

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

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

Halusinasi merupakan kesalahan persepsi sensorik yang terjadi tanpa adanya rangsangan atau stimulus nyata dari lingkungan sekitar. Pengalaman ini dialami oleh klien melalui pancaindra saat dalam kondisi sadar atau terjaga, namun tidak melibatkan keberadaan objek eksternal yang sebenarnya. (Lestari et al., 2022)

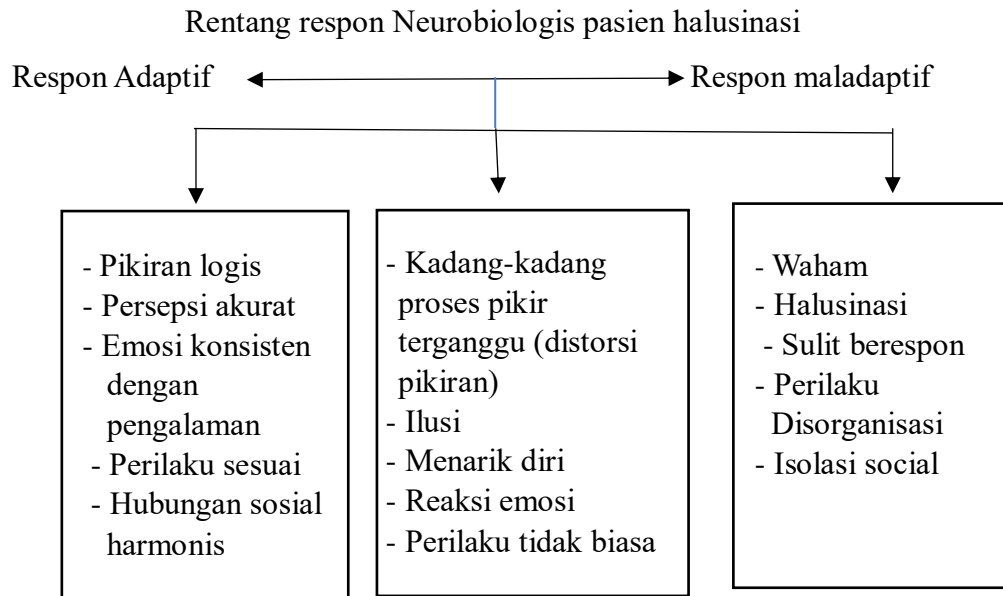
Halusinasi adalah suatu keadaan hilangnya kemampuan individu dalam membedakan antara rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mendengarkan suara suara tetapi pada kenyataannya tidak ada orang yang (Sitorus, 2020)

Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa dimana klien merasakan suatu stimulus yang sebenarnya tidak ada. Klien mengalami perubahan sensori persepsi; merasakan sensasi palsu berupa suara, pengelihatn, pengecapan, perabaan, atau penciuman. Halusinasi merupakan salah satu dari sekian bentuk psikopatologi yang paling parah dan membingungkan. Secara fenomenologis, halusinasi adalah gangguan yang paling umum dan paling penting. Selain itu, halusinasi dianggap sebagai karakteristik psikologis ((Beno et al., 2022))

Pasien dengan halusinasi pendengaran sering merasa mendengar suara-suara yang sebenarnya tidak ada. Pada halusinasi penglihatan, pasien melaporkan melihat bayangan orang atau objek yang menyeramkan, meskipun bayangan tersebut tidak nyata. Halusinasi penciuman menyebabkan pasien merasa mencium bau tertentu yang tidak dirasakan oleh orang lain. Dalam halusinasi pengecapan, pasien merasakan rasa tidak menyenangkan pada makanan atau minuman yang dikonsumsi. Sementara itu, pada halusinasi perabaan, pasien merasakan sensasi seperti adanya binatang atau benda yang merayap di tubuh atau kulit mereka, meskipun tidak ada rangsangan nyata yang memicu sensasi tersebut .(Ummah, 2019).

## **2. Rentang Respon Neurobiologis**

Rentang respons neurobiologis Stuart 2016 dalam buku terjemahan (Jasmine, 2014) Ini adalah perasaan maladaptasi. Jika klien 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 sosial yang abnormal, yaitu kesalahan pemahaman stimulus yang diterimanya adalah ilusi. Pengalaman Pasien yang luas jika penjelasan untuk stimulasi sensorik tidak menurut stimulus yang diterima, rentang responsnya adalah sebagai berikut:



**Bagan 2.1 Rentang respon neurobiologis**

Rentang respons neurobiologis Stuart 2016 dalam buku terjemahan (Jasmine, 2014)

a. Respon Adaptif

Respon adaptif merupakan respon yang dilakukan oleh individu dalam menyelesaikan masalah dengan cara yang dapat diterima oleh norma masyarakat. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut, respon adaptif:

1. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan, contohnya, seseorang mengalami pengalaman mendengar suara yang memberikan instruksi kepadanya, meskipun tidak ada orang lain di sekelilingnya seperti “ saya memahami bahwa dalam situasi tertentu, halusinasi pendengaran dapat terjadi; mungkin saya perlu mencari bantuan dari ahli “.

2. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan. Contohnya, seseorang dapat membedakan antara rangsangan internal (halusinasi) dan eksternal (kenyataan).
3. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman. Contohnya, seseorang merasa sedih ketika mengalami kejadian yang menyedihkan, dan bahagia ketika mengalami kejadian yang menyenangkan.
4. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran, Contohnya, seseorang dapat berinteraksi dengan orang lain secara normal dan tidak menunjukkan perilaku aneh atau tidak biasa.
5. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan, Contohnya, seseorang dapat berkomunikasi dengan lancar, bekerja sama dalam tim, dan menjaga hubungan baik dengan keluarga dan teman-teman.

b. Respon Maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah dengan cara yang bertentangan dengan norma agama dan masyarakat, adapun respon maladaptif meliputi:

- 1) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial, Contohnya, seseorang percaya bahwa dirinya adalah seorang tokoh penting atau memiliki kekuatan super.
- 2) Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada, Contohnya, mendengar suara-suara yang

tidak ada sumbernya, melihat bayangan-bayangan aneh, atau merasakan sensasi sentuhan yang tidak nyata.

- 3) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati. Contohnya, seseorang tampak datar dan tidak menunjukkan respons emosional terhadap situasi apapun.
- 4) Perilaku tidak teroganisir merupakan suatu yang tidak teratur. Contohnya, berbicara sendiri, tertawa tanpa alasan, atau melakukan gerakan-gerakan yang tidak terkontrol.
- 5) Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negative mengancam. Contohnya, mengurung diri di kamar, menolak untuk berbicara dengan orang lain, atau merasa tidak nyaman berada di sekitar orang lain.

### **3. Faktor Penyebab**

Faktor yang dapat menyebabkan halusinasi dibagi menjadi 2 yaitu predisposisi dan presipitasi menurut (Yusuf, 2018) 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 teraktivasinya neurotransmiter otak. Ketidakseimbangan acetylcholin dan dopamine.

#### b. Faktor presipitasi

Misalnya terjadi 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) Pemrosesan informasi yang berlebihan di sistem saraf, yang menerima dan memproses informasi di talamus dan otak depan.
- 2) Mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu.
- 3) Kondisi kesehatan antara lain : pola makan yang buruk, susah tidur, ketidakseimbangan ritme sirkadian, kelelahan, infeksi, obat sistem saraf pusat, aktivitas fisik, hambatan untuk mengakses layanan kesehatan.
- 4) Lingkungan meliputi : lingkungan yang tidak bersahabat, krisis di rumah, kehilangan kebebasan hidup, perubahan gaya hidup, aktivitas sehari-hari, kesulitan dalam hubungan, isolasi sosial, kurangnya dukungan sosial, tekanan kerja, kurangnya keterampilan kerja, stigma, kemiskinan, ketidakmampuan untuk mencari pekerjaan.
- 5) Sikap atau perilaku, antara lain : merasa tidak mampu, rendah diri, putus asa, tidak aman, merasa gagal, mengendalikan diri, merasa memiliki terlalu banyak kekuatan, merasa miskin, berperilaku berbeda dari orang lain seusia atau budaya anda, keterampilan sosial yang buruk, perilaku agresif, perawatan yang tidak memadai, kontrol gejala yang tidak memadai.

#### **4. Tanda Dan Gejala Halusinasi**

(Beno et al., 2022) dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

(SDKI) terdapat gejala dan tanda gangguan persepsi sensori:

1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan .
2. Merasakan sesuatu melalui indera penglihatan, penciuman, perabaan, pengecapan.

