

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Pengertian

Halusinasi merupakan suatu gejala yang sering ditemukan pada klien dengan gangguan jiwa. Halusinasi identik dengan *skizofrenia*. Halusinasi merupakan gangguan persepsi di mana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi (Abdul Muhith, 2015).

Halusinasi merupakan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, di mana tidak terdapat stimulus. Tipe halusinasi yang penglihatan, pendengaran, penciuman (Yosep, 2011).

2. Macam-macam Halusinasi

Macam-macam halusinasi menurut Abdul Muhith (2015):

a. Halusinasi pendengaran.

Mendengarkan suara atau kebisingan yang kurang jelas ataupun yang jelas, di mana terkadang suara-suara tersebut seperti mengajak berbicara klien dan kadang memerintah klien untuk melakukan sesuatu.

b. Halusinasi penglihatan.

Stimulus visual dalam bentuk kilatan atau cahaya, gambar atau bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan.

c. Halusinasi penciuman

Memcium bau-bauan tertentu seperti bau darah, *urine*, *feses*, *parfum*, atau bau yang lain. Ini sering terjadi pada seseorang pasca serangan *stroke*, kejang, atau *demensia*.

d. Halusinasi pengecapan

Merasa mengecap rasa seperti darah, *urine*, *feses*, atau yang lainnya.

e. Halusinasi perabaan

Merasa mengalami nyeri, rasa kesetrum atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas.

f. Halusinasi *canesthetik*

Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makanan atau pembentukan *urine*.

g. Halusinasi kinestetik

Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

3. Etiologi

a. Faktor predisposisi (Yosep, 2011):

1) Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dalam kehangatan keluarga sehingga pasien tidak mampu mandiri sejak kecil.

2) Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.

3) Faktor biokimia

Adanya stres berlebihan yang dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat *halusinogenik neurokimia* seperti *Buffofenon* dan *Dimetytranferase* (DMP). Akibat stres berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya neurotransmitter otak.

4) Faktor psikologis

Ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat.

5) Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orangtua yang mengalami *skizofrenia* cenderung mengalami *skizofrenia*. Faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini (Farida, Yudi, 2010).

b. Faktor presipitasi

Yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh klien sebagai tantangan, ancaman, yang memerlukan tenaga ekstra untuk menyelesaikan masalah. Adanya rangsangan lingkungan yang sering yaitu seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak komunikasi, dan suasana sepi atau isolasi sering terjadinya halusinasi karena hal

tersebut dapat meningkatkan stres dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik atau halusinasi (Abdul Muhith, 2015).

4. Patofisiologi

Menurut Abdul Muhith (2018) Halusinasi berkembang melalui empat fase, yaitu sebagai berikut:

a. Fase pertama

Disebut juga *fase comforting* yaitu fase menyenangkan pada tahap ini masuk ke dalam golongan *nonpsikotik* karakteristik: klien mengalami perasaan yang mendalam seperti cemas, kesepian, rasa bersalah, takut hingga klien mencoba untuk fokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan cemas. Klien mulai melamun dan memikirkan hal hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara perilaku klien: terseyum atau tertawa tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asyik, diam dan asyik sendiri.

b. Fase kedua

Disebut juga *fase condemning* yaitu fase menjijikkan pada tahap ini masuk ke dalam golongan *psikotik* ringan karakteristik: klien mengalami pengalaman sensori yang menjijikkan dan menakutkan, klien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba kecemasan meningkat, melamun dan berfikir sendiri jadi dominan. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas. Klien tidak ingin orang lain

tahu, dan ia tetap dapat mengontrolnya. Perilaku klien: meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom akibat cemas seperti peningkatan tekanan darah, pernafasan, dan denyut jantung, asik dengan diri sendiri dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita, menarik diri dari orang lain.

c. Fase ketiga

Disebut juga *fase controlling* yaitu fase pengalaman sensori jadi berkuasa pada tahap ini masuk ke dalam golongan *psikotik* karakteristik: klien berhenti melakukan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut, isi halusinasi menjadi menarik, klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti. Perilaku klien: kemampuan yang dikendalikan halusinasi akan lebih diikuti, rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit, adanya tanda-tanda fisik ansietas berat berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah.

d. Fase keempat

Disebut juga *fase conquering* atau panik yaitu fase melebur dalam halusinasinya pada tahap ini masuk ke dalam golongan *psikotik* berat karakteristik: pengalaman sensori menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasinya, halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada. Perilaku klien: perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau katatonik, tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks, dan tidak mampu merespon lebih dari satu orang.

