

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

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

Banyak ahli mendefinisikan mengenai halusinasi diantaranya menurut Stuart & Laraia dalam Nurhalimah (2018, hal. 161) didefinisikan halusinasi sebagai suatu tanggapan dari pancaindera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempresepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi.

Perilaku yang teramati pada pasien yang sedang mengalami halusinasi pendengaran adalah pasien mengatakan mendengarkan suara padahal tidak ada stimulus suara atau tidak ada orang lain di sekeliling pasien yang sedang diajak berbicara. Sedangkan pada halusinasi penglihatan pasien mengatakan melihat orang atau sesuatu yang menakutkan padahal tidak ada apapun disekitar pasien. Pada halusinasi penghidu pasien mengatakan mencium bau-bauan tertentu padahal orang lain tidak merasakan sensasi serupa. Pada halusinasi pengecapan, pasien mengatakan makan atau minum sesuatu yang menjijikan. Sedangkan pada perabaan pasien merasakan ada binatang atau sesuatu yang merayap ditubuhnya atau di permukaan kulit (Nurhalimah, 2018, hal. 162)

*Skizofrenia* adalah salah satu gangguan jiwa, ditandai dengan pikiran yang tidak logis, delusi dan halusinasi serta perilaku dan pembicaraan yang aneh. Pasien halusinasi memiliki kesulitan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, seperti merawat diri dan melakukan pekerjaan, oleh karena itu pasien halusinasi cenderung bergantung pada orang lain terutama keluarga (Agustina & Handayani, 2017, hal. 445)

Menurut Muhith (2015, hal 212) Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada klien dengan gangguan jiwa. pasien dengan *skizofrenia* diantaranya mengalami halusinasi. Halusinasi adalah gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi, Respon klien terhadap halusinasi seperti gelisah, bingung, curiga, ketakutan, perasaan tidak aman dan kurang perhatian serta tidak mampu mengambil keputusan dan tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata

Menurut M. Iskandar dalam Wisnu (2018, hal 79). Halusinasi pendengaran adalah kesalahan dalam mempersepsikan suara yang di dengar, suara bisa menyenangkan, ancaman, membunuh, dan merusak. Gejala yang sering terjadi yaitu seperti berbicara sendiri, senyum sendiri, tertawa sendiri, menatap ke suatu titik, pergerakan mata yang cepat, dan berusaha menghindari orang lain.

## 2. Etiologi Halusinasi

Proses terjadinya halusinasi dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart-Laraia dalam Nurhalimah (2018, hal. 162-163)

### a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi halusinasi terdiri dari :

#### 1) Faktor Biologis :

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

#### 2) Faktor Psikologis

Memiliki riwayat kegagalan yang berulang. Menjadi pelaku, korban atau saksi dari perilaku kekerasan dan kurangnya kasih sayang dari orang-orang yang berarti bagi pasien serta perilaku orang tua yang overprotektif.

#### 3) Sosiobudaya dan lingkungan

Sebagian besar pasien halusinasi berasal dari keluarga dengan social ekonomi rendah, selain itu pasien memiliki riwayat penolakan dari lingkungan atau dari orang lain. Pasien halusinasi seringkali memiliki tingkat pendidikan yang rendah serta pernah mengalami kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri) serta tidak bekerja.

b. Faktor Presipitasi

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

c. Rentang Respon Neurobiologis

Halusinasi merupakan salah satu respon mal adaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologis. Ini merupakan respon persepsi paling mal adaptif. Jika klien sehat persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diteri mamelalui pancaindra (pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecapan, dan perabaan), klien dengan halusinasi mempresepsikan suatu stimulus pancaindra walaupun sebenarnya stimulus itu tidak ada. Respon individu (yang karena suatu hal mengalami kelainan persepsi) yaitu salah mempresepsikan stimulus yang diterimanya disebut sebagai ilusi. Klien mengalami ilusi jika interpretasi yang dilakukan terhadap stimulus pancaindra tidak akurat sesuai dengan stimulus yang diterima

### 3. Patofisiologi

Menurut Nurhalimah (2018, hal. 163-165) halusinasi pasien memiliki tahapan sebagai berikut :

#### a. Tahap I

Halusinasi bersifat menyenangkan, tingkat ansietas pasien sedang. Pada tahap ini halusinasi secara umum menyenangkan.

