya untuk bercakap-cakap.
- 3) Klien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu yang berbahaya.
- 4) Klien mengatakan mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain.

## 6. Jenis-jenis Halusinasi

Menurut(Ummah, 2022) ada beberapa jenis halusinasi antara lain:

a. Halusinasi pendengaran (auditorik)

70 % Karakteristik ditandai dengan mendengar suara, terutama suara –suara orang, biasanya pasien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

b. Halusinasi penglihatan (visual)

20 % Karakteristik dengan adanya stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartun dan/atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan bisa menyenangkan atau menakutkan.

c. Halusinasi penghidu (olfactory)

Karakteristik ditandai dengan adanya bau busuk, amis dan bau yang menjijikkan seperti: darah, urine atau feses. Kadang-kadang tercium bau harum

d. Halusinasi peraba (tactile)

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

e. Halusinasi pengecap (gustatory)

Karakteristik ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikkan, merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urine atau feses.

f. Halusinasi kinestetik

Karakteristik ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine. Halusinasi kinestetik merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

## **7. Tahapan Proses Terjadinya Halusinasi**

Menurut (Yani, 2022) dalam konsep halusinasi terdapat beberapa tahapan-tahapan halusinasi yaitu tahapan I : menyenangkan, tahapan II : antipati/menjijikkan, tahapan III : Mengontrol dan tahapan IV : 13 Larut dalam halusinasi

a. Tahapan I : Comforting

Pada tahapan pertama Klien akan cenderung merasakan halusinasi yang menyenangkan serta sesuai dengan apa yang dipikirkan oleh Klien. Selain itu, Klien cenderung merasakan ansietas sedang terhadap suatu stres yang dialami sehingga Klien berupaya menekan perasaan yang ia rasakan seperti perasaan takut, kesepian dan sebagainya dengan berfokus pada pikiran yang menyenangkan. Pada tahapan ini juga Klien masih dapat membedakan sesuatu hal yang benar-benar nyata dan halusinasi serta Klien dapat mengendalikan halusinasi. Pada tahapan ini perawat dapat mengamati adanya perilaku pada Klien seperti tertawa tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa

menimbulkan suara, cenderung diam, dan lebih senang menyendiri. Pada tahapan ini kebanyakan Klien tidak menyadari bahwa telah memasuki fase early psychosis.

b. Tahapan II : Condemning

Tahapan condemning merupakan tahapan dimana Klien merasakan hal menjijikan atau hal yang tidak disukai oleh Klien dan mengalami ansietas berat. Selain itu, pada tahapan condemning Klien mulai kehilangan kemampuan untuk mengendalikan distorsi pikiran yang terjadi dan Klien kesulitan membedakan antara hal yang nyata dengan halusinasi yang dialami serta Klien akan berupaya untuk bisa menjauhi halusinasinya. Di tahapan ini dapat dilihat dari beberapa perubahan pada Klien seperti Klien tidak mampu mempertahankan interaksi dalam waktu yang lama, terjadinya peningkatan nadi, tekanan darah dan frekuensi pernapasan.

c. Tahapan III : Controlling

Tahapan controlling isi halusinasi sudah mengendalikan Klien berbeda dari tahapan sebelumnya dimana Klien berupaya menjauhi halusinasi. Selain itu, tahapan ini Klien mengikuti dan melakukan tindakan dari isi halusinasi tersebut serta Klien mengalami ansietas berat. Di tahap ini Klien lebih cenderung isi halusinasi mengendalikannya sehingga Klien mengalami kesulitan untuk menolak apa yang diperintahkan dari isi halusinasi dan bahkan tidak dapat menolak sesuatu hal yang diperintahkan halusinasi yang dapat membahayakan dan mengancam nyawanya.

d. Tahapan IV : Conquering

Pada tahapan ini Klien sudah dikuasai oleh halusinasi dan Klien mulai panik. Pada tahapan ini juga isi halusinasi dapat mengancam Klien apabila tidak mengikuti isi dari halusinasi. Perilaku yang dapat dilihat pada tahapan ini yaitu Klien tidak mampu berespon terhadap lingkungan sekitar, Klien sangat beresiko untuk mencederai dirinya, orang lain, dan lingkungan, dan Klien agitasi atau kataton.

## **8. Mekanisme koping**

Mekanisme koping merupakan perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri, mekanisme koping halusinasi menurut (Adolph, 2023)), diantaranya:

### **a. Regresi**

Proses untuk menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali pada perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.

### **b. Proyeksi**

Keinginan yang tidak dapat di toleransi, mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan identitas).

### **c. Menarik diri**

Reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis. 21 Reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindari sumber stressor, sedangkan reaksi psikologis yaitu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan.

## **9. Penatalaksanaan Halusinasi**

Penatalaksanaan menurut Iyan (Pipit Mulyah, Dyah Aminatun, 2023), penatalaksanaan halusinasi ada beberapa seperti psikofarmakoterapi, psikoterapi dan rehabilitas yang diantaranya terapi aktivitas (TAK) dan rehabilitasi.

### **a. Terapi Psikofarmakoterapi**

Salah satu dari gejala halusinasi adalah skizoprenia. Dengan menggunakan obat-obatan anti psikotik dapat mengurangi dan menurunkan halusinasi. Adapun di antaranya adalah :

#### **1) Antipsikoti**

Indikasi utama dari obat golongan ini yaitu untuk penderita gangguan psikotik (Skizofrenia atau psikotik lainnya). Seperti obat antipsikotik yaitu: Chlorpromazine, Trifluoperazin, Thioridazin, Haloperidol, Klorprotixen, Lokaspin dan Pimozide. Efek utama dari obat antipsikotik menyerupai gejala psikotik seperti gangguan proses pikir (waham), gangguan persepsi (halusinasi), aktivitas psikomotor yang berlebihan (agresivitas), dan juga memiliki efek sedatif serta efek samping ekstrapiramidal. Efek samping yang dapat terjadi yaitu kegelisahan motorik, tremor, kasar, febris tinggi, kejang-kejang, penurunan tekanan darah, mulut kering, inkontinensia urin.

