

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Halusinasi

1. Definisi

Skizofrenia merupakan suatu penyakit gangguan jiwa dimana sudah banyak terjadi dan dialami oleh manusia salah satunya yaitu halusinasi yang berarti gangguan jiwa yang mana klien terdapat gangguan persepsi sensori, dimana klien terdapat sensasi yang tidak nyata meliputi penglihatan, bunyi, bau, rasa, dan sentuhan dimana klien merasakan rangsangan dari luar terhadap perlakuan yang sebetulnya palsu atau tidak ada sehingga dilakukan tindakan menghardik halusinasi yaitu cara mengendalikan halusinasi yang dialami oleh diri sendiri dengan cara menolak serta tidak mempedulikannya (Bayu Seto Rindi Atmojo, 2022).

Halusinasi adalah suatu bentuk dampak dari gangguan persepsi dan gangguan orientasi realita yang ditandai dengan seseorang memberikan tanggapan atau penilaian tanpa adanya stimulus yang diterima oleh panca indera dimana juga suatu gangguan psikologis dimana klien mengalami suara, pemandangan, rasa, sentuhan, atau bau (Abdurkhman & Maulana, 2022)

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara - suara ataupun percakapan lengkap antara dua orang atau lebih dimana klien diminta melakukan sesuatu yang kadang membahayakan. Halusinasi pendengaran bisa memberikan efek atau masalah yang dialami oleh pasien atau keluarga. Efek dari halusinasinya seperti bunuh diri, resiko mencedrai diri sendiri atau orang lain ((Restuningtiyas et al., 2022)

2. Etiologi Halusinasi

Etiologi halusinasi menurut (Meiwan Pasrah Christian Hulu¹, 2022)) antara lain:

a. Faktor Predisposisi

- 1) Faktor Perkembangan Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stress dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi. Pasien mungkin menekan perasaannya sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif
- 2) Faktor Sosial Budaya Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul gangguan seperti delusi dan halusinasi.
- 3) Faktor Psikologis Hubungan interpersonal seseorang yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas berat berakhir dengan pengingkaran terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi.
- 4) Faktor Biologis Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realitas, serta dapat ditemukan atropik otak, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbic.
- 5) Faktor Genetik Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada pasien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia.

b. Faktor Presipitasi

Faktor Presipitasi menurut (Hulu & Pardede, 2022)dalam(Meiwan Pasrah Christian Hulu1, 2022).

- 1) Stresor Sosial Budaya Stress dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting, atau diasingkan dari kelompok dapat menimbulkan halusinasi.
- 2) Faktor Biokimia Penelitian tentang dopamin, norepinetrin, indolamin, serta zat halusigenik diduga berkaitan dengan gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi.
- 3) Faktor Psikologis Intensitas kecemasan yang ekstream dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realistik. Pasien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.
- 4) Faktor Perilaku Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik, dan social.

3. Faktor Mempepengaruhi Halusinasi

- a. Pengetahuan keluarga tentang perawatan halusinasi Sangat diperlukan adanya Pendidikan Kesehatan 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, strategi pelaksana 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 sehinggal tidak sering berhalusinasi, dan melatih pasien untuk

menghardik apabila halusinasi kembali muncul (Santi, Nugroho, Soesanto, Aisah, & Hidayati, 2021)

