

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit

1. Pengertian

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang ditemukan pada pasien gangguan jiwa dengan *skizofrenia*. Menurut Maramis (1998) halusinasi adalah gangguan persepsi di mana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi (Abdul Muhith, 2015).

Halusinasi merupakan suatu bentuk persepsi atau pengalaman indera di mana tidak terdapat stimulasi terhadap reseptornya, halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah mungkin meliputi salah satu dari kelima panca indera. Hal ini menunjukkan bahwa halusinasi dapat bermacam-macam yang meliputi pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan dan pengecapaan (Satrio, 2015).

Halunasi adalah suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsang dari luar. Walaupun tampak seperti sesuatu yang “khayal”. Halusinasi sebenarnya merupakan sebagian dari kehidupan mental penderita yang “terobsesi”. Halusinasi dapat terjadi karena dasar-dasar organik, fungsional, psikotik maupun histerik (Yosep, 2007).

Halusinasi adalah gangguan persepsi panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat terjadi pada sistem penginderaan di mana pada saat kesadaran individu itu penuh dan baik (Wilson, 1983).

2. Jenis-jenis halusinasi

Menurut Yudi, Farida (2010), halusinasi terdiri dari :

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

Membau 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 tersentrum atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas.

3. Etiologi

Menurut Purba, dkk., (2010) :

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor perkembangan terlambat

Usia bayi, tidak terpenuhi kebutuhan makanan, minuman dan rasa aman.

2) Faktor komunikasi dalam keluarga

Orang tua yang membandingkan anak-anaknya, orang tua yang otoritas dan konflik orang tua.

3) Faktor sosial budaya

Kehidupan sosial budaya dapat pula mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti kemiskinan, konflik sosial budaya (peperangan atau kerusuhan) dan kehidupan yang terisolasi disertai stres. Isolasi sosial pada usia lanjut, cacat, sakit kronis, tuntutan lingkungan yang terlalu tinggi.

4) Faktor biologis

Gangguan perkembangan dan fungsi otak susunan saraf pusat dapat menimbulkan gangguan realitas. Gejala yang mungkin timbul adalah hambatan dalam belajar, berbicara, daya ingat dan muncul perilaku menarik diri.

5) Faktor genetik

Adanya pengaruh herediter (keturunan) berupa anggota keluarga terdahulu yang mengalami *skizofrenia* dan kembar monozigot.

6) Faktor psikologis

Keluarga pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respons psikologis klien sikap atau keadaan yang dapat

mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau kekerasan dalam kehidupan klien.

b. Faktor Presipitasi

Faktor pencetus halusinasi diakibatkan gangguan umpan balik di otak yang mengatur jumlah dan waktu dalam proses informasi. Stresor presipitasi yang lain adanya abnormal pada pintu mekanisme pada klien *skizofrenia*, pintu mekanisme adalah proses elektrik, hal ini memicu penghambatan saraf dan rangsang aksi dan umpan balik yang terjadi pada sistem saraf. Penurunan pintu mekanisme/ gating proses ini ditunjukkan dengan ketidakmampuan individu dalam memilih stimuli secara selektif (Satrio, 2015).

c. Penilaian terhadap Stresor

Penilaian terhadap stresor merupakan penilaian individu ketika menghadapi stresor yang datang. Penilaian seseorang terhadap stresor terdiri dari respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Hal ini memberikan arti bahwa apabila individu mengalami suatu stresor maka ia akan merespon stresor tersebut dan akan tampak melalui tanda dan gejala yang muncul (Satrio, 2015).

d. Sumber Koping

Sumber koping merupakan hal yang penting dalam membantu klien dalam mengatasi stresor yang dihadapinya. Sumber koping tersebut meliputi aset ekonomi, sosial support, nilai dan kemampuan individu

mengatasi masalah. Apabila individu mempunyai sumber koping yang adekuat maka ia akan mampu beradaptasi dan mengatasi stresor yang ada (Satrio, 2015).

e. Mekanisme Koping

Pada klien *skizofrenia*, klien berusaha untuk melindungi dirinya dan pengalaman yang disebabkan oleh penyakitnya. Klien akan melakukan regresi untuk mengatasi kecemasan yang dialaminya, melakukan proyeksi sebagai usaha untuk menjelaskan persepsinya dan menarik diri yang berhubungan dengan masalah membangun kepercayaan dan keasyikan terhadap pengalaman internal (Satrio, 2015).