## 2) Antidepresan

Golongan obat-obatan yang mempunyai khasiat mengurangi atau menghilangkan gejala depresif. Contoh obat antidepresan yaitu: Imipramin, Maprotilin, Setralin dan paroxetine. Efek samping yang dapat terjadi adalah hipotensi, hipertensi, perubahan pada gambaran EKG, obtipasi, mulut dan tenggorokan kering, mual dan sakit kepala.

## 3) Antiansietas

Golongan obat yang dipakai untuk mengurangi ansietas/kecemasan yang patologis tanpa banyak berpengaruh pada fungsi kognitif.

## b. Terapi Non Farmakologi

### 1) Electro Convulsive Therapy (ECT)

Electro Convulsive Therapy yaitu terapi kejang listrik dengan menghantarkan arus listrik pada elektroda yang di pasang pada kepala sehingga menyebabkan konvulsi, kekuatan arus listrik 75-100 volt, cara kerja ECT yaitu aliran listrik yang di masukan kedalam kepala orang yang mengalami gangguan jiwa, setelah itu orang yang menjalani terapi menjadi tidak sadarseketika dan

konvulsi.

2) Pengekangan atau pengikatan

Perkembangan fisik melibatkan penggunaan pengekangan mekanis seperti borgol di pergelangan tangan dan pergelangan kaki di mana perban memungkinkan pasien untuk bergerak. Metode ini dilakukan pada pasien halusinasi yang menunjukkan perilaku kekerasan seperti marah atau mengamuk.

c. Terapi modalitas

Terapi modalitas keperawatan jiwa dilakukan untuk memperbaiki dan mempertahankan sikap klien agar mampu bertahan dan bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat sekitar dengan harapan klien dapat terus bekerja dan tetap berhubungan dengan keluarga, teman, dan sistem pendukung yang ada ketika menjalani terapi. Jenis-jenis terapi modalitas adalah : Terapi aktifitas kelompok (TAK) penatalaksanaan pada sesi 1-4 terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi dilakukan untuk menghardik halusinasi, stimulasi persepsi mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan, stimulasi persepsi mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dan stimulasi persepsi dengan patuh minum obat.

d. Penatalaksanaan Keperawatan

Mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan teknik strategi pelaksanaan (SP) kepada pasien halusinasi :

1) Strategi pelaksanaan 1:

Mengenal masalah dalam merawat pasien, mengontrol halusinasi pasien dengan cara menghardik.

2) Strategi pelaksanaan 2:

Pasien mengontrol halusinasi dengan lima cara benar minum obat

3) Strategi pelaksanaan 3:

Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

4) Stategi pelaksanaan 4:

Melatih pasien halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Salah satu yang dilakukan dalam tahap pengkajian keperawatan ini adalah pengumpulan data. Pengumpulan data yang dikumpulkan meliputi data pasien secara holistik, yakni meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Beno et al., 2023)

#### **a. Identitas klien**

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, no rekam medik, diagnosa medis dan alamat klien.

#### **b. Alasan Masuk**

Biasanya klien bicara sendiri, tertawa sendiri, senyum sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, menarik diri dari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata, ekspresi muka tegang mudah tersinggung, jengkel dan marah, mengatakan mendengar suara-suara, marah-marah tanpa sebab, mengganggu lingkungan, bermenung, banyak diam, kadang merasa takut dirumah, lalu klien sering pergi keluar rumah dan keluyuran atau jalan-jalan sendiri dan tidak pulang kerumah, kemungkinan keluarga klien telah membawa klien ke puskesmas. atau rumah sakit terdekat untuk berobat tetapi tidak ada perubahan sehingga keluarga berinisiatif membawa klien ke rumah sakit jiwa. **c.**

#### **Faktor predisposisi**

Biasanya klien mengalami gangguan jiwa pada masa lalu, karena pada umumnya apabila klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran walaupun sebelumnya pernah mendapat perawatan di rumah sakit jiwa, tetapi pengobatan yang dilakukan masih meninggalkan gejala sisa, sehingga klien kurang dapat beradaptasi dengan lingkungannya. Gejala sisa ini disebabkan akibat trauma yang dialami klien, gejala ini cenderung timbul apabila klien mengalami penolakan didalam keluarga atau

lingkungan sekitarnya .

**Masalah keperawatan :**

- **Resiko perilaku kekerasan**
- **Gangguan pertumbuhan dan perkembangan**
- **Respon pasca trauma**
- **Ketidakefektifan koping keluarga : Ketidakmampuan**

**c. Fisik**

Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tinggi badan dan berat badan tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu meningkat, dan pernapasan terlihat cepat dan keluhan fisik lainnya.

**Masalah keperawatan :**

- **Resiko tinggi perubahan suhu tubuh**
- **Defisit volume cairan**
- **Resiko tinggi terhadap infeksi**
- **Perubahan nutrisi : kurang/ lebih dari kebutuhan tubuh**
- **Perubahan nutrisi Perubahan perlindungan**
- **Perubahan eliminasi feses/ urine**

**d. Psikososial**

1). Genogram

Kemungkinan adanya anggota keluarga klien yang lain yang mengalami gangguan jiwa, pola komunikasi terganggu, begitu pula dengan pengambilan keputusan pola asuh. Genogram dilihat dari 3 generasi keluarga sebelumnya. Biasanya pada komunikasi klien terganggu begitupun dengan pengambilan keputusan dan pola asuh biasanya dilakukan orang yang dituakan dirumah, biasanya ayah dari klien.

**Masalah keperawatan :**

**- Ketidakefektifan koping keluarga : ketidakmampuan**

**- Ketidakefektifan koping keluarga : penurunan**

**-Ketidakefektifan koping keluarga : potensial pertumbuha**

**2). Konsep Diri**

a) Citra Tubuh.

Biasanya berisi tentang persepsi klien tentang tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan bagian tubuh yang tidak disukai.

b) Identitas diri

Biasanya klien dapat menyebutkan identitas dirinya (nama, alamat, hobi dan sebagainya). Pada umumnya interaksi klien dengan keluarga maupun masyarakat tidak efektif sehingga klien merasa tidak puas akan status ataupunposisi klien sebagai anggota keluarga dan masyarakat.

c) Peran Diri

Biasanya klien kurang dapat melakukan peran dan tugasnya dengan baik sebagai anggota keluarga dalam masyarakat karena klien merasa tidak berguna.

d) Ideal Diri

Biasanya berisi tentang harapan klien terhadap penyakitnya. Pada umumnya klien ingin cepat pulang serta diperlakukan dengan baik oleh keluarga ataupun masyarakat saat pulang nanti sehingga klien dapat melakukan perannya sebagai anggota keluarga atau anggota masyarakat dengan baik.

e) Harga Diri

Biasanya hubungan klien dengan orang lain kurang baik sehingga klien

merasa dikucilkan di lingkungan sekitarnya.

**Masalah keperawatan :**

- **Harga diri rendah**
- Gangguan citra tubuh**
- Gangguan identitas diri**
- Isolasi Sosial**

#### **e. Hubungan Sosial**

##### 1). Orang terdekat

Biasanya klien akan mengatakan orang yang terdekat klien adalah orang tua atau saudaranya.

##### 2). Peran serta dalam kegiatan kelompok masyarakat

Biasanya sebelum dirawat di RSJ sering bergaul dengan orang sekitarrumahnya, biasanya ditemukan setelah dirawat di RSJ pasien tidak mau bergaul dengan alasan malu dengan kondisinya, biasanya klien akan tampak sering menyendiri, kontak mata berkurang saat berinteraksi dan klien sering melamun.

##### 3). Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Biasanya klien akan mengatakan adanya merasa kehilangan sesuatu yang berarti dalam hidupnya, seperti kehilangan orang tua.

**Masalah keperawatan :**

- **Isolasi sosial**
- **Hambatan Interaksi Sosial**
- **Hambatan Komunikasi**
- **Hambatan Komunikasi Verbal**

#### **f. Spiritual**

1). Nilai dan keyakinan

Biasanya nilai-nilai dan keyakinan terhadap agama kurang sekali, keyakinan agama klien juga terganggu.

2). Kegiatan ibadah

Biasanya klien menjalankan kegiatan ibadah dirumah sebelumnya saat sakit ibadah terganggu. Pada umumnya klien jarang melakukan kegiatan ibadah sesuai keyakinannya.

**Masalah keperawatan :**

**- Distress spiritual**

**g. Status Mental**

1). Penampilan

Biasanya klien terlihat tidak rapi, rambut acak-acakan, mulut dan gigi kotor, serta bau badan, kancing baju tidak tepat, baju terbalik, serta penggunaan pakaian yang tidak sesuai.

**Masalah keperawatan :**

**- Defisit keperawatan diri ( makan, mandi, berpakaian, toileting dan instrumentasi).**

2). Pembicaraan

Biasanya klien berbicara cepat, keras, gagap, membisu, apatis, lambat serta pembicaraan yang berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lain. Pada umumnya klien berbicara lambat dan tidak mampu memulai pembicaraan.

**Masalah keperawatan :**

**- Hambatan Komunikasi Verbal**

**- Isolasi sosial**

3). Aktifitas Motorik

Biasanya ditemukan klien dapat melakukan aktivitas sehari-hari di Rsj secara mandiri saat berinteraksi biasanya klien tidak ada ditemukannya jalan mondar mandir, mulut komat kamit.

**Masalah keperawatan :**

- **Intoleransi aktivitas**
- **Resiko perilaku kekerasan**

4). Alam perasaan

Kemungkinan klien dengan halusinasi merasa sedih jika mendengar suara-suara, ketakutan ketika melihat bayangan khawatir ketika bayangan itu tidak ada.

**Masalah keperawatan :**

- **Ketidakberdayaan / ketidakmampuan**
- **Ansietas**

5). Afek

Biasanya Afek yang terjadi pada klien ada datar yaitu tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus, Afek tumpul hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat, Afek labil emosi yang berubah dengan cepat, dan afek tidak sesuai emosi yang tidak sesuai

**Masalah keperawatan :**

- **Hambatan komunikasi verbal**
- **Hambatan komunikasi**
- **Risiko cedera**

6). Interaksi selama wawancara

Biasanya klien mampu menjawab semua pertanyaan yang diajukan dengan baik, biasanya klien cenderung menatap kedepan, padahal perawat ada disampingnya, pandangan mata melihat ke arah lain ketika diajak bicara.

**Masalah keperawatan :**

- **Isolasi sosial**
- **Risiko perilaku kekerasan**

7). Persepsi

Biasanya klien mengatakan sering mendengar bisikan halus atau suara saat ingin tidur, biasanya suara itu menyuruh klien untuk melakukan sesuatu, terkadang muncul atau tidak, biasanya muncul dengan durasi lebih kurang 5 menit, biasanya respon klien saat terjadinya halusinasi hanya diam dan merasa takut.

**Masalah keperawatan :**

- **Gangguan sensori persepsi : halusinasi (sesuaikan dengan jenis halusinasi)**

8). Proses pikir

Biasanya ditemukan pada klien adanya gangguan proses pikir, Pada umumnya klien cenderung apabila akan menjawab pertanyaan terdiam dulu, seolah-olah sedang merenung lalu mulai menjawab, kemudian jawaban belum selesai diutarakan, klien diam lagi kemudian meneruskan jawabannya dengan singkat.

