

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Teori Penyakit**

##### **1. Pengertian**

Halusinasi dapat didefinisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, di mana tidak terdapat stimulus. Tipe halusinasi yang paling sering adalah pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecap (Yosep, 2016).

Halusinasi adalah gejala jiwa berupa respons panca indra, yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan, dan pengecap terhadap sumber yang tidak nyata (Keliat & Akemat, 2007; Stuart, Keliat & Pasaribu, 2016).

Halusinasi merupakan perubahan dalam jumlah dan pola stimulus yang diterima disertai dengan penurunan berlebih distorsi atau kerusakan respon beberapa stimulus. Menurut *North American Nursing Diagnostic Association* (NANDA-1) (2011).

##### **2. Jenis-jenis**

Menurut Stuart, Keliat & Pasaribu (2016), Jenis-jenis halusinasi terdiri dari:

###### **a. Halusinasi pendengaran**

Mendengar kegaduhan atau suara, paling sering dalam bentuk suara. Suara yang berkisar dari kegaduhan atau suara sederhana, suara berbicara tentang klien, menyelesaikan percakapan antara dua orang atau lebih tentang orang yang berhalusinasi, pikiran mendengar di mana klien mendengar suara-suara yang berbicara pada klien dan perintah yang memberitahu klien untuk melakukan sesuatu, kadang-kadang berbahaya.

- b. Halusinasi penciuman  
Mencium tidak enak, busuk, dan tengik seperti darah, urin, feses, kadang-kadang bau menyenangkan. Halusinasi penciuman biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang, dan demensia.
- c. Halusinasi penglihatan  
Rangsangan visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambar geometris, tokoh kartun, atau adegan bayangan rumit dan kompleks. Bayangan dapat menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster.
- d. Halusinasi perabaan  
Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas. Merasa sensasi listrik datang dari tanah, benda mati, atau oranglain.
- e. Halusinasi gustatory  
Merasakan tidak enak, kotor dan busuk seperti darah, urin, atau feses.
- f. Halusinasi kenestetik  
Merasa fungsi tubuh seperti denyut darah melalui pembuluh darah dan arteri, mencerna makanan, atau membentuk urine.
- g. Halusinasi kinestetik  
Sensasi gerakan sambil berdiri tak bergerak.

### 3. Etiologi

Menurut Yosep (2016), halusinasi dipengaruhi oleh beberapa faktor sebagai berikut:

- a. Predisposisi
  - 1) Faktor perkembangan  
Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri, dan lebih rentan terhadap stres.
  - 2) Faktor sosiokultural  
Seseorang yang merasa tidak diterima oleh lingkungannya sejak bayi (*unwanted child*) akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.

3) Faktor biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap gangguan jiwa. Adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat *halusinogenik neurokimia* seperti *Buffofenon* dan *Dimetrytranferase (DMP)*. Akibat stres berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya *neurotransmitter* otak. Misalnya terjadi tidak keseimbangan *acetylcholin* dan *dopamin*.

4) Faktor psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penggunaan zat adiktif, hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya, klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

5) Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua *skizofrenia* cenderung mengalami *skizofrenia*. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

b. Presipitasi

1) Dimensi fisik

Halusinasi dapat timbul oleh kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penyalahgunaan obat, demam, kesulitan tidur.

2) Dimensi emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas masalah yang tidak dapat di atasi merupakan penyebab halusinasi berupa perintah memaksa dan menakutkan.

3) Dimensi intelektual

Halusinasi merupakan usaha dari ego untuk melawan impuls yang menekan merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien.

#### 4) Dimensi sosial

Klien mengalami interaksi sosial menganggap hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya seolah merupakan tempat memenuhi kebutuhan dan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan di dunia nyata.

#### 5) Dimensi spiritual

Secara spiritual halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk mensucikan diri

### 4. Patofisiologi

Menurut Satrio, dkk (2015) halusinasi berkembang melalui empat fase, yaitu:

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

Klien yang berhalusinasi mengalami emosi yang intense seperti cemas, kesepian, rasa bersalah, dan takut mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk menghilangkan kecemasan. Perilaku klien yang dapat diobservasi: tersenyum lebar, menyeringai tetapi tampak tepat, menggerakkan bibir tanpa membuat suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan tampak asyik.