Karakteristik:

Karakteristik tahap ini ditandai dengan adanya perasaan bersalah dalam diri pasien dan timbul perasaan takut. Pada tahap ini pasien mencoba menenangkan pikiran untuk mengurangi ansietas. Individu mengetahui bahwa pikiran dan sensori yang dialaminya dapat dikendalikan dan bias diatasi (non psikotik)

Perilaku yang teramati :

- 1) Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara
- 2) Menyeringai/ tertawa yang tidaksesuai
- 3) Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikan
- 4) Respon verbal yang lambat

#### b. Tahap II

Halusinasi bersifat menyalahkan, pasien mengalami ansietas tingkat berat dan halusinasi bersifat menjijikan untuk pasien.

Karakteristik :

Pengalaman sensori yang dialami pasien bersifat menjijikan dan menakutkan, pasien yang mengalami halusinasi mulai merasa kehilangan

kendali, pasien berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang dipresepsikan, pasien merasa malu karena pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain (non psikotik)

Perilaku yang teramati :

- 1) Peningkatan kerja Susunan Saraf Otonom yang menunjukkan timbulnya ansietas seperti peningkatan nadi, tekanan darah dan pernafasan.
- 2) Kemampuan konsentrasi menyempit
- 3) Dipenuhi dengan pengalaman sensori, mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dan realita.

c. Tahap III

Pada tahap ini halusinasi mulai mengendalikan perilaku pasien, pasien berada pada tingkat ansietas berat. Pengalaman sensori menjadi menguasai pasien.

Karakteristik :

Pasien yang berhalusinasi pada tahap ini menyerah untuk melawan pengalaman halusinasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Isi halusinasi dapat berupa permohonan, individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman tersebut berakhir (psikotik)

Perilaku yang teramati :

- 1) Lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya dari pada menolak.
- 2) Kesulitan berhubungan dengan orang lain

- 3) Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik, gejala fisik dari ansietas berat seperti : berkeringat, tremor, ketidakmampuan mengikuti petunjuk.

d. Tahap IV

Halusinasi pada saat ini, sudah sangat menakutkan dan tingkat ansietas berada pada tingkat panik. Secara umum halusinasi menjadi lebih rumit dan saling terkait dengan delusi.

Karakteristik :

Pengalaman sensori menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah halusinasinya. Halusinasi bias berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak diintervensi. (psikotik)

Perilaku yang teramati :

- 1) Amuk, agitasi dan menarik diri
- 2) Tidak mampu berespon terhadap petunjuk yang kompleks
- 3) Tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang
- 4) Perilaku menyerang – teror seperti panik

4. Tanda dan Gejala Halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Adapun tanda dan gejala pasien halusinasi menurut Nurhalimah (2018, hal. 166) adalah :

a. Data Subyektif : Pasien Mengatakan :

- 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, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan
  - 6) Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses
  - 7) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya
- b. Data Obyektif
- 1) Bicara atau tertawa sendiri
  - 2) Marah-marah tanpa sebab
  - 3) Mengarahkan telinga kearah tertentu
  - 4) Menutup telinga
  - 5) Menunjuk-nunjuk kearah tertentu
  - 6) Ketakutan pada sesuatu yang tidakjelas
  - 7) Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu
  - 8) Menutup hidung
  - 9) Sering meludah
  - 10) Muntah
  - 11) Menggaruk-garuk permukaan kulit



## 5. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis menurut Muhith (2015, hal. 227) klien skizofrenia yang mengalami halusinasi adalah dengan pemberian obat-obatan dan tindakan lain:

- a. Anti psikotik :
  1. Chlopromazine (Promactile, Largactile)
  2. Haloperidol (Haldol, Serenace, Lodomer)
  3. Stelazine
  4. Clozapine (Clozaril)
  5. Risperidone (Risperdal)
- b. Terapi kejang listrik/*Electro Compulsive Therapy* (ECT)
- c. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Menurut Keliat dalam Irwan (2020, hal. 11) tindakan keperawatan untuk membantu klien mengatasi halusinasinya dimulai dengan membina hubungan saling percaya dengan klien. Setelah hubungan saling percaya terjalin, intervensi keperawatan selanjutnya adalah membantu klien mengenali halusinasinya (tentang isi halusinasi, waktu, frekuensi terjadinya halusinasi dan perasaan klien saat halusinasinya muncul). Beberapa cara yang bias dilatihkan kepada klien untuk mengontrol halusinasinya menurut keliat dalam (Irwan, 2020, hal. 11) meliputi : Menghardik halusinasi, Menggunakan obat, Berinteraksi atau bercakap-cakap dengan orang lain dan Melakukan kegiatan terjadwal

## **B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Menurut Abraham Maslow dalam Ineke Patrisia, dkk (2020, hal. 36) membagi kebutuhan dasar manusia kedalam lima tingkat sebagai berikut:

### **1. Kebutuhan Fisiologis**

Tingkat paling dasar, mencakup kebutuhan fisiologis seperti oksigen/udara, cairan, nutrisi, tidur dan istirahat, suhu tubuh, eliminasi, dan seksual.

### **2. Kebutuhan Keamanan dan Keselamatan**

Tingkat kedua meliputi kebutuhan keamanan dan keselamatan, baik fisik (perlindungan dari cedera tubuh) dan psikologis (misal kegelisahan, keamanan dan stabilitas) serta kebutuhan akan tempat tinggal dan bebas dari bahaya. Menurut Satrio (2015, hal. 230) klien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakan dirinya, orang lain maupun lingkungan. Ini terjadi jika halusinasi sudah sampai tahap IV, dimana klien mengalami panik, perilakunya dikendalikan oleh isi halusinasinya. Klien benar-benar kehilangan kemampuan penilaian realistis terhadap lingkungan. Dalam situasi ini klien dapat melakukan bunuh diri, membunuh orang lain dan bahkan merusak lingkungan.

### **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.

#### 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.

#### 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 masalah secara realistis. Maslow menyatakan bahwa banyak orang yang sangat sibuk memenuhi kebutuhan fisiologis dan keselamatan serta keamanan. Orang cenderung memberikan sedikit waktu atau energi untuk memenuhi kebutuhan cinta dan kepemilikan, harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri. Sehingga banyak orang kurang puas di tingkat hirarki yang lebih tinggi.

Gambar 2. 1  
Kebutuhan Dasar Manusia



Sumber : Patrisia, dkk (2020, hal. 36)

## C. Proses Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi pasien. Pengkajian pada klien dengan halusinasi menurut Muhith (2015, hal. 228-230) difokuskan pada :

#### a. Faktor predisposisi

- 1) Faktor perkembangan terlambat : usia bayi, tidak terpenuhi kebutuhan makanan, minum, rasa aman, usia balita, tidak terpenuhi kebutuhan otonomi, usia sekolah mengalami peristiwa yang tidak terselesaikan
- 2) Faktor psikologis, mudah kecewa, mudah putus asa, kecemasan tinggi, menutup diri, ideal diri tinggi, harga diri rendah, identitas diri tidak jelas, krisis peran, gambaran diri negatif, dan koping destruktif
- 3) Faktor sosial budaya, isolasi sosial pada usia lanjut, cacat, sakit kronis, tuntutan lingkungan yang terlalu tinggi.
- 4) Faktor biologis, adanya kejadian terhadap fisik, berupa : atrofi otak, pembesaran vertikel, perubahan besar dan bentuk sel korteks dan limbic.
- 5) Faktor genetik, adanya pengaruh herediter (keturunan) berupa anggota keluarga terdahulu yang mengalami *skizofrenia* dan kembar monozigot