3. Distorsi sensori Respon tidak sesuai Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, mencium sesuatu.
4. Klien Tampak menyendiri.
5. Klien tampak sering melamun.
6. Konsentrasi buruk.
7. Disorientasi waktu, tempat, orang, dan situasi.
8. Klien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan suatu bahaya.
9. Klien tampak menunjuk-nunjuk kearah tertentu.
10. Mondar mandir.
11. Klien tampak bicara sendiri.
12. Klien mengatakan mendengar suara-suara yang mengajaknya untuk bercakap-cakap.

## **5. Tahapan proses Terjadinya Halusinasi**

Menurut (Rika Widianita, 2023) halusinasi memiliki beberapa fase, yaitu:

- a. Fase I ( menyenangkan)

Halusinasi memiliki sifat menenangkan dengan tingkat ansietas sedang. Umumnya dalam tahapan ini halusinasi membuat senang. Kriteria: Pada fase ini pasien menunjukkan perasaan bersalah dan memiliki rasa takut. Fase ini pasien berusaha untuk menenangkan pikirannya agar kecemasan berkurang. Seseorang mengerti jika sensori dan pikiran yang dialaminya bisa ia kendalikan juga dapat diatasi (non psikotik).

Perilaku yang terlihat meliputi, seseorang menggerakkan bibir tanpa adanya suara, tertawa dan menyeringai yang tidak sesuai, diam serta memiliki respon verbal yang lemah.

b. Fase II ( menjijikan)

Halusinasi memiliki sifat menuduh, dengan tingkat ansietas berat dan halusinasi memiliki sifat menjijikan. Kriteria: Pengalaman sensorik yang dialami oleh pasien memiliki karakteristik yang menakutkan dan menjijikkan. Pasien mulai merasakan kehilangan kendali atas pengalaman tersebut, sehingga cenderung menghindari sumber-sumber yang memicu persepsi tersebut. Pasien juga mungkin merasa malu dan cenderung menarik diri dari interaksi sosial dengan orang lain, terutama dalam kondisi yang tidak terkait dengan gejala psikotik.

Perilaku yang teramati meliputi, adanya ansietas seperti peningkatan nadi, tekanan darah serta pernafasan disebabkan oleh peningkatan kerja susunan saraf otonom, menyempitnya kemampuan untuk berkonsentrasi, penuh pengalaman sensori yang intens dan mungkin kehilangan keterampilan untuk membedakan antara nyata dan tidak nyata.

c. Fase III ( mengontrol )

Dalam fase ini, halusinasi berawal dari pengendalian tindakan seseorang secara signifikan. Pasien mengalami tingkat ansietas yang berat akibat pengalaman sensorik yang dominan. Pengalaman sensorik tersebut menguasai pikiran dan tindakan pasien.

Karakteristik: Pada fase ini, pasien yang mengalami halusinasi tidak melawan pada pengalaman halusinasi serta menerima pengaruh dari halusinasinya. Halusinasi ini berisi permohonan, seseorang kemungkinan merasakan kesepian apabila pengalaman itu berakhir (psikotik)

Perilaku yang terlihat meliputi, pasien condong mengikuti arahan yang diberikan oleh halusinasinya tersebut dibandingkan menolaknya, sulit untuk berinteraksi dengan orang lain, jangkauan perhatian hanya ada beberapa menit atau bahkan beberapa detik, gejala fisik dari ansietas berat seperti berkeringat, mengalami gemetar, tidak mampu untuk mengikuti arahan.

d. Fase IV ( larut dalam halusinasi )

Pada fase ini, halusinasi telah menguasai pasien dengan tingkat kecemasan yang mencapai tingkat kepanikan. Halusinasi menjadi lebih kompleks dibanding sebelumnya dan memiliki keterkaitan dengan delusi. Karakteristik: Jika individu tidak mengikuti perintah halusinasinya pengalaman sensoria dan menakutkan. Apabila tidak dilakukan intervensi halusinasi tersebut dapat berjalan beberapa jam ataupun hari.

Perilaku yang teramati meliputi, amuk, agitasi serta menarik diri, ketidakmampuan untuk berespon terhadap petunjuk yang rumit, ketidakmampuan untuk memberikan respon kepada dua atau lebih individu tingkah laku menyerang-teror seperti panik.

## **6. Jenis Jenis Halusinasi**

Menurut (Munikarie, 2022) halusinasi terdiri dari beberapa jenis dengan karakteristik tertentu, diantaranya:

a. Halusinasi pendengaran (audotorik)

Gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara terutama suara orang. Biasanya mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

b. Halusinasi pengelihatatan (visual)

Stimulus visual dalam bentuk beragam seperti bentuk pancaran cahaya, gambaran geometric, gambar kartun, panorama yang luas dan bayangan yang menakutkan.

c. Halusinasi penghidu (Olfaktori)

Gangguan stimulus pada penghidu, yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis, dan bau menjijikan, tapi kadang terhidu bau harum.

d. Halusinasi peraba (taktil)

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

e. Halusinasi pengecap (gustatorik)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasaan sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan.

## **7. Proses Terjadinya Halusinasi**

Proses terjadinya halusinasi dimulai ketika seseorang yang mengalaminya menganggap bahwa sumber halusinasi berasal dari rangsangan eksternal. Namun, sebenarnya, sumber tersebut berasal dari stimulus internal yang muncul dari dalam diri individu tanpa adanya rangsangan eksternal.

Pada tahap awal, kondisi ini dapat menyebabkan peningkatan kecemasan yang berkepanjangan. Kurangnya dukungan sosial dapat memperburuk kemampuan klien untuk membedakan antara pikiran dan perasaan mereka sendiri. Akibatnya, klien sering mengalami kesulitan tidur dan

cenderung berhayal, menjadikan lamunan sebagai cara untuk mengatasi masalah yang dihadapi.

Hal ini menunjukkan bahwa proses halusinasi tidak terjadi secara tiba-tiba, melainkan melalui serangkaian tahapan yang dipicu oleh situasi atau kondisi tertentu. Dalam banyak kasus, pengalaman traumatis atau stres dapat menjadi pemicu yang mempercepat munculnya halusinasi.

### **8. mekanisme Koping**

Mekanisme koping merupakan perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri, mekanisme koping halusinasi menurut (Adolph, 2016)), 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. Proyek 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. Reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindar sumber stressor, sedangkan reaksi psikologis yaitu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan.

## **9. Perkembangan Psikososial Pada Masa Remaja**

Psikologi sosial ialah ilmu pengetahuan yang mempelajari pengalaman dan tingkah laku individu manusia dalam hubungannya dengan situasi-situasi perangsang sosial. Dalam hal ini Sherif dan Sherif menghubungkan antara tingkah laku dengan situasi perangsang social. Dengan demikian apapun definisi mengenai psikologi sosial itu, tidak dapat lepas dari adanya situasi sosial atau interaksi sosial dan fokusnya adalah perilaku individu dan sosial.

Perkembangan psikososial pada remaja meliputi berbagai aspek yang mempengaruhi identitas diri, tujuan pribadi, keunikan, ciri khas diri, dan kemampuan remaja untuk menyelesaikan tugas perkembangan psikososialnya. Beberapa aspek yang mempengaruhi perkembangan psikososial pada masa pubertas menurut Erikson meliputi interaksi dengan teman sebaya, identitas diri, dan hubungan dengan orang dewasa.

Pada masa pubertas, remaja dapat mengalami gangguan pada halusinasi yang dapat mempengaruhi perilaku psikososialnya, seperti mudah jelek, tidak dapat diikuti jalan pemikirannya ataupun perasaannya, menarik diri dari keluarga atau teman, lebih senang menyendiri, menentang kewenangan, sangat mendambakan kemandirian, sangat kritis terhadap orang lain , tidak suka melakukan tugas rumah ataupun sekolah, dan tampak tidak bahagia. Masalah psikososial yang sering terjadi pada remaja meliputi depresi, perubahan psikoseksual, pengaruh teman sebaya, perilaku berisiko tinggi, kegagalan pembentukan identitas, gangguan perkembangan moral, dan stres. Pengetahuan tentang perkembangan psikososial pada remaja penting untuk membantu

remaja mencapai identitas diri yang positif dan memenuhi tugas perkembangan psikososialnya.

a). Perkembangan Pemahaman Diri dan Identitas

Proses pembentukan identitas diri merupakan proses yang panjang dan kompleks yang membutuhkan kontinuitas dari masa lalu, sekarang, dan masa yang akan datang dari kehidupan individu. Hal ini akan membentuk kerangka berpikir untuk mengorganisasikan dan mengintegrasikan perilaku ke dalam berbagai bidang kehidupan.