#### b. Fase *condemning* (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: ditandai dengan peningkatan kerjasistem saraf autonomik yang menunjukkan kecemasan misalnya terdapat peningkatan nadi, pernafasan dan tekanan darah.

- c. Fase *controlling* (pengalaman sensori berkuasa, cemas berat)  
 Klien yang berhalusinasi menyerah untuk mencoba melawan pengalaman halusinasinya. Isi halusinasinya bisa menjadi menarik atau memikat. Perilaku klien yang dapat diobservasi: arahan yang diberikan halusinasi tidak hanya dijadikan objek saja oleh klien tetapi mungkin akan diikuti atau 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. Perilaku klien yang dapat diobservasi : perilaku klien tampak seperti dihantui teror dan panik, potensi kuat untuk bunuh diri dan membunuh oranglain, aktifitas fisik yang digambarkan klien menunjukkan isi dari halusinasi misalnya klien melakukan kekerasan, klien tidak dapat berespon pada arahan kompleks, klien tidak dapat berespon pada lebih dari satu orang.

## 5. Tanda gejala

Menurut Keliat, dkk (2019) tanda gejala halusinasi yaitu:

- a. Data subyektif
- 1) Mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya
  - 2) Melihat benda, orang, atau sinar tanpa ada objeknya
  - 3) Mencium bau-bauan yang tidak sedap
  - 4) Merasakan pengecapan yang tidak enak
  - 5) Merasakan rabaan atau gerakan badan
  - 6) Sulit tidur
  - 7) Khawatir
  - 8) Takut
- b. Data obyektif
- 1) Bicara sendiri
  - 2) Tertawa sendiri

- 3) Melihat ke satu arah
- 4) Mengarahkan telinga ke arah tertentu
- 5) Tidak dapat memfokuskan pikiran
- 6) Diam sambil menikmati halusinasinya
- 7) Konsentrasi buruk
- 8) Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi
- 9) Afek datar
- 10) Curiga
- 11) Menyendiri, melamun
- 12) Mondar-mandir
- 13) Kurang mampu merawat diri

#### 6. Penatalaksanaan Medis

Menurut Satrio, dkk (2015) penatalaksanaan klien dengan skizofrenia yang mengalami halusinasi yaitu dengan pemberian obat-obatan *psikofarmakologis*, yaitu obat yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikotik.

##### a. Anti psikotik

- 1) *Chlorpromazine (Promactile, Largactile)*
- 2) *Haloperidol (Haldol, Serenace, Lodomer)*
- 3) *Stelazine*
- 4) *Clozapine*
- 5) *Risperidone (Risperidal)*

##### b. Anti parkinson

- 1) *Trihexyphenidile*
- 2) *Arthan*

## B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Gambar 2.1

Hierarki Kebutuhan Dasar menurut A. Maslow



Menurut Abraham Maslow, dalam dalam buku Mubarak (2008):

### 1. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan primer dan mutlak harus dipenuhi untuk memelihara *homeostatis biologis* dan kelangsungan kehidupan bagi tiap manusia. Kebutuhan ini merupakan syarat dasar apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi maka dapat mempengaruhi kebutuhan lainnya. Kebutuhan fisiologis meliputi: oksigen, cairan, nutrisi, istirahat dan tidur, eliminasi, dan terbebas dari rasa nyeri, pengaturan suhu tubuh, seksual dan lain sebagainya.

Seseorang yang mengalami halusinasi pendengaran mengalami gangguan pada istirahat dan tidur. Halusinasi frekuensinya akan meningkat dalam situasi peningkatan kecemasan, seperti dalam kondisi menyendiri dan melamun terutama menjelang tidur. Bila halusinasinya sudah menguasai dan mengontrol maka klien akan mengalami ketegangan dan kecemasan yang akan merangsang *Rectiular Activating System* (RAS), akibatnya klien akan terjaga sehingga akan mengalami gangguan pemenuhan istirahat (Suliswati, 2005).