5. Tanda dan Gejala (Satrio, dkk., 2015)

a. Data Subjektif: Pasien mengatakan;

- 1) Mendengar suara-suara atau kegaduhan
- 2) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
- 3) Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu
- 4) Melihat bayangan-bayangan
- 5) Mencium bau-bauan yang tidak menyenangkan
- 6) Merasakan rasa seperti darah, urin, atau *feses*
- 7) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya

b. Data Objektif

- 1) Marah-marah tanpa sebab
- 2) Bicara atau tertawa sendiri
- 3) Mengarahkan telinga ke arah tertentu
- 4) Menutup telinga
- 5) Menunjuk nunjuk ke arah tertentu
- 6) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- 7) Mencium bau-bauan tertentu
- 8) Menutup hidung
- 9) Sering meludah
- 10) Muntah

6. Dimensi Halusinasi

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku merusak diri, kurang

perhatian, tidak mampu mengambil keputusan, serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi (Abdul Muhith, 2018) yaitu:

- a. Dimensi fisik, halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa keadaan fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan dan demam hingga *delirium*, alkohol, dan kesulitan tidur dalam waktu yang lama.
- b. Dimensi emosional, perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak bisa diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.
- c. Dimensi intelektual, dalam dimensi intelektual ini menerangkan individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya, halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien.
- d. Dimensi sosial, individu dengan halusinasi menunjukkan adanya kecenderungan untuk menyendiri. Individu asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.

- e. Dimensi spiritual, individu yang mengalami halusinasi tidak sadar dengan keberadaannya sehingga halusinasi menjadi sistem kontrol dalam individu tersebut.

7. Penatalaksanaan Medis pada Halusinasi

Penatalaksanaan klien *skizofrenia* yang mengalami halusinasi adalah dengan pemberian obat-obatan dan tindakan lain (Stuart, Laraia, 2005) yaitu:

- a. Psikofarmakologi, obat yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikosis pada klien *skizofrenia* adalah obat anti psikosis. Adapun kelompok yang lazim digunakan adalah *Fenotiazin Asetofenazin* (Tindal), *Klorpromazin* (Thorazine), *Flufenazine* (Prolixine, Permitil), *Mesoridazine* (Serentil), *Perfenazin* (Trilafon), *Proklorperazin* (Compazine), *Promazine* (Sparine), *Tioridazin* (Mellaril), *Trifluoperazin* (Stelazine), *Trifluopremazine* (Vesprin) 60-120 mg, *Tioksanten Klorprotiksen* (Taractan), *Tioktiksen* (Navane), 75-600 mg, *Butirofenon Haloperidol* (Haldol) 1-100 mg, *Dibenzodiazepin Klozapin* (Clorazil) 300-900 mg, *Dibenzokasazepin Loksapin* (Loxitane) 20-150 mg, *Dihhidrlon Molinne* (Moban) 15-225 mg
- b. Terapi kejang listrik / *Electro Compulsive Therapy* (ECT)
- c. Terapi aktivitas kelompok (TAK)

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam menjaga keseimbangan baik secara fisiologis maupun psikologis yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Teori hierarki kebutuhan yang dikemukakan oleh Abraham Maslow (1950) dalam (Wahit Iqbal dan Nurul, 2011) menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu:

Gambar 2.1
Hirarkhi Kebutuhan Dasar Menurut A. Maslow



1. Kebutuhan Fisiologis, yang merupakan kebutuhan paling dasar pada manusia, antara lain: pemenuhan kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan, nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, serta seksual.
2. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan, dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik, meliputi perlindungan dari ancaman terhadap tubuh dan kehidupan seperti kecelakaan, penyakit, bahaya lingkungan, dll. Perlindungan psikologis, perlindungan dari

ancaman peristiwa atau pengalaman baru atau asing yang dapat mempengaruhi kondisi kejiwaan seseorang. Pada klien dengan gangguan persepsi sensorik: halusinasi pendengaran kebutuhan rasa amannya akan sangat terganggu karena kondisi dari kejiwaan klien sendiri dan mereka seringkali menyakiti dirinya sendiri, orang lain dan lingkungannya karena mereka mengikuti apa yang diperintahkan oleh halusinasinya, dan dalam kasus ini peran keluarga sangat dibutuhkan dalam memantau keselamatan dan menjaga klien di rumah agar terhindar dari hal-hal yang dapat mengancam keamanan klien maupun orang lain.

3. Kebutuhan rasa cinta, yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, dan kekeluargaan.
4. Kebutuhan akan harga diri dan perasaan dihargai oleh orang lain serta pengakuan dari orang lain.
5. Kebutuhan aktualisasi diri, ini merupakan kebutuhan tertinggi dalam Hierarki Maslow, yang berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam menjaga keseimbangan baik secara fisiologis maupun psikologis yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan

C. Proses Keperawatan

Proses terjadinya halusinasi yaitu faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian stresor, mekanisme coping (Satrio, dkk., 2015).

Menurut Yusuf, dkk., (2015):

1. Pengkajian

a. Faktor predisposisi

1) Faktor perkembangan

Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stres dan *ansietas* yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi.

2) Faktor sosial budaya

Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul akibat berat seperti delusi dan halusinasi.

3) Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, serta peran ganda dan peran yang bertentangan dapat menimbulkan *ansietas* berat terakhir dengan pengingkaran terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi

4) Faktor biologis

Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realitas, serta dapat ditemukan *atrofi* otak, pembesaran *ventrikel*, perubahan besar serta bentuk sel kortikal dan limbik.

5) Faktor genetik

Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada pasien *skizofrenia*.

b. Faktor presipitasi

1) Stresor sosial budaya

Stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang penting, atau diasingkan dari kelompok dapat menimbulkan halusinasi

2) Faktor biokimia

Berbagai penelitian tentang dopamin, norepinefrin, indolamin, serta zat halusigenik diduga berkaitan dengan gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi

3) Faktor psikologis

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realitas. Pasien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.