Proses pembentukan identitas diri merupakan proses yang panjang dan kompleks yang membutuhkan kontinuitas dari masa lalu, sekarang, dan masa yang akan datang dari kehidupan individu. Hal ini akan membentuk kerangka berpikir untuk mengorganisasikan dan mengintegrasikan perilaku ke dalam berbagai bidang kehidupan.

Usia remaja merupakan saat pengenalan/pertemuan identitas diri dan pengembangan diri. Pandangan tentang diri sendiri yang sudah berkembang pada masa anak-anak, makin menguat pada masa remaja. Hal ini seiring dengan bertambahnya usia dan pengalaman hidup Perkembangan Fisik Anak Dan Psikososial Remaja atas dasar kenyataan-kenyataan yang dialami. Semua itu membuat remaja dapat menilai dirinya sendiri apakah baik atau kurang baik.

Pesatnya perkembangan fisik dan psikis seringkali menyebabkan remaja mengalami krisis peran dan identitas. Sesungguhnya, remaja senantiasa berjuang agar dapat memainkan peranannya agar sesuai dengan

perkembangan masa peralihannya dari masa anak-anak menjadi masa dewasa.

b). Perkembangan hubungan dengan orangtua

Keluarga mempunyai pengaruh yang cukup besar karena keluarga merupakan lingkungan sosial pertama, yang meletakkan dasar-dasar kepribadian remaja. Pola asuh orangtua sangat besar pengaruhnya bagi remaja. Dinamika dan hubungan-hubungan antara anggota dalam keluarga juga memainkan peranan yang cukup penting bagi remaja.

Pada masa remaja, pola perkembangan merupakan petunjuk yang berguna bagi orang tua. Setiap tahap yang sudah dicapai memberikan penegasan bahwa perkembangan telah berjalan normal. Namun, jarang sekali perubahan pada remaja dipandang dengan cara yang positif. Orang tua sering mengeluh tidak mengerti perubahan yang dialami anak/remajanya dan malah menganggapnya sebagai pembangkang dan egosentris. Sebenarnya masalah ini mudah diatasi, bila melihatnya sebagai bagian dari perkembangan yang normal. Walaupun orang tua tidak dapat menerima atau mentolerir keadaan ini, namun orang tua tidak perlu cemas karena masa remaja akan berlalu dengan sendirinya.

c). Perkembangan Hubungan Dengan Teman Sebaya.

Didalam kelompok sebaya sebaya, remaja menjadi sangat bergantung kepada teman sebagai sumber kesenangannya dan keterikatannya dengan teman sebayanya. Kecendrungan keterikatan (kohesi) dalam kelompok tersebut akan bertambah dengan meningkatnya frekuensi interaksi diantara anggotanya.

d). Perkembangan Moral Dan Religi.

Moral merupakan suatu kebutuhan penting bagi remaja, terutama sebagai pedoman menemukan identitas dirinya, mengembangkan hubungan personal yang harmonis, dan menghindari konflik-konflik peran yang selalu terjadi dalam masalah transisi.

Perkembangan fisik dan psikososial anak dan remaja adalah waktu dimana seseorang mengalami banyak perubahan besar secara fisik ( seperti pertumbuhan tubuh dan kemampuan motorik) serta secara emosional dan sosial ( seperti belajar mengontrol emosi, berpikir lebih matang, dan berinteraksi dengan orang lain. Pada tahap anak-anak, mereka mulai mengasah kemampuan berpikir, belajar, dan mengingat, serta mulai belajar mengelola emosi dan berinteraksi dengan orang lain. Di masa remaja, individu mengalami transisi dari masa kanak-kanak ke masa dewasa, yang ditandai dengan perubahan biologis dan psikologis yang signifikan.

Memahami perkembangan fisik dan psikososial selama masa anak-anak dan remaja sangatlah penting, karena periode ini merupakan fase krusial dalam kehidupan seseorang. Banyak perubahan yang terjadi selama waktu ini, sehingga pengetahuan tentang proses tersebut menjadi esensial bagi orang tua, pendidik, dan tenaga kesehatan dalam memberikan dukungan serta pengasuhan yang tepat.

Perkembangan fisik pada anak-anak dan remaja mencakup pertumbuhan organ tubuh, kematangan sistem saraf, serta peningkatan kemampuan motorik. Sementara itu, perkembangan psikososial meliputi

aspek emosional, sosial, dan kognitif. Pada masa anak-anak, perkembangan ini sangat dipengaruhi oleh lingkungan serta pola pengasuhan yang diterima. Sedangkan pada masa remaja, faktor internal seperti perubahan hormonal dan faktor eksternal seperti lingkungan sosial serta tekanan dari teman sebaya turut berperan dalam proses perkembangan.

Penting untuk dicatat bahwa setiap individu memiliki jalur perkembangan yang unik, dipengaruhi oleh berbagai faktor. Oleh karena itu, dalam membahas perkembangan fisik dan psikososial anak serta remaja, kita harus menyadari bahwa tidak ada satu pola perkembangan yang berlaku secara universal untuk semua orang.(Nasution et al., 2024).

## **10. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan menurut (Jasmine, 2014) penatalaksanaan halusinasi ada beberapa seperti psikofarmakoterapi, non psikofarmakologi

### **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). Antipsikotik**

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 antipskotik 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 Nonfarmakologis

Secara umum, penatalaksanaan berlandaskan pada buku acuan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia yang memiliki beberapa intervensi di dalamnya. Pada diagnosa gangguan persepsi sensori, terdapat 3 intervensi utama yaitu manajemen halusinasi, meminimalisasi rangsangan, dan pengekangan kimiawi. Acuan intervensi ini jika dikelompokkan kembali dalam beberapa penerapan terapi, manajemen halusinasi dapat diintervensikan dalam bentuk :

1). Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok yang sesuai dengan gangguan persepsi sensorial halusinasi adalah kegiatan kelompok yang bertujuan untuk merangsang / menstimulus persepsi itu sendiri.

2). Elektro Convulsif Therapy (ECT)

Terapi listrik ini yaitu merupakan penanganan secara fisik dengan menggunakan arus listrik yang berkekuatan 75-100 volt, penanganan fisik ini belum diketahui secara jelas, namun penanganan ini dapat meringankan gejala schizoprenia sehingga dengan cara ini penderita schizopreniadapat kontak dengan orang lain.

3) Terapi Generalis Menurut (Yusuf, 2018)), terapi generalis yaitu:

a). Membantu pasien mengenali halusinasi

Perawat mencoba menanyakan pada pasien tentang isi halusinasi (apa yang ingin didengar atau dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan perasaan pasien saat halusinasi muncul.

b). Melatih pasien mengontrol halusinasi

Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol halusinasi perawat dapat mendiskusikan empat cara mengontrol halusinasi pada pasien. Keempat cara tersebut meliputi :

(1). Menghardik halusinasi

Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya. Kalau ini bisa

dilakukan, pasien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul. Mungkin halusinasi tetap ada namun dengan kemampuan ini pasien tidak akan larut untuk menuruti apa yang ada dalam halusinasinya. Tahapan ini meliputi:

- (a) Menjelaskan cara menghardik halusinasi
- (b) Memperagakan cara menghardik
- (c) Meminta pasien memperagakan ulang
- (d) Memantau penerapan cara ini, menguatkan perilaku pasien.
- (e) Bercakap-cakap dengan orang lain
- (f) Melakukan aktivitas terjadwal
- (g) Menggunakan obat secara teratur.

(2) Melatih pasien menggunakan obat secara teratur

Agar pasien mampu mengontrol halusinasi maka perlu dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Klien gangguan jiwa yang dirawat di rumah seringkali mengalami putus obat sehingga akibatnya pasien mengalami kekambuhan. Bila kekambuhan terjadi maka untuk mencapai kondisiseperti semula akan lebih sulit. Berikut ini tindakan keperawatan agar klien patuh menggunakan obat :

- (a) Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa
- (b) Jelaskan akibat bila obat tidak digunakan.
- (c) Jelaskan akibat bila putus obat.
- (d) Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat.
- (e) Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 6 benar.