## 2. Kebutuhan keselamatan dan keamanan

Kebutuhan akan keselamatan dan keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari berbagai bahaya yang mengancam, baik terhadap fisik, maupun psikososial. Ancaman terhadap keselamatan dan keamanan fisik seseorang dapat dikategorikan ke dalam ancaman mekanik, kimia, termal dan bakteri. Keselamatan dan keamanan dalam konteks secara fisiologis berhubungan dengan sesuatu yang mengancam tubuh seseorang dan kehidupannya. Ancaman bisa nyata atau bisa imajinasi, misalnya penyakit, nyeri, cemas dan lain sebagainya. Dalam kasus gangguan sensori persepsi: Halusinasi pendengaran kebutuhan rasa keselamatan dan keamanan akan sangat terganggu karena mereka sering kali mengikuti apa yang diperintahkan oleh halusinasinya. Ini sangat dibutuhkan peran keluarga dalam memantau keselamatan dan menjaga keamanan klien di rumah, agar terhindar dari hal-hal yang dapat mengancam keselamatan klien sendiri ataupun orang lain.

Seseorang yang menderita halusinasi pendengaran mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan aman nyaman. Di mana penderita halusinasi akan mendengar suara-suara yang mengajak bercakap-cakap mendengar suara yang memerintah melakukan sesuatu yang berbahaya, tertawa sendiri dan marah-marah tanpa sebab. Hal ini yang membuat gangguan dalam kebutuhan aman nyaman dapat menyebabkan bahaya pada kenyamanan fisik, kenyamanan lingkungan atau tempat, kenyamanan psikospiritual, dan kenyamanan sosiokultural (Dalami, 2010).

## 3. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki

Kebutuhan cinta adalah kebutuhan dasar yang menggambarkan emosi seseorang. Kebutuhan ini merupakan suatu dorongan di mana seseorang berkeinginan untuk menjalin hubungan yang bermakna secara efektif atau hubungan emosional dengan orang lain.



#### 4. Kebutuhan harga diri

Kebutuhan harga diri adalah penilaian individu mengenai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal diri.

#### 5. Kebutuhan aktualisasi diri

Kebutuhan aktualisasi diri adalah tingkatan kebutuhan paling tinggi menurut Maslow. Oleh karena itu mencapai tingkat kebutuhan aktualisasi diri ini banyak hambatan yang menghalangi.

### C. Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi

#### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Tahap pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional serta respons klien pada saat ini dan sebelumnya (Sutejo, 2016).

##### a. Data

Data pengkajian klien dengan halusinasi dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 2.1

Data Pengkajian Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

Data Subjektif	Data Objektif
1. Klien mengatakan mendengar suara-suara halus	1. Klien tampak bicara atau tertawa sendiri
2. Klien mengatakan menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya	2. Klien mengalihkan perhatian ke arah tertentu
3. Klien mengatakan merasa takut atau bingung dengan suara-suara	3. Klien tampak menutup telinga
	4. Klien menunjuk-nunjuk ke arah tertentu

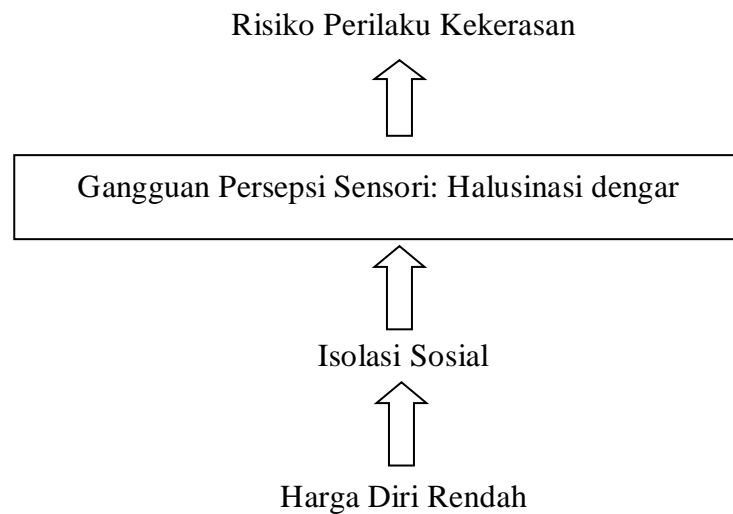
(Satrio, dkk., 2015)

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia SDKI (2017) didapatkan data:

- a. Gejala Tanda Mayor:
  - 1) Subjektif
    - a) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
    - b) Merasakan sesuatu melalui indera perubahan, penciuman, perabaan, atau pengecapan.
  - 2) Objektif
    - a) Distorsi sensori
    - b) Respon tidak sesuai
    - c) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu
- b. Gejala Tanda Minor :
  - 1) Subjektif
    - a) Menyatakan kesal
  - 2) Objektif
    - a) Menyendiri
    - b) Melamun
    - c) Konsentrasi buruk
    - d) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
    - e) Curiga
    - f) Melihat ke satu arah
    - g) Mondar-mandir
    - h) Bicara sendiri
- c. Pohon Masalah