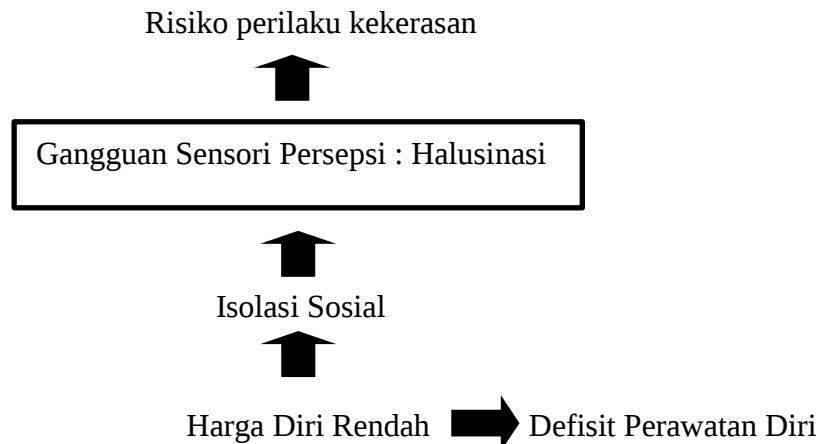
4) Perilaku

Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik dan sosial

2. Pohon Masalah dan Diagnosa Keperawatan

a. Pohon masalah

Gambar 2.2
Pohon Masalah



(Satrio, dkk, 2015)

b. Diagnosa keperawatan

- 1) Risiko perilaku kekerasan
- 2) Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran
- 3) Isolasi sosial
- 4) Harga diri rendah
- 5) Defisit perawatan diri

Menurut Carpenito (1998), diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons aktual atau potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/ proses kehidupan. Rumusan diagnosa yaitu permasalahan berhubungan dengan etiologi dan keduanya ada hubungan sebab akibat secara ilmiah. Perumusan diagnosa keperawatan jiwa mengacu pada pohon masalah yang ada.

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan. Hal ini perlu dilakukan dalam implementasi yang diharapkan dalam rencana keperawatan ini adalah: rasional, kriteria struktur, kriteria hasil, DO (melakukan), *delegate*, *record* (Abdul Muhith, 2015).

Contoh Tabel Rencana Keperawatan

Tabel 2.1
Rencana Tindakan Keperawatan
Klien dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi

Tgl	No dx	Perencanaan			
		Dx. Keperawatan	Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5	6
		Gangguan sensori persepsi : Halusinasi (dengar)	TUK 1 : Klien dapat mengenal halusinasinya dan latihan menghardik halusinasi	1. Klien menyatakan mengalami halusinasi	1. Diskusikan dengan klien tentang halusinasi yang dialami a. Tanyakan apakah mengalami sesuatu (halusinasi dengar) b. Katakan bahwa perawat percaya klien mengalami hal yang sama. c. Katakan bahwa ada klien lain yang mengalami hal yang sama. d. Katakan bahwa akan membantu klien.

1	2	3	4	5	6
				2. Klien menyebutkan halusinasi yang dialami - Isi - Waktu - Frekuensi - Situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi 3. Klien menyatakan yang dilakukan saat halusinasi muncul 4. Klien menyampaikan apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut	2. Klien tidak sedang berhalusinasi klarifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi, diskusikan dengan klien: - Isi, waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore, malam, atau sering dan kadang-kadang) - Situasi dan kondisi yang menimbulkan atau tidak halusinasi 3. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya. - Marah - Takut - Sedih - Senang - Cemas 4. Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut. - Jika cara yang digunakan adaptif beri pujian. - Jika cara yang digunakan maladaptif

1	2	3	4	5	6
				5. Klien menyampaikan dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya 6. Klien mampu mengenal cara baru untuk mengontrol halusinasi 7. Klien mampu latihan cara menghardik	diskusikan kerugian cara tersebut 5. Diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya 6. Jelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan 7. Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik: a. Katakan pada diri sendiri bahwa “ini tidak nyata !, saya tidak mau dengar “ b. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, beri pujian.
			TUK 2 : Klien dapat mengontrol dengan obat	1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik 2. Klien mampu menyampaikan/ praktikan cara obat	1. Evaluasi kegiatan mengahardik. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat, jelaskan a. Jenis b. Guna c. Dosis d. Frekuensi

1	2	3	4	5	6
				3. Klien mampu merencanakan/jadual minum obat	e. Cara f. Kontinuitas minum obat 3. Masukan pada jadual kegaitan untuk latihan menghardik dan minum obat.
			TUK 3 : Kliendapat mengontrol dengan bercakap-cakap	1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik dan minum obat. 2. Klien mampu praktikkan cara bercakap-cakap 3. Klien mampu merencanakan/ jadual bercakap-cakap.	1. Evaluasi kegiatan menghardik dan minum obat. beri pujian 2. Jelaskan cara bercakap-cakapdan melakukankegiatan untuk mengontrol halusinasi: a. Meminta orang lain untuk bercakap-cakap b. Menyampaikan manfaat bercakap-cakap 3. Masukan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap.
			TUK 4 : Klien dapat mengontrol dengan melakukan aktifitas terjadual .	1. Klien mampu menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap	1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap. Beri pujian