4. Patofisiologi

Halusinasi berkembang melalui empat fase, yaitu sebagai berikut (Kusumawati, 2012):

a. Fase Pertama

Disebut juga fase *comforting* yaitu fase menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan non psikotik.

Karakteristik: klien mengalami stres, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan.

Klien melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara.

Perilaku klien: tersenyum dan tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya dan suka menyendiri.

b. Fase Kedua

Disebut dengan fase *condemning* atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikan. Termasuk dalam psikotik ringan.

Karakteristik: pengalaman sensori yang menjijikan dan menakutkan, 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 seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah. Klien asyik dengan halusinasinya dan tidak bisa membedakan realitas.

c. Fase Ketiga

Disebut dengan fase *controlling* atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Termasuk dalam gangguan psikotik.

Karakteristik: bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya.

Perilaku klien: kemauan dikendalikan halusinasi, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik. Tanda-tanda fisik berupa klien berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah.

d. Fase Keempat

Disebut dengan *conquering* atau panik yaitu klien lebur dengan halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat.

Karakteristik: halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya

Perilaku klien: perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau katakonik, tidak mampu merespon.

5. Tanda dan Gejala Halusinasi

Menurut (Satrio, 2015) antara lain:

a. Data subjektif (pasien mengatakan) :

- 1) Mendengar suara-suara atau kegaduhan
- 2) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
- 3) Mendengar suara menyuruh untuk 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 sesuatu
- 6) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- 7) Mencium bau-bauan tertentu
- 8) Menutup hidung
- 9) Sering meludah

10) Muntah

11) Menggaruk-garuk permukaan kulit

6. Penatalaksanaan Medis

a. Terapi Farmakologi

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.

1). Anti psikotik

a). *Chlorpromazine (Promactile, Largactile)*

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

c). *Stelazine*

d). *Clozapine*

e). *Risperidone*

2). Anti parkinson

a) *Trihexypenidile*

b) *Arthan*

b. Terapi Non Farmakologi

1). Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok yang sesuai dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi adalah TAK stimulasi persepsi.

2). *Elektro Convulsif Therapy (ECT)*

Merupakan pengobatan secara fisik menggunakan arus listrik dengan kekuatan 75-100 volt, cara kerja belum diketahui secara jelas namun dapat dikatakan bahwa terapi ini dapat memperpendek lamanya serangan *skizofrenia* dan dapat mempermudah kontak dengan orang lain.

3). Pengekangan atau pengikatan

Pengembangan fisik menggunakan pengekangannya mekanik seperti manset untuk pergelangan tangan dan pergelangan kaki di mana klien dapat dimobilisasi dengan membalutnya, cara ini dilakukan pada klien halusinasi yang mulai menunjukkan perilaku kekerasan diantaranya: marah-maraha atau mengamuk.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow, dalam (Kasiati & Ni Wayan Dwi, 2016):

1. Kebutuhan Fisiologis

Merupakan kebutuhan paling dasar pada manusia antara lain: pemenuhan kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan, nutrisi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan seluruh 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 dan bahaya lingkungan, dll. Perlindungan fisiologis, perlindungan dari ancaman peristiwa atau pengalaman baru atau asing yang dapat mempengaruhi kondisi kejiwaan seseorang. Pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi

pendengaran kebutuhan rasa amannya akan sangat terganggu karena mereka sering kali mengikuti apa yang diperintahkan oleh halusinasinya. Di mana penderita halusinasi akan mendengar suara-suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara yang memerintahkan untuk melakukan sesuatu yang berbahaya, tertawa sendiri dan marah-marah tanpa sebab. Hal ini yang membuat gangguan dalam kebutuhan rasa aman dan nyaman dapat menyebabkan bahaya pada kenyamanan fisik, kenyamanan lingkungan atau tempat, kenyamanan psikospiritual dan kenyamanan sosiokultural (Dalami, 2010).