**Masalah keperawatan :**

- **Gangguan proses pikir**

9). Isi Pikir

Biasanya klien mengalami proses pikir akibat halusinasi pendengaran yang dirasakannya mendengar suara-suara atau bisikan

**Masalah keperawatan :**

- **Gangguan proses pikir**

10). Tingkat kesadaran

Biasanya pasien disorientasi orang, tempat dan waktu, mengatakan merasa melayang-layang antara sadar dan tidak sadar, tampak bingung dan kacau.

**Masalah keperawatan :**

- **Gangguan proses pikir**
- **Risiko perilaku kekerasan**

11). Memori

Biasanya pasien diwaktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi atau tidak dapat mengingat dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang maupun daya ingat jangk pendek seperti menceritakan penyebab pasien masuk ke rumah sakit jiwa.

**Masalah keperawatan :**

- **Gangguan proses pikir**

12). Tingkat konsentrasi dan berhitung

Biasanya klien tidak mampu berkonsentrasi dan mampu berhitung secara sederhana, misalnya berhitung dari 1 sampai 10.

**Masalah keperawatan :**

- **Gangguan proses pikir**

13). Kemampuan penilaian

Biasanya pasien kurang mengalami kemampuan penilaian dan tidak mampu mengambil keputusan.

**Masalah keperawatan :**

- **Gangguan proses pikir**

14) Daya titik diri

Biasanya klien mengingkari penyakit yang diderita dan menyalahkan orang lain atau lingkungan yang menyebabkan kondisinya saat ini.

**Malasah keperawatan :**

- **Gangguan proses pikir**

## **h. Kubutuhan persiapan pulang**

### 1). Makan.

Biasanya akan ditemukan dengan tidak adanya gangguan terhadap nafsu makan atau system pencernaan, makan biasanya menghabiskan makanan sesuai dengan porsi yang disediakan.

#### **Masalah keperawatan :**

- **Perubahan nutrisi : Kurang/lebih dari kebutuhan tubuh**

### 2). Mandi

Biasanya pasien jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang keramas, bercukur dan berhias. Badan pasien sangat bau dan kotor dan pasien hanya melakukan kebersihan dirinya bila disuruh.

#### **Masalah keperawatan :**

- **Defisit perawatan diri**

### 3). Berpakaian

Biasanya pasien mampu dalam memilih pakaian untuk dikenakan biasanya pasien memakai pakaian sesuai fungsinya, baju diatas, celana dibawah biasanya klien tidak dapat bersisir dan memakai bedak.

#### **Masalah keperawatan :**

- **Defisit perawatan diri**

### 4). Istirahat dan tidur

Biasanya pasien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti menyikat gigi, cuci kaki, dan berdo'a. Begitupun sebaliknya saat bangun tidur pasien tidak ada merapikan tempat tidurnya, dan tidak ada mandi. Frekuensi tidur pasien biasanya berubah-ubah kadang nyenyak dan kadang

gaduh atau tidak tidur.

**Masalah keperawatan :**

- **Gangguan pola tidur**

5). Penggunaan obat

Biasanya pasien mengatakan minum obat 3 kali sehari dan pasien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat putus minum obat.

**Masalah keperawatan :**

- **Defisit pengetahuan**

6). Pemeliharaan Kesehatan

Biasanya pasien mengatakan ingin segera pulang. Kemungkinan klien mengatakan jika sudah dirumah nanti akan rajin minum obat. Biasanya klien mengatakan bila sudah keluar dari rumah sakit klien tidak mau dibawa ke Rsj lagi.

**Masalah keperawatan :**

- **Koping individu tidak efektif**

7). Aktivitas di dalam rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam :

- a) Merencanakan, mengolah dan menyajikan makanan
- b) Merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu dan mengepel)
- c) Mencuci pakaian sendiri
- d) Mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

**Masalah keperawatan :**

- **Defisit perawatan diri**
- **Perilaku mencari bantuan Kesehatan**

**i. Mekanisme Koping**

1) Koping adaptif

Biasanya klien mau berbicara dengan orang lain, biasanya klien mengatakan jika ada masalah ia berdiam diri dirumah, biasanya klien tidak mau melakukan aktivitas

2) Koping maladaptif

Biasanya klien mengatakan saat dirumah sering tertawa sendiri dan terkadang marah-marah tanpa sebab.

**Masalah keperawatan:**

- **Ketidakefektifan koping individual**
- **Gangguan penyesuaian diri**

**j. Masalah Psikososial dan lingkungan**

1). Masalah dengan dukungan kelompok

Biasanya klien mengatakan tidak ada dukungan dari orang sekitarnya.

2). Masalah dengan lingkungan

Biasanya klien mengatakan kurang diterima dilingkungan karena menganggap klien tidak sehat atau mengalami gangguan jiwa.

3). Masalah dengan pendidikan

Biasanya klien tidak ada masalah selama pedidikannya dan kemungkinan klien tidak ada yang sekolah.

4). Masalah dengan pekerjaan

Biasanya klien tidak memiliki pekerjaan.

5). Masalah dengan perumahan

Biasanya klien tinggal dengan orang tua dan saudaranya, dan kemungkinanklien memiliki masalah dengan tanah dan rumah yang ditempai klien.

6). Masalah dengan ekonomi

Biasanya klien memiliki masalah terkait dengan ekonomi seperti tidak tercukupinya kebutuhan sehari-hari karena tidak memiliki pekerjaan yang tetap.

#### 7). Masalah dengan pelayanan kesehatan

Biasanya klien tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan karena tidak jauh dari rumah klien ada puskesmas sehingga klien tidak membutuhkan biaya banyak dengan datang ke pelayanan kesehatan.

#### **Masalah keperawatan :**

- **Isolasi sosial**
- **Gangguan konsep diri**
- **Gangguan Interaksi Sosial**
- **Ketidakmampuan / ketidakberdayaan**
- **Defisit perawatan diri**
- **Konflik peran orang tua**

#### **k. Pengetahuan**

Biasanya klien tidak tau penyebab dari gangguan jiwa yang dialaminya, biasanya klien tidak menyadari kekambuhan dari penyakitnya karena klien tidak tau akibat dari tidak teratur dalam mengkonsumsi obat.

#### **Masalah Keperawatan :**

- **Defisit pengetahuan**
- **Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik**

#### **l. Aspek medis**

- 1) Diagnosa medis : *Skizofrenia*
- 2) Terapi yang diberikan.

Obat yang diberikan pada klien dengan halusinasi pendengaran biasanya diberikan antipsikotik seperti *haloperidol* (HLP), *chlorpromazine* (CPZ),

*Trifluoperazin (TFZ), dan anti Parkinson trihexyphenidyl (THP), risperidon.*

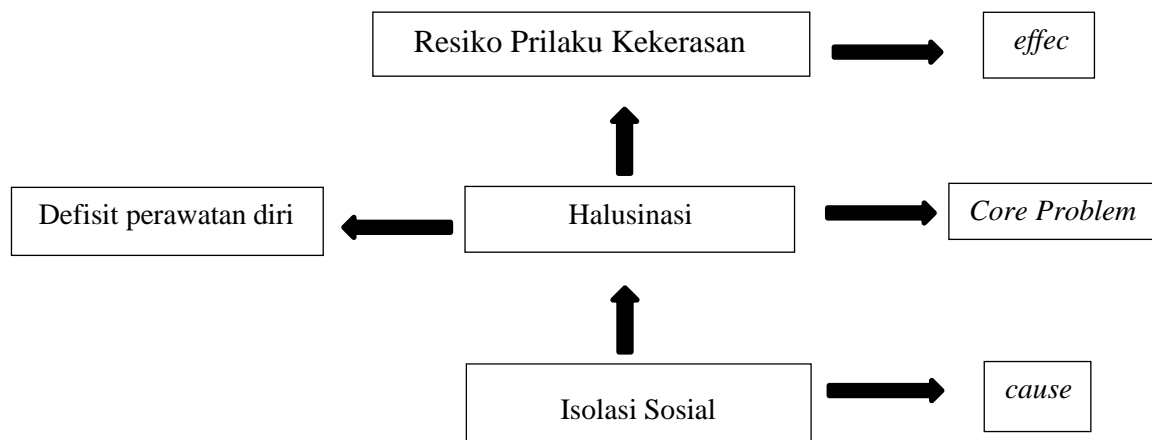
## **2. Daftar Masalah Keperawatan**

Daftar masalah keperawatan halusinasi pendengaran menurut meliputi sebagai berikut :

- a. Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran
- b. Risiko perilaku kekerasan
- c. Gangguan komunikasi verbal
- d. Gangguan proses pikir
- e. Defisit perawatan diri
- f. Isolasi sosial
- g. Harga diri rendah
- h. Koping individu tidak efektif
- i. Defisit pengetahuan
- j. Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik
- k. Gangguan konsep diri
- l. Konflik peran orang tua.
- m. Gangguan penyesuaian diri
- n. Perubahan nutrisi: lebih dari kebutuhan tubuh
- o. Intoleransi aktivitas
- p. Distress spiritual
- q. Gangguan citra tubuh
- r. Gangguan identitas diri
- s. Respon pasca trauma
- t. Ketidakefektifan koping keluarga : ketidakmampuan

## **3. Pohon Masalah Keperawatan**

## 2.2 Pohon Masalah Halusinasi



Sumber: (Beno et al., 2023)

### 4. Kemungkinan Diagnosa Keperawatan

1. Resiko perilaku kekerasan
2. Halusinasi
3. Isolasi Sosial
4. Defisit perawatan diri

### 5. Rencana Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan dibuat dan disusun khusus untuk menyelesaikan suatu masalah atau diagnosa keperawatan dan meningkatkan kesehatan pasien. Seiring berjalannya waktu rencana tindakan keperawatan bisa berubah prioritasnya sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul pada pasien.

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran outcome yang diharapkan.

**Tabel 5 Intervensi keperawatan**

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI SP PASIEN	INTERVENSI SP KELUARGA
1.	<b>Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran</b>	<p><b>Pasien mampu :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengendalikan halusinasi yang dialaminya.</li> <li>2. Mengontrol halusinasinya.</li> <li>3. Mengikuti program pengobatan secara optimal.</li> </ol>	<p>➤ <b>Setelah Pertemuan 1</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapat menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus dan perasaan saat halusinasi.</li> <li>2. Mengontrol halusinasinya</li> <li>3. Mengikuti program pengobatan secara optimal.</li> </ol>	<p><b>SP 1 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya dengan tindakan:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien.</li> <li>b. Perkenalkan diri.</li> <li>c. Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini.</li> <li>d. Membuat kontrak asuhan : apa yang akan perawat lakukan bersama pasien, waktu, tempat.</li> <li>e. Jelaskan perawat akan merahasiakan informasi yang akan diperoleh untuk kepentingan terapi.</li> <li>f. Tunjukkan sikap empati.</li> <li>g. Penuhi kebutuhan dasar pasien.</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>SP 1 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.</li> <li>2. Jelaskan pengertian, tandatan gejala dan proses terjadinya halusinasi.</li> <li>3. Jelaskan cara merawat halusinasi.</li> <li>4. Latih cara merawat halusinasi: menghardik</li> <li>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal, memberikan pujian.</li> </ol>

				<p>2. Bantu pasien mengenali halusinasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jenis</li> <li>b. Isi</li> <li>c. Waktu terjadinya</li> <li>d. Frekuensi</li> <li>e. Situasi pencetus</li> <li>f. Perasaan dan respon saat terjadi halusinasi</li> </ul> <p>3. Jelaskan cara mengontrol halusinasi : menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan.</p> <p>4. Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.</p> <p>Tahapan tindakan meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan cara menghardik halusinasi</li> <li>b. Peragakan cara menghardik</li> <li>c. Minta pasien memperagakan ulang cara menghardik</li> <li>d. Pantau penerapan cara ini, beri penguatan perilaku pasien.</li> </ul>	
--	--	--	--	--	--