(3) Melatih bercakap-cakap dengan orang lain

Mengontrol halusinasi dapat juga dengan bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi, fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut sehingga salah satu cara yang efektif untuk mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

(4) Melatih pasien beraktivitas secara terjadwal

Libatkan pasien dalam terapi modalitas untuk mengurangi risiko halusinasi yang muncul lagi adalah dengan menyibukan diri dengan bimbingan klien membuat jadwal yang teratur, dengan beraktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan memiliki banyak waktu luang yang seringkali mencetuskan halusinasi. Oleh sebab itu, pasien yang mengalami halusinasi bisa dibantu untuk mengatasi halusinasinya dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu. Tahap intervensinya sebagai berikut:

- (a) Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.
- (b) Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien
- (c) Melatih pasien melakukan aktivitas
- (d) Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan klien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu.

(e) Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan, memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.

(5) Melibatkan keluarga dalam tindakan

Diantara penyebab kambuh yang paling sering adalah faktor keluarga dan pasien sendiri. Keluarga adalah support system terdekat dan 24 jam bersama-sama dengan klien. Keluarga yang mendukung pasien secara konsisten akan membuat pasien mandiri dan patuh mengikuti program pengobatan. Salah satu tugas perawat adalah melatih keluarga agar mampu merawat pasien gangguan jiwa di rumah. Perawat perlu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga. Informasi yang perlu disampaikan kepada keluarga meliputi :

- (a) Pengertian halusinasi
- (b) Jenis halusinasi yang dialami oleh pasien
- (c) Tanda dan gejala halusinasi
- (d) Proses terjadinya halusinasi
- (e) Cara merawat pasien halusinasi
- (f) Cara berkomunikasi
- (g) Pengaruh pengobatan dan cara pemberian obat
- (h) Pemberian aktivitas kepada pasien
- (i) Sumber-sumber pelayanan kesehatan yang bisa dijangkau
- (j) Pengaruh stigma masyarakat terhadap kesembuhan pasien sesuai program
- (k) Jelaskan akibat bila putus obat.

#### 4). Psikoterapi

merupakan metode terapeutik yang digunakan untuk menangani berbagai masalah mental dan emosional melalui interaksi antara terapis dan klien.

Berikut adalah langkah-langkah utama dalam penerapannya:

##### 1. Tahapan dalam Manajemen Psikoterapi.

###### 1. Evaluasi Awal

- a. Mengidentifikasi masalah psikologis yang dialami klien.
- b. Menggunakan wawancara klinis, kuesioner, atau tes psikologis untuk mengumpulkan informasi.

###### 2. Perancangan Strategi Terapi

- a. Memilih metode terapi yang sesuai, seperti CBT, psikodinamik, atau humanistik.
- b. Menyesuaikan pendekatan dengan kondisi dan kebutuhan klien.

###### 3. Pelaksanaan Sesi Terapi

- a. Dilakukan secara individu, kelompok, atau dalam konteks keluarga.
- b. Dapat bersifat jangka pendek atau jangka panjang, tergantung situasi klien.

###### 4. Pemantauan dan Evaluasi

- a. Mengamati perkembangan klien selama sesi terapi berlangsung.
- b. Melakukan penyesuaian strategi terapi jika diperlukan.

###### 5. Penyelesaian dan Tindak Lanjut

- a. Mengakhiri terapi ketika tujuan telah tercapai.
- b. Memberikan panduan atau strategi untuk mencegah kekambuhan.

## 2. Jenis Pendekatan Psikoterapi

- a). Terapi Kognitif Perilaku (CBT) → Berfokus pada perubahan pola pikir dan perilaku yang tidak sehat.
- b). Terapi Psikodinamik → Mengeksplorasi pengalaman masa lalu yang berkontribusi terhadap kondisi psikologis saat ini.
- c). Terapi Humanistik → Menekankan pada pengembangan potensi diri dan pertumbuhan pribadi.
- d). Terapi Keluarga dan Sistemik → Berfokus pada dinamika hubungan dalam keluarga untuk memperbaiki interaksi.

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

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan langkah paling pertama yang menentukan bagi langkah selanjutnya dan prinsip dasar dalam melakukan asuhan keperawatan. Data utama yang didapatkan dipengkajian halusinasi dapat ditemukan dengan wawancara, data yang muncul antara lain : (Asmita & Rahmah, 2023)

#### **I. Identitas Pasien**

Biasanya berisi nama pasien, umur pasien (Biasanya terjadi pada usia 10 hingga 19 tahun. Pada usia ini individu juga mudah mengalami stres akibat dari penyesuaian diri dari radikal dalam peran dan kehidupan yang berubah-ubah. Pada masa ini individu akan mengalami masalah karena hubungan dengan lawan jenis, kesulitan pada masalah pekerjaan, menurunnya keadaan jasmaniah dan perubahan susunan keluarga ), jenis kelamin, agama, alamat, tanggal masuk ke rumah sakit, nomor rekam medis, informasi keluarga yang bisa di hubungi. ((Laili et al., 2013)

## **II. Alasan Masuk**

Kemungkinan alasan masuk klien yaitu dapat dilihat dari data klien dan bisa pula diperoleh dari keluarga, misalnya 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.

## **III. Faktor Predisposisi**

### **1. Gangguan jiwa dimasa lalu**

Kemungkinan jika klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan kapan pertama kali klien dirawat, atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa.

### **2. Pengobatan sebelumnya**

Kemungkinan klien pernah berobat sebelumnya ke rumah sakit lalu tidak berhasil karena minum obat tidak teratur.

### **3. Trauma**

#### **a. Aniaya fisik**

Kemungkinan klien pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik baik sebagai korban, pelaku, atau sanksi.

b. Aniaya seksual

Kemungkinan klien pernah mengalami penganiayaan seksual baik sebagai korban, pelaku, atau saksi.

c. Penolakan

Kemungkinan klien pernah mengalami penolakan di lingkungan sekitar.

d. Kekerasan dalam keluarga

Kemungkinan klien pernah mengalami kekerasan dalam keluarga baik sebagai korban, pelaku, dan saksi.

e. Tindakan kriminal.

Kemungkinan klien pernah mengalami tindakan kriminal baik sebagai korban, perilaku dan saksi.

4. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Kemungkinan keluarga klien pernah mengalami gangguan jiwa

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Bisanya 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**
- **Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik**
- **Berduka disfungsional**

#### **IV. Pemeriksaan Fisik**

##### 1. Pemeriksaan vital sign

Kemungkinan tidak ditemukan kelainan dari hasil pengkajian fisik klien, biasanya vital sign dan ukuran tinggi badan dan berat badan pada klien normal.

##### 2. Tumbuh Kembang Anak

#### **Riwayat Kesehatan Ibu**

##### 1. Riwayat kehamilan ibu

###### 1) Kehamilan yang dikehendaki

Kemungkinan beresiko terhadap pertumbuhan pola asuh yang dimiliki orang tua sehingga mengakibatkan tumbuh kembang anak terhadap masa depannya.

###### 2) Terjatuh saat hamil

Kemungkinan ibu terjatuh saat hamil sehingga beresiko terhadap bayi saat lahir seperti cacat dan tantrum karena kerusakan pada bagian otak.

###### 3) Riwayat penyakit saat hamil

Kemungkinan disebabkan oleh penyakit saat hamil seperti dm, penyakit ginjal, hiper tiroid, penyakit jantung, hipertensi sehingga menularkan pada anaknya sendiri.

###### 4) Minum obat

Kemungkinan ibu mengkonsumsi obat-obatan terlarang yang menghambat pertumbuhan anak dan merusak saraf otak anak sehingga IQ anak rendah.

5) Konflik dalam keluarga

Kemungkinan ada kekerasan dalam rumah tangga sehingga mengakibatkan janin tidak bisa berkembang dengan sempurna karena adanya faktor kekerasan tersebut yang membuat ibu menjadi stress dan depresi.

6) Lingkungan sosial

Kemungkinan lingkungan beresiko terhadap tumbuh kembang anak seperti rumah yang kotor, lingkungan yang kurang bersih yang mengakibatkan ibu tidak sehat yang berpengaruh terhadap kehamilan ibu dan anakpun lahir tidak sesuai dengan anak seperti pada umumnya.

7) Penerimaan atas kehamilan ibu

Kemungkinan kehamilannya tidak terima seperti anak yang hamil diluar nikah yang tidak di inginkan sehingga anak terlantar dan tidak terawat yang lama kelamaan anak gangguan mental.

2. Riwayat persalinan

1) Lama persalinan

Kemungkinan persalinan atau melahirkan tidak cukup waktu dengan kehamilan pada umumnya mengakibatkan pada nefron otak.

2) Cara persalinan

Kemungkinan cara persalinan normal atau caesar yang memiliki resiko yang rentan terhadap anak.

### 3) Berat badan

Kemungkinan berat badan anak tidak sesuai dengan berat badan normal pada umumnya yang mengakibatkan metabolisme anak terganggu.

### 4) Panjang badan

Kemungkinan panjang badan tidak sesuai dengan batas normal mengakibatkan permasalahan dalam tumbuh kembang.

## 3. Riwayat pasca natal

### 1) Pemberian ASI

Biasanya diberikan ASI eksklusif atau tidak yang berdampak pada imunitas pada anak tersebut.

### 2) Pola makan anak

Biasanya pola makan teratur atau tidak untuk memenuhi kebutuhan anak .

### 3) Toilet training anak

Biasanya toilet training anak bisa mandiri tanpa ada bantuan dari orang lain jika tidak mampu untuk mandiri anak kemungkinan mengalami gangguan sosial.

### 4) Kemampuan motorik anak

Biasanya anak selalu aktif pada masa pertumbuhan gerakannya kemungkinan akan beresiko gangguan perkembangan fisik motorik anak berupa keterlambatan berbicara sehingga gerakan tidak seimbang antar anggota tubuh.

5) Berjalan pada usia

Kemungkinan anak berjalan pada usia  $\leq 2$  tahun dan pada anak yang mengalami gangguan akan mengalami ketidaknormalan pada kekuatan dan tonus otot misalnya akibat cerebral palsy (lumpuh otak), dan hipotonia (tonus otot lemah).

6) Berbicara pada usia

Kemungkinan berbicara pada usia  $\leq 18$  bulan dan pada anak yang mengalami gangguan akan mengalami disartria yaitu kelainan pada sistem saraf, sehingga memengaruhi otot yang berfungsi untuk bicara juga memengaruhi kecerdasan maupun tingkat pemahaman anak.

7) Apakah mempunyai hambatan dalam berbicara

Kemungkinan ada hambatan dalam berbicara yang beresiko terhadap pertumbuhan anak untuk masa depannya karena masalah afasia yaitu kesulitan dalam menggunakan kata-kata, biasanya akibat cedera otak.

8) Penyakit yang pernah di derita

Biasanya anak menderita penyakit keturunan atau penyakit dari lahir yang mengakibatkan anak lama pertumbuhannya.

9) Dalam sehari anak lebih banyak bersama siapa

Biasanya anak lebih banyak bersama ibu, ayah maupun saudaranya terkadang anak juga tidak di pedulikan atau diterlantarkan dan tidak mau merawat anak sehingga anak kurang kasih sayang dari orang tuanya sendiri.

10) Jenis sekolah : ini merupakan bentuk dalam pencapaian akademik anak

11) Adaptasi awal belajar sekolah

Biasanya anak terlalu aktif dalam belajar tetapi pada anak yang mempunyai gangguan akan terganggu masalah neurologis yang memengaruhi proses pembelajaran seperti membaca, menulis, maupun menghitung

12) Hasil belajar

Kemungkinan hasil belajar menurun seperti mendapatkan nilai yang rendah karena IQ anak yang menurun sehingga susah untuk memahami pelajaran.

13) Pelajaran yang disenangi

Kemungkinan jika ada pelajaran yang disenangi anak dia akan memiliki minat yang lebih tinggi namun sebaliknya jika pelajaran tersebut tidak disenangi maka akan berdampak pada psikologi anak.

14) Tempat belajar sendiri

Biasanya lebih senang belajar di rumah tetapi pada anak yang mempunyai gangguan terkadang tidak mau untuk belajar sehingga akan beresiko terhadap untuk masa depannya.

15) Kapan anak belajar

Kemungkinan jika anak tidak memiliki waktu untuk belajar sehingga mengakibatkan penurunan akademi hingga berdampak pada psikologis anak.

#### 16) Yang membantu anak dalam belajar

Biasanya belajar dibantu orang tua atau guru di sekolahnya untuk mendapatkan perkembangan dan pertumbuhan supaya lebih baik kedepannya.

#### 4. Riwayat akademis

##### 1) Kegiatan yang dilakukan di luar kegiatan sekolah

Biasanya anak lebih banyak bermain sendiri dengan kegiatan yang ia senangi tanpa ada paksaan dari siapapun.

##### 2) Sikap dalam mengikuti kegiatan tersebut yang berkaitan dengan hubungan interpersonal.

#### 5. Riwayat sosialisasi

##### 1) Disekolah

Biasanya saat di sekolah anak akan kesulitan dengan kesadaran fonologis dimana kemampuan untuk memecah kata atau sulit memahami bacaan.

##### 2) Di dalam keluarga

Biasanya membantu orang tua tetapi pada anak yang mempunyai gangguan tidak mau membantu orang tuanya.

#### 6. Perkembangan Anak Remaja

##### 1) Perkembangan rasa otonomi ( toddler)

Biasanya hal yang dirasakan sama toddler adalah seperti hal berikut :

- a) Berinisiatif menggunakan situasi rumah untuk bermain: menyusun kursi menjadi kereta api, mengumpulkan kulit permen dan bebatuan dan lain-lain

- b) Mengerjakan pekerjaan sederhana: buang sampah, lipat-lipat pakaian, meletakkan sepatu pada tempatnya
- c) Senang bermain dengan teman sebaya
- d) Cerita berkhayal
- e) Mudah berpisah dengan orang tua
- f) Banyak bertanya
- g) Mengikuti kegiatan keagamaan dalam keluarga

## 2) Perkembangan inisiatif (prasekolah)

Biasanya hal yang dirasakan pada saat prasekolah adalah seperti hal berikut :

- a) Daya inisiatif, gagasan dan ide tinggi mampu beraktifitas secara fisik
- b) Berani mengungkapkan pendapat
- c) Berfantasi
- d) Mampu mengatasi masalahnya
- e) Tidak mudah menyerah
- f) Tidak mudah putus asa

## 3) Perkembangan produktivitas (anak sekolah)

Biasanya hal yang dirasakan pada saat anak sekolah adalah seperti hal berikut :

- a) Anak sangat menyukai secara kegiatan fisik atau kekuatan badan seperti berlari, kejar-kejaran dan lain-lain.
- b) Mempunyai keinginan untuk bersaing dengan teman-teman
- c) Senang menyelesaikan tugas sekolah

- d) Berfikir secara nyata
  - e) Senang berkhayal dan berfantasi
  - f) Mampu membaca, menulis dan menghitung
  - g) Mampu mengikuti aturan dalam permainan
  - h) Mampu berkomunikasi dua arah dengan orang baru
  - i) Senang menceritakan pengalaman pada teman sebaya
  - j) Senang berkelompok dengan teman seusia
  - k) Mempunyai sahabat akrab
  - l) Mempunyai rasa tanggung jawab yang tinggi
  - m) Senang bekerjasama dengan orang lain
  - n) Mampu mengendalikan emosi
  - o) Mudah bersosialisasi
  - p) Mampu mengisi waktu luang
  - q) Memiliki keinginan untuk mencoba sesuatu yang baru
  - r) Banyak bertanya guna memenuhi keingintahuan
  - s) Mampu bersosialisasi atau bergaul dengan orang baru
  - t) Memiliki keinginan untuk bertanding dengan orang lain
- 4) Perkembangan identitas diri ( Remaja )

Biasanya hal yang dirasakan pada saat remaja adalah seperti hal berikut :

- a) Mampu menilai diri secara objektif
- b) Mampu merencanakan masa depannya
- c) Dapat mengambil keputusan
- d) Mampu menyukai diri sendiri

- e) Mampu berinteraksi dengan lingkungan
- f) Mampu bertanggung jawab
- g) Mulai menunjukkan kemandirian dalam berkeluarga
- h) Mampu menyelesaikan masalah dengan meminta bantuan dari orang lain.

## **V. 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: Ketidak efektifan koping keluarga**

### 2. Konsep Diri

#### a. Citra Tubuh

Kemungkinan ada anggota tubuh pasien yang disukai dan bagian tubuh yang tidak disukai.