1	2	3	4	5	6
				2. Klien mampu menyampaikan dan praktikkan aktifitas yang dapat dilakukan. 3. Klien mampu merencanakan/ jadwal aktifitas yang akan dilakukan	2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan): - Diskusikan dengan klien kegiatan yang dapat dilakukan - Anjurkan klien memilih dua untuk dilatih - Latih dua cara yang dipilih 3. Masukkan jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian. - Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan obat dan bercakap-cakap dan kegiatan harian. beri pujian - Latih kegiatan harian. - Nilai kemampuan yang telah mandiri - Nilai apakah halusinasi terkontrol
			TUK 5: Klien dapat dukungan keluarga untuk mengontrol halusinasi: keluarga mengenal masalah halusinasi dan melatih klien menghardik	1. Keluarga menyampaikan masalah dalam merawat pasien.	1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien, jelaskan pengertian tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi. - Jelaskan pengertian tanda dan gejala, penyebab dan proses terjadinya halusinasi - Tindakan yang telah dilakukan klien

1	2	3	4	5	6
			halusinasi	2. Menjelaskan cara-cara membantu klien dalam mengontrol halusinasi 3. Keluarga melakukan cara menghardik.	selama di rumah sakit dalam mengontrol halusinasi dan kemajuan yang telah dialami oleh klien. 2. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga dalam mengontrol halusinasi: - Anjurkan keluarga untuk melakukan 4 cara mengontrol halusinasi dengan 4 cara, yaitu: - Menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan aktifitas. - Ingatkan klien waktu: menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktifitas. - Bantu jika klien mengalami hambatan dalam mengontrol halusinasi. - Berikan pujian atas keberhasilan klien. 3. Latih cara merawat: menghardik dan anjurkan membantu pasien sesuai jadwal.
			TUK 6: Klien mendapatkan dukungan keluarga	1. Keluarga menyampaikan kemajuan pasien menghardik	1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat /melatih pasien menghardik. beri pujian

1	2	3	4	5	6
			untuk mengontrol halusinasi: keluarga melatih minum obat	2. Keluarga mampu menyebutkan cara memberikan obat klien dengan prinsip 6 benar 3. Keluarga menyiapkan obat klien dan memkan saat mendampingi minum obat. 4. Keluarga merencanakan jadual minum obat klien	2. Jelaskan 6 benar obat memberikan obat. a. Jenis b. Guna c. Dosis d. Frekuensi e. Cara f. Kontinuitas minum obat 3. Diskusikan dan latih keluarga cara memberikan minum obat: a. Contohkan cara mendampingi klien minum obat dan minta keluarga mengulangi. b. Ingatkan klien waktu minum obat. 4. Bantu jika klien mengalami hambatan dalam minum obat. a. Beri pujian atas keberhasilan klien b. Anjurkan membantu klien sesuai jadual dan memberikan pujian.
			TUK 7: Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk mengontrol halusinasi: keluarga melatih bercakap-	1. Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat / melatih bercakap-cakap dan melakukan kegiatan	1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat /melatih pasien menghardik dan memberikan obat. beri pujian

1	2	3	4	5	6
			cakap dan melakukan kegiatan	2. Menjelaskan cara-cara membantu klien bercakap-cakap dan melakukan kegiatan. 3. Keluarga memkan cara mendampingi bercakap-cakap dan melakukan kegiatan.	2. Diskusikan jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi: - Anjurkan keluarga untuk melakukan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi - Ingatkan klien waktu cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan. - Bantu jika klien mengalami hambatan dalam cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi. - Berikan pujian atas keberhasilan klien 3. Latih dan sediakan waktu untuk bercakap-cakap terutama saat halusinasi, anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian.
			TUK 8: Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk mengontrol halusinasi: keluarga melatih	1. Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat /melatih pasien menghardik, memberikan obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan	1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasein menghardik, memberikan obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan. beri pujian

1	2	3	4	5	6
				2. Keluarga memkan cara mengevaluasi kemampuan pasien	2. Latih cara mengontrol halusinasi: menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktifitas terjadual.
			Keluarga mampu merawat pasein secara mandiri	Keluarga dapat menyebutkan cara mengontrol halusinasi	a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktifitas terjadual. beri pujian. b. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien. c. Nilai kemampuan keluarga melakukuan kontrol ke puskesmas d. Jelaskan <i>follow up</i> ke ke puskesmas, tanda kambuh, rujukan. e. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian.

Tabel 2.2

**Rencana Tindakan Keperawatan
Klien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan**

Tgl	No Dx	Dx Keperawatan	Perencanaan		
			Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3	4	5	6
		Risiko Perilaku kekerasan	TUM : Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan TUK : Klien mampu mengenali perilaku kekerasan yang dialami dan mengontrol dengan cara fisik	Klien Mampu : Membina hubungan saling percaya.	- Bina hubungan saling percaya dengan: - Beri salam setiap berinteraksi - Perkenalan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berinteraksi - Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien - Tunjukkan sikap empati, jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi - Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien - Buat kontrak interaksi yang jelas - Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien.