3. Kebutuhan istirahat dan tidur

Istirahat dan tidur merupakan kebutuhan dasar yang mutlak harus dipenuhi oleh semua orang. Dengan istirahat dan tidur yang cukup, tubuh baru dapat berfungsi secara optimal.

4. Kebutuhan rasa cinta

Kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, dan kekeluargaan.

5. Kebutuhan akan harga diri dan perasaan dihargai oleh orang lain serta pengakuan dari orang lain.

6. Kebutuhan aktualisasi diri

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. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada bagan berikut :

Gambar 1.2
Hierarki Kebutuhan Dasar Menurut Abaraham Maslow



Sumber : Kasiati & Ni Wayan Dwi (2016)

C. Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi

1. Pengkajian

Menurut Sutejo, (2015) pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan, dan terdiri atas pengumpulan data, analisa data, dan perumusan masalah klien. Proses terjadinya halusinasi akan dijelaskan dengan menggunakan Konsep Adaptasi *Stuart*:

a. Faktor predisposisi

1) Faktor biologis

Hal yang dikaji pada faktor biologis adalah adanya faktor genetik gangguan jiwa, adanya risiko bunuh diri, riwayat penyakit atau trauma pada kepala, dan riwayat penggunaan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif (NAPZA).

2) Faktor psikologis

Pada klien halusinasi ditemukan adanya kegagalan yang berulang misalnya pada individu korban kekerasan, kurang kasih sayang dan over protektif.

3) Sosio budaya dan lingkungan

Klien dengan halusinasi didapatkan sosial ekonomi rendah, riwayat penolakan lingkungan pada usia perkembangan anak, tingkat pendidikan rendah.

b. Faktor Presipitasi

Faktor pesipitasi pada klien dengan halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam keluarga, kemiskinan dan adanya konflik dalam masyarakat. Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap klien serta ungkapan klien.

1). Data subjektif

- a). Mendengar suara-suara atau kegaduhan
- b). Mendengar suara yang mengajak berbicara
- c). Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu
- d). Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.

- e). Mencium bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
- f). Merasakan rasa seperti darah, urine, atau feses.
- g). Merasa takut atau senang dengan halusinasinya.

2). Data objektif

Berdasarkan data objektif, klien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi melakukan hal-hal berikut:

- a). Bicara atau tertawa sendiri
- b). Marah-marah tanpa sebab
- c). Mengarahkan telinga ke arah tertentu
- d). Menutup telinga
- e). Menunjuk ke arah tertentu
- f). Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- g). Mencium sesuatu seperti membaui sesuatu
- h). Menutup hidung
- i). Sering meludah
- j). Muntah
- k). Menggaruk-garuk permukaan kulit

c. Mengkaji Jenis Halusinasi

Halusinasi diklasifikasikan menjadi lima jenis yaitu :

- a). Halusinasi dengar
- b). Halusinasi penglihatan
- c). Halusinasi penciuman
- d). Halusinasi perabaan

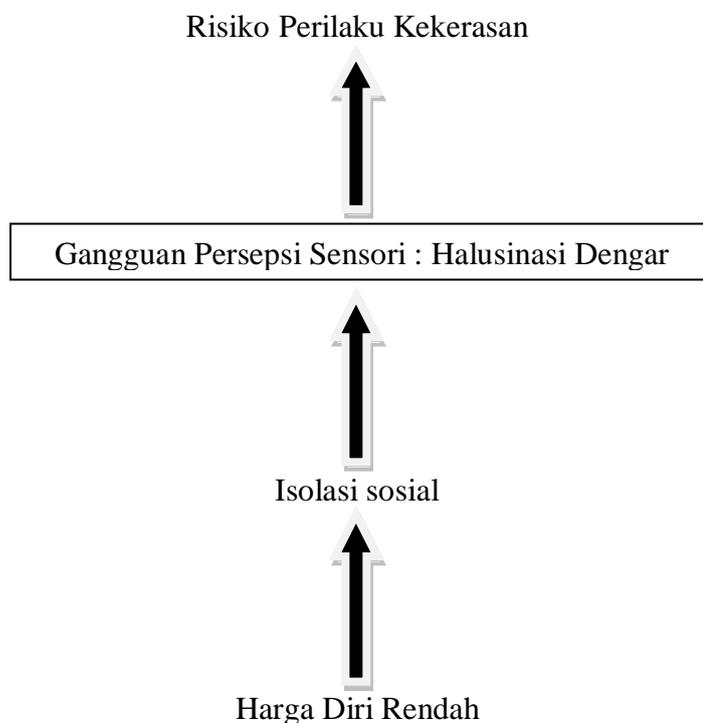
d. Mengkaji Waktu Terjadinya Halusinasi

Perawat perlu mengkaji waktu, frekuensi, dan situasi munculnya halusinasi yang dialami klien. Pengetahuan tentang frekuensi terjadinya halusinasi dapat dijadikan landasan perencanaan tindakan untuk mencegah halusinasi.