#### b. 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.

c. Peran Diri

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

d. 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.

e. Harga Diri

Kemungkinan hubungan klien dengan orang lain kurang baik sehingga klien merasa dikucilkan di lingkungan sekitarnya.

**Masalah Keperawatan :**

**- Harga diri rendah**

**- Gangguan identitas diri**

f. Motivasi dalam kehidupan

Biasanya klien mengalami tidak ada motivasi dalam kehidupannya.

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti.

Biasanya ada ungkapan terhadap orang/tempat , orang untuk bercerita , tidak mempunyai teman karena larut dalam

kondisinya, Kemungkinan klien akan mengatakan orang yang terdekat klien adalah orangtua atau saudaranya.

b. 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.

c. 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**

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

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

b. Kegiatan ibadah

Kemungkinan dalam selama sakit pasien jarang melakukan ibadah.

**Masalah Keperawatan : Distres spiritual**

## **VI. Status Mental**

### **1. Penampilan**

Kemungkinan klien terlihat tidak rapi, rambut acak-acakan, mulut dangigikotor, serta bau badan, kancing baju tidak tepat, baju terbalik, serta penggunaan pakaian yang tidak sesuai.

**MK : Defisit perawatan diri**

### **2. 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 komuniaksi verbal**
- **Hambatan komunikasi**

### **3. 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 :**

- **Resiko perilaku kekerasan**
- **Intoleransi aktivitas**
- **Resiko tinggi cedera**

#### **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 :**

- **Harga diri rendah**
- **Ansietas**
- **Resiko perilaku kekerasan**

#### **5. Afek**

Kemungkinan Afek yang terjadi pada klien ada datar yaitu tidak ada perubahan rona 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**
- **Resiko cedera**

#### **6. 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 :**

- **Resiko perilaku kekerasan**
- **Hambatan interaksi sosial**

- **Hambatan komunikasi**

- **Resiko tinggi membahayakan diri/ mutilasi diri/ penganiayaan diri**

## **7. 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 Persepsi Sensori : 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**

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

**Masalah keperawatan : Gangguan proses pikir**

## **10. 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**
- **Resiko perilaku kekerasan**

## **11. 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**

## **12. Tingkat konsentrasi dan berhitung**

Biasanya klien tidak memiliki gangguan dalam berkonsentrasi dan mudah beralih atau tidak mampu mempertahankan konsentrasi dalam waktu yang lama, karena merasa cemas. Biasanya klien tidak mengalami gangguan dalam berhitung.

**Masalah Keperawatan : Gangguan proses pikir**

## **13. Kemampuan penilaian**

Biasanya klien sulit untuk menentukan tujuan dan mengambil keputusan karena selalu terbayang ketidakmampuan untuk dirinya sendiri.

**Masalah Keperawatan : Gangguan proses piker**

#### **14. Daya titik diri**

Biasanya klien tidak menyadari gejala penyakit pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan, klien menyangkal keadaan penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya, menyalahkan orang lain, atau lingkungan.

**Masalah Keperawatan : Gangguan proses pikir**

#### **VII. Kebutuhan persiapan pasien pulang**

##### **1. Makan.**

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

**Masalah keperawatan : Perubahan nutrisi Kurang/lebih dari kebutuhan tubuh**

##### **2. BAB/BAK**

Kemungkinan pasien tidak ada mengalami gangguan eliminasi

**MK:Gangguan pola eliminasi urine/feses**

##### **3. Mandi**

Kemungkinan klien akan mampu untuk mandi, sikat gigi dan gunting kuku masih dapat dilakukan seperti orang normal.

**Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri**

##### **4. Berpakaian**

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

**Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri**

5. Istirahat dan tidur

Kemungkinan pasien dapat tidur dengan nyenyak akibat dari pemakaian obat.

**Masalah keperawatan :**

**- Gangguan pola tidur**

6. Penggunaan obat

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

**Masalah Keperawatan : Ketidak efektifan penatalaksanaan program terapeutik.**

7. Pemeliharaan kesehatan

Kemungkinan pasien tidak memperhatikan kesehatannya, dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat dirinya. Kemungkinan klien mengatakan ingin segera pulang dan 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 :**

**- Konflik pengambilan Keputusan**

**- Perilaku mencari bantuan kesehatan**

8. Aktivitas didalam rumah

Kemungkinan pasien mampu merencanakan, mengolah, menyajikan makanan, merapikan tempat tidur, rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari.

**Masalah Keperawatan :**

- **Perubahan pemeliharaan Kesehatan**
- **Perilaku mencari bantuan Kesehatan**

9. Kegiatan diluar rumah

Kemungkinan klien melakukan belanja untuk keperluan sehari-hari dengan melakukan perjalanan mandiri dengan jalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi / umum dan kegiatan lainnya .

**Masalah Keperawatan : Perilaku mencari bantuan Kesehatan**

**VIII. Mekanisme Koping**

Biasanya reaksi klien lambat atau berlebihan, menghindari dari orang lain, dan mau bergabung.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Penyesuaian Diri**

**IX. Masalah psikososial dan lingkungan**

1. Masalah dengan kelompok

Biasanya klien tidak mau berhubungan dengan lingkungannya karena merasa malu.

2. Masalah dengan lingkungan

Biasanya klien tidak mau mengikuti kegiatan masyarakat.

3. Masalah dengan pendidikan

Biasanya tidak ada masalah dengan pendidikan.

4. Masalah dengan pekerjaan

Biasanya tidak ada masalah dengan pekerjaan

5. Masalah dengan perumahan

Biasanya tidak ada masalah dengan perumahan

6. Masalah dengan ekonomi

Biasanya klien mengeluh dengan ekonomi

7. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Biasanya klien sulit untuk diajak berobat

**Masalah Keperawatan :**

- **Isolasi social**
- **Hambatan interaksi social**
- **Gangguan konsep diri**
- **Ketidakmampuan / ketidakberdayaan**
- **Gangguan pemeliharaan Kesehatan**
- **Konflik peran orang tua**

**X. Pengetahuan**

Biasanya pasien kurang pengetahuan tentang penyakitnya, dan pasien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi dari obat yang diminumnya.

**Masalah Keperawatan :**

- **Defisit Pengetahuan**
- **Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik**
- **Ketidakpatuhan**

**XI. Aspek Medik**

- **Diagnosa Medik:** Biasanya klien mengalami skizofrenia.
- **Terapi Medik:** Pemberian terapi medis pada kasus gangguan sensori persepsi halusinasi juga tidak golongan sendiri dan lebih mengarah kepada pemberian obat golongan antipsikotik,

antidepresan, antiansietas, dan Terapi Aktifitas Kelompok (TAK).

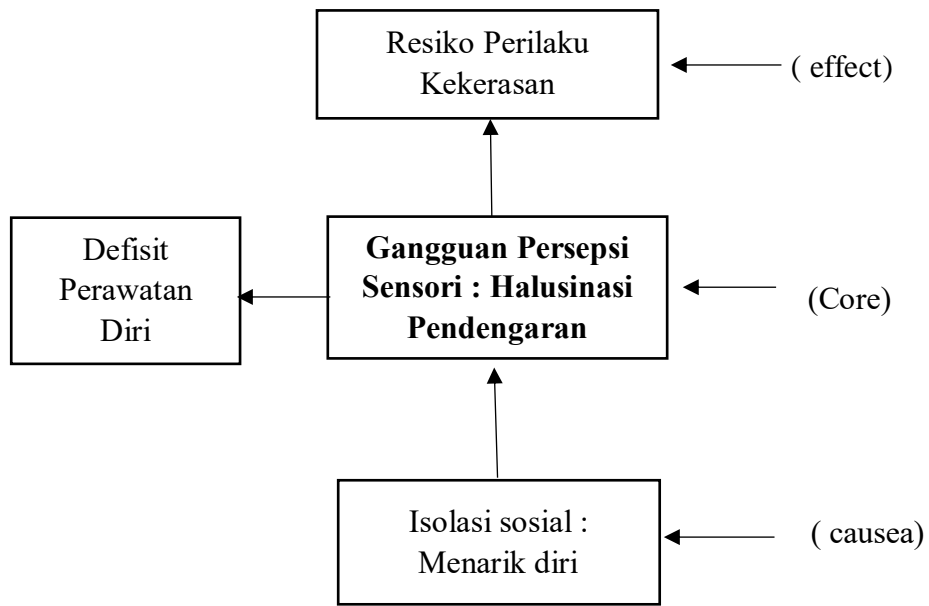
### **XIII. Daftar Masalah**

Kemungkinan masalah keperawatan halusinasi pendengaran yang akan muncul sebagai berikut:

- a. Resiko perilaku kekerasan
- b. Ketidakefektifan koping keluarga
- c. Respon pasca trauma
- d. Resiko bunuh diri
- e. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan
- f. Ketidakefektifan koping individu
- g. Harga diri rendah
- h. Gangguan identitas diri
- i. Gangguan citra tubuh
- j. Isolasi sosial
- k. Distress spiritual
- l. Hambatan interaksi sosial
- m. Hambatan komunikasi
- n. Distress spiritual
- o. Defisit perawatan diri
- p. Ansietas
- q. Gangguan persepsi halusinasi
- r. Gangguan proses pikir
- s. Gangguan pola tidur

- t. Perilaku kekerasan
- u. Kurangnya dukungan sosial
- v. Defisit pengetahuan
- w. Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik.

**XIV. Pohon Masalah**



Sumber : (Pokhrel, 2024)

2.2 Pohon Masalah Halusinasi

**XV. Kemungkinan diagnosa Keperawatan**

1. Resiko Perilaku Kekerasan.
2. Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran.
3. Isolasi Sosial : Menarik diri.
4. Defisit Perawatan diri.

## **XVI. Rencana Keperawatan**

Menurut (Sianturi florentina & Amidos Pardede, 2021) Rencana tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa gangguan persepsi sensori halusinasi meliputi pemberian tindakan keperawatan seperti terapi aktivitas kelompok, dan terapi yaitu

1. Bantu klien mengenal halusinasinya meliputi isi, waktu terjadi halusinasi, isi, frekuensi, perasaan saat terjadi halusinasi respon klien terhadap halusinasi mengontrol halusinasi dengan cara menghardik,
2. Meminum obat secara teratur.
3. Melatih bercakap-cakap dengan orang lain,
4. Menyusun kegiatan terjadwal dan dengan aktifitas

Rencana tindakan pada keluarga,

- 1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- 2) Berikan penjelasan meliputi: pengertian halusinasi, proses terjadinya halusinasi, jenis halusinasi yang dialami, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi.
- 3) Jelaskan dan latih cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi menghardik, minum obat, bercakap- cakap, melakukan aktivitas.
- 4) Diskusikan cara menciptakan lingkungan yang dapat mencegah terjadinya halusinasi.
- 5) Diskusikan tanda dan gejala kekambuhan
- 6) Diskusikan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat untuk follow up anggota keluarga dengan halusinasi.

## 2.1. Tabel Rencana Keperawatan

Diagnosa	Tujuan	Kriteria hasil	SP pasien	SP keluarga
<b>Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran</b>	<b>Pasien mampu :</b> 1. Mengendalikan halusinasi yang dialaminya. 2. Mengontrol halusinasinya. 3. Mengikuti program pengobatan secara optimal.	<b>Setelah Pertemuan 1</b> 1. Dapat menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus dan perasaan saat halusinasi. 2. Mengontrol halusinasinya 3. Mengikuti program pengobatan secara optimal.	<b>SP 1 Pasien :</b> 1. Bina hubungan saling percaya dengan tindakan : a. Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien. b. Perkenalkan diri. c. Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini. d. Membuat kontrak asuhan : apa yang akan perawat lakukan bersama pasien, waktu, tempat. e. Jelaskan perawat akan merahasiakan informasi yang akan diperoleh untuk kepentingan terapi. f. Tunjukkan sikap empati. g. Penuhi kebutuhan dasar pasien.  2. Bantu pasien mengenali halusinasi : a. Jenis b. Isi c. Waktu terjadinya d. Frekuensi e. Situasi pencetus f. Perasaan dan respon saat terjadi halusinasi	<b>SP 1 Keluarga :</b> 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.

			<p>3. Jelaskan cara mengontrol halusinasi : menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan.</p> <p>4. Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Tahapan tindakan meliputi :</p> <p>a. Jelaskan cara menghardik halusinasi.</p> <p>b. Peragakan cara menghardik</p> <p>c. Minta pasien memperagakan ulang cara menghardik.</p> <p>d. Pantau penerapan cara ini, beri penguatan perilaku pasien.</p>	
		<p><b>Setelah pertemuan 2</b></p> <p>1. Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan.</p> <p>2. Mampu menyebutkan manfaat dari program pengobatan.</p>	<p><b>SP 2 Pasien :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1). Beri pujian.</p> <p>2. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa.</p> <p>3. Jelaskan akibat bila obat tidak digunakan sesuai program.</p> <p>4. Jelaskan akibat dari putus obat</p> <p>5. Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat.</p> <p>6. Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 6 benar ( jenis, guna, dosis, frekuensi, cara dan kontinuitas minum obat).</p>	<p><b>SP 2 Keluarga :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik beri pujian.</p> <p>2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat.</p> <p>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.</p>

			<p>7. Latih pasien minum obat secara teratur</p> <p>8. Masukkan dalam jadwal harian pasien.</p>	
		<p><b>Setelah Pertemuan 3</b></p> <p>1.Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan.</p> <p>2.Mampu memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain.</p>	<p><b>SP 3 Pasien :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1 dan SP2).</p> <p>2. Latih berbicara atau bercakap-cakap dengan orang lain.</p> <p>3. Masukkan dalam jadwal kegiatan klien.</p>	<p><b>SP 3 Keluarga :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat, bercakap-cakap.</p> <p>2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi.</p> <p>3. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap.</p> <p>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian.</p>
		<p><b>Setelah Pertemuan 4</b></p> <p>1.Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan</p> <p>2.Mampu menyebutkan jadwal kegiatan sehari-hari dan mampu memperagakan nya.</p>	<p><b>SP 4 Pasien :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1,SP2 dan SP3) beri pujian.</p> <p>2. Latih pasien melakukan aktivitas yang terjadwal agar halusinasi tidak muncul tahapan tindakannya.</p> <p>a. Jelaskan pentingnya aktifitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.</p> <p>b. Diskusikan aktifitas yang biasa dilakukan oleh pasien.</p> <p>3. Latih pasien melakukan aktifitas ( 2 aktifitas).</p>	<p><b>SP 4 Keluarga :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien meghardik, memberikan obat dan bercakap-cakap. Beri pujian</p> <p>2. Jelaskan follow up ke RSJ tanda kambuh, rujukan.</p> <p>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.</p>

			<p>4. Susun jadwal latihan sehari-hari sesuai dengan aktifitas yang telah dilatih (dari bangun sampai tidur malam)</p> <p>5. Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.</p>	
<b>Resiko Perilaku Kekerasan</b>	<p><b>Pasien mampu :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, tanda-tanda kekerasan, jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya</p>	<p><b>Setelah Pertemuan 1</b></p> <p>1. Dapat menyebutkan penyebab, tanda dan gejala, jenis perilaku kekerasan yang biasa dilakukan dan akibat perilaku kekerasan.</p> <p>2. Dapat menyebutkan cara mencegah mengontrol perilaku kekerasan dan dapat mencegah perilaku kekerasan secara fisik.</p>	<p><b>SP 1 Pasien :</b></p> <p>1. Bina hubungan saling percaya dengan tindakan.</p> <p>a. Mengucapkan salam terapeutik</p> <p>b. Berjabat tangan</p> <p>c. Menjelaskan tujuan interaksi</p> <p>d. Membuat kontrak topic, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien.</p> <p>2. 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>3. Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien.</p>	<p><b>SP 1 Keluarga :</b></p> <p>1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.</p> <p>2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala 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 memberi pujian.</p>

	ya. 2.Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasannya.			
		<b>Setelah Pertemuan 2</b>  1.Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. 2.Mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara patuh minum obat.	<b>SP 2 Pasien :</b>  1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1). Beri pujian. 2. Latih dan ajarkan pasien 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. 3. masukan pada jadwal harian pasien.	<b>SP 2 Keluarga :</b>  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 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.
		<b>Setelah Pertemuan 3</b> 1. Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan.	<b>SP 3 Pasien :</b>  1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1 dan SP2) beri pujian. 2.Latih mengungkapkan rasa marah secara verbal : a.Menolak dengan baik b. Meminta dengan baik c. Mengungkapkan perasaan dengan	<b>SP 3 Keluarga :</b>  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