			<p>➤ <b>Setelah pertemuan 2</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan.</li> <li>2. Mampu menyebutkan manfaat dari program pengobatan.</li> </ol>	<p><b>SP 2 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1). Beri pujian.</li> <li>2. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa.</li> <li>3. Jelaskan akibat bila obat tidak digunakan sesuai program.</li> <li>4. Jelaskan akibat dari putus obat</li> <li>5. Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat.</li> <li>6. Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 6 benar ( jenis, guna, dosis, frekuensi, cara dan kontinuitas minum obat).</li> <li>7. Latih pasien minum obat secara teratur.</li> <li>8. Masukkan dalam jadwal harian klien.</li> </ol>	<p><b>SP 2 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik beri pujian.</li> <li>2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat.</li> <li>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberipujian.</li> </ol>
--	--	--	--	---	---

			<p>➤ <b>Setelah Pertemuan 3</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan.</li> <li>2. Mampu memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain.</li> </ol>	<p><b>SP 3 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1 dan SP2).</li> <li>2. Latih berbicara atau bercakap-cakap dengan orang lain.</li> <li>3. Masukkan dalam jadwal kegiatan klien.</li> </ol>	<p><b>SP 3 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat, bercakap-cakap.</li> <li>2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi.</li> <li>3. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap.</li> <li>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian</li> </ol>
			<p>➤ <b>Setelah Pertemuan 4</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan</li> <li>2. Mampu menyebutkan jadwal kegiatan sehari-hari dan</li> </ol>	<p><b>SP 4 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1,SP2 dan SP3) beri pujian.</li> <li>2. Latih pasien melakukan aktivitas yang terjadwal agar halusinasi tidak muncul tahapan tindakannya. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan pentingnya</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>SP 4 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien meghardik, memberikan obat dan bercakap-cakap. Beri pujian</li> <li>2. Jelaskan follow up ke RSJtanda</li> </ol>

			mampu memperagakan nya.	<p>aktifitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.</p> <p>b. Diskusikan aktifitas yang biasa dilakukan oleh pasien.</p> <p>c. Latih pasien melakukan aktifitas ( 2 aktifitas). Susun jadwal latihan sehari-hari sesuai dengan aktifitas yangtelah dilatih (dari bangun sampai tidur malam)</p> <p>d. Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikanpenguatan terhadap prilaku pasien yang positif.</p>	<p>kambuh, rujukan.</p> <p>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.</p>
2.	<b>Resiko perilaku kekerasan</b>	<p><b>Pasien mampu :</b> Pasien dapat.</p> <p>1.Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, tanda-tanda kekerasan,jenis</p>	<p>➤ <b>Setelah Pertemuan 1</b></p> <p>1. Dapat menyebutkan penyebab, tanda dan gejala, jenis perilakukekerasan yang biasa</p>	<p><b>SP 1 Pasien :</b></p> <p>1. Bina hubungan saling percaya dengan tindakan.</p> <p>a. Mengucapkan salamterapeutik</p> <p>b. Berjabat tangan</p> <p>c. Menjelaskan</p>	<p><b>SP 1Keluarga :</b></p> <p>1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawatpasien.</p> <p>2. Jelaskan pengertian, tandadan gejala</p>

		<p>perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya.</p> <p>2. Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasannya.</p>	<p>dilakukan dan akibat perilaku kekerasan.</p> <p>Dapat menyebutkan cara mencegah mengontrol perilaku kekerasan dan dapat mencegah perilaku kekerasan secara fisik.</p>	<p>tujuan interaksi</p> <p>d. Membuat kontrak topic, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien.</p> <p>7. Identifikasi :</p> <p>a. Penyebab perasaan perilaku kekerasan, tanda dan gejala yang dirasakan.</p> <p>b. Perilaku kekerasan yang dilakukan akibatnya.</p> <p>c. Serta cara mengontrol secara fisik : Tarik nafas dalam dan pukul kasur atau bantal</p> <p>8. Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien.</p>	<p>dan proses terjadinya Perilaku Kekerasan.</p> <p>3. Jelaskan cara merawat Perilaku Kekerasan.</p> <p>4. Latih satu cara merawat Perilaku Kekerasan dengan melakukan kegiatan fisik tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal.</p> <p>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberipujian.</p>
			<p>➤ <b>Setelah Pertemuan 2</b></p> <p>1. Mampu menyebutkan kegiatan yang</p>	<p><b>SP 2 Pasien :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1). Beri pujian.</p> <p>2. Latih dan ajarkan pasien</p>	<p><b>SP 2 Keluarga :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik</p>

			<p>sudah dilakukan.</p> <p>2. Mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara patuh minum obat.</p>	<p>minum obat secara teratur dengan 6 (enam) benar (jenis, dosis, frekuensi, cara, dan kontinuitas minum obat). Jelaskan manfaat atau keuntungan minum obat dan kerugian tidak minum obat.</p> <p>3. masukan pada jadwal harian pasien.</p>	<p>berikan pujian.</p> <p>2. Jelaskan 6 benar cara minum obat.</p> <p>3. Latih cara memberikan/membimbing minum obat</p> <p>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberipujian.</p>
			<p>➤ <b>Setelah Pertemuan 3</b></p> <p>1. Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan.</p>	<p><b>SP 3 Pasien :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1 dan SP2) beri pujian.</p> <p>2. Latih mengungkapkan rasa marah secara verbal :</p> <p>a. Menolak dengan baik</p> <p>b. Meminta dengan baik</p> <p>c. Mengungkapkan perasaan dengan baik</p> <p>3. masukan kedalam jadwal kegiatan harian</p>	<p><b>SP 3 Keluarga :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien fisik dan memberikan obat. Berikan pujian</p> <p>2. Latih cara membimbing: cara bicara yang baik.</p> <p>3. Latih cara membimbing kegiatan spiritual.</p> <p>4. Anjurkan membantu pasien</p>