1	2	3	4	5	6
				2. Menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya 3. Menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan: - Tanda fisik : mata merah, tangan mengepal, ekspresi tegang, dan lain-lain. - Tanda emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar. - Tanda sosial : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan.	2. Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya : - Motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya - Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan klien. 3. Bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya: - Motivasi klien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) saat perilaku kekerasan terjadi. - Motivasi klien menceritakan kondisi emosinya (tanda-tanda emosional) saat terjadi perilaku kekerasan. - Motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain (tanda-tanda sosial) saat terjadi perilaku kekerasan.

1	2	3	4	5	6
				4. Menjelaskan jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya, perasaannya saat melakukan kekerasan, efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah. 5. Menjelaskan akibat tindak kekerasan yang dilakukannya : (Diri sendiri: luka, dijauih teman, dll; Orang lain/keluarga: luka, tersinggung, ketakutan, dll; Lingkungan: barang atau benda rusak dll). 6. Menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah.	4. Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini: - Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindakan kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya - Motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi 5. Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi. Diskusikan dengan klien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada: - Diri sendiri - Orang lain/keluarga - Lingkungan 6. Diskusikan dan jelaskan dengan klien cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah - Cara fisik: nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olah raga - Obat - Verbal/sosial: mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada

1	2	3	4	5	6
				7. Memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan: Fisik: tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur.	orang lain dengan latihan asertif d. Spiritual: sembahyang/doa, zikir, meditasi, dsb sesuai keyakinan agamanya masing-masing. 7. Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik: a. Peragakan cara melaksanakan cara fisik: nafas dalam dan pukul bantal/kasur b. Jelaskan manfaat cara tersebut c. Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan d. Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna e. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik.
			2. Klien mampu menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan untuk mengontrol perilaku kekerasan	Klien mampu menjelaskan : a. Manfaat minum obat b. Kerugian tidak minum obat c. Nama obat d. Bentuk dan warna obat e. Dosis yang diberikan f. Waktu pemakaian g. Cara pemakaian h. Efek yang dirasakan	1. Evaluasi kegiatan latihan fisik 2. Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat 3. Jelaskan kepada klien : a. Jenis obat (nama, warna dan bentuk obat) b. Dosis yang tepat untuk klien c. Waktu pemakaian

1	2	3	4	5	6
				kepadanya	d. Cara pemakaian e. Efek yang akan dirasakan klien 4. Masukkan pada jadual kegiatan minum obat dan motivasi klien untuk : a. Minta dan menggunakan obat tepat waktu b. Lapor keperawat/dokter jika mengalami efek yang tidak biasa c. Beri pujian terhadap kedisiplinan klien menggunakan obat
			3. Klien mampu mengontrol dengan cara verbal/sosial	Klien mampu : mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakit	1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat, beri pujian 2. Diskusikan cara verbal/sosial untuk mengungkapkan kemarahan a. Menyampaikan perasaan dengan baik b. Meminta dengan baik c. Menolak dengan baik 3. Masukkan pada jadual kegiatan dan anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah / jengkel
			4. Klien mampu mengontrol dengan cara spiritual	1. Klien mampu : mengidentifikasi kegiatan spiritual yang dapat	1. Evaluasi kegiatan latihan fisik, obat dan verbal, beri pujian 2. Diskusikan cara spiritual yang dipilih

1	2	3	4	5	6
				dilakukan : zikir/doa, meditasi sesuai agamanya 2. Klien mampu melakukan kegiatan spiritual untuk mengontrol marahnya	untuk mengontrol kemarahan 3. Masukkan pada jadual kegiatan dan anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah atau jengkel 4. Evaluasi kegiatan latihan dan berikan pujian 5. Latih kegiatan dilanjutkan sampai tak terhingga 6. Nilai kemampuan yang telah mandiri 7. Nilai apakah harga diri klien meningkat
			8. Klien mendapatkan dukungan untuk mengontrol perilaku kekerasan: Keluarga mampu mengenal masalah risiko perilaku kekerasan dan melatih cara fisik	Keluarga mampu : 1. Menjelaskan tentang risiko perilaku kekerasan 2. Menjelaskan cara merawat klien dengan risiko perilaku kekerasan 3. Melatih cara fisik	1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien 2. Jelaskan tentang : a. Pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya perilaku kekerasan b. Jelaskan cara merawat klien c. Latih keluarga merawat klien d. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian.
			9. Klien mendapatkan dukungan untuk mengontrol perilaku kekerasan: Keluarga mampu membimbing	1. Keluarga menyampaikan kemajuan pasien setelah latihan fisik 2. Keluarga, menyampaikan 6 benar minum obat	1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih klien. Beri pujian 2. Jelaskan kepada klien : a. Jenis obat (nama, warna dan bentuk obat)

1	2	3	4	5	6
			minum obat	3. Keluarga mampu mendampingi klien minum obat	b. Manfaat c. Dosis yang tepat untuk klien d. Waktu pemakaian e. Cara pemakaian f. Efek yang akan dirasakan klien g. Kontinuitas minum obat 3. Latih keluarga untuk a. Menjadualkan minum obat b. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian
			10. Klien mendapat dukungan untuk mengontrol perilaku kekerasan: Keluarga mampu membimbing minum obat	1. Keluarga menyampaikan kemajuan pasien setelah latihan fisik dan minum obat 2. Keluarga mampu mendampingi klien melatih cara verbal dan spiritual	1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien latihan fisik dan minum obat. Beri pujian 2. Latih keluarga untuk : a. Latih keluarga membimbing pasien dengan cara verbal/bicara yang baik b. Latih keluarga membimbing pasien dengan cara spiritual c. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian.
			11. Keluarga mampu melakukan <i>follow up</i> ke puskesmas, mengenali tanda	1. Keluarga mampu menyampaikan kemajuan klien setelah latihan fisik, minum obat, verbal, dan	1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih klien. Memberikan obat verbal dan spiritual. Beri pujian 2. Jelaskan <i>follow up</i> ke puskesmas, tanda

1	2	3	4	5	6
			kambuh, melakukan rujukkan	spiritual Keluarga mampu menjelaskan tanda-tanda kambuh, cara melakukan rujukan/ <i>follow up</i> ke puskesmas 2. Keluarga menyatakan akan membantu pasien sesuai jadual	kambuh, rujukan 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian 4. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih klien, memberikan obat, verbal dan spiritual dan <i>follow up</i> . Beri pijian 5. Nilai kemampuan keluarga merawat pasien 6. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke puskesmas.

Tabel 2.3
Rencana Tindakan Keperawatan
Klien Dengan Defisit Perawatan Diri

Tgl	No Dx	Dx Keperawatan	Perencanaan		
			Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3	4	5	6
		Defisit Perawatan Diri	TUM: Klien dapat mandiri dalam perawatan diri TUK : Klien dapat mengenal DPD dan latihan <i>personal hygiene</i>	- Klien menunjukkan tanda tanda percaya kepada perawat : - Wajah cerah dan tersenyum - Mau berkenalan - Ada kontak mata - Menerima kehadiran perawat - Bersedia menceritakan perasaannya	- Bina hubungan saling percaya dengan: - Beri salam setiap interaksi - Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berkenalan - Tanyakan nama dan panggilan kesukaan klien - Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap berinteraksi - Tanyakan perasaan dan masalah yang dihadapi klien

1	2	3	4	5	6
				2. Klien mengetahui pentingnya perawatan diri, klien menyebutkan : a. Penyebab tidak merawat diri b. Manfaat menjaga perawatan diri c. Tanda-tanda bersih dan rapih d. Gangguan yang dialami jika perawatan diri tidak di perhatikan	f. Buat kontrak interaksi yang jelas g. Dengarkan ungkapan perasaan klien dengan empati h. Penuhi kebutuhan dasar klien 2. Diskusikan dengan klien: a. Penyebab klien tidak merawat diri b. Manfaat menjaga perawatan diri untuk keadaan fisik, mental, dan sosial c. Tanda-tanda perawatan diri yang baik d. Penyakit atau gangguan kesehatan yang bisa dialami oleh klien bila perawatan diri tidak adekuat
				3. Klien mengetahui cara-cara melakukan perawatan diri: 3.1 Klien menyebutkan frekuensi menjaga perawatan diri : a. Frekuensi mandi b. Frekuensi gosok gigi c. Frekuensi keramas	3.1 Diskusikan frekuensi menjaga perawatan diri selama ini : a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Berpakaian e. Berhias

1	2	3	4	5	6
				d. Frekuensi ganti pakaian e. Frekuensi berhias f. Frekuensi gunting kuku 3.2 Klien menjelaskan cara menjaga perawatan diri: a. Cara mandi b. Cara gosok gigi c. Cara keramas d. Cara berpakaian e. Cara berhias f. Cara gunting kuku 4. Klien mempratikkan perawatan diri. Dengan dibantu oleh perawat : a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Berhias e. Gunting kuku	f. Gunting kuku 3.2 Diskusikan cara praktik perawatan diri yang baik: a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. berhias e. Gunting kuku Berikan pujian untuk setiap respon positif 4.1 Bantu klien saat perawatan diri : a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Berhias e. Gunting kuku 4.2 Beri pujian setelah klien selesai melaksanakan perawatan diri 2. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan mandi, sikat gigi (2 kali sehari), cuci rambut (2 kali

1	2	3	4	5	6
					perminggu), potong kuku
			2. Klien dapat latihan merias diri	1. Klien mampu menyebutkan: a. Perawatan diri yang sudah dilakukan b. Cara berhias: - Laki-laki: mencukur jenggot dan kumis.	1.1 Evaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian 1.2 Jelaskan cara dan alat untuk berhias 1.3 Latih cara berhias setelah kebersihan diri: sisiran, cukuran 1.4 Masukkan pada jadwal kegiatan untuk kebersihan diri dan berhias
			3. Klien dapat latihan merias diri	1. Klien mampu menyebutkan: a. Perawatan diri dan berhias yang sudah dilakukan b. Cara atau adab makan dan minum: - Menyiapkan makan - Cuci tangan sebelum makan - Duduk di meja makan - Berdoa sebelum makan - Tertib selama makan - Berdoa setelah makan	1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berhias .Beri pujian 2. Jelaskan cara dan alat makan minum 3. Bantu atau latih klien saat makan dan minum: a. menyiapkan makan b. cuci tangan sebelum makan c. duduk di meja makan d. berdoa sebelum makan e. tertib selama makan f. berdoa setelah makan g. merapihkan meja makan h. membersihkan alat makan 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berhias dan makan dan minum yang baik

