BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit

1. Pengertian

Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa di mana klien merasakan suatu stimulus yang sebenarnya tidak ada. Klien mengalami perubahan sensori persepsi : merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman. Pada gangguan halusinasi penglihatan, misalnya, klien melihat sesuatu bayangan menakutkan, padahal tidak ada bayangan tersebut. Salah satu manifestasi yang timbul adalah halusinasi membuat klien tidak dapat memenuhi kehidupannya sehari-hari. Halusinasi adalah 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 psikosis. (Sutejo, 2019, hal. 9–10).

Halusinasi yaitu distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respon neurobiologis yang maladaptif, klien mengalami distorsi sensori yang nyata dan meresponnya, namun dalam halusinasi stimulus internal dan eksternal tidak dapat diidentifikasi (Kusumo dkk., 2015, hal. 41).

Halusinasi pendengara ialah halusinasi yang berkarakteristik dengan mendengar suara-suara atau kebisingan, paling sering suara orang. Suara seperti kebisingan yang kurang keras sampai kata-kata yang jelas

berbicara tentang klien, bahkan sampai percakapan lengkap antara dua orang atau lebih. Pikiran yang didengar klien di mana disuruh untuk melakukan sesuatu yang terkadang membahayakan (Muhith, 2015, hal. 256).

Dengan kata lain dapat disimpulkan bahwa halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa dimana klien merasakan sensasi palsu berupa suara, pengelihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman.

2. Etiologi

Menurut Nurhalimah (2018, hal. 162–163) Proses terjadinya halusinasi dijelaskan dengan menggunakan konsep adaptasi Stuart-Laria.

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor biologis

Adanya riwayat dari anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (*herediter*), riwayat penyakit atau trauma kepala, riwayat penggunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA).

2) Faktor psikologis

Memiliki riwayat kegagalan yang berulang. Menjadi korban, pelaku maupun saksi dari perilaku kekerasan serta kurangnya kasih sayang dari orang-orang yang berarti bagi klien serta perilaku orang tua yang over protektif.

3) Faktor sosial budaya dan lingkungan

Sebagian besar klien halusinasi berasal dari keluarga dengan sosial ekonomi yang rendah, selain itu klien memiliki riwayat penolakan dari lingkungan atau dari orang lain yang berarti pada usia perkembangan anak, klien halusinasi sering kali memiliki tingkat pendidikan yang rendah serta pernah mengalami kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri), serta tidak bekerja.

b. Faktor Presipitasi

Adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, adanya riwayat kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan dikeluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan klien serta konflik antar masyarakat.

3. Patofisiologi

Menurut Kusumo dkk. (2015, hal. 46–48) halusinasi berkembang melalui empat fase, yaitu :

a. Fase *comforting* (halusinasi menyenangkan, cemas ringan)

Klien yang berhalusinasi mengalami emosi yang intens seperti cemas, kesepian, rasa bersalah, takut dan mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk menghilangkan kecemasan. Perilaku klien yang dapat diobservasi yaitu tersenyum lebar, menyeringai tetapi tampak tidak tepat, menggerakan bibir tanpa

mengeluarkan suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan tampak asyik.

b. Fase *comdemning* (halusinasi menjijikan, cemas sedang)

Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan. Klien yang berhalusinasi mulai merasa kehilangan kontrol dan mungkin berusaha menjauhkan diri, serta merasa malu dengan adanya pengalaman sensori tersebut dan menarik diri dari orang lain. Perilaku klien yang dapat diobservasi yaitu ditandai dengan peningkatan kerja sistem saraf autonimik yang menunjukkan kecemasan misalnya terdapat peningkatan nadi, pernapasan dan tekanan darah, rentang perhatian menjadi sempit dan kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dengan realitas.

c. Fase *controlling* (pengalaman sensori berkuasa, cemas berat)

Klien yang halusinasi menyerah untuk mencoba melawan pengalaman halusinasinya. Isi halusinasi bisa menjadi menarik atau memikat. Seseorang mungkin mengalami kesepian jika pengalaman sensori berakhir. Perilaku yang dapat diobservasi yaitu arahan yang diberikan halusinasi tidak hanya dijadikan objek saja oleh klien tetapi mungkin akan diikuti/dituruti, klien mengalami kesulitan berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya dalam beberapa detik atau menit, tampak tanda kecemasan berat seperti berkeringat, tremor, tidak mampu mengikuti perintah.

d. Fase *conquering* (melebur dalam pengaruh halusinasi, panik)

Pengalaman sensori bisa mengancam jika klien tidak mengikuti perintah dari halusinasi. Halusinasi mengkin berakhir dalam waktu empat jam atau sehari bila tidak ada intervensi terapeutik. Perilaku klien yang dapat diobservasi yaitu perilaku klien tampak seperti dihantui teror dan panik, potensi kuat untuk bunuh diri dan membunuh orang lain, aktifitas fisik yang digambarakan klien menunjukkan isi dari halusinasi misalnya klien melakukan kekerasan, agitasi, menarik diri atau katatonia, klien tidak dapat berespon pada arahan kompleks dan tidak dapat berespon pada lebih dari satu orang.

4. Jenis- jenis halusinasi

Menurut Sutejo (2019, hal. 14–15) halusinasi terdiri dari beberapa jenis klasifikasi, yaitu :

a. Halusinasi dengar/suara (*audiotory hallucinations*)

Sekitar 70% klien dengan gangguan jiwa mengalami halusinasi dengar/suara, yang biasanya ditandai dengan mendengar suara atau bunyi gaduh, suara yang menyuruh untuk melakukan sesuatu yang berbahaya dan mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.

b. Halusinasi penglihatan (*visual hallucinations*)

Sekitar 20% klien dengan gangguan jiwa mengalami halusinasi penglihatan, yang biasanya ditandai dengan melihat makhluk tertentu, bayangan, seseorang, sesuatu yang menakutkan, dan cahaya.

c. Halusinsai pengecapan (*gustatory hallucintions)*

Sekitar 10% klien dengan gangguan jiwa mengalami halusinasi pengecapan, yang biasanya ditandai dengan seperti sedang merasakan makanan atau rasa tertentu atau mengunyah sesuatu.

d. Halusinasi penghidung (*olfactory hallucinations)*

Sekitar 10 % klien dengan gangguan jiwa mengalami halusinasi penghidung, yang biasanya ditandai dengan mencium bau dari bau-bauan tertentu seperti bau mayat, masakan, feses, bayi, dan parfum.

e. Halusinasi Perabaan (*tactile hallucinations)*

Sekitar 10% klien dengan gangguan jiwa mengalami halusinasi perabaan, yang biasanya ditandai dengan sesuatu yang menggerayangi tubuh seperti tangan, serangga, makhluk halus dan merasakan sesuatu di permukaan kulit seperti rasa yang sangat panas, dingin atau rasa tersengat aliran listrik.

5. Tanda dan gejala halusinasi

Menurut Nurhalimah (2018, hal. 166–167) tanda dan gejala halusinasi sebagai berikut :

a. Data Subjektif

1) Mendengar suara-suara atau kegaduhan.
2) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
3) Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
4) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
5) Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, fases, kadang-kadang bau itu menyenangkan.

6) Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses.

7) Merasakan takut atau senang dengan halusinasinya.

b. Data Objektif

1) Bicara atau tertawa sendiri.

2) Marah-marah tanpa sebab.

3) Mengarahkan telinga kea rah tertentu.

4) Menutup telinga.

5) Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu.

6) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.

7) Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu.

8) Menutup hidung.

9) Sering meludah.

10) Muntah.

11) Menggaruk-garuk permukaan kulit.

6. Penatalaksanaan medis

a. Penatalaksanaan medis Menurut Kusumo dkk. (2015, hal. 65–66) adapun tindakan penatalaksanaan klien dengan *skizofrenia* yang mengalami halusinasi yaitu dengan terapi psikofarmakologis obat-obatan.

1) Anti psikotik

a) *Chlorpromazine (Promactile, Largactile)*

b) *Haloperidol (Haldol, Serenace. Lodomer)*

c) *Stelazine*

d) *Clozapine (Clozaril)*

e) *Risperidone (Risperdal)*

2) Anti parkiston

a) *Trihexyphenidile*

b) *Arthan*

b. Penatalaksanaan tindakan keperawatan

Menurut Keliat (2014) dalam Irwan dkk., (2020, hal. 11–15), tindakan keperawatan membantu klien mengatasi halusinasinya dimulai dengan membina hubungan saling percaya dengan klien. Setelah hubungan saling percaya terjalin, intervensi selanjutnya adalah membantu klien mengenali halusinasinya (tentang isi, halusinasi, waktu, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi, dan perasaan klien saat halusinasi muncul). Ada beberapa cara yang bisa dilatihkan kepada klien untuk mengontrol halusinasi, meliputi :