b. Dukungan keluarga

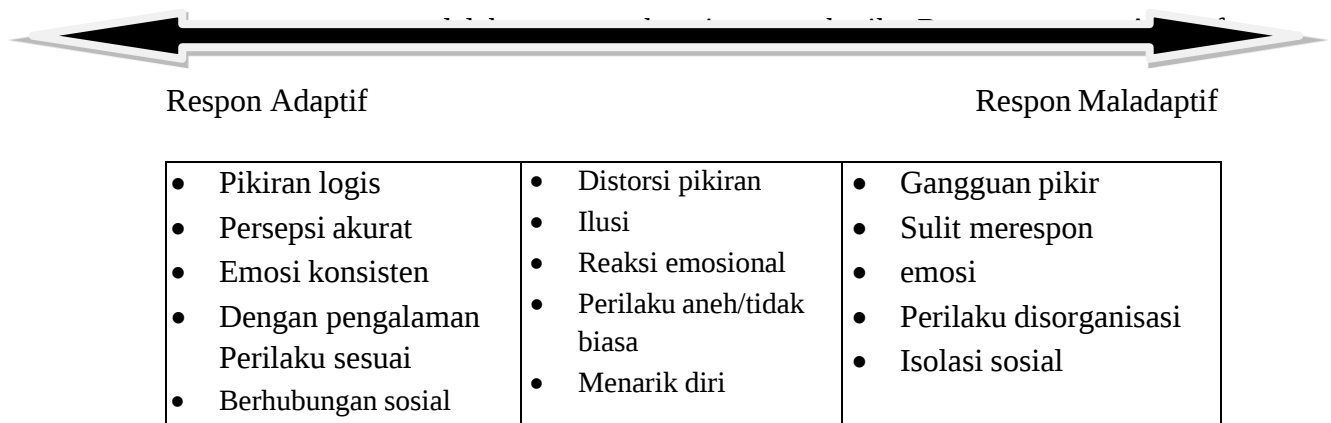
Menurut (Indariani, Romantika & Mayangsari, 2022) adanya hubungan dukungan keluarga dengan kemampuan pasien mengontrol halusinasi, peneliti menemukan apabila keluarga memberikan dukungannya kepada pasien maka tingkat kesembuhan pasien juga meningkat begitu juga sebaliknya apabila dukungan keluarga kurang maka pasien akan kehilangan kontrol akan halusinasinya dan sering mengalami kekambuhan. Dukungan yang dapat diberikan keluarga antara lain, dukungan emosional dimana keluarga memberikan kasih sayang, perhatian secara terkhusus kepada pasien, rasa saling percaya, dan mendengarkan apa yang pasien rasakan

c. Kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi (Bayu Seto Rindi Atmojo, 2022) dipengaruhi oleh faktor internal dimana hal ini ditentukan dari diri pasien itu sendiri, bagaimana sikap dan respon pasien serta sejauh mana pemahaman pasien mengenai halusinasi. Seperti pasien mampu mengenai halusinasinya sendiri, pasien memiliki semangat untuk sembuh, keterbukaan pasien menyampaikan isi halusinasi atau apa yang pasien alami, dan respon atau sikap pasien dalam menghadapi halusinya apabila muncul. Selain faktor eksternal yang mempengaruhi kemampuan mengontrol pasien seperti pengetahuan dan dukungan yang ada pada keluarga pasien, lingkungan tempat tinggal pasien, dan asuhan keperawatan.

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 kesalahan pemahaman stimulus yang diterimanya adalah ilusi. pengalaman pasien yang luas jika penjelasan untuk stimulasi sensorik tidak (Keliat, 2016 dalam).(Zebua et al., 2021)

Menurut Keliat (2016 dalam Zebua, 2021) stimulus yang diterima, rentang



Menurut Keliat (2016 dalam Zebua, 2021)

Keterangan :

a. Respon adaptif

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

Respon adaptif yakni :

- 1) Pikiran logis merupakan pandangan yang mengarah pada kenyataan yang dapat diterima akal.
- 2) Persepsi akurat merupakan pandangan dari seseorang tentang sesuatu peristiwa secara cermat dan tetap sesuai perhitungan.
- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman merupakan perasaan jiwa yang timbul sesuai dengan peristiwa yang pernah dialami.
- 4) Perilaku sosial dengan kegiatan individu atau sesuatu yang berkaitan dengan individu tersebut yang diwujudkan dalam bentuk gerak atau ucapan yang tidak bertentangan dengan moral.
- 5) Hubungan sosial merupakan proses sesuatu dengan orang lain dalam pergaulan ditengah masyarakat dan lingkungan.

b. Respon Psikososial

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 bisa 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.

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 ketidak mampuan mengontrol emosi seperti menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan, kebahagiaan, dan kedekatan.
- 4) Perilaku tidak terorganisasi merupakan ketidak teraturan perilaku berupa ketidak selarasan 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.

5. Tanda dan Gejala Halusinasi

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

- a. Menarik diri dari orang lain, dan berusaha menghindari 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 yang cepat, dan respons verbal yang lambat.
- g. Menyerang, sulit berhubungan dengan orang lain.
- h. Tiba-tiba marah, curiga, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain dan lingkungan) 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-marah 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(Pardede, 2021) 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

Tingkat proses terjadinya halusinasi terbagi menjadi 4 tahap, yaitu: (Anggarawati et al., 2022)

a. Tahap I (Tingkat ansietas sedang)

Fase pertama yaitu Perilaku klien pada fase ini biasanya tersenyum dan terawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan bola mata yang cepat, respon verbal yang lambat seperti mendengarkan suara yang jika sedang asyik dengan halusinasinya dan suka menyendiri tidak mau bersosialisasi dengan orang sekitar.

b. Tahap II (Fase condeming/ansietas berat)

Pada fase ini halusinasi yang dialami menjadi menjijikan dan termasuk dalam non-psikotik. Pasien mengalami emosi yang berlanjut. Karakteristik pasien biasanya mempunyai pengalaman yang menakutkan, menarik diri dari orang lain, perasaan cemas, mulai merasa kehilangan kontrol, dan merasa dilecehkan oleh pengalaman sensorik. Salah satu dari perilaku klien yaitu kehilangan kemampuan dalam membedakan halusinasi dan realita.

c. Tingkat III (Mengontrol tingkat ansietas berat)

Pada fase ini yaitu pengalaman sensorik yang menguasai klien dan klien menyerang pada halusinasinya. Karakteristik pada fase ini klien akan merasa kesepian jika halusinasinya berakhir. Perilaku klien pada fase ini klien merasa berkeringat, tremor, dan jika halusinasi itu muncul maka

perintah dari halusinasi tersebut harus ditaati dan klien sulit untuk berhubungan dengan orang lain atau sekitar.

d. **Tingkat IV (Menguasai tingkat ansietas)**

Pada fase ini termasuk psikosis yang parah atau berat. Sifat halusinasinya berubah menjadi mengintimidasi atau menyudutkan. Pasien menjadi merasa takut, tidak berdaya hingga kehilangan kendali. Klien tidak mau berhubungan dengan orang disekitarnya. Dilihat dari perilaku klien, ia menunjukkan perilaku panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri, ketidakmampuan untuk menanggapi potensi kompleks, dan ketidakmampuan untuk menanggapi lebih dari satu orang.

8. Mekanisme koping

Mekanisme koping adalah segala upaya yang diarahkan untuk mengendalikan stres, termasuk upaya memecahkan masalah secara langsung dan mekanisme pertahanan lain yang digunakan untuk melindungi diri sendiri, seperti mengalihkan kegiatan yang bermanfaat (konversi), memberikan alasan yang logis (rasionalisme), dialihkan ke objek lain/ memarahi tanaman atau binatang (Proyeksi), mundur ke tahap perkembangan sebelumnya (regresi) (Yani et al., 2023). Adapun beberapa mekanisme, yaitu :

- a. Regresi yaitu berhubungan dengan proses informasi dan upaya yang digunakan untuk menanggulangi rasa ketakutan, serta menghindari rasa cemas dan stress.
- b. Proyeksi yaitu keinginan yang tidak dapat ditoleransi dan klien berusaha menjelaskan/mengungkapkan perasaannya kepada orang lain karena kesalahannya sendiri.
- c. Menarik diri yaitu klien sulit untuk mempercayai orang lain.

- d. Keluarga mengingkari masalah yang dialami oleh klien.

8. Penatalaksanaan Halusinasi

1) Terapi Psikofarmakologi

Obat-obatan untuk halusinasi Menurut (Wulandari & Pardede, 2020) :

a. Haloperidol

Klasifikasinya sebagai obat antipsikotik, neuroleptic, dan butirofenon. Indikasi dari obat tersebut untuk pengobatan psikosis kronis dan akut, kontrol hiperaktif, masalah pada anak-anak hingga orang dewasa. Efek samping dari obat ini dapat mengakibatkan diare, pusing, konstipasi, anoreksia, kejang dan insomnia.

b. Chlorpromazine

Klasifikasinya sebagai obat antipsikotik dan antiemetic. Indikasi untuk penanganan gangguan psikotik seperti depresi, skizofrenia, ansietas, agitasi dan hiperaktif pada anak yang menunjukkan aktivitas motorik berlebih. Efek samping dari obat ini yaitu sedasi, mengantuk, mulut kering, hidung tersumbat, dan hipereksia/hiporeksia.

c. Trihexyphenidyl (THP)

Klasifikasinya antiparkinson. Indikasi nya untuk merileksasikan otot dan pikiran. Efek samping dari obat ini yang akan dirasakan ialah gelisah, pusing, hipotensi, hingga merasakan mual dan muntah.

2) Terapi Non Farmakologi

a) Elctro 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

masuk ke dalam kepala orang yang mengalami gangguan jiwa, setelah itu orang yang menjalani terapi menjadi tidak sadarseketika dan konvulsi.

b) Pengekangan atau pengikatan

Perkembangan fisik melibatkan penggunaan pengkangan 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.

3). 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 (Nasir & Muhits dalam Direja, 2011). Jenis-jenis terapi modalitas adalah :

a. 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 (Maulana et al., 2021)

3). Penatalaksanaan Keperawatan

a. Mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan teknik strategi pelaksanaan (SP) kepada pasien halusinasi (Sianturi florentina & Amidos Pardede, 2021)

1) Strategi pelaksanaan 1:

mengenali 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) Strategi 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 (Wakhid & Hidayat, 2021).

a. Identitas Pasien

Kemungkinan data meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat tanggal pengkajian, nomor rekam medis.

b. Alasan Masuk

Pada umumnya karena keluarga merasa terganggu terhadap perilaku dan gejala tidak normal yang dilakukan klien seperti berbicara atau tertawa sendiri, 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.

b. Faktor Predisposisi

Kemungkinan klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu, karena pada umumnya 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 di dalam keluarga atau lingkungan sekitarnya. Kemungkinan pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik. Biasanya klien juga memiliki trauma masa lalu yang sangat mengganggu klien, Seperti kegagalan, kehilangan, perpisahan / kematian.

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**

6) Psikososial

a. 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 pertumbuhan**

b. Konsep Diri

- **Citra Tubuh.**

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

- **Identitas diri**

Kemungkinan 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 ataupun posisi klien sebagai anggota keluarga dan masyarakat.

- **Peran Diri**

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

- **Ideal Diri**

Kemungkinan 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.

- **Harga Diri**

Kemungkinan 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**

6. Hubungan Sosial

- **Orang terdekat**

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

- **Peran serta dalam kegiatan kelompok masyarakat**

Kemungkinan sebelum dirawat di RSJ sering bergaul dengan orang sekitar rumahnya, 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.

- Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Kemungkinan 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**

7. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

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

b. Kegiatan ibadah

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

Masalah keperawatan :

- **Distress spiritual**

8. Status Mental

a. Penampilan

Kemungkinan 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).**

b. Pembicaraan

Kemungkinan 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**

c. Aktifitas Motorik

Kemungkinan 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**

d. 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**

e. Afek

Kemungkinan 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**

f. Interaksi selama wawancara

Kemungkinan 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**

g. Persepsi

Kemungkinan 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)**

h. Proses pikir

Kemungkinan 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**

i. Isi Pikir

Kemungkinan klien mengalami proses fikir akibat halusinasi pendengaran yang dirasakannya mendengar suara-suara atau bisikan

Masalah keperawatan :

- **Gangguan proses pikir**

j. Tingkat kesadaran

Kemungkinan 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**

k. Memori

Kemungkinan 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

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

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

Masalah keperawatan :

- Gangguan proses pikir

m. Kemampuan penilaian

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

Masalah keperawatan :

- Gangguan proses pikir

n. Daya titik diri

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

Masalah keperawatan :

- Gangguan proses pikir

9. Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan.

Kemungkinan 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

b. Mandi

Kemungkinan 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**

c. Berpakaian

Kemungkinan 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**

d. Istirahat dan tidur

Kemungkinan pasien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti menyikat gigi, cuci kaki, dan berdoa'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**

e. Penggunaan obat

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

Masalah keperawatan :

- Defisit pengetahuan

f. Pemeliharaan kesehatan

Kemungkinan 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

g. Aktivitas di dalam rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam :

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

Masalah keperawatan :

- Defisit perawatan diri

- Perilaku mencari bantuan Kesehatan

10. Mekanisme Koping

• Koping adaptif

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

• Koping maladaptif

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

Masalah keperawatan:

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

11. Masalah Psikososial dan lingkungan

a. Masalah dengan dukungan kelompok

Kemungkinan klien mengatakan tidak ada dukungan dari orang sekitarnya.

b. Masalah dengan lingkungan

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

c. Masalah dengan pendidikan

Kemungkinan klien tidak ada masalah selama pendidikannya dan kemungkinan klien tidak ada yang sekolah.

d. Masalah dengan pekerjaan

Kemungkinan klien tidak memiliki pekerjaan.

e. Masalah dengan perumahan

Kemungkinan klien tinggal dengan orang tua dan saudaranya, dan kemungkinan klien memiliki masalah dengan tanah dan rumah yang ditempai klien.

f. Masalah dengan ekonomi

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

g. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Kemungkinan 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**

12. Pengetahuan

Kemungkinan 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**

13. Aspek medis

- Diagnosa medis : *Skizofrenia*
- Terapi yang diberikan.

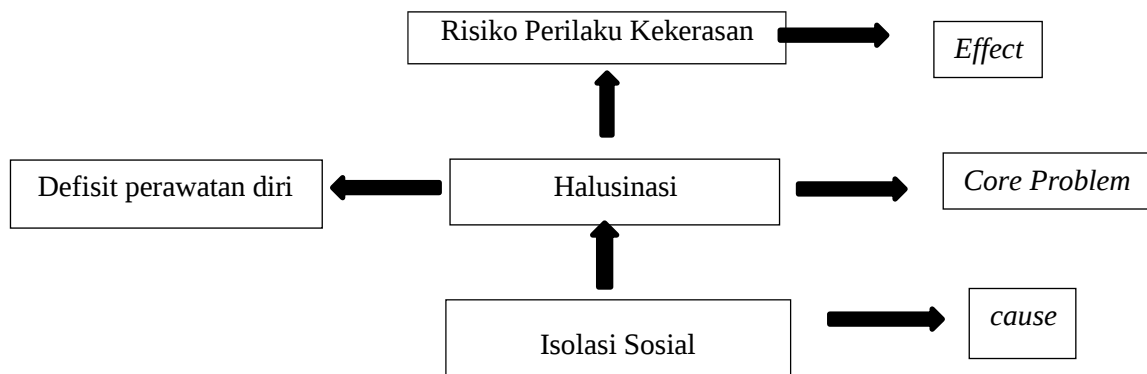
Obat yang diberikan pada klien dengan halusinasi pendengaran biasanya diberikan antipsikotik seperti *haloperidol* (HLP), *chlorpromazine* (CPZ), *Trifluoperazin* (TFZ), dan anti Parkinson *trihexyphenidyl* (THP), *risperidon*.

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



Sumber: Ramadia.A(2023)

4. Kemungkinan Diagnosa Keperawatan

1. Risiko 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 (PPNI, 2018).

Dalam rencana keperawatan yang akan dilakukan pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi memiliki tujuan yaitu, klien mampu mengelola dan meningkatkan respons, perilaku pada perubahan persepsi sensori.