1	2	3	4	5	6
				- Merapihkan meja makan - Membersihkan alat makan	
			4. Klien dapat menyebutkan cara BAB/BAK yang baik	1. Klien mampu menyebutkan: - Perawatan diri, berhias dan makan/minum yang sudah dilakukan - Cara adab BAB/BAK: - BAB/BAK di toilet - Membersihkan diri setelah BAB/BAK - Membersihkan /menyiram toilet setelah BAB/BAK	1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berhias, makan dan minum beri pujian 2. Jelaskan cara BAB dan BAK yang baik : - BAB/BAK di toilet - Membersihkan diri setelah BAB/BAK - Membersihkan atau menyiram toilet setelah BAB/BAK - Bantu atau latih BAB dan BAK yang baik - Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berhias, makan dan minum dan BAB & BAK
			Klien dapat merawat diri secara mandiri	Klien mampu menyebutkan cara merawat diri dengan baik - Membersihkan diri - Berhias - Makan/minum - BAB/ BAK	1. Evaluasi kegiatan latihan perawatan diri: kebersihan diri, berhias, makan & minum, BAB & BAK. Beri pujian 2. Latih kegiatan harian 3. Nilai kemampuan yang telah mandiri 4. Nilai apakah perawatan diri telah baik

1	2	3	4	5	6
			5. Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatan diri: keluarga mengenal masalah DPD dan melatih klien merawat diri	5.1 Keluarga menyampaikan masalah dalam merawat pasien 5.2 Keluarga menyiapkan sarana perawatan diri klien: sabun mandi, pasta gigi, sikat gigi, shampoo, handuk, pakaian bersih, sandal dan gunting kuku, dll	1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien - jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya defisit perawatan diri - penyebab klien tidak melaksanakan perawatan diri - tindakan yang telah dilakukan klien selama di rumah sakit dalam menjaga perawatan diri dan kemajuan yang telah dialami oleh klien - dukungan yang bisa diberikan oleh keluarga untuk meningkatkan kemampuan klien dalam perawatan diri 2. Jelaskan sarana untuk membersihkan diri - Sarana yang diperlukan untuk menjaga perawatan diri klien - Anjurkan kepada keluarga menyiapkan sarana tersebut

1	2	3	4	5	6
				5.3 Menjelaskan cara-cara membantu klien dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya. 5.4 Keluarga mempratikkan cara perawatan diri / <i>personal hygiene</i> pada klien	3. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga dalam perawatan diri - Anjurkan keluarga untuk mempratikkan perawatan diri (mandi, gosok gigi, keramas, ganti baju, dan gunting kuku) - ingatkan klien waktu mandi, gosok gigi, keramas, ganti baju dan gunting kuku - bantu jika klien mengalami hambatan dalam perawatan diri - berikan pujian atas keberhasilan klien 4. Latih cara merawat: kebersihan diri dan anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian
			6. Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatan diri: keluarga melatih klien berhias	6.1 Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat /melatih pasien kebersihan diri 6.2 Keluarga menyiapkan sarana berhias klien:alat cukur (laki-laki)	1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri. Beri pujian 2. Jelaskan sarana untuk berhias Sarana yang diperlukan untuk berhias

1	2	3	4	5	6
				6.3 Menjelaskan cara-cara membantu klien dalam berhias 6.4 Keluarga mempratikkan cara berhias pada klien	b. Anjurkan kepada keluarga menyiapkan sarana tersebut 3. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan untuk berhias : a. Anjurkan keluarga untuk mempratikkan berhias b. Ingatkan klien waktu berhias c. Berikan pujian atas keberhasilan klien 4. Latih cara merawat: kebersihan diri dan berhias, anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian
			7. Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatan diri: keluarga melatih klien makan dan minum yang baik	7.1 Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat/melatih pasien membersihkan diri dan berhias 7.2 Keluarga menyiapkan sarana makan dan minum 7.3 Menjelaskan cara-cara membantu klien dalam	1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien kebersihan diri dan berhias. Beri pujian 2. Jelaskan sarana untuk makan dan minum a. Sarana yang diperlukan untuk makan dan minum b. Anjurkan kepada keluarga menyiapkan sarana tersebut 3. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga untuk

1	2	3	4	5	6
				makan dan minum 7.4 Keluarga mempratikkan cara berhias pada klien	makan dan minum : a. Anjurkan keluarga untuk mempratikkan makan dan minum b. Ingatkan klien waktu makan dan minum c. Bantu jika klien mengalami hambatan dalam makan dan minum d. Berikan pujian atas keberhasilan klien 4. Latih cara merawat: kebersihan diri, berhias, dan makan minum, anjurkan membantu pasien sesuai
			8. Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan perawatan diri: keluarga melatih klien BAB dan BAK	8.1 Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat /melatih pasien membersihkan diri, berhias dan makan/minum 8.2 Keluarga menyiapkan sarana BAB & BAK 8.3 Menjelaskan cara-cara membantu klien dalam	1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri, berhias, dan makan-minum. Beri pujian 2. Jelaskan sarana BAB & BAK a. Sarana yang yang diperlukan untuk BAB & BAK b. Anjurkan kepada keluarga menyiapkan sarana tersebut 3. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga untuk