b. Perilaku

Perilaku yang sering tampak pada klien dengan halusinasi meliputi : bibir komat-kamit, tertawa sendiri, bicara sendiri, kepala mengangguk-angguk, seperti mendengar sesuatu, tiba-tiba menutup telinga, gelisah, bergerak seperti mengambil atau membuang sesuatu, tiba-tiba marah dan menyerang, duduk terpaku, memandang satu arah, menarik diri.

c. Fisik

1) ADL, nutrisi tidak adekuat bila halusinasi memerintahkan untuk tidak makan, tidur terganggu karena ketakutan, kurang kebersihan diri atau tidak mandi, tidak mampu berpartisipasi dalam kegiatan aktivitas fisik yang berlebihan, agitasi gerakan atau kegiatan ganjil.

2) Kebiasaan, berhenti minuman keras, penggunaan obat-obatan, zat halusinogen, tingkah lakumerusak diri.

3) Riwayat kesehatan, skizofrenia, delirium berhubungan dengan riwayat demam dan penyalahgunaan obat

d. Fungsi sistem tubuh, perubahan berat badan, hipertermia (demam), neurologikal perubahan mood, disorientasi, ketidakefektifan endokrin oleh peningkatan temperatur

e. Status emosi, afek tidak sesuai, perasaan bersalah atau malu, sikap negatif dan bermusuhan, kecemasan berat atau panik, suka berkelahi

f. Status intelektual, gangguan persepsi, penglihatan, pendengaran, penciuman dan kecap, isi pikir tidak realistis, tidak logis dan sukar diikuti

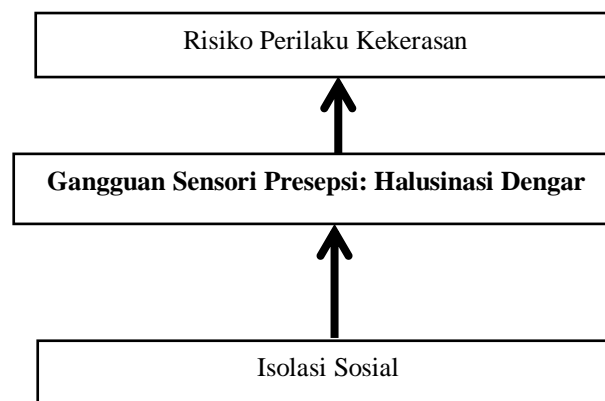
atau kaku, kurang motivasi, koping regresi dan denial serta sedikit berbicara.

- g. Status sosial, putusasa, menurunnya kualitas kehidupan, ketidakmampuan mengatasi stress dan kecemasan

## 2. Pohon Masalah

Menurut Nurhalimah (2018, hal. 169) pohon masalah klien dengan gangguan sensoris persepsi : Halusinasi dengar sebagai berikut :

Gambar 2. 2  
Pohon Masalah



Sumber : Nurhalimah (2018, hal. 169)

## 3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan adalah bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (SDKI, 2017). Diagnosa klien adalah halusinasi. Klien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakan dirinya, orang lain maupun lingkungan. Ini

terjadi jika halusinasi sudah sampai pada tahap IV, dimana klien mengalami panik, perilakunya dikendalikan oleh isi halusinasinya. Klien benar-benar kehilangan kemampuan penilaian realistis terhadap lingkungan. Dalam situasi ini dapat terjadi Risiko Perilaku Kekerasan, klien dapat melakukan bunuh diri (*suicide*), membunuh orang lain (*homicide*), dan bahkan merusak lingkungan. Selain masalah yang diakibatkan oleh halusinasi, klien biasanya juga mengalami masalah-masalah keperawatan yang menjadi penyebab (*triger*) munculnya halusinasi. Masalah- masalah itu antara lain harga diri rendah dan isolasi sosial Stuart dan Laria dalam (Nurhalimah, 2018 hal. 169)