					sesuai jadwal dan memberikan pujian.
			<p>➤ <b>Setelah pertemuan 4</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan.</li> <li>2. Mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual.</li> </ol>	<p><b>SP 4 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1, SP2 dan SP3) beri pujian.</li> <li>2. Latih mengontrol Perilaku kekerasan dengan cara spiritual (sholat, berdoa, dzikir, wudhu’).</li> <li>3. Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien.</li> </ol>	<p><b>SP 4 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien fisik, memberikan obat, latihan berbicara yang baik &amp; kegiatan spiritual. Berikan pujian.</li> <li>2. Jelaskan follow up ke RSJ ,tanda kambuh, rujukan.</li> <li>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.</li> </ol>
3.	<b>Isolasi Sosial</b>	<p><b>Pasien mampu :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu berinteraksi dengan orang lain.</li> </ol>	<p>➤ <b>Setelah Pertemuan 1</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu menjelaskan pentingnya</li> </ol>	<p><b>SP1 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial: siapa yang serumah, siapa yang dekat, yang</li> </ol>	<p><b>SP 1 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusi masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.</li> <li>2. Jelaskan tanda dan</li> </ol>

		<p>Tujuan khusus</p> <p>1. Melakukan perkenalan dan berbicara dengan orang lain.</p>	<p>mempunyai teman.</p> <p>2. Menjelaskan cara berkenalan yang baik dan benar.</p> <p>3. Menjelaskan cara bercakap-cakap saat melakukan kegiatan</p> <p>4. Melatih klien mempraktekan cara berkenalan yang baik</p> <p>5. Mampu memasukan jadwal kegiatan harian</p>	<p>tidak dekat dan ada apa sebabnya.</p> <p>2. Menjelaskan keuntungan mempunyai teman dan bercakap-cakap.</p> <p>3. Menjelaskan kerugian tidak mempunyai teman dan bercakap-cakap</p> <p>4. Melatih cara berkenalandengan pasien, perawat atau tamu</p> <p>5. Memasukan jadwal kegiatan harian.</p>	<p>gejala dan proses terjadinya isolasi sosial</p> <p>3. Jelaskan cara merawat isolasi sosial.</p> <p>4. Latih cara merawat berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian.</p> <p>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian saat besuk.</p>
		<p>2. Klien mampu berbicara saat melakukan kegiatan</p>	<p>➤ <b>Setelah Pertemuan 2</b></p> <p>1. Mampu berkenalan dengan orang lain dan berbicara saat melakukan kegiatan.</p>	<p><b>SP2 Pasien :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1) beri pujian.</p> <p>2. Melatih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan).</p> <p>3. Masukan kedalam jadwal kegiatan untuk latihan</p>	<p><b>SP 2 Keluarga :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan harian,</p>

				berkenalan 2-3 orang pasien, perawat dan tamu,berbicara saat melakukankegiatan.	<p>Berikan pujian.</p> <p>2. Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan pasien berbicara(makan, sholat bersama) dirumah</p> <p>3. Latih cara membimbing pasien berbicara dan memberikan pujian.</p> <p>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal saat besok</p>
		3. Klien mampu berkenalan dengan 4-5 orang lebih saat melakukan kegiatan.	<p>➤ <b>Setelah Pertemuan 3</b></p> <p>1. Menjelaskan cara berkenalan yang baikdan benar.</p> <p>2.Menjelaskan cara berbicara saat</p>	<p><b>SP 3 Pasien :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan yang lalu(SP1 dan SP2) beri pujian.</p> <p>2. Melatih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan baru</p>	<p><b>SP 3 Keluarga :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluargadalam merawat / melatih pasien berkenal, berbicara saat melakukan</p>

			<p>melakukan kegiatan.</p> <p>3. Mempraktekan cara berkenalan dan berbicara yang baik dan benar.</p>	<p>seperti mencuci piring dan menyapu).</p> <p>3. Masukkan ke dalam kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang baru, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan bersosialisasi.</p>	<p>kegiatan harian, Berikan pujian.</p> <p>2. Jelaskan cara melatih pasien melakukan kegiatan sosial seperti berbelanja, meminta sesuatu dll.</p> <p>3. Latih keluarga mengajak pasien belanja saat besok.</p> <p>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian saat besok.</p>
		<p>4. Klien mampu berbicara untuk meminta sesuatu dan menjawab pertanyaan.</p>	<p>➤ <b>Setelah Pertemuan 4</b></p> <p>1. Menjelaskan cara bersosialisasi yang baik</p> <p>2. Menjelaskan cara meminta sesuatu dengan baik.</p>	<p><b>SP 4 Pasien :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1, SP2, dan SP3) beri pujian.</p> <p>2. Melatih cara bersosialisasi seperti meminta sesuatu dan menjawab pertanyaan</p> <p>3. Masukkan pada jadwal</p>	<p><b>SP 4 Keluarga :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan</p>