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran outcome yang diharapkan (PPNI, 2018).

Tabel 2.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Strategi Pelaksanaan Klien	Strategi Pelaksanaan Keluarga
Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi	SP 1 Pasien : 1. Bina hubungan saling percaya dengan tindakan : - Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien. - Perkenalkan diri. - Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini. - Membuat kontrak asuhan : apa yang akan perawat lakukan bersama pasien, waktu, tempat. - Jelaskan perawat akan merahasiakan informasi yang akan diperoleh untuk kepentingan terapi. - Tunjukkan sikap empati. - Penuhi kebutuhan dasar pasien. 2. Identifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi	SP 1 Keluarga : 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien 2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya halusinasi. 3. Jelaskan cara merawat halusinasi. 4. Latih cara merawat halusinasi: menghardik 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal, memberikan pujian.

	pencetus, perasaan, respon. 3. Jelaskan cara mengontrol halusinasi: menghardik, obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan. 4. Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. 5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik.	
	SP 2 Pasien : 1. Evaluasi kegiatan menghardik, berikan pujian. 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat). 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat.	SP SP 2Keluarga : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik beri pujian. 2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat. 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
	SP 3 Pasien : 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat beri pujian. 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi. 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, obat dan bercakap-cakap.	SP 3 Keluarga : 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat, bercakap-cakap. 2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi. 3. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap. 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian.

	SP 4 Pasien : 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat bercakap-cakap beri pujian. 2. Latih cara mengontrol halusinasi dg melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan). 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian.	SP 4 Keluarga : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien meghardik memberikan obat dan bercakap-cakap. Beri pujian. 2. Jelaskan follow up ke RSJ tanda kambuh, rujukan 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
Resiko perilaku kekerasan	SP 1 Pasien : 1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, PK yang dilakukan, akibat PK. 2. Jelaskan cara mengontrol pk: fisik, obat, verbal, spritual. 3. Latihan cara mengontrol PK secara fisik tarik napas dalam dan pukul kasar dan bantal. 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik.	SP 1 Keluarga : 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. 2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya PK. 3. Jelaskan cara merawat PK. 4. Latih satu cara merawat PK dengan melakukan kegiatan fisik tarik nafas dalam dan pukul kasar dan bantal. 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
	SP 2 Pasien : 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik. Beri pujian. 2. Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar jenis, guna, dosis, frekuensi, cara,	SP 2 Keluarga : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik berikan pujian. 2. Jelaskan 6 benar cara minum obat. 3. Latih cara memberikan/membimbing minum obat.

	kontinuitas minum obat). 3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat.	4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
	SP 3 Pasien : 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat berikan pujian. 2. Latih cara mengontrol PK secar verbal (2 cara yaitu : mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar). 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal.	SP 3 Keluarga : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien fisik dan memberikan obat, Berikan pujian. 2. Latih cara membimbing: cara bicara yang baik. 3. Latih cara membimbing kegiatan spiritual. 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
	SP 4 Pasien : 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik & minum obat, verbal dan berikan pujian. 2. Latih cara mengontrol spiritual (2 kegiatan). 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual.	SP 4 Keluarga : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien fisik, memberikan obat,latihan berbicara yang baik & kegiatan spiritual. Berikan pujian. 2. Jelaskan follow up ke RSJ ,,tanda kambuh, rujukan. 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
Isolasi Sosial	SP 1 Pasien : 1. Identifikasi penyebab isolasi sosial: siapa yang serumah, siapa yang terdekat, yang tidak dekat, dan apa sebabnya. 2. Keuntungan punya teman dan bercakap-cakap.	SP 1 Keluarga : 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. 2. Jelaskan tanda dan gejala dan proses terjadinya isolasi sosial 3. Jelaskan cara merawat isolasi sosial.