Pohon Masalah

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

Gambar 2.2
Pohon Masalah
Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran



Sumber : Buku Ajar Keperawatan Jiwa (Satrio, 2015)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon aktual atau potensial dari individu, keluarga atau masyarakat terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan. Rumusan diagnosis yaitu permasalahan (P) berhubungan dengan etiologi (E) dan keduanya ada hubungan sebab akibat secara ilmiah. Perumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada pohon masalah yang sudah dibuat. Pada rumusan diagnosis keperawatan yang menggunakan *typology single diagnosis*, maka rumusan diagnosis adalah menggunakan etiologi saja (Carpenito dalam Yusuf, dkk., 2015).

Berdasarkan pohon masalah di atas maka rumusan diagnosis adalah sebagai berikut :

- a. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
- b. Risiko perilaku kekerasan
- c. Isolasi sosial

3. Perencanaan Keperawatan

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

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), rencana keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi sebagai berikut :

Observasi :

- a. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi
- b. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan
- c. Monitor isi halusinasi (misalnya: kekerasan atau membahayakan diri)

Teraupetik :

- a. Pertahankan lingkungan yang aman
- b. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku
(misalnya: *limit setting*, pembatasan wilayah, pengekangan, seklusi).
- c. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi
- d. Hindari perdebatan tentang validasi halusinasi

Edukasi :

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

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:

Tabel 1.2
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa
Pada Klien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

No. Dx	Perencanaan			
	Dx Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
1	Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran	TUK 1 : Klien dapat mengenal halusinasi dan latihan menghardik halusinasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien menyatakan mengalami halusinasi. 2. Klien menyebutkan halusinasi yang dialami : <ol style="list-style-type: none"> a. Isi b. Waktu c. Frekuensi d. Situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan klien tentang halusinasi yang dialami. <ol style="list-style-type: none"> a. Tanyakan apakah mengalami sesuatu (halusinasi dengar) b. Katakan bahwa perawat percaya klien mengalami hal yang sama c. Katakan bahwa ada klien yang mengalami hal yang sama d. Katakan bahwa perawat akan membantu klien. 2. Klien tidak sedang berhalusinasi klasifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi, diskusikan dengan klien : <ol style="list-style-type: none"> a. Isi, waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, malam atau sering dan kadang-kadang)

1	2	3	4	5
			<p>3. Klien menyatakan yang dilakukan saat halusinasi muncul.</p> <p>4. Klien menyampaikan apa yang dilakukan untuk mengatasi 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>b. Situasi dan kondisi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi.</p> <p>3. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Marah b. Takut c. Sedih, cemas, senang, jengkel <p>4. Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jika cara yang digunakan adaptif beri pujian b. Jika cara yang digunakan maladaptif diskusikan kerugian cara tersebut. <p>5. Diskusikan dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya.</p> <p>6. Jelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan.</p>

1	2	3	4	5
				<p>Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Katakan padaa diri sendiri bahwa “ini tidak nyata! Saya tidaak mau dengar” b. Masukan pada jadual kegiatan.
		<p>TUK 2 : Klien dapat mengontrol dengan obat</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik. 2. Klien mampu menyampaikan/ praktikan cara minum obat. 3. Klien mampu merencanakan/ jadual minum obat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menghardik (beri pujian) 2. Latih cara mengontrol halusiansi dengan obat, jelaskan : <ol style="list-style-type: none"> a. Jenis b. Guna c. Dosis d. Frekuensi e. Cara kontinuitas minum obat 3. Masukan pada jadual kegiatan harian untuk latihan menghardik dan minum obat.
		<p>TUK 3: Klien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik dan minum obat. 2. Klien mampu menyampaikan/ praktikkan cara bercakap-cakap. 3. Klien mampu merencanakan/ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menghardik dan minum obat, beri pujian. 2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Meminta orang lain untuk bercakap-cakap. b. Menyampaikan manfaat