Keliat (2010) dalam Buku Ajar Keperawatan jiwa (Satrio, 2015) mengatakan pohon masalah klien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi sebagai berikut:

Gambar 2.2  
Pohon Masalah Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran



## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, dalam Satrio; dkk, 2018). Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan antara lain:

- a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran
- b. Isolasi sosial
- c. Harga diri rendah
- d. Risiko perilaku kekerasan

## 3. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dapat dilaksanakan untuk mencapai tujuan khusus. Rencana keperawatan yang digunakan di tatanan kesehatan jiwa disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa Indonesia (Yusuf, Fitryasari, Nihayati, 2015).

Perencanaan keperawatan ada 2 yaitu: rencana tindakan keperawatan didasari standar operasional prosedur (SOP) dan rencana keperawatan terdiri TUM/TUK (Keliat, 2014).

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) Rencana keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi (I.09288) sebagai berikut:

a. Observasi :

- 1) Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi.
- 2) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan.
- 3) Monitor isi halusinasi (misalnya, kekerasan, atau membahayakan diri).

b. Trapeutik:

- 1) Pertahankan lingkungan yang aman.
- 2) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (misalnya *limit setting*, pembatasan wilayah, pengekangan, seklusi).
- 3) Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi.
- 4) Hindari perdebatan tentang validasi halusinasi.

c. Edukasi:

- 1) Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi.
- 2) Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi.
- 3) Anjurkan melakukan distraksi (misalnya mendengarkan musik, melakukan aktivitas, dan teknik relaksasi).
- 4) Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi.

d. Kolaborasi :

Kolaborasi dalam pemberian obat antipsikotik (clorpromazine, haloperidol, sulpiride) dan anti ansietas (carbamazepin, diazepam, dan flumazeil), jika perlu.

Rencana keperawatan pada klien dengan halusinasi pendengaran dapat dilihat pada tabel 2.1-2.3:

Menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) Persepsi Sensori (L.09083) sebagai berikut:

Tujuan: Persepsi Sensori Membaik

Kriteria Hasil:

- a. Verbalisasi mendengar bisikan tidak ada
- b. Distorsi sensori membaik
- c. Tidak menarik diri
- d. Tidak melamun
- e. Tidak curiga
- f. Tidak mondar-mandir

Tabel 2.2

Rencana Tindakan Keperawatan dengan  
Gangguan Persepsi: Halusinasi

Menurut Keliat (2014)

Tgl	No Dx	Perencanaan			
		Dx Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5	6
		Gangguan sensori persepsi: Halusinasi (dengar)	TUM: Klien dapat mengontrol halusinasinya  TUK 1 : Klien dapat mengenal halusinasinya dan latihan menghardik halusinasi	1. Klien menyatakan mengalami halusinasi  2. Klien menyebutkan halusinasi yang dialami a. Isi b. Waktu c. Frekuensi d. Situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi	1. Bina hubungan saling percaya antara perawat dan klien  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 perawat akan membantu klien.  2. Klien tidak sedang berhalusinasi klarifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi, diskusikan dengan klien : a. Isi, waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore, malam, atau sering dan kadang-kadang) b. Situasi dan kondisi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi

1	2	3	4	5	6
				<p>3. Klien menyatakan yang dilakukan saat halusinasi muncul</p> <p>4. Klien menyampaikan apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut.</p> <p>5. Klien menyampaikan dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya</p> <p>6. Klien mampu mengenal cara baru untuk mengontrol halusinasi</p>	<p>3. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Marah</li> <li>Takut</li> <li>Sedih</li> <li>Senang</li> <li>Cemas</li> <li>Jengkel</li> </ol> <p>4. Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jika cara yang digunakan adaptif beri pujian.</li> <li>Jika cara yang digunakan maladaptif diskusikan kerugian cara tersebut.</li> </ol> <p>5. Diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya.</p> <p>6. Jelaskan cara mengontrol halusinas: hardik , obat , bercakap-cakap, melakukan kegiatan</p> <p>7. Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Katakan pada diri sendiri bahwa “ini tidak nyata ! saya tidak mau dengar “</li> <li>Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, beri pujian.</li> </ol>

1	2	3	4	5	6
			TUK 2 : Klien dapat mengontrol dengan obat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik</li> <li>2. Klien mampu menyampaikan /praktikkan cara obat</li> <li>3. Klien mampu merencanakan jadwal minum obat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan mengahardik, beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat, jelaskan:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jenis</li> <li>b. Guna</li> <li>c. Dosis</li> <li>d. Frekuensi</li> <li>e. Cara</li> <li>f. Kontinuitas minum obat</li> </ol> </li> <li>3. Masukkan pada jadual kegaitan untuk latihan menghardik dan minum obat.</li> </ol>
			TUK 3 : Klien dapat mengontrol dengan bercakap-cakap	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik dan minum obat.</li> <li>2. Klien mampu menyampaikan praktikan cara bercakap-cakap</li> <li>3. Klien mampu merencanakan/jadwal bercakap-cakap.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan menghardik dan minum obat. Beri pujian</li> <li>2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Meminta orang lain untuk bercakap-cakap.</li> <li>b. Menyampaikan manfaat bercakap-cakap</li> </ol> </li> <li>3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap .</li> </ol>
			TUK 4 : Klien dapat mengontrol dengan melakukan aktifitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan minum obat dan bercakap-cakap. Beri pujian</li> </ol>



1	2	3	4	5	6
			terjadwal.	<p>minum obat dan bercakap-cakap.</p> <p>2. Klien mampu menyampaikan dan praktikan aktifitas yang dapat dilakukan.</p> <p>3. Klien mampu merencanakan / jadwal aktifitas yang akan dilakukan</p>	<p>2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Diskusikan dengan klien kegiatan yang dapat dilakukan</li> <li>b. Anjurkan klien memilih dua untuk dilatih</li> <li>c. Latih dua cara yang dipilih</li> <li>d. Latih dua cara yang terpilih.</li> </ol> <p>3. Masukkan jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan obat dan bercakap-cakap dan kegiatan harian. Beri pujian</li> <li>b. Latih kegiatan harian.</li> <li>c. Nilai kemampuan yang telah mandiri .</li> <li>d. Nilai apakah halusinasi terkontrol .</li> </ol>

Tabel 2.3

**Rencana Tindakan Keperawatan  
dengan Risiko Perilaku Kekerasan**

Tgl	No Dx	Perencanaan			
		Dx Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5	6
		Risiko Perilaku kekerasan	<p>TUM : Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>TUK :</p> <p>1. Klien mampu mengenali perilaku kekerasan yang dialami dan mengontrol dengan cara fisik</p>	<p>Klien Mampu :</p> <p>1. Membina hubungan saling percaya</p> <p>2. Menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya.</p>	<p>1. Bina hubungan saling percaya dengan:</p> <p>a. Beri salam setiap berinteraksi</p> <p>b. Perkenalan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berinteraksi</p> <p>c. Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien</p> <p>d. Tunjukkan sikap empati, jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien</p> <p>e. Buat kontrak interaksi yang jelas</p> <p>f. Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien.</p> <p>2. Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya :</p> <p>a. Motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya</p> <p>b. Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan klien.</p>

1	2	3	4	5	6
				<p>3. Menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan:</p> <p>a. Tanda fisik: mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang, dan lain-lain. Tanda emosional: perasaan marah, jengkel, bicara kasar.</p> <p>b. Tanda sosial: bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan.</p> <p>4. Menjelaskan jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya, perasaannya saat melakukan kekerasan, efektivitas cara yang</p>	<p>2. Bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya:</p> <p>a. Motivasi klien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) saat perilaku kekerasan terjadi</p> <p>b. Motivasi klien menceritakan kondisi emosinya (tanda-tanda emosional) saat terjadi perilaku kekerasan</p> <p>c. Motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain (tanda- tanda sosial) saat terjadi perilaku kekerasan.</p> <p>3. Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini:</p> <p>a. Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindakan kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya Motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi</p> <p>b. Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi.</p> <p>4. Diskusikan dengan klien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada :</p> <p>a. Diri sendiri</p> <p>b. Orang lain/keluarga</p> <p>c. Lingkungan</p>

1	2	3	4	5	6
				<p>dipakai dalam menyelesaikan masalah.</p> <p>5. Menjelaskan akibat tindak kekerasan yang dilakukannya: (Diri sendiri: luka, dijauhi teman, dll; Orang lain/keluarga: luka, tersinggung, ketakutan, dll; Lingkungan: barang atau benda rusak dll ).</p> <p>6. Menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah.</p> <p>7. Memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan: Fisik : tarik napas dalam, memukul bantal/kasur.</p>	<p>5. Diskusikan dan jelaskan dengan klien cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Cara fisik: nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olah raga</li> <li>Obat</li> <li>Verbal/sosial: mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain dengan latihan asertif</li> <li>Spiritual: sembahyang/doa, zikir, meditasi, dsb sesuai keyakinan agamanya masing-masing.</li> </ol> <p>6. Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Peragakan cara melaksanakan cara fisik : nafas dalam dan pukul bantal/kasur</li> <li>Jelaskan manfaat cara tersebut</li> <li>Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan</li> <li>Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna</li> <li>Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik.</li> </ol>
			<p>2. Klien mampu menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan untuk mengontrol perilaku kekerasan</p>	<p>Klien mampu menjelaskan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Manfaat minum obat</li> <li>Kerugian tidak minum obat</li> <li>Nama obat</li> <li>Bentuk dan warna obat</li> <li>Dosis yang diberikan kepadanya</li> <li>Waktu pemakaian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi kegiatan latihan fisik dan beri pujian</li> <li>Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat</li> <li>Jelaskan kepada klien : <ol style="list-style-type: none"> <li>Jenis obat (nama, warna dan bentuk obat)</li> <li>Dosis yang tepat untuk klien</li> <li>Waktu pemakaian</li> <li>Cara pemakaian</li> <li>Efek yang akan dirasakan klien</li> </ol> </li> </ol>

1	2	3	4	5	6
				g. Cara pemakaian h. Efek yang dirasakan	4. Masukkan pada jadwal kegiatan minum obat dan motivasi klien untuk : a. Minta dan menggunakan obat tepat waktu b. Laporkan 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 menyakiti	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 jadwal 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 dilakukan: zikir/doa, meditasi sesuai agamanya 2. Klien mampu melakukan kegiatan spiritual untuk mengontrol marahnya	1. Evaluasi kegiatan latihan fisik, obat dan verbal, beri pujian 2. Diskusikan cara spiritual yang dipilih untuk mengontrol kemarahan 3. Masukkan pada jadwal kegiatan dan anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah atau jengkel 4. Evaluasi kegiatan latihan dan berikan pujian  1. Latih kegiatan dilanjutkan sampai tak terhingga 2. Nilai kemampuan yang telah mandiri 3. Nilai apakah harga diri klien meningkat

Tabel 2.4

**Rencana Tindakan Keperawatan  
dengan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah**

Tgl	No Dx	Perencanaan			
		Dx Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5	6
		Gangguan konsep diri: harga diri rendah	<p>TUM: Klien memiliki konsep diri yang positif</p> <p>TUK:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat mengenal aspek positif diri dan latihan kemampuan pertama.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Klien mampu mengenal aspek positif dan kemampuan yang dimiliki:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Aspek positif dan kemampuan yang dimiliki klien.</li> <li>b. Aspek positif keluarga.</li> <li>c. Aspek positif lingkungan klien.</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal.</li> <li>b. Perkenalkan diri dengan sopan.</li> <li>c. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai klien.</li> <li>d. Jelaskan tujuan pertemuan.</li> <li>e. Jujur dan menepati janji.</li> <li>f. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya.</li> <li>g. Beri perhatian dan perhatikan kebutuhan dasar klien.</li> </ol> </li> <li>2. Diskusikan dengan klien tentang:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Aspek positif yang dimiliki klien, keluarga,</li> <li>b. Lingkungan</li> <li>c. Kemampuan yang dimiliki klien</li> </ol> </li> </ol>