1	2	3	4	5	6
				BAB & BAK 8.4 Keluarga mempratikan cara BAB & BAK pada klien	BAB & BAK - Anjurkan keluarga untuk mempratikkan makan dan minum - Ingatkan klien jika ingin BAB & BAK - Bantu jika klien mengalami hambatan dalam BAB & BAK - Berikan pujian atas kebersihan klien 4. Latih cara merawat: kebersihan diri, berhias, makan minum dan BAB & BAK, anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian.
			Keluarga mampu merawat pasien secara mandiri	Keluarga dapat menyebutkan cara merawat pasien masalah DPD	- Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat /melatih pasien dalam perawatan diri: kebersihan diri, berdandan, makan & minum, BAB & BAK. Beri pujian - Nilai kemampuan keluarga merawat pasien - Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke PKM - Jelaskan <i>follow up</i> ke PKM, tanda kambuh, rujukan - Aanjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tindakan keperawatan untuk klien halusinasi ada 2 (Muhith, 2015) yaitu:

a. Tujuan tindakan untuk klien meliputi:

- 1) Klien mengenali halusinasi yang dialaminya
- 2) Klien dapat mengontrol halusinasinya
- 3) Klien mengikuti program pengobatan secara optimal

b. Tindakan keperawatan:

- 1) Membantu klien mengenali halusinasi.

Dapat dilakukan dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang didengar), waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan respon pasien saat halusinasi muncul.

- 2) Melatih klien mengontrol halusinasi.

Untuk membantu klien agar mampu mengontrol halusinasi, ada 4 cara untuk mengendalikan halusinasi yaitu :

- a) Menghardik halusinasi

Menghardik halusinasi adalah upaya untuk mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pasien dilatih untuk mengatakan “tidak” terhadap halusinasi yang muncul atau tidak mempedulikan halusinasinya.

b) Bercakap-cakap dengan orang lain

Ketika klien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi (fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi 36 kepercakapan yang dilakukan dengan orang tersebut) sehingga cara yang paling efektif untuk mengatasi halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

c) Melakukan aktivitas yang terjadual

Untuk mengurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang teratur. Dengan beraktivitas secara terjadual, sehingga pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang seringkali mencetuskan halusinasi.

d) Menggunakan obat secara teratur

Agar klien mampu mengontrol halusinasi, klien juga harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Klien gangguan jiwa yang dirawat di rumah sering kali mengalami putus obat sehingga akibatnya klien mengalami kekambuhan.

Tindakan keperawatan agar klien patuh menggunakan obat yaitu dengan cara, jelaskan guna obat, jelaskan akibat dari putus obat, jelaskan cara mendapatkan obat/berobat, jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar klien, benar cara pemberian, benar waktu, benar dosis).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Selalu melibatkan dan keluarga agar dapat melihat perubahan dan berupaya mempertahankan dan memelihara. Diperlukan *reinforcement* untuk menguatkan perubahan yang positif yang diharapkan dari evaluasi adalah: asumsi, kriteria struktur, kriteria proses, dan kriteria hasil (Muhith 2015).

D. Data yang Perlu Dikaji Lebih Lanjut

Tabel 2.4
Data yang Perlu Dikaji Lebih Lanjut pada Klien dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi

No	Data	Masalah
1	2	3
1	Data subjektif: 1. Mengatakan pernah melakukan tindak kekerasan 2. Informasi dari keluarga tindak kekerasan yang pernah dilakukan klien Data objektif: 1. Ada tanda atau jejak perilaku kekerasan pada tubuh	Risiko Perilaku Kekerasan
2	Data subjektif: 1. Mengatakan mendengar suara bisikan Data objektif: 1. Bicara sendiri 2. Tertawa sendiri Marah tanpa sebab	Perubahan Sensori Persepsi: Halusinasi
3	Data subjektif: 1. Mengatakan malas berinteraksi 2. Mengatakan orang lain tidak mau menerima dirinya 3. Merasa orang lain tidak selevel	Isolasi Sosial

1	2	3
	Data objektif: 1. Menyendiri 2. Mengurung diri 3. Tidak mau bercakap-cakap dengan orang lain	
4	Data subjektif: 1. Menyatakan malas mandi 2. Tidak tahu cara makan yang baik 3. Tidak tahu cara makan yang baik 4. Tidak tahu cara eliminasi yang baik Data objektif: 1. Badan kotor 2. Dandanan tidak rapi 3. Makan berantakan 4. BAB/BAK sembarang tempat	Defisit Perawatan Diri
5	Data subjektif: 1. Mengeluh hidup tidak bermakna 2. Tidak memiliki kelebihan apapun 3. Merasa jelek Data objektif: 1. Kontak mata kurang 2. Tidak berinisiatif berinteraksi dengan orang lain	Harga Diri Rendah