			<p>baik</p> <p>3. masukan kedalam jadwal kegiatan harian.</p>	<p>kegiatan spiritual.</p> <p>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.</p>
		<p><b>Setelah pertemuan 4</b></p> <p>1. Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan.</p> <p>2. Mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual.</p>	<p><b>SP 4 Pasien :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1, SP2 dan SP3) beri pujian.</p> <p>2. Latih mengontrol Perilaku kekerasan dengan cara spritual (sholat, berdoa, dzikir, wudhu').</p> <p>3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.</p>	<p><b>SP 4 Keluarga :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien fisik, memberikan obat, latihan berbicara yang baik &amp; kegiatan spiritual. Berikan pujian.</p> <p>2. Jelaskan follow up ke RSJ, tanda kambuh, rujukan.</p> <p>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.</p>
<p><b>Isolasi sosial</b></p>	<p><b>Pasien mampu :</b></p> <p>1. Klien mampu berinteraksi dengan orang lain.</p>	<p><b>Setelah Pertemuan 1</b></p> <p>1. Mampu menjelaskan pentingnya mempunyai teman.</p> <p>2. Menjelaskan cara berkenalan yang baik dan benar.</p>	<p><b>SP1 Pasien :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial: siapa yang serumah, siapa yang dekat, yang 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-</p>	<p><b>SP 1 Keluarga :</b></p> <p>1. Diskusi masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.</p> <p>2. Jelaskan tanda dan gejala dan proses terjadinya isolasi sosial</p> <p>3. Jelaskan cara merawat isolasi sosial.</p> <p>4. Latih cara merawat</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>cakap</p> <p>4. Melatih cara berkenalandengan pasien, perawat atau tamu.</p> <p>5. Memasukan jadwalkegiatan harian.</p>	<p>berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian.</p> <p>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian saat besuk.</p>
	<p><b>Pasien mampu</b></p> <p>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>SP 2 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 berkenalan 2-3 orang pasien, perawat dan tamu, berbicara saat melakukan kegiatan.</p>	<p><b>SP 2 Keluarga :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan harian, 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</p>

				pasien sesuai jadwal saat besuk
	<p><b>Pasien mampu</b></p> <p>Berkenalan dengan 4-5 orang lebih saat melakukan kegiatan.</p>	<p><b>Setelah Pertemuan 3</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan cara berkenalan yang baik dan benar.</li> <li>2. Menjelaskan cara berbicara saat melakukan kegiatan.</li> <li>3. Mempraktekan cara berkenalan dan berbicara yang baik dan benar.</li> </ol>	<p><b>SP 3 Pasien:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1 dan SP2) beri pujian.</li> <li>2. Melatih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan baru seperti mencuci piring dan menyapu).</li> <li>3. Masukkan ke dalam kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang baru, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan bersosialisasi.</li> </ol>	<p><b>SP 3 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien berkenal, berbicara saat melakukan kegiatan harian, Berikan pujian.</li> <li>2. Jelaskan cara melatih pasien melakukan kegiatan sosial seperti berlanja, meminta sesuatu dll.</li> <li>3. Latih keluarga mengajak pasien belanja saat besuk.</li> <li>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian saat besuk.</li> </ol>
	<p><b>Pasien mampu</b></p> <p>Berbicara untuk meminta sesuatu dan menjawab pertanyaan.</p>	<p><b>Setelah Pertemuan 4</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan cara bersosialisasi yang baik.</li> <li>2. Menjelaskan cara meminta sesuatu dengan baik.</li> <li>3. Menjelaskan cara menjawab</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. Melatih cara bersosialisasi seperti meminta sesuatu dan menjawab pertanyaan.</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan &gt;5 orang lebih, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan bersosialisasi.</li> </ol>	<p><b>SP 4 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien berkenal, berbicara saat melakukan kegiatan harian/RT, berbelanja, berikan pujian.</li> <li>2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan</li> </ol>

		<p>pertanyaan dengan baik.</p> <p>4. Mempraktekkancara bersosialisai yang baik.</p>		<p>3. Anjurkan membantu pasiensusuai jadwal kegiatan dan memberikan pujian.</p>
<p><b>Defisit perawatan diri</b></p>	<p><b>Pasien mampu</b></p> <p>1.Mengidenti fikasi masalah perawatan diri, berdanda, makan/mi num, 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>a. Mampu menjelaskan cara menjaga kebersihan diri seperti : mandi dan ganti pakaian</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 akanperawat lakukan bersama pasien,</li> </ul> <p>2. waktu dan tempat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Jelaskan perawat akan merahasiakan informasi yang akan diperoleh untuk kepentingan terapi</li> <li>-Tunjukkan sikap empati.</li> <li>-Penuhi kebutuhan dasar pasien.</li> </ul> <p>3. Diskusikan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Identifikasi masalah perawatan diri: kebersihan diri, berdandan, makan/minum, BAB/BAK.</li> <li>2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri.</li> </ol>	<p><b>SP 1 keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan masalah dalam merawat pasien.</li> <li>2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, prosesterjadinya defisit perawatan diri.</li> <li>3. Latih cara merawat defisit perawatan diri.</li> <li>4. Latih dua cara merawat : Kebersihan diri dan berdandan.</li> <li>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memeberikan pujian.</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"> <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 kuku (satu kali satu minggu).</li> </ol>	
	<p><b>2. Pasien Mampu</b></p> <p>Melakukan berhias dan berdandan secara mandiri.</p>	<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> <li>3. Mampu menjelaskan cara berhias dan berdandan contohnya sisir rambut.</li> </ol>	<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 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 dalam merawat / melatih pasien kebersihan diri. Beri pujian.</li> <li>2. Latih dua (yang lain) cara merawat : Makan dan minum, BAB dan BAK.</li> <li>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian.</li> </ol>
	<p><b>3. Pasien mampu</b></p> <p>Melakukan</p>	<p><b>Setelah Pertemuan 3</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapat menjelaskan cara dan alat 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> </ol>	<p><b>SP 3 keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien</li> </ol>

	makan dan minum yang baik dan benar.	dan minum. 2. Mampu menjelaskan cara makan dan minum yang baik dan benar.	2. Jelaskan cara dan alat makan dan minum. 3. Latih cara makan dan minum yang baik. 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum yang baik.	kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian. 2. Bimbing keluarga merawat kebersihan diri dan berdandan, makan dan minum. 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian.
	<b>4. Pasien mampu</b>  Melakukan makan dan minum yang baik dan benar.	<b>Setelah Pertemuan 4</b> 1) Dapat menyebutkan pentingnya kebersihan diri berhias dan makan dan minum yang benar bab dan bak yang benar. 2) Dapat menjelaskan cara bab dan bak yang benar 3) Mampu menjelaskan cara bab dan bak benar.	<b>SP 4 Pasien :</b> 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berhias dan berdandan. Beri pujian. 2. Jelaskan BAB dan BAK yang baik. 3. Latih BAB dan BAK yang baik. 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK.	<b>SP 4 keluarga :</b> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Beri pujian. 2. Bimbing keluarga merawat BAB dan BAK pasien. 3. Jelaskan follow up keRSJ, tanda kambuh, rujukan. 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

## **XVII. CATATAN PERKEMBANGAN**

### **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 (Sianturi florentina & Amidos Pardede, 2021).

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 terjadwal.

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.

## Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan halusinasi pendengaran tidak terjadi perilaku kekerasan, klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal halusinasinya, klien dapat mengontrol halusinasi dengar dari jangka waktu 4x24 jam didapatkan data subjektif keluarga menyatakan senang karena sudah diajarkan teknik mengontrol halusinasi, keluarga menyatakan pasien mampu melakukan beberapa teknik mengontrol halusinasi. Data objektif pasien tampak berbicara sendiri saat halusinasi itu datang, pasien dapat berbincang-bincang dengan orang lain, pasien mampu melakukan aktivitas terjadwal, dan minum obat secara teratur (Simanjuntak, 2021).

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir, dimana masing-masinghuruf tersebut akan diuraikan sebagai berikut:

S: Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O: Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A: Analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah baru atau ada yang kontraindikasi dengan masalah yang ada

P: Perencanaan atau tidak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien

Evaluasi dilakukan dengan berfokus pada perubahan perilaku klien setelah diberikan tindakan keperawatan. Keluarga juga perlu dievaluasi 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 halusinasi nya dengan menggunakan empat cara, yaitu menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan.
4. Apakah klien dapat mengungkapkan perasaannya mempraktikkan empat cara mengontrol halusinasi.