Menurut Muhith (2015, hal. 230) dampak selanjutnya klien akan lebih terfokus pada dirinya. Akibat rendah diri dan kurangnya keterampilan berhubungan sosial, klien menjadi menarik diri dari lingkungan. Klien lama kelamaan akan sulit membedakan stimulus internal dan stimulus eksternal. Ini memicu terjadinya halusinasi. Dari masalah tersebut, ditemukan masalah keperawatan antara lain :

- a. Masalah keperawatan yang muncul yaitu : risiko perilaku kekerasan, halusinasi, harga diri rendah, gangguan hubungan sosial
- b. Tujuan asuhan keperawatan meliputi : klien dapat membina hubungan saling percaya, klien mengenal halusinasi yang dialaminya, klien dapat mengontrol halusinasi, klien dapat mendukung keluarga untuk mengontrol halusinasi, klien dapat memanfaatkan obat untuk mengatasi halusinasi.

#### 4. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah intervensi yang disesuaikan dengan diagnose keperawatan yang muncul setelah melakukan pengkajian dan rencana intervensi keperawatan dilihat pada tujuan khusus menurut Muhith, (2015, hal. 231) menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) dan menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2019)

Rencana keperawatan pada klien halusinasi terdapat pada tabel-tabel berikut :



Tabel 2. 1  
Rencana Tindakan Keperawatan pada klien  
Dengan Gangguan Sensori Presepsi :Halusinasi

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	<p>Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi (D.0146)</p> <p>Ds : 1.Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2.Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, pendengaran atau pengecapan 3.Menyatakan kesal</p> <p>Do : 1.Respons tidak sesuai 2.Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau menium sesuatu 4.Menyendiri 5.Melamun 6.Konsentrasi buruk 4.Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi 5.Curiga 6.Melihat ke satu arah 7.Mondar-mandir 8.Bicara sendiri</p>	<p>Persepsi Sensori (:L.09083) dengan hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi mendengar suara-suara menurun</li> <li>2. Melamun menurun</li> <li>3. Perilaku halusinasi menurun</li> <li>4. Menarik diri menurun</li> <li>5. Respon membaik</li> <li>6. Konsentrasi membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Halusinasi (1.09288)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi</li> <li>2. Memonitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan</li> <li>3. Monitor isi halusinasi (mis, kekerasan atau membahayakan diri)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan lingkungan yang aman</li> <li>2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis, limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)</li> <li>3. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi</li> <li>4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi</li> <li>2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi</li> <li>3. Anjurkan melakukan distraksi (mis, mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)</li> <li>4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat anti osikotik dan anti ansietas, jika perlu</li> </ol>

Tabel 2. 2  
Rencana Keperawatan pada  
Klien dengan Perilaku Kekerasan

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
2	<p>Risiko Perilaku Kekerasan (D.0085)</p> <p>Ds :</p> <p>1.Mengancam 2.Mengumpat dengan kata-kata kasar 3.Suara keras 4.Bicara ketus</p> <p>Do :</p> <p>1.Menyerang orang lain 2.Melukai diri sendiri/orang lain 3.Merusak lingkungan 4.Perilaku agresif/amuk 5.Mata melotot atau pandangan tajam 6.Tangan mengepal 7.Rahang mengatup 8.Wajah memerah 9.Postur tubuh kaku</p>	<p>Kontrol diri (L.09076) dengan hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun</li> <li>2. Verbalisasi umpatan menurun</li> <li>3. Perilaku menyerang menurun</li> <li>4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun</li> <li>5. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun</li> <li>6. Perilaku agresif/ngamuk menurun</li> <li>7. Suara keras menurun</li> <li>8. Berbicara ketus menurun</li> <li>9. Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun</li> <li>10. Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun</li> <li>11. Verbalisasi ancaman bunuh diri mrnurun</li> <li>12. Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun</li> <li>13. Perilaku merencanakan bunuh diri menurun</li> <li>14. Euvoria menurun</li> <li>15. Alam perasaan depresi menurun</li> </ol>	<p>Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis, benda tajam, tali)</li> <li>2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung</li> <li>3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis, pisau cukur)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasi</li> <li>2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif</li> <li>3. Latih mengurangi kemarahan dengan cara verbal dan verbal (mis, relaksasi, bercerita)</li> </ol>

Tabel 2. 3  
Rencana Tindakan Keperawatan  
Pada Klien dengan Isolasi Sosial

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
3	<p>Isolasi Sosial (D.0121)</p> <p>Ds :</p> <p>1.Merasa ingin sendiri</p> <p>2.Merasa tidak aman ditempat umum</p> <p>3.Merasa berbeda dengan orang lain</p> <p>4. Merasa asyik dengan pikiran sendiri</p> <p>5.Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas</p> <p>Do :</p> <p>1.Menarik diri</p> <p>2.Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan</p> <p>3.Tidak ada kontak mata</p> <p>4.Tidak bergairah/lesu</p>	<p>Keterlibatan sosial (L.1155) dengan hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minat interaksi meningkat</li> <li>2. Verbalisasi tujuan yang meningkat</li> <li>3. Minat terhadap aktivitas meningkat</li> <li>4. Verbalisasi isolasi menurun</li> <li>5. Verbalisasi ke tidak aman ditempat umum menurun</li> <li>6. Perilaku menarik diri menurun</li> <li>7. Verbalisasi perasaan berbeda</li> <li>8. Verbalisasi preokupasi dengan pikiran sendiri menurun</li> <li>9. Afek/sedih menurun</li> <li>10. Perilaku bermusuhan menurun</li> <li>11. Perilaku sesuai dengan harapan orang lain membaik</li> <li>12. Kontak mata membaik</li> <li>13. Tugas perkembangan sesuai usia membaik</li> </ol>	<p>Promosi Sosialisasi (I.13498)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain</li> <li>2. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan</li> <li>2. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan</li> <li>3. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok</li> <li>4. Motivasi berinteraksi diluar lingkungan (mis, jalan-jalan)</li> <li>5. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain</li> <li>6. Diskusikan perencanaan kegiatan dimasa depan</li> <li>7. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri</li> <li>8. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap</li> <li>2. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan</li> <li>3. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain</li> <li>4. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan</li> </ol>

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
			<p>menghormati hak orang lain</p> <p>5. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus</p> <p>6. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi</p> <p>7. Latih mengekspresikan marah dengan tepat</p>

Tabel 2. 4  
Rencana Tindakan Keperawatan  
Pada Klien dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
4	<p>Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah (D.0087)</p> <p>Ds :</p> <p>1. Menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak tertolong)</p> <p>2. Merasa malu/bersalah</p> <p>3. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri</p> <p>4. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri</p> <p>5. Sulit berkonsentrasi</p> <p>Do :</p> <p>1. Berbicara pelan dan lirih</p> <p>2. Menolak berinteraksi dengan orang lain</p>	<p>Harga diri (L.09069) dengan hasil :</p> <p>1. Penilaian diri positif meningkat</p> <p>2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat</p> <p>3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat</p> <p>4. Minat mencoba hal baru meningkat</p> <p>5. Berjalan menampakkan wajah meningkat</p> <p>6. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat</p> <p>7. Tidur meningkat</p> <p>8. Kontak mata meningkat</p> <p>9. Gairah aktivitas meningkat</p> <p>10. Aktif meningkat</p> <p>11. Percaya diri berbicara meningkat</p> <p>12. Perilaku asertif meningkat</p> <p>13. Konsentrasi meningkat</p>	<p>Manajemen Perilaku (I.12463)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku</p> <p>2. Jadwalkan kegiatan terstruktur</p> <p>3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas</p> <p>4. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan</p> <p>4. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>5. Bicara dengan nada rendah dan tenang</p> <p>6. Lakukan tindakan pengalihan terhadap sumber agitasi</p> <p>7. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan</p> <p>8. Cegah perilaku positif dan agresif</p> <p>9. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku</p> <p>10. Melakukan pengeangan fisik sesuai indikasi</p> <p>11. Hindari sikap mengancam dan berdebat</p>

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
	3. Berjalan menunduk 4. Postur tubuh menunduk 5. Kontak mata kurang 6. Lesu dan tidak bergairah 7. Pasif 8. Tidak mampu membuat keputusan	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	12. Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan Edukasi 1. Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif

## 5. Implementasi

Implementasi merupakan suatu proses penerapan atau juga sebuah tindakan yang dilakukan dengan berdasarkan pada suatu rencana yang sudah disusun dan dibuat dengan cermat serta juga terperinci sebelumnya (Sihaloho, 2020, hal. 211). Menurut Nurhalimah (2018, hal. 169-170) implementasi atau tindakan keperawatan untuk klien halusinasi yaitu :

- a. Tujuan tindakan untuk klien meliputi :
  - 1) Klien mengenali halusinasi yang dialaminya
  - 2) Klien dapat mengontrol halusinasi
  - 3) Klien mengikuti program pengobatan secara optimal
- b. Tindakan keperawatan
  - 1) Membantu pasien mengenali halusinasi.

Membantu pasien mengenali halusinasi, dapat dilakukan dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang didengar/lihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya

halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan respon pasien saat halusinasi muncul

2) Melatih pasien mengontrol halusinasi

Membantu mengontrol halusinasi, terdapat 4 cara yang bias dilakukan, yaitu :

a) Menghardik halusinasi

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

b) Bercakap-cakap dengan orang lain

Untuk mengontrol halusinasi, cara yang kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi (fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi kepercakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut) sehingga cara yang efektif untuk mengontrol halusinasi adalah dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

c) Melakukan aktivitas yang terjadwal

Untuk mengurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang terjadwal. Dengan beraktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami

banyak waktu luang sendiri yang sering kali mencetuskan halusinasi.

d) Menggunakan obat secara teratur

Untuk mampu mengontrol halusinasi, pasien juga harus dilatih untuk menggunakan obat secara benar dan teratur sesuai dengan program. Pasien gangguan jiwa yang dirawat di rumah sering kali putus obat, akibatnya pasien mengalami kekambuhan.

Tindakan keperawatan agar pasien patuh menggunakan obat yaitu dengan cara : Jelaskan guna obat, jelaskan akibat bila putus obat, jelaskan cara mendapatkan obat/berobat dan jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu dan benar dosis)

## 6. Evaluasi

Menurut Sihaloho (2020, hal. 213) Evaluasi adalah suatu proses identifikasi untuk mengukur/menilai apakah suatu program yang dilaksanakan itu sesuai dengan perencanaan yang ingin dicapai.

Nurhalimah (2018, hal. 171) menambahkan evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan untuk pasien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi dengar adalah sebagai berikut

a. Pasien mampu

- 1) Mengungkapkan isi halusinasi yang dialaminya
- 2) Menjelaskan waktu dan frekuensi halusinasi yang dialami
- 3) Menjelaskan situasi yang mencetuskan halusinasi

- 4) Menjelaskan perasaannya ketika mengalami halusinasi
  - 5) Menerapkan 4 cara mengontrol halusinasi
  - 6) Menilai manfaat cara mengontrol halusinasi dalam mengendalikan halusinasi
- b. Keluarga mampu
- 1) Menjelaskan halusinasi yang diterima oleh pasien
  - 2) Menjelaskan cara merawat pasien halusinasi melalui empat cara mengontrol halusinasi
  - 3) Mendemonstrasikan cara merawat pasien halusinasi
  - 4) Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah pasien
  - 5) Menilai dan melaporkan keberhasilannya merawat pasien.