			<p>3. Menjelaskan caramenjawab pertanyaan dengan baik.</p> <p>Mempraktekkan cara bersosialisai yang baik.</p>	<p>kegiatan untuk latihan berkenalan &gt;5 orang lebih, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan bersosialisasi.</p>	<p>harian/RT, berbelanja, berikan pujian.</p> <p>2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan</p> <p>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal kegiatan dan memberikan pujian.</p>
4.	<b>Defisit Perawatan diri</b>	<p><b>Pasien mampu :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi masalah perawatan diri, berdanda, makan/minum ,BAB /BAK</p> <p>2. Pasien mampu melakukan kebersihan diri</p>	<p>➤ <b>Setelah Pertemuan 1</b></p> <p>1. Dapat menyebutkan pentingnya kebersihan diri</p> <p>2. Dapat menjelaskan cara dan alat untuk kebersihan diri</p> <p>➤ Mampu menjelaskan cara menjaga</p>	<p><b>SP 1 Pasien :</b></p> <p>1. Bina hubungan saling percaya dengan tindakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien</li> <li>- Perkenalkan diri</li> <li>- Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini</li> <li>- Membuat kontrak asuhan : apa yang akan perawat</li> </ul>	<p><b>SP 1 keluarga :</b></p> <p>1. Diskusikan masalah dalam merawat pasien</p> <p>2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya defisit perawatan diri</p> <p>3. Latih cara merawat</p>

			<p>kebersihan diri seperti : mandi dan ganti pakaian</p>	<p>lakukan bersama pasien,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. waktu dan tempat</li> <li>- Jelaskan perawat akanmerahasiakan informasi yang akandiperoleh untuk kepentingan terapi</li> <li>- Tunjukan sikap empati</li> <li>- Penuhi kebutuhandasar pasien</li> </ol> <p>3. Diskusikan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi masalahperawatan diri kebersihan diri, berdandan, makan/minum, BAB/BAK</li> <li>2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri</li> <li>3. Jelaskan cara menjaga kebersihan diri : mandi dan ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut, potong kuku</li> <li>4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan mandi,sikat gigi (2 kali sehari), potong</li> </ol>	<p>defisit perawatan diri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Latih dua cara merawat : Kebersihan diri dan berdandan</li> <li>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memeberikan pujian</li> </ol>
--	--	--	--	---	---

				kuku (satu kali satu minggu)	
		2. Pasien mampu melakukan berhias dan berdandan secara mandiri	<p>➤ <b>Setelah Pertemuan 2</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapat menyebutkan pentingnya kebersihan diri berhias dan berdandan</li> <li>2. Dapat menjelaskan cara dan alat untuk berhias dan berdandan</li> </ol> <p>➤ Mampu menjelaskan cara berhias dan berdandan contohnya sisir rambut</p>	<p><b>SP 2 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian</li> <li>2. Jelaskan cara dan alat berdandan</li> <li>3. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri :sisiran, rias muka</li> <li>4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan</li> </ol>	<p><b>SP 2 keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga Latih dua (yang lain) cara merawat : Makan dan minum, BAB dan BAK</li> <li>2. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian</li> </ol>
		3. Pasien mampu melakukan makan dan minum yang baik dan benar	<p>➤ <b>Setelah Pertemuan 3</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Dapat menyebutkan pentingnya kebersihan diri berhias dan makan</li> </ol>	<p><b>SP 3 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian</li> <li>2. Jelaskan cara dan</li> </ol>	<p><b>SP 3 keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/mela tih pasien</li> </ol>

			<p>dan minum yang benar</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Dapat menjelaskan cara dan alat makan dan minum</li> <li>5. mampu mengajarkan cara makan dan minum yang baik dan benar</li> </ol>	<p>alat makan dan minum</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Latih cara makan dan minum yang baik</li> <li>4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum yang baik</li> </ol>	<p>kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Bimbing keluarga merawat kebersihan diri dan berdandan, makan dan minum</li> <li>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian</li> </ol>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pasien mampu melakukan makan dan minum yang baik dan benar</li> </ol>	<p>➤ <b>Setelah Pertemuan 4</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapat menyebutkan pentingnya kebersihan diri berhias dan makan dan minum yang benar bab dan bak yang benar</li> <li>2. Dapat</li> </ol>	<p><b>SP 4 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berhias dan berdandan. Beri pujian</li> <li>2. Jelaskan BAB dan BAK yang baik</li> <li>3. Latih BAB dan BAK yang baik</li> </ol>	<p><b>SP 4 keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/mela tih pasien kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Beri</li> </ol>

			<p>menjelaskan cara bab dan bak yang benar</p> <p>3. Mampu menjelaskancara bab dan bak benar</p>	<p>4. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK</p>	<p>pujian</p> <p>2. Bimbing keluarga merawat BAB dan BAK pasien</p> <p>3. jelaskan follow up keRSJ, tanda kambuh, rujukan</p> <p>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memeberikan pujian</p>
--	--	--	--	---	---

6

## **6. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan, dimana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Identifikasi waktu, frekuensi, situasi, respon klien terhadap halusinasi
- c. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- d. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara minum obat
- e. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap
- f. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melaksana kegiatanberjadwal.

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan, adapun pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan strategi pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing-masing masalah utama. Pada saat akan dilakukan atau dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta klien yang diharapkan, dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan serta respon klien.

## **7. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahap dimana proses keperawatan menyangkut

pengumpulan data obyektif dan subyektif yang dapat menunjukkan masalah apa yang terselesaikan, apa yang perlu dikaji dan direncanakan, dilaksanakan dan dinilai apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, sebagian tercapai atau timbul masalah baru. (Hairul, 2021 dalam Syahdi & Pardede, 2022).

Evaluasi dilakukan dengan berfokus pada perubahan perilaku klien setelah diberikan tindakan keperawatan. Keluarga juga perlu di evaluasi karena merupakan sistem pendukung yang penting.

- a. Apakah klien dapat mengenal halusinasinya, yaitu isi halusinasi, situasi, waktu dan frekuensi munculnya halusinasi.
- b. Apakah klien dapat mengungkapkan perasaan ketika halusinasi muncul.
- c. Apakah klien dapat mengontrol halusinasinya dengan menggunakan empat cara, yaitu menghardik, minum obat, bercakap – cakap dan melakukan kegiatan.
- d. Apakah klien dapat mengungkapkan perasaannya mempraktikkan empat cara mengontrol halusinasi.