	3. Kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap-cakap. 4. Latih cara berkenalan dengan pasien dan perawat atau tamu. 5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan.	4. Latih cara merawat berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian. 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian saat besok.
	SP 2 Pasien : 1. Evaluasi kegiatan berkenalan (beberapa orang). Berikan pujian. 2. Latihan cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan). 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 2-3 orang pasien, perawat dan tamu, berbicara saat melakukan kegiatan harian.	SP 2 Keluarga : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan harian. Berikan pujian. 2. Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan pasien berbicara (makan, sholat bersama) di rumah. 3. Latih cara membimbing pasien berbicara dan memberikan pujian. 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal saat besok.
	SP 3 Pasien : 1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan (beberapa orang) dan bicara saat melakukan dua kegiatan harian. Berikan pujian. 2. Latihan cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2 kegiatan baru). 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang, berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian.	SP 3 Keluarga : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian. Berikan pujian. 2. Jelaskan cara melatih pasien melakukan kegiatan sosial seperti berlanja, meminta sesuatu dll. 3. Latih keluarga mengajak pasien belanja saat besok

		4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian saat besok.
	SP 4 Pasien : 1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, bicara saat melakukan empat kegiatan harian. Berikan pujian. 2. Latihan cara bicara sosial : meminta sesuatu, menjawab pertanyaan. 3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan >5 orang, orang baru, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi.	SP 4 Keluarga : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian/RT, berbelanja, berikan pujian. 2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal kegiatan dan memberikan pujian.
Defisit Perawatan diri	SP 1 : 1. Identifikasi masalah perawatan diri : Kebersihan diri, berdandan, makan/minum, BAB/BAK 2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri 3. Jelaskan alat dan cara kebersihan diri 4. Latih cara menjaga kebersihan diri: mandi dang anti pakaian, sikat gigi, cuci rambut, potong kuku 5. Masukan pada jadwal kegiatan untik latihan mandi, sikat gigi	SP 1 1. diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. 2. jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya deficit perawatan diri. 3. Jelaskan cara merawat deficit perawatan diri 4. Latih dua merawat : kebersihan diri dan berdandan. 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memeberikan pujian.

	(2X1 hari), Cuci rambut (2x1 Minggu), Potong kuku (1x1 minggu)	
	SP 2 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, beri pujian 2. Jelaskan cara dan alat untuk berdandan 3. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri : Sisiran, rias muka untuk perempuan ; Sisiran, cukuran untuk pria Masukan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan	SP 2 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri, beri pujian 2. Latih 2 (yang lain) cara merawat : makan & minum, BAB & BAK 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian.
	SP 3 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan, beri pujian. 2. Jelaskan cara dan alat makan/minum. 3. Latih cara makan dan minum yang baik. 4. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan dan makan/minum yang baik.	SP 3 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien kebersihan diri dan berdandan, beri pujian 2. Bimbing keluarga merawat kebersihan diri dan berdandan, makan/minum pasien 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian.
	SP 4 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan/minum, beri pujian	SP 4 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien kebersihan diri, berdandan, makan/minum, beri pujian

	2. Jelaskan cara BAB/BAK yang baik 3. Latih BAB/BAK yang baik 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan/minum, BAB/BAK	2. Bombing keluarga merawat BAB/BAK pasien 3. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
--	---	---

2.2.6 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 (PPNI, 20(Pardede & Amidos, 2023)18)

1. Bina hubungan saling percaya
2. Identifikasi waktu, frekuensi, situasi, respon klien terhadap halusinasi
3. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
4. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara minum obat
5. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap
6. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melaksana kegiatan berjadwal.

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.

2.2.7 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 system pendukung yang penting.

1. Apakah klien dapat mengenal halusinasinya, yaitu isi halusinasi, situasi, waktu dan frekuensi munculnya halusinasi.
2. Apakah klien dapat mengungkapkan perasaan ketika halusinasi muncul.
3. Apakah klien dapat mengontrol halusinasinya dengan menggunakan empat cara, yaitu menghardik, minum obat, bercakap – cakap dan melakukan kegiatan.
4. Apakah klien dapat mengungkapkan perasaannya mempraktikkan empat cara mengontrol halusinasi.