1	2	3	4	5	6
				<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Klien menyebutkan kemampuan yang dapat dilaksanakan</li> <li>4. Klien memilih satu kemampuan untuk dilatih</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Bersama klien membuat daftar tentang:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Aspek positif klien, keluarga, lingkungan.</li> <li>b. Kemampuan yang dimiliki klien.</li> </ul> </li> <li>4. Diskusikan dengan klien kemampuan yang dapat dilaksanakan. Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan pelaksanaannya. Diskusikan kemampuan yang akan dipilih. Latih kemampuan yang dipilih klien, beri pujian.</li> </ul>
			2. Klien dapat latihan kemampuan kedua	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Klien membuat rencana kegiatan harian kemampuan yang sudah dilatih</li> <li>2. Klien menyampaikan manfaat kemampuan pertama yang sudah dilatih</li> <li>3. Klien memilih satu kemampuan kedua untuk dilatih</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Rencanakan waktu latihan kemampuan yang sudah dilatih bersama klien minta klien menuliskan dalam jadwal kegiatan harian</li> <li>2. Evaluasi kegiatan pertama, yang telah dilatih dan berikan pujian</li> <li>3. Diskusikan kemampuan yang akan dipilih</li> <li>4. Latih kemampuan kedua yang dipilih klien, beri pujian</li> <li>5. Rencanakan waktu latihan kemampuan kedua yang sudah dilatih bersama klien</li> </ul>
			3. Klien dapat latihan kemampuan ketiga	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Klien menyampaikan manfaat kemampuan kedua yang sudah dilatih</li> <li>2. Klien memilih satu kemampuan ketiga untuk dilatih</li> <li>3. Klien membuat rencana kegiatan harian kemampuan ketiga yang sudah dilatih</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan pertama dan kedua, yang telah dilatih dan berikan pujian</li> <li>2. Diskusikan kemampuan ketiga yang akan dipilih</li> <li>3. Latih kemampuan ketiga yang dipilih klien, beri pujian</li> <li>4. Rencanakan waktu latihan kemampuan ketiga yang sudah dilatih bersama klien</li> <li>5. Minta klien menuliskan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ul>

1	2	3	4	5	6
			4. Klien dapat latihan kemampuan keempat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien menyampaikan manfaat kemampuan pertama, kedua dan ketiga yang sudah dilatih</li> <li>2. Klien memilih satu kemampuan keempat untuk dilatih</li> <li>3. Klien membuat rencana kegiatan harian kemampuan yang sudah dilatih</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan pertama, kedua dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian</li> <li>2. Diskusikan kemampuan keempat yang akan dilatih</li> <li>3. Latih kemampuan keempat yang dipilih klien, beri pujian</li> <li>4. Rencanakan waktu latihan kemampuan yang sudah dilatih bersama klien</li> <li>5. Minta klien menuliskan dalam jadwal kegiatan harian.</li> </ol>



#### 4. Implementasi Keperawatan

Perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien saat ini. Menurut Keliat (2014), tujuan dan tindakan keperawatan pada klien halusinasi pendengaran yaitu:

a. Tujuan tindakan keperawatan pada pasien meliputi:

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

b. Tindakan keperawatan

1) Membantu pasien 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 pasien mengontrol halusinasi:

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. Jika ini dapat dilakukan, pasien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul.

b) Bercakap-cakap dengan orang lain

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

c) Melakukan aktivitas terjadwal

Untuk mengurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang teratur. Dengan beraktivitas secara terjadwal, 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.

c. Psikofarmaka/Tindakan medis klien halusinasi pendengaran menurut Satrio, dkk (2015) adalah:

- 1) Anti psikotik: *chlorpromazine, halloperidol, stelazine, clozapine, risperidone*
- 2) Anti parkinson: *trihexyphenidile, arthan*

## 5. Evaluasi

Menurut (Farida, Yudi, 2012) evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan dan dilakukan terus-menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan evaluasi dapat dibagi menjadi dua yaitu sebagai berikut:

- a. Evaluasi proses yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan keperawatan, disebut evaluasi formatif.
- b. Evaluasi hasil dilakukan dengan cara membandingkan respons klien dengan tujuan yang telah ditentukan, disebut evaluasi sumatif.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir.

- a. S = respons subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

- b. O= respons subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- c. A= analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru.
- d. P = perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons klien.

Rencana tindak lanjut dapat berupa hal-hal sebagai berikut:

- a. Rencana teruskan jika masalah tidak berubah.
- b. Rencana dimodifikasi jika masalah tetap ada dan semua rencana tindakan sudah dilakukan, tetapi hasil belum memuaskan.
- c. Rencana dan diagnosis keperawatan dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada.

#### 6. Dokumentasi keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan respon dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas. *North American Nursing Diagnosis* (NANDA, 2017).