1) Menghardik halusinasi

Halusinasi berasal dari stimulus internal. Untuk mengatasinya, klien harus berusaha melawan halusinasi yang dialaminya. Klien dilatih untuk mengatakan, “tidak mau dengar…” ini dianjurkan untuk dilakukan bila halusinasi muncul setiap saat. Bantu klien mengenal halusinasi, jelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, ajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara pertama yaitu menghardik halusinasi.

2) Menggunakan obat

Klien perlu diberi penjelasan bagaimana kerja obat dapat mengatasi halusinasi, serta bagaimana mengkonsumsi obat secara tepat sehingga tujuan pengobatan tercapai secara optimal. Pendidikan kesehatan dapat dilakukan dengan materi yang benar dalam pemberian obat agar klien patuh untuk menjalankan pengobatan secara optimal. Pendidikan kesehatan dapat dilakukan dengan materi yang benar dalam pemberian kesehatan pemberian obat agar klien patuh untuk menjalankan pengobatan secara tuntas dan teratur.

3) Berinteraksi dengan orang lain

Klien dianjurkan meningkatkan keterampilan hubungan sosialnya. Dengan meningkatkan intensitas interaksi sosialnya. Klien dapat memvalidasi persepsinya pada orang lain. Klien juga mengalami peningkatan stimulus eksternal jika berhubungan dengan orang lain. Dua hal ini akan mengurangi fokus perhatian klien terhadap stimulus internal yang menjadi sumber halusinasinya. Latih klien mengontrol halusinasinya dengan cara ketiga yaitu bercakap-cakap dengan orang lain.

4) Beraktivitas secara teratur dengan menyusun kegiatan harian

Kebanyakan halusinasi muncul akibat banyaknya waktu luang yang tidak dimanfaatkan dengan baik oleh klien. Klien akhirnya asyik dengan halusinasinya. Untuk itu, klien perlu dilatih menyusun rencana kegiatan dari pagi sejak bangun pagi sampai

malam menjelang tidur dengan kegiatan yang bermanfaat. Perawat harus selalu memonitor pelaksanaan kegiatan tersebut sehingga klien betul-betul tidak ada waktu lagi untuk melamun tak terarah. Latih klien mengontrol halusinasi dengan cara keempat yaitu melaksanakan aktivitas terjadwal.

B. Konsep Kebutuhan Dasar

Menurut Abraham Maslow dalam (Patrisia dkk., 2020, hal. 3–8) kebutuhan dasar manusia dapat dikelompokkan menjadi 5 tingkat :

1. Kebutuhan Fisiologis

   Tingkat paling dasar, mencakup kebutuhan fisiologis seperti oksigen atau udara, cairan, nutrisi, tidur dan istirahat, suhu tubuh, eliminasi, dan seksual. Semua komponen kecuali seks harus dipenuhi agar kehidupan manusia dapat dipertahankan. Pemenuhan kebutuhan seksual diperlukan untuk kelangsungan hidup umat manusia. Kebutuhan fisiologis dasar harus dipenuhi sebelum tingkat kebutuhan yang lebih tinggi.

2. Kebutuhan keamanan dan keselamatan

   Tingkat kedua meliputi kebutuhan keamanan dan keselamatan, baik fisik (misal perlindungan dari cedera tubuh) dan psikologis (misal kegelisahan, kecemasan dan stabilitas) serta kebutuhan akan tempat tinggil dan bebas dari bahaya. Dalam kasus gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran kebutuhan rasa aman dan keselamatan akan sangat terganggu karena mereka mengikuti apa yang diperintahkan oleh halusinasinya. Intervensi perawat perlu membantu melindungi klien dari kemungkinan

bahaya. Keselamatan psikologis justru lebih penting dilakukan oleh seorang perawat karena tidak tampak nyata namun memberi dampak yang kurang baik bila tidak diperhatikan dan keluarga diharapkan untuk memantau keselamatan dan keamanan klien di rumah agar terhindar dari hal-hal yang dapat mengancam keselamatan klien dan orang lain (Kasiati & Rosmalawati Dwi, 2016, hal. 174–175).

3. Kebutuhan cinta dan kepemilikan

Tingkat ketiga berisi kebutuhan akan cinta dan kepemilikan, termasuk persahabatan, hubungan sosial dan cinta. Manusia memiliki kebutuhan bawaan untuk menjadi bagian dari kelompok dan merasa diterima oleh orang lain. Klien merasa ayahnya tidak menyayanginya karena tidak diperbolehkan untuk merantau.

4. Kebutuhan harga diri

Tingkat keempat mencakup kebutuhan harga diri, yang melibatkan kepercayaan diri, kegunaan, prestasi, dan harga diri. Individu perlu merasakan dirinya dihargai dan berharga. Kebutuhan harga diri dicapai saat sukses dalam pekerjaan dan aktivitas lainnya serta adanya pengakuan dari orang lain. Harga diri yang positif adalah sebuah apresiasi atas nilai pribadi seseorang.

5. Kebutuhan aktualisasi diri

Tingkat kelima atau tingkat terakhir adalah kebutuhan untuk aktualisasi diri, keadaan mencapai kondisi optimal dan memiliki kemampuan untuk memecahkan dan mengatasi maslah secara realistis. Aktualisasi diri adalah level tertinggi dari Hierarki Maslow. Orang yang

mengaktualisasikan diri mampu mengatasi situasi kehidupan dan menghadapi kegagalan. Untuk lebih jelas dapat dilihat di bagan berikut :

Gambar 2.1

Piramida Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Hierarki Maslow

Sumber : Patrisia dkk., (2020)

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Sutejo (2018, hal. 199–200) pengkajian merupakan proses pertama dalam proses keperawatan. Tahap pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional kerja serta respons klien pada saat ini dan sebelumnya. Sedangkan Yusuf dkk. (2015, hal. 122–123) mengatakan ada beberapa faktor proses terjadinya halusinasi, meliputi :

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor perkembangan

Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stress dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi. Klien mungkin menekan

perasaannya sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif.

2) Faktor sosial budaya

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

3) Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas berat terakhir dengan peningkaran terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi.

4) Faktor biologis

Struktur otak yang abnormal ditemukan pada klien gangguan orientasi realitas, serta dapat ditemukan atropik otak, pembesaran vertikal, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbik.

5) Faktor genetik

Gangguan orintasi realitas termasuk halusinasi umumnya pada klien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan cukup tingggi pada keluarga yang saah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia.

b. Faktor presipitasi

1) Stressor sosial budaya

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

2) Faktor biokimia

Berbagai penelitian tentang dopamin, norepinetrin, 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. Klien mengembang kan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.

4) Perilaku

Perilaku yang perlu dikaji pada klien dengan gangguan halusinasi berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik dan sosial.

c. Pohon masalah

Menurut Keliat (2010) dalam buku ajar keperawatan jiwa (Kusumo dkk., 2015, hal. 62) pohon masalah klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dari harga diri rendah dan

isolasi sosial dapat menjadi halusinasi pendengaran yang merupakan masalah sehingga dapat menimbulkan efek risiko perilaku kekerasan. Pohon masalah klien gangguan persepsi sensori halusinasi sebagai berikut :

Gambar 2.2

Pohon Masalah

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

Sumber : Kusumo dkk.,(2015, hal. 62)

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (PPNI, 2017, hal. 5–7) diagnosa keperawatan yaitu suatu penilaian klinis mengenai respons klien pada permasalahan kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual dan potensial. Perumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada pohon masalah yang sudah dibuat. Berdasarkan pohon masalah di

atas maka rumusan diagnosis menurut Kusumo dkk., (2015, hal. 62) adalah sebagai berikut :

a. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
b. Risiko perilaku kekerasan
c. Isolasi sosial
d. Harga Diri Rendah

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan langkah ketiga dalam proses keperawatan. Carpenito (2007) dalam (Sutejo, 2018, hal. 207) menyatakan bahwa perencanaan keperawatan adalah metode pemberian perawatan langsung kepada klien. Perencanaan merupakan bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien. Dalam perencanaan keperawatan, perawat menetapkannya berdasarkan hasil pengumpulan data dan rumusan diagnosis keperawatan yang merupakan petunjuk dalam membuat tujuan dan asuhan keperawatan untuk mencegah, menurunkan, atau mengeliminasi masalah kesehatan klien.

Adapun rencana keperawatan pada kasus halusinasi menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018) dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (PPNI, 2019) terdapat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2.1
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa
Pada Klien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi (D.0085)	Persepsi sensori (L.09083) dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra menurun 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun 6. Distorsi sensori menurun 7. Perilaku halusinasi menurun 8. Menarik diri menurun 9. Melamun menurun 10. Curiga menurun 11. Mondar-mandir menurun 12. Respon sesuai stimulus membaik 13. Konsentrasi membaik 14. Orientasi membaik	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi 1. Monitor perilaku yang mengindikasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Lakukan tindkan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. *Limit setting*, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) 3. Diskusi perasaan dan respons terhadap halusinasi 4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi Edukasi 1. Anjurkan memonitor sendiri sesuai terjainya halusinasi 2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3. Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan musik, melaukan aktivitas dan teknik relaksasi) 4. Ajarkan klien dan keluarga cara mengontrol halusinasi Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan ansietas, jika perlu

Tabel 2.2
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa
Pada Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
2	Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	Kontrol diri (L.09076) dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan menurun 3. Perilaku menyerang menurun 4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun 5. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun 6. Perilaku agresif/amuk menurun 7. Suara keras menurun 8. Bicara ketus menurun 9. Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun 10. Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun 11. Verbalisai ancaman bunuh diri menurun 12. Verbalisasi rencana bunuh diri menurun 13. Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun 14. Perilaku merencanakan bunuh diri menurun 15. Euforia menurun 16. Alam perasaan depresi menurun	Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544) Observasi 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. Benda tajan, dll) 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahyakan (mis. Pisau cukur) Terapeutik 1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 2. Libatkan keluarga dalam perawatan Edukasi 1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan klien 2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 3. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. Relaksasi, bercerita)

Tabel 2.3
Rencana Tindakan Keperawatan Pada Klien dengan Isolasi Sosial

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
3	Isolasi Sosial (D.0121)	Keterlibatan sosial (L.13116) dengan kriteria hasil : 1. Minat interaksi meningkat 2. Verbalisasi tujuan yang jelas meningkat 3. Minat terhadap aktivitas meningkat 4. Verbalisasi isolasi menurun 5. Verbalisasi ketidakamanan di tempat umum menurun 6. Perilaku menarik diri menurun 7. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun 8. Verbalisasi preokupasi dengan pikiran sendiri menurun 9. Afek murung/sedih menurun 10. Perilaku bermusuhan menurun 11. Perilaku sesuai dengan orang lian membaik 12. Perilaku bertujuan membaik 13. Kontak mata membaik 14. Tugas perkembangan sesuai usia	Promosi sosialisasi (I.13498) Observasi 1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 2. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain Terapeutik 1. Motivasi meningkatkan keterlibatan dengan suatu hubungan 2. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan 3. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok 4. Motivasi berinteraksi diluar lingkungan (mis. Jalan-jalan, ke toko buku) 5. Diskusi kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasidengan orang lain 6. Diskusikan perencanaan kegiatan dimasa depan 7. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri 8. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan Edukasi 1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap 2. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan 3. Anjurkan berbagai pengalaman dengan orang lain 4. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain 5. Anjurkan penggunaan alat bantu (mis. Kacamata dan alat bantu dengar) 6. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
			7. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi 8. Latih mengekspresikan marah dengan tepat

Tabel 2.4
Rencana Tindakan Keperawatan
Pada Klien dengan Harga Diri Rendah

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
4	Harga diri rendah (D.0086)	Harga diri (L.09069) Dengan kriteria hasil : 1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat 3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat 4. Minat mencoba hal baru meningkat 5. Berjalan menampakkan wajah meningkat 6. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat 7. Konsentrasi meningkat 8. Tidur meningkat 9. Kontak mata meningkat 10. Gairah aktivitas meningkat 11. Aktif meningkat 12. Percaya diri berbicara meningkat 13. Perilaku asertif meningkat 14. Kemampuan membuat keputusan meningkat 15. Perasaan malu menurun 16. Perasaan bersalah menurun 17. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun 18. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah menurun 19. Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan menurun 20. Pencarian penguatan secara berlebihan menurun	Manajemen perilaku (I.12463) Observasi Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik 1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku 2. Jadlwalkan kegiatan terstruktur 3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas 4. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan 5. Batasi jumlah pengunjung 6. Bicara dengan nada rendah dan tenang 7. Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi 8. Cegah perilaku pasif dan agresif 9. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku 10. Lakukan pengekangan fisik sesuai indikasi 11. Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan 12. Hindari sikap mengancam dan berdebat 13. Hindari berdebat atau menawarkan batas perilaku yang terlah ditetapkan Edukasi Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif

4. Implementasi / TindakanKeperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik menggambarkan kriteria hasil yang digambarkan (Sutejo, 2018, hal. 209).

Implementasi atau tindakan keperawatan untuk klien dengan halusinasi menurut Muhith (2015, hal. 258–261) meliputi :

a. Tindakan keperawatan untuk klien gangguan persepsi sensori halusinasi dengan tujuan tindakan untuk klien meliputi : klien mengenali halusinasi yang dialaminya, klien dapat mengontrol halusinasinya, klien mengikuti program pengobatan secara optimal
b. Tindakan keperawatan :
   1) Membantu klien mengenali halusinasi.

      Untuk membantu klien mengenali halusinasi, perawat dapat melakukannya dengan cara berdiskusi dengan klien tentang isi halusinasi (apa yang didengar/dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan respon klien saat halusinasi muncul.
   2) Melatih klien mengontrol halusinasi.

      Untuk membantu klien agar mampu mengontrol halusinasi, perawat dapat melatih klien empat cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi. Keempat cara tersebut meliputi :

a) Menghardik halusinasi

Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Klien dilatih untuk mengatakan “tidak” terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya. Kalau ini dapat dilakukan, klien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul. Mungkin halusinasi tetap ada namun dengan kemampuan ini klien tidak akan larut untuk menuruti apa yang ada di dalam halusinasinya.

Tahapan tindakan meliputi : menjelaskan cara menghardik halusinasi, memperagakan cara menghardik, meminta klien memperagakan ulang, memantau penerapan cara ini, dan menguatkan perilaku klien.

b) Bercakap-cakap dengan orang lain

Untuk mengontrol halusinasi, dapat juga dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika klien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi (fokus perhatian klien 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.

c) Melakukan aktivitas yang terjadwal

Untuk mengurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang teratur. Enggan aktivitas secara terjadwal, klien akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering kali mencetuskan halusinasi. Untuk itu klien yang mengalami halusinasi bila dibantu untuk mengatasi halusinasinya dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu.

Tahapan intervensinya sebagai berikut :

(1) Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi

(2) Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh klien

(3) Melatih klien melakukan aktivitas

(4) Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan klien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam, 7 hari dalam seminggu

(5) Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan; memberikan penguatan terhadap perilaku klien yang positif.

d) Menggunakan obat secara teratur

Untuk 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. Bila kekambuhan terjadi maka untuk mencapai kondisi seperti semula akan lebih sulit. Untuk itu klien perlu dilatih menggunakan obat sesuai program dan berkelanjutan.

Berikut tindakan keperawatan agar klien patuh menggunakan obat :

(1) Jelaskan guna obat

(2) Jelaskan akibat bila putus obat

(3) Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat

(4) Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar klien, benar cara, benar waktu dan benar dosis)

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah proses keperawatan yang menungkinkan perawat untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil meningkatkan kondisi klien. Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi dilakukan dengan cara membandingkan antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Sutejo, 2018, hal. 213).

Evaluasi keberhasilan menurut Nurhalimah (2018, hal. 171) tindakan keperawatan yang sudah dilakukan untuk klien gangguan persepsi sensori, yaitu klien mampu :

a. Mengungkapkan isi halusinasi yang dialaminya
b. Menjelaskan waktu dan frekuensi halusinasi yang dialami
c. Menjelaskan situasi yang mencentuskan halusinasi
d. Menjelaskan perasaannya ketika mengalami halusinasi
e. Menerapkan 4 cara mengontrol halusinasi :

   Menghardik halusinasi, mematuhi program pengobatan, bercakap dengan orang lain di sekitarnya bila timbul halusinasi dan menyusun jadwal kegiatan dari bangun tidur di pagi hari sampai mau tidur pada malam hari dan melaksanakan jadwal tersebut secara mandiri
f. Menilai manfaat cara mengontrol halusinasi dan mengendalikan halusinasi