1	2	3	4	5
			jadual bercakap-cakap.	bercakap-cakap. 3. Masukan jadual kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap.
		TUK 4: Klien dapat mengontol dengan melakukan aktifitas terjadual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu menyampaikan kemampuan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap 2. Klien mampu menyampaikan dan praktikkan aktifitas yang dapat dilakukan. 3. Klien mampu merencanakan jadual aktifitas yang akan dilakukan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan minum obat, bercakap-cakap, beri pujian. 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakuakan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan) : <ol style="list-style-type: none"> a. Diskusikan dengan klien kegiatan yang dapat dilakukan. b. Anjurkan klien memilih dua cara untuk dilatih (menghardik dan minum obat) c. Latih dua cara yang dipilih d. Latih dua cara yang terpilih. 3. Masukan jadual kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan sehari-hari. <ol style="list-style-type: none"> a. Evaluasi kegiatan menghardik dan obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian b. Latih kegiatan harian

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
				<p>c. Nilai kemampuan yang telah mandiri.</p> <p>d. Nilai apakah halusinasi terkontrol.</p>

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

No. Dx	Perencanaan			
	Dx Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
2	Risiko perilaku kekerasan	<p>TUM : klien dpat mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>TUK :</p> <p>1. Klien mampu mengenali perilaku kekerasan yang dialami dan mengontrol dengan cara fisik.</p>	1. Klien mampu membina hubungan saling percaya.	<p>1. Bina hubungan saling percaya dengan :</p> <p>a. Beri salam setiap berinteraksi</p> <p>b. Perkenalkan nama, nama panggilan perawat, dan tujuan perawat berkenalan.</p> <p>c. Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien</p> <p>d. Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi</p> <p>e. Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien.</p> <p>f. Buat kontak interaksi yang jelas</p> <p>g. Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien</p>

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
			<p>2. Klien mampu menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri atau lingkungannya</p> <p>3. Menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan</p> <p>4. Tanda fisik: mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang</p>	<p>2. Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya b. Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan klien <p>3. Bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Motivasi klien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) saat perilaku kekerasan terjadi b. Motivasi klien menceritakan kondisi emosinya saat terjadi perilaku kekerasan c. Motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain (tanda-tanda sosial) saat terjadi perilaku kekerasan <p>4. Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindakan kekerasan

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
			<p>5. Tanda emosional: perasaan, marah, jengkel, bicara kasar.</p> <p>6. Tanda sosial: bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan</p>	<p>yang selama ini pernah dilakukannya</p> <p>b. Motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindakan kekerasan tersebut terjadi.</p> <p>5. Diskusikan apakah dengan tindakan kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi. Diskusikan dengan klien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada :</p> <p>a. Diri sendiri b. Orang lain/keluarga c. Lingkungan</p> <p>6. Diskusikan dan jelaskan dengan klien cara-cara sehat untuk menyampaikan marah:</p> <p>a. Cara fisik: nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olahraga b. Obat-obatan c. Verbal/sosial : mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain dengan latihan asertif</p>

1	2	3	4	5
			<p>7. Menjelaskan jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya, perasaanya saat melakukan kekerasan, efektifitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah.</p> <p>8. Menjelaskan akibat tindakan kekerasan yang dilakukannya (diri sendiri, orang lain/keluarga, lingkungan)</p> <p>9. Menjelaskan cara-cara sehat menyampaikan marah.</p> <p>10. Memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan: fisik (tarik nafas dalam, pukul bantal/kasur)</p>	<p>d. Spiritual: sembahyang/berdoa, zikir, meditasi (sesuai dengan agama yang dianut masing-masing)</p> <p>7. Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik:</p> <p>a. Peragakan melakukan cara fisik: nafal dalam dan pukul bantal/kasur</p> <p>b. Jelaskan manfaat cara tersebut</p> <p>c. Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan</p> <p>d. Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum benar dan sempurna</p> <p>e. Masukkan dalam jadwal kegiatan untuk latihan fisik</p>
		<p>2. Klien mampu menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan</p>	<p>Klien mampu menjelaskan :</p> <p>a. Manfaat minum obat</p> <p>b. Kerugian tidak minum obat</p> <p>c. Nama obat</p>	<p>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik</p> <p>2. Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak meminum obat</p>

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
		<p>untuk mengontrol perilaku kekerasan</p>	<p>d. Bentuk dan warna obat e. Dosis yang diberikan kepadanya f. Waktu pemakaian g. Cara pemakaian h. Efek yang dirasakan</p>	<p>3. Jelaskan kepada klien: a. Jenis obat (nama, warna dan bentuk obat) b. Dosis yang tepat untuk klien c. Waktu pemakaian obat d. Efek samping yang akan dirasakan klien 4. Masukkan pada jadual kegiatan minum obat dan motivasi klien untuk: a. Minta klien untuk menggunakan obat dengan tepat waktu b. Laporkan kepada perawat/dokter jika mengalami efek yang tidak biasa c. Beri pujian terhadap kedisiplinan klien menggunakan obat tepat waktu</p>
		<p>3. Klien mampu mengontrol dengan cara verbal/sosial</p>	<p>Klien mampu: mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakiti</p>	<p>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat, beri pujian 2. Diskusikan cara verbal/sosial untuk mengungkapkan kemarahannya a. Menyampaikan perasaan yang baik</p>

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
				<ul style="list-style-type: none"> b. Meminta yang baik c. Menolak yang baik 3. Masukkan pada jadual kegiatan dan anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/ jengkel
		<p>4. Klien mampu mengontrol dengan spiritual</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengidentifikasi kegiatan spiritual yang dapat dilakukan 2. Klien mampu melakukan kegiatan spiritual untuk mengontrol marahnya 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik, obat dan verbal, beri pujian 2. Diskusikan cara spiritual yang dipilih untuk mengontrol kemarahannya 3. Masukkan pada jadual kegiatan dan anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah dan 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

Tabel 3.2
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa
Pada Klien dengan Isolasi Sosial

Nama klien : Ny.U

Diagnosa medis : *Skizofrenia*

No.MR : 012027

Alamat : Desa Wonomarto

No. Dx	Perencanaan			
	Dx Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
3	Isolasi Sosial	<p>TUM: Klien dapat berinteraksi dengan orang lain.</p> <p>TUK :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat mengidentifikasi isolasi sosial yang dialami latiahn berkenalan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada/ terhadap perawat : <ol style="list-style-type: none"> a. Wajah cerah tersenyum b. Mau berkenalan c. Ada kontak mata d. Bersedia menceritakan perasaan e. Bersedia mengungkapkan masalahnya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya dengan: <ol style="list-style-type: none"> a. Beri salam setiap berinteraksi b. Perkenalkan nama, nama panggilan perawat, dan tujuan perawat berkenalan. c. Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien d. Tunjukan sikap jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi e. Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien. f. Buat kontak interaksi yang jelas

1	2	3	4	5
			<p>2. Klien dapat menyebutkan minimal satu penyebab menarik diri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Diri sendiri b. Orang lain c. Lingkungan <p>3. Lingkungan klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan sosial misalnya:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Banyak teman b. Tidak kesepian 	<p>g. Dengarkan dengan penuh perhatian ekspresi perasaan klien</p> <p>2. Diskusikan dengan klien penyebab menarik diri atau tidak mau bergaul dengan orang lain. Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaan. Tanyakan pada klien tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Orang yang tinggal tinggal serumah/ teman sekamar klien Orang yang paling dekat dengan klien di rumah/ ruang perawatan. b. Apa yang membuat klien dekat dengan orang tersebut c. Orang tidak dekat dengan klien di rumah /ruang perawatan d. Apa yang membuat klien tidak dekat dengan orang tersebut <p>3. Tanyakan pada klien tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Manfaat hubungan sosial dan b. Kerugian menarik diri.

1	2	3	4	5
			<ul style="list-style-type: none"> c. Bisa diskusi d. Saling menolong dan kerugian menarik diri misalnya:sendiri, kesepian <p>4. Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perawat dan klien lain 	<p>4. Observasi perilaku klien saat berhubungan sosial.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Beri motivasi dan bantu klien untuk berkenalan/ berkomunikasi dengan : perawat lain, klien lain. b. Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan untuk meningkatkan klien bersosialisasi c. Beri motivasi klien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat d. Beri pujian terhadap kemampuan klien
		<p>2. Klien dapat berkenalan dengan beberapa orang.</p>	<p>Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap dengan: beberapa orang/ kelompok.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Observasi perilaku klien saat berhubungan sosial 2. Beri motivasi dan bantu klien untuk berkenalan/berkomunikasi dengan kelompok/ beberapa orang 3. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih

1	2	3	4	5
				<p>2 kegiatan)</p> <p>4. Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi</p> <p>5. Beri motivasi klien untuk melakukan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah dibuat</p> <p>6. Berikan pujian terhadap kemampuan klien memperluas pergaulannya melalui aktivitas yang dilaksanakan</p>
		<p>3. Klien dapat berkenalan dengan lebih banyak orang lain.</p>	<p>Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap dengan: beberapa orang (>5 orang/ kelompok)</p>	<p>1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan (beberapa orang) dan bicara saat melakukan dua kegiatan harian. Beri pujian</p> <p>2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2 kegiatan baru)</p> <p>3. Libat klien dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi</p> <p>4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan lebih dari 5 orang, berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian.</p>
		<p>4. Klien dapat berkenalan dan</p>	<p>Klien dapat melaksanakan hubungan sosial saat melakukan</p>	<p>1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, berbicara sat</p>

1	2	3	4	5
		bersosialisasi saat melakukan kegiatan diluar ruangan/ luar rumah	kegiatan di luar ruangan/ luar rumah.	<p>melakukan kegiatan harian dan beri pujian.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Latih cara bicara sosial 3. Masuk pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan > 5 orang, orang baru, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi.
		5. Klien mampu bersosialisasi secara mandiri	Klien dapat melakukan hubungan sosial secara mandiri.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, bicara saat melakukan empat kegiatan harian dan beri pujian. 2. Latih kegiatan harian 3. Nilai kemampuan yang telah mandiri 4. Nilai apakah isolasi sosial teratasi
		6. Klien mendapatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan kemampuan sosialisasi dan melatih klien berkenalan.	1. Keluarga menyampaikan masalah dalam merawat pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan masalah yang dirasakn dalam merawat pasien, jelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya isolasi sosial <ol style="list-style-type: none"> a. Penyebab klien tidak bersosialisasi b. Tindakan yang telah dilakukan klien selama di rumah sakit dalam bersosialisasi dan kemajuan

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
				<p>yang telah dialami oleh klien</p> <p>c. Dukungan yang bisa diberikan oleh keluarga untuk meningkatkan kemampuan klien dalam bersosialisasi</p>
			<p>2. Menjelaskan cara-cara yang dilakukan sosial</p> <p>3. Keluarga mempraktikkan cara etias pada klien</p>	<p>2. Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan sosial</p> <p>a. Belanja</p> <p>b. Meminta sesuatu, dll</p> <p>3. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan berikan pujian</p>

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan, saat melaksanakan tindakan keperawatan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien dengan kondisinya. Pada saat akan dilakukan tindakan keperawatan maka kontrak dengan klien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta klien yang diharapkan (Dalami, dkk., 2009).

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). 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 memperdulikan halusinasinya.

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 bercakap-cakap dengan orang lain.

c). Melakukan aktifitas yang terjadual

Untuk mengurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktifitas yang teratur. Dengan beraktifitas 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 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

Dalami, dkk. (2009) mengatakan evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis/*Assesment* dan Perencanaan/ *Planning*) sebagai pola pikir, masing-masing huruf tersebut akan diurutkan sebagai berikut:

S: Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisa terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru

P : Perencanaan dan tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien

Evaluasi merupakan mengukur tujuan dan kriteria sudah tercapai. Perawat dapat mengobservasi perilaku klien terhadap tujuan yang sudah

ditentukan yaitu mengenali halusinasi yang dialaminya, mengontrol halusinasi yang dialaminya, klien mengikuti program pengobatan yang diberikan (Muhith, 2015).

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)*.