

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Halusinasi**

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

Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa dimana klien merasakan stimulus seperti merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan atau penciuman yang sebenarnya tidak ada atau tidak nyata halusinasi merupakan salah satu dari sekian bentuk psikopatologi yang paling parah dan membingungkan. Secara fenomenologis halusinasi adalah gangguan yang paling umum dan yang paling penting, selain itu halusinasi dapat dianggap sebagai karakteristik psikosis (Sutejo, 2017)

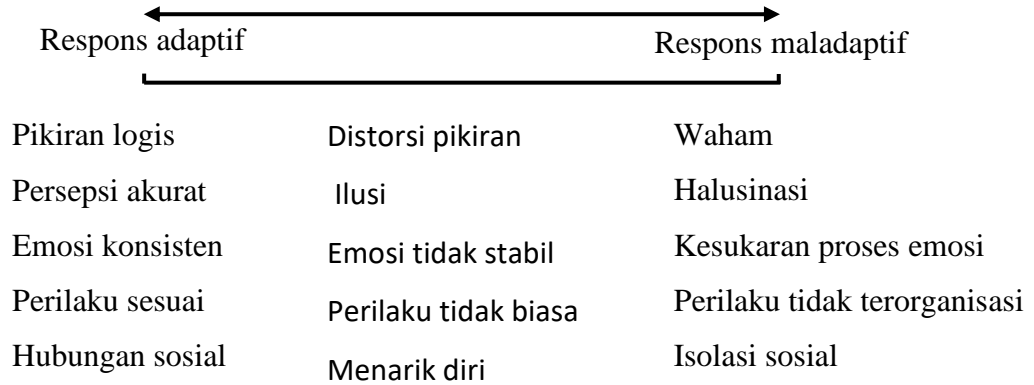
Halusinasi adalah gangguan yang terjadi pada persepsi sensori dari satu objek tanpa adanya suatu rangsangan yang nyata dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra seperti merasakan sensasi palsu berupa pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan dan perabaan. Pasien biasanya merasakan suatu stimulus khusus yang sebenarnya tidak ada (Yusuf, Fitriyasari, & Nihayati, 2015).

Halusinasi pendengaran adalah dimana seseorang mendengar suara atau kebisingan, suara terdengar seperti suara yang mengejek, menertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan. Perilaku yang muncul seperti mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, mulut komat-kamit, dan ada gerakan tangan (Nurarif & Kusuma, 2015).

Halusinasi penglihatan adalah di mana seseorang melihat suatu bayangan, cahaya, melihat makhluk yang mengejek, menertawakan, mengancam menyenangkan ataupun yang menakutkan seperti melihat monster. Kejadian tersebut dapat mengakibatkan ketakutan pada seseorang. Perilaku yang muncul seperti ketakutan dan menunjuk-nunjuk kearah sesuatu (Nurarif & Kusuma, 2015).

## 2. Rentang Respon Neurobiologi

Rentang respon menurut Stuart (2016), adalah:



Gambar 2.1 Rentang Respon Neurobiologi

## 3. Jenis Halusinasi

Jenis halusinasi dapat dibagi menjadi 5 menurut (Nurhalimah, 2016) yaitu :

- a. Halusinasi pendengaran (*Auditory- hearing voices or sounds Hallucinations*) adalah halusinasi pendengaran yang dimana pasien merasa ketakutan ataupun senang saat pasien mendengar suara-suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
- b. Halusinasi penglihatan (*Visual Hallucinations*) adalah halusinasi penglihatan yang dimana pasien merasa ketakutan ataupun senang saat melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
- c. Halusinasi pengecapan (*Gustatory Hallucinations*) adalah halusinasi pengecapan yang dimana pasien merasakan makanan atau rasa tertentu yang tidak nyata.
- d. Halusinasi penghidu (*Olfactory Hallucinations*) adalah halusinasi penghirupan yang dimana pasien seperti mencium bau tertentu seperti bau busuk, mayat, anyir darah, feses, atau hal menyenangkan seperti harum parfum atau masakan.
- e. Halusinasi perabaan (*Tactile Hallucinations*) adalah halusinasi perabaan yang dimana pasien merasakan sesuatu yang aneh pada tubuhnya seperti

yang mengerayap seperti serangga, makhluk halus atau tangan. klien merasakan sensasi panas atau dingin bahkan tersengat aliran listrik.

#### 4. Penyebab Halusinasi

Faktor yang dapat menyebabkan halusinasi dibagi menjadi 2 yaitu predisposisi dan presipitasi menurut (Videbeck & Sheila, 2020) yaitu:

##### a. Predisposisi

###### 1) Faktor genetik

Faktor genetik merupakan salah satu faktor utama yang dapat menyebabkan halusinasi dikarenakan anak yang memiliki satu orang tua penderita halusinasi memiliki resiko 15%, angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita halusinasi.

###### 2) Faktor psikologis

Faktor psikologis terjadi karena kegagalan berulang dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial, korban kekerasan, kurang kasih sayang. Sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup.

###### 3) Faktor sosiokultural dan lingkungan

Seseorang yang berada dalam sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala halusinasi lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai. Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi (*unwanted child*) akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

###### 4) Faktor biologis

Adanya riwayat penyakit herediter gangguan jiwa, riwayat penyakit, trauma kepala dan riwayat penggunaan NAPZA mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Dimetytranferase (DMP). Akibat Buffofenon dan stress berkepanjangan menyebabkan

teraktivasinya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan acetylcholin dan dopamine.

b. Faktor presipitasi

Respon klien terhadap halusinasi seperti curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu membuat keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata ataupun tidak nyata.

5. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala halusinasi menurut Sutejo (2017), dapat dinilai dari hasil observasi terhadap klien serta ungkapan klien. Adapun tanda dan gejala pada pasien halusinasi adalah:

a. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari pasien atau keluarga dengan gangguan sensori halusinasi mengatakan bahwa dirinya:

- 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 busuk ataupun wangi seperti bau darah, urine, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
- 6) Merasakan rasa seperti merasakan makanan atau rasa tertentu yang tidak nyata
- 7) Merasakan sesuatu yang aneh pada tubuhnya seperti yang mengerayap seperti serangga, makhluk halus
- 8) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya

b. Data objektif adalah data yang didapatkan pada pasien yang tampak secara langsung. Pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi melakukan hal-hal berikut:

- 1) Bicara atau tertawa sendiri
- 2) Marah-marah tanpa sebab
- 3) Mengarahkan telinga menjadiah tertentu
- 4) Menutup telinga

- 5) Menunjuk-nunjuk menjadiarah tertentu
- 6) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.

6. Fase Terjadinya Halusinasi

Halusinasi yang di alami oleh seseorang dapat berbeda-beda tergantung tingkat keparahan dari pasien. Berikut tingkat halusinasi menurut (Sutejo, 2017)

a. Fase I *Comforting* (Halusinasi menyenangkan)

Pasien mengalami perasaan yang mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah, takut sehingga mencoba untuk berfokus pada pikiran menyenangkan untuk meredakan ansietas. Pasien menganali bahwa pikiran-pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani. Gejala yang dapat terlihat seperti tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respon verbal lambat jika sedang asyik dan diam serta asyik sendiri (non psikotik).

b. Fase II *Condemning* (Halusinasi menjadi menjijikkan)

Pengalaman sensori yang menjijikkan, menyalahkan yang pasien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan, menarik diri dari orang lain, merasa kehilangan kontrol, tingkat kecemasan berat. Gejala yang dapat terlihat seperti meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom akibat ansietas, rentang perhatian menyempit, asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusiansi dan realita, menyalahkan, menarik diri dengan orang lain dan konsentrasi terhadap pengalaman sensori kerja (non psikotik).

c. Fase III *Controlling* (Pengalaman sensori jadi berkuasa)

Pasien berhenti melakukan perlawanan dan menyerah pada halusinasi tersebut, isi halusinasi menjadi menarik, pasien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusiansi berhenti. Gejala yang dapat terlihat seperti kemauan yang dikendalikan halusinasi akan diikuti, kesukaran berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit, adanya tanda-tanda fisik ansietas berat:

berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah, dan isi halusinasi menjadi atraktif (psikotik).

d. Fase IV *Conquering* (Umumnya menjadi melebur dalam halusinasinya)

Pengalaman sensori menjadi mengancam jika pasien mengikuti perintah halusinasinya, halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik. Gejala yang dapat terlihat seperti perilaku eror akibat panik, potensi kuat suicide atau homicide aktivitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti perilaku.

7. Penatalaksanaan Halusinasi

Penatalaksanaan menurut Iyan (2021), penatalaksanaan halusinasi ada beberapa seperti psikofarmakoterapi, psikoterapi dan rehabilitas yang diantaranya terapi aktivitas (TAK) dan rehabilitasi.

a. Psikofarmakoterapi

Salah satu dari gejala halusinasi adalah skizoprenia. Dengan menggunakan obat-obatan anti psikotik dapat mengurangi dan menurunkan halusinasi. Adapun di antaranya adalah

1) Antipsikoti

Indikasi utama dari obat golongan ini yaitu untuk penderita gangguan psikotik (Skizofrenia atau psikotik lainnya). Seperti obat antipsikotik yaitu: Chlorpromazine, Trifluoperazin, Thioridazin, Haloperidol, Klorprotixen, Lokaspin dan Pimozide. Efek utama dari obat antipsikotik menyerupai gejala psikotik seperti gangguan proses pikir (waham), gangguan persepsi (halusinasi), aktivitas psikomotor yang berlebihan (agresivitas), dan juga memiliki efek sedatif serta efek samping ekstrapiramidal. Efek samping yang dapat terjadi yaitu kegelisahan motorik, tremor, kasar, febris tinggi, kejang-kejang, penurunan tekanan darah, mulut kering, inkontinensia urin.

2) Antidepresan

Golongan obat-obatan yang mempunyai khasiat mengurangi atau menghilangkan gejala depresif. Contoh obat antidepresan yaitu: Imipramin, Maprotilin, Setralin dan paroxetine. Efek samping yang

dapat terjadi adalah hipotensi, hipertensi, perubahan pada gambaran EKG, obtipasi, mulut dan tenggorokan kering, mual dan sakit kepala.

### 3) Antiansietas

Golongan obat yang dipakai untuk mengurangi ansietas/kecemasan yang patologis tanpa banyak berpengaruh pada fungsi kognitif.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

### 1. Pengkajian

a. Identitas Pasien: Nama, tempat tanggal lahir, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, diagnose medis, nomor rekam medis.

### b. Alasan Masuk.

- 1) Apa yang menyebabkan klien/keluarga datang menjadidumah sakit saat ini.
- 2) Apa yang sudah dilakukan oleh keluarga mengatasi masalah ini, dan bagaimana hasilnya.

### c. Faktor Predisposisi

- 1) Apakah pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu.
- 2) Bagaimana pengobatan sebelumnya, apakah berhasil atau tidak.
- 3) Apakah klien pernah melakukan dan atau mengalami dan atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal.
- 4) Adakah keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Apabila ada anggota keluarga lama yang mengalami gangguan jiwa maka tanyakan bagaimana hubungan klien dengan anggota keluarga tersebut. Tanyakan apa gejala yang dialami serta riwayat pengobatan dan perawatan yang pernah diberikan pada anggota keluarga tersebut
- 5) Apakah ada pengalaman yang tidak menyenangkan (kegagalan, kehilangan/ perpisahan/ kematian, trauma selama tumbuh kembang) yang pernah dialami klien pada masa lalu.

### d. Fisik

Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ;

- 1) Ukur dan observasi tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan klien.

- 2) Ukur tinggi badan dan berat badan klien.
- 3) Tanyakan kepada klien/keluarga, apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien. Kaji lebih lanjut sistem dan fungsi organ dan jelaskan sesuai dengan keluhan yang ada.

e. Psikososial

- 1) Genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dan keluarga. Jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.
- 2) Konsep diri.
  - a) Gambaran diri  
Bagaimana persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.
  - b) Identitas diri.  
Bagaimana status dan posisi klien sebelum dirawat. Kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, kelompok). Kepuasan klien sebagai laki-laki/perempuan.
  - c) Peran diri.  
Bagaimana tugas/peran yang diemban dalam keluarga/kelompok/masyarakat. Kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/ peran tersebut
  - d) Ideal diri.  
Bagaimana harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas/peran. Harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat). Harapan klien terhadap penyakitnya.
  - e) Harga diri.  
Bagaimana hubungan klien dengan orang lain. Penilaian/penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.
- 3) Hubungan Sosial
  - a) Siapa orang yang berarti dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan atau sokongan.
  - b) Kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.



c) Sejauh mana pasien terlibat dalam kelompok dimasyarakat, apakah ada hambatan atau tidak.

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan.

- Pandangan dan keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut.
- Pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa.

b) Kegiatan ibadah.

- Kegiatan ibadah dirumah secara individu dan kelompok.
- Pendapat klien/ keluarga tentang kegiatan ibadah.

f. Status Mental

1) Penampilan

Bagaimana penampilan pasien apakah rapi/tidak rapi/penggunaan pakaian tidak sesuai/cara berpakaian tidak seperti biasanya.

2) Pembicaraan.

Bagaimana cara bicara klien, apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis dan atau lambat.

3) Aktivitas motoric.

Amati apakah pasien lesu, tegang, gelisah, agitasi, tik, grisamen, tremor, kompulsif.

4) Alam perasaan

Amati apakah pasien sedih, ketakutan, putus asa, khawatir, atau gembira berlebihan.

5) Afek.

Amati apakah afek pasien datar, tumpul, labil, atau tidak sesuai.

6) Interaksi selama wawancara.

Bagaimana interaksi pasien apakah kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata, defensive, atau curiga.

7) Persepsi.

Jelaskan jenis halusinasi, isi halusinasi, waktu, frekuensi, respon yang tampak pada saat klien berhalusinasi.

## 8) Proses pikir.

Bagaimana proses pikir pasien apakah sirkumtansial, tangensial, kehilangan asosiasi, flight of idea, blocking, atau pengulangan pembicaraan.

## 9) Isi pikir.

Bagaimana isi pikir pasien apakah obsesi, fobia, hipokondria, depersonalisasi, atau pikiran magis.

## 10) Tingkat kesadaran.

Bagaimana tingkat kesadaran pasien apakah bingung, sedasi, stupor, ataukah mengalami gangguan disorientasi waktu, tempat, dan orang.

## 11) Memori.

Bagaimana memori pasien, apakah mengalami gangguan daya ingat jangka panjang, gangguan daya ingat jangka pendek, gangguan daya ingat saat ini, atau konfabulasi.

## 12) Tingkat konsentrasi dan berhitung.

Bagaimana apakah pasien mudah teralih, tidak mau konsentrasi, atau tidak mampu berhitung sederhana.

## 13) Kemampuan penilaian.

Apakah pasien mengalami gangguan penilaian ringan atau bermakna.

## 14) Daya tilik diri.

Apakah pasien mengingkari penyakit yang di deritanya atau menerima.

## g. Kebutuhan Persiapan Pulang

Makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian/berhias, istirahat tidur, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan, kegiatan di dalam rumah, kegiatan di luar rumah.

## h. Mekanisme Koping

Bagaimana mekanisme koping pasien, apakah adaptif atau maladaptif.

## i. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Apakah pasien mengalami masalah dengan dukungan kelompok, masalah berhubungan dengan lingkungan, masalah dengan pendidikan, masalah

dengan pekerjaan, masalah dengan perumahan, masalah dengan ekonomi, masalah dengan pelayanan kesehatan, dan masalah lainnya.

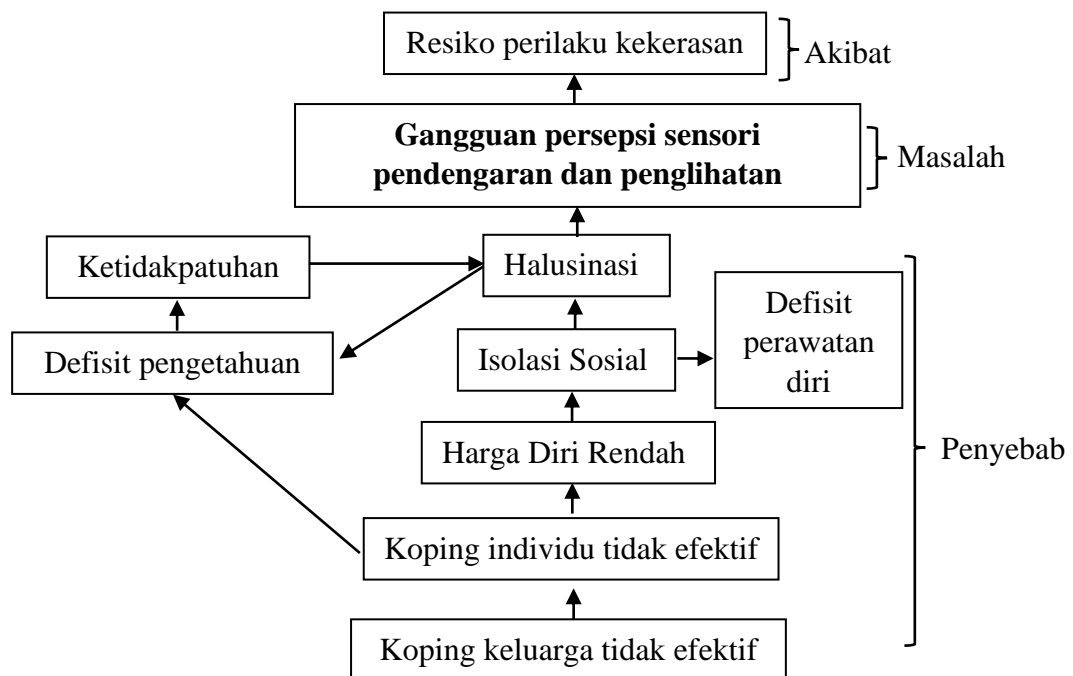
j. Pengetahuan

Bagaimana pengetahuan pasien mengenai penyakit jiwa, faktor presipitasi, coping, system pendukung, penyakit fisik, atau obat-obatan.

k. Aspek Medis.

Apa diagnosa medis pasien dan apa saja terapi medik pasien.

## 2. Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah

## 3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien halusinasi menurut (SDKI, 2017) yaitu :

a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi (Pendengaran, Penglihatan,

Penciuman, Perasaan dan Perabaan)

- b. Ketidakpatuhan
- c. Harga Diri Rendah Kronis
- d. Penurunan Koping Keluarga
- e. Resiko Perilaku Kekerasan
- f. Resiko Bunuh Diri

#### 4. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencanaan keperawatan merupakan rencana tindakan yang akan diberikan kepada klien sesuai dengan kebutuhan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Pada tahap intervensi ini penulis menyusun tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosis prioritas pasien yang dilihat dari pohon masalah yaitu, ketidak patuhan (penyebab), gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dan penglihatan (masalah), resiko perilaku kekerasan (akibat).

Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan menjadi prioritas utama dalam melakukan intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien meliputi tujuan dan tindakan yang ingin dicapai setelah dilakukan tindakan keperawatan selama lima kali pertemuan dalam satu shift selama lima hari diharapkan masalah pasien teratasi dengan kriteria hasil yang ditentukan rencana keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018) dapat dijabarkan pada tabel berikut :

Tabel 2.1 Rencana Tindakan Keperawatan

| No                     | Diagnosa Keperawatan  | Tujuan  | Intervensi Keperawatan | Rasional |            |                     |   |   |         |   |   |               |   |   |                        |   |   |             |   |   |           |   |   |   |  |
|------------------------|---|---|------------------------|----------|------------|---------------------|---|---|---------|---|---|---------------|---|---|------------------------|---|---|-------------|---|---|-----------|---|---|---|--|
| 1.                     | Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dan Penglihatan | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ..... pertemuan, diharapkan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dan penglihatan dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Persepsi Sensori (L.09083)<br/>Ekspektasi: Membaik</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>A (Awal)</th> <th>T (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku halusinasi</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Melamun</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Mondar-mandir</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Respon sesuai stimulus</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Konsentrasi</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Orientasi</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan:<br/>1: Menurun<br/>2: Cukup menurun<br/>3: Sedang<br/>4: Cukup memeningkat<br/>5: Memeningkat</p> | Kriteria Hasil         | A (Awal) | T (Target) | Perilaku halusinasi | 5 | 1 | Melamun | 5 | 1 | Mondar-mandir | 5 | 1 | Respon sesuai stimulus | 5 | 1 | Konsentrasi | 5 | 1 | Orientasi | 5 | 1 | <p><b>Manajemen Halusinasi (I.09288)</b></p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi.</li> <li>- Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan.</li> <li>- Monitor isi halusinasi (misal kekerasan atau membahayakan diri).</li> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan lingkungan yang aman.</li> <li>- Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (misal limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi).</li> <li>- Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi.</li> <li>- Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi.</li> </ul> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi.</li> <li>- Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberikan dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi.</li> <li>- Anjurkan melakukan distraksi (misal mendengarkan music, melakukan aktivitas, dan teknik relaksi).</li> <li>- Anjurkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi.</li> </ul> | <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengetahui perilaku yang mengindikasikan pasien mengalami halusinasi.</li> <li>- Mengetahui isi halusinasi pasien.</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lingkungan yang aman dapat memberikan rasa nyaman pada pasien.</li> <li>- Mengetahui perasaan dan respon pasien.</li> <li>- Memberikan rasa saling percaya.</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agar pasien dapat mengontrol ketika terjadi halusinasi.</li> <li>- Agar pasien dapat mengurangi terjadinya halusinasi dengan mengekspresikan apa yang ia rasakan pada orang lain.</li> <li>- Teknik relaksasi dapat memberikan rasa ketenangan pada pasien.</li> <li>- Agar pasien dapat mengetahui bagaimana cara mengontrol halusinasi.</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemberian obat antipsikotik dan antiansietas akan memberikan dampak ketenangan pada pasien.</li> </ul> |
| Kriteria Hasil         | A (Awal)  | T (Target)  |                        |          |            |                     |   |   |         |   |   |               |   |   |                        |   |   |             |   |   |           |   |   |   |  |
| Perilaku halusinasi    | 5   | 1   |                        |          |            |                     |   |   |         |   |   |               |   |   |                        |   |   |             |   |   |           |   |   |   |  |
| Melamun                | 5   | 1   |                        |          |            |                     |   |   |         |   |   |               |   |   |                        |   |   |             |   |   |           |   |   |   |  |
| Mondar-mandir          | 5   | 1   |                        |          |            |                     |   |   |         |   |   |               |   |   |                        |   |   |             |   |   |           |   |   |   |  |
| Respon sesuai stimulus | 5   | 1   |                        |          |            |                     |   |   |         |   |   |               |   |   |                        |   |   |             |   |   |           |   |   |   |  |
| Konsentrasi            | 5   | 1   |                        |          |            |                     |   |   |         |   |   |               |   |   |                        |   |   |             |   |   |           |   |   |   |  |
| Orientasi              | 5   | 1   |                        |          |            |                     |   |   |         |   |   |               |   |   |                        |   |   |             |   |   |           |   |   |   |  |

| No                      | Diagnosa Keperawatan | Tujuan  | Intervensi Keperawatan  | Rasional |            |              |   |   |                         |   |   |             |   |   |            |   |   |   |  |
|-------------------------|----------------------|---|---|----------|------------|--------------|---|---|-------------------------|---|---|-------------|---|---|------------|---|---|---|--|
|                         |                      |   | Kolaborasi:<br>- Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu. |          |            |              |   |   |                         |   |   |             |   |   |            |   |   |   |  |
| 2.                      |                      | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ..... pertemuan, diharapkan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dan penglihatan dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Persepsi Sensori (L.09083)<br/>Ekspektasi: Membaik</p> <table border="1" data-bbox="546 667 1055 890"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>A (Awal)</th> <th>T (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Menarik diri</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Perilaku sesuai realita</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>konsentrasi</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pola tidur</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan:<br/>1: Menurun<br/>2: Cukup menurun<br/>3: Sedang<br/>4: Cukup meningkat<br/>5: Membaik</p> | Kriteria Hasil  | A (Awal) | T (Target) | Menarik diri | 5 | 1 | Perilaku sesuai realita | 1 | 5 | konsentrasi | 1 | 5 | Pola tidur | 1 | 5 | <p><b>Minimalisasi Rangsangan (I.08241)</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Periksa status mental, status sensori dan tingkat kenyamanan (missal nyeri dan kelelahan)</li> </ul> <p>Terapiutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (misal bising dan terlalu terang)</li> <li>- Batasi stimulus lingkungan (misal cahaya, suara dan aktivitas)</li> <li>- Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat</li> <li>- Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu sesuai kebutuhan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (misal mengatur pencahayaan ruangan, kebisingan, membatasi kunjungan)</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan</li> <li>- Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus</li> </ul> | <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempermudah pemberian tindakan selanjutnya</li> </ul> <p>Terapiutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempermudah mengenal tingkat toleransi pasien</li> <li>- Membatasi kemungkinan adanya rangsangan sensori</li> <li>- Pasien tidak merasa bosan ataupun jenuh dalam terapi yang telah diberikan</li> <li>- Mengefisiensi waktu pemberian tindakan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dapat menghindari penyebab yang dapat menimbulkan rangsangan sensori yang tidak nyata</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengefisiensi waktu pemberian Tindakan</li> <li>- Membantu pasien berpikir lebih trngang dan jernih.</li> </ul> |
| Kriteria Hasil          | A (Awal)             | T (Target)  |   |          |            |              |   |   |                         |   |   |             |   |   |            |   |   |   |  |
| Menarik diri            | 5                    | 1   |   |          |            |              |   |   |                         |   |   |             |   |   |            |   |   |   |  |
| Perilaku sesuai realita | 1                    | 5   |   |          |            |              |   |   |                         |   |   |             |   |   |            |   |   |   |  |
| konsentrasi             | 1                    | 5   |   |          |            |              |   |   |                         |   |   |             |   |   |            |   |   |   |  |
| Pola tidur              | 1                    | 5   |   |          |            |              |   |   |                         |   |   |             |   |   |            |   |   |   |  |

| No                                       | Diagnosa Keperawatan | Tujuan   | Intervensi Keperawatan | Rasional |            |                                       |   |   |                     |   |   |                    |   |   |  |   |   |                                     |   |   |                  |   |   |              |   |   |   |  |
|--|----------------------|--|------------------------|----------|------------|---------------------------------------|---|---|---------------------|---|---|--------------------|---|---|--|---|---|-------------------------------------|---|---|------------------|---|---|--------------|---|---|---|--|
| 3.                                       |                      | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ..... pertemuan, diharapkan resiko perilaku kekerasan dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Kontrol Diri (L.09076)<br/>Ekspektasi: Meningkatkan</p> <table border="1" data-bbox="555 504 1043 1155"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>A (Awal)</th> <th>T (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi ancaman kepada orang lain</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi umpatan</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perilaku menyerang</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perilaku melukai diri sendiri/orang lain</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perilaku merusak lingkungan sekitar</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perilaku agresif</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bicara ketus</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan:<br/>1: Meningkatkan<br/>2: Cukup meningkat<br/>3: Sedang<br/>4: Cukup menurun<br/>5: Menurun</p> | Kriteria Hasil         | A (Awal) | T (Target) | Verbalisasi ancaman kepada orang lain | 1 | 5 | Verbalisasi umpatan | 1 | 5 | Perilaku menyerang | 1 | 5 | Perilaku melukai diri sendiri/orang lain | 1 | 5 | Perilaku merusak lingkungan sekitar | 1 | 5 | Perilaku agresif | 1 | 5 | Bicara ketus | 1 | 5 | <p><b>Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544)</b></p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (misal benda tajam dan tali).</li> <li>- Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung.</li> <li>- Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (misal pisau cukur).</li> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin.</li> <li>- Libatkan keluarga dalam perawatan.</li> </ul> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien.</li> <li>- Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif.</li> <li>- Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (misalnya relaksasi dan bercerita).</li> </ul> | <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dilakukan agar meminimalkan potensi bahaya bagi pasien dan orang lain.</li> <li>- Agar pasien tidak merugikan lingkungan dan orang lain.</li> <li>- Agar tidak digunakan pasien untuk membahayakan diri sendiri dan orang lain.</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agar lingkungan pasien aman dan tidak membahayakan.</li> <li>- Agar pasien merasakan bahwa keluarga ikut berperan mendukung proses kesembuhannya.</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agar pengunjung dan keluarga memperhatikan hal-hal yang mendukung keselamatan pasien.</li> <li>- Agar pasien dapat mengungkapkan perasaannya kepada orang lain secara jujur.</li> <li>- Agar pasien mampu mengurangi dan mengontrol marah.</li> </ul> |
| Kriteria Hasil                           | A (Awal)             | T (Target)   |                        |          |            |                                       |   |   |                     |   |   |                    |   |   |  |   |   |                                     |   |   |                  |   |   |              |   |   |   |  |
| Verbalisasi ancaman kepada orang lain    | 1                    | 5  |                        |          |            |                                       |   |   |                     |   |   |                    |   |   |  |   |   |                                     |   |   |                  |   |   |              |   |   |   |  |
| Verbalisasi umpatan                      | 1                    | 5  |                        |          |            |                                       |   |   |                     |   |   |                    |   |   |  |   |   |                                     |   |   |                  |   |   |              |   |   |   |  |
| Perilaku menyerang                       | 1                    | 5  |                        |          |            |                                       |   |   |                     |   |   |                    |   |   |  |   |   |                                     |   |   |                  |   |   |              |   |   |   |  |
| Perilaku melukai diri sendiri/orang lain | 1                    | 5  |                        |          |            |                                       |   |   |                     |   |   |                    |   |   |  |   |   |                                     |   |   |                  |   |   |              |   |   |   |  |
| Perilaku merusak lingkungan sekitar      | 1                    | 5  |                        |          |            |                                       |   |   |                     |   |   |                    |   |   |  |   |   |                                     |   |   |                  |   |   |              |   |   |   |  |
| Perilaku agresif                         | 1                    | 5  |                        |          |            |                                       |   |   |                     |   |   |                    |   |   |  |   |   |                                     |   |   |                  |   |   |              |   |   |   |  |
| Bicara ketus                             | 1                    | 5  |                        |          |            |                                       |   |   |                     |   |   |                    |   |   |  |   |   |                                     |   |   |                  |   |   |              |   |   |   |  |

| No                       | Diagnosa Keperawatan | Tujuan  | Intervensi Keperawatan | Rasional |            |                 |   |   |                          |   |   |                          |   |   |             |   |   |   |   |
|--------------------------|----------------------|---|------------------------|----------|------------|-----------------|---|---|--------------------------|---|---|--------------------------|---|---|-------------|---|---|---|---|
| 4.                       |                      | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ..... pertemuan, diharapkan keterlibatan sosial meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Keterlibatan Sosial (L.13115)<br/>Ekspektasi: Meningkatkan</p> <table border="1" data-bbox="557 536 1043 911"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>A (Awal)</th> <th>T (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Minat interaksi</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Minat terhadap aktivitas</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Afek murung/murung/sedih</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kontak mata</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan:<br/>1: Menurun<br/>2: Cukup menurun<br/>3: Sedang<br/>4: Cukup meningkat<br/>5: Meningkatkan</p> | Kriteria Hasil         | A (Awal) | T (Target) | Minat interaksi | 1 | 5 | Minat terhadap aktivitas | 1 | 5 | Afek murung/murung/sedih | 1 | 5 | Kontak mata | 1 | 5 | <p><b>Terapi Kelompok (I.113500)</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi topik, tujuan dan proses kelompok</li> <li>- Monitor keterlibatan aktif setiap anggota kelompok</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bentuk kelompok 5 sampai 12 anggota</li> <li>- Tentukan waktu dan tempat yang sesuai untuk pertemuan kelompok</li> <li>- Ciptakan suasana nyaman</li> <li>- Gunakan kontrak tertulis, jika perlu</li> <li>- Mulai dan akhiri kegiatan tepat waktu</li> <li>- Atur tempat duduk sesuai metode yang digunakan</li> <li>- Sepakati norma kelompok</li> <li>- Berikan arahan dan informasi yang sesuai</li> <li>- Hindari interaksi kelompok tidak produktif</li> <li>- Arahkan kelompok melalui tahapan pengembangan kelompok</li> <li>- Arahkan anggota kelompok untuk terlibat aktif</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan berbagi perasaan, pengetahuan, dan pengalaman</li> <li>- Anjurkan saling membantu dalam kelompok</li> <li>- Latih tanggung jawab dan mengendalikan diri dalam kelompok</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rujuk ke perawat spesialis lain, jika perlu</li> </ul> | <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lebih terarah dalam pemberian terapi kelompok</li> <li>- Semua anggota kelompok dapat terlibat dengan aktif</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempermudah dalam pemberian terapi kelompok</li> <li>- Kontrak waktu terjalin dengan baik</li> <li>- Pasien merasa nyaman</li> <li>- Mempunyai bukti</li> <li>- Kegiatan yang dilakukan tidak menimbulkan kejenuhan</li> <li>- Dilakukan oleh kelompok secara bertahap</li> <li>- Semua anggota kelompok dapat terlibat dengan aktif</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendapat motivasi dari orang lain dari pengalaman ceritakan dengan yang lain</li> <li>- Membantu menumbuhkan rasa percaya diri</li> <li>- Memberi kesempatan kepada klien</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendapat pelayanan keperawatan yang lebih spesifik</li> </ul> |
| Kriteria Hasil           | A (Awal)             | T (Target)  |                        |          |            |                 |   |   |                          |   |   |                          |   |   |             |   |   |   |   |
| Minat interaksi          | 1                    | 5   |                        |          |            |                 |   |   |                          |   |   |                          |   |   |             |   |   |   |   |
| Minat terhadap aktivitas | 1                    | 5   |                        |          |            |                 |   |   |                          |   |   |                          |   |   |             |   |   |   |   |
| Afek murung/murung/sedih | 1                    | 5   |                        |          |            |                 |   |   |                          |   |   |                          |   |   |             |   |   |   |   |
| Kontak mata              | 1                    | 5   |                        |          |            |                 |   |   |                          |   |   |                          |   |   |             |   |   |   |   |



## 5. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan secara langsung kepada pasien. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling membantu, kemampuan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan evaluasi.

## 6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi bertujuan untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan keperawatan yang akan dicapai. Evaluasi terbagi atas dua jenis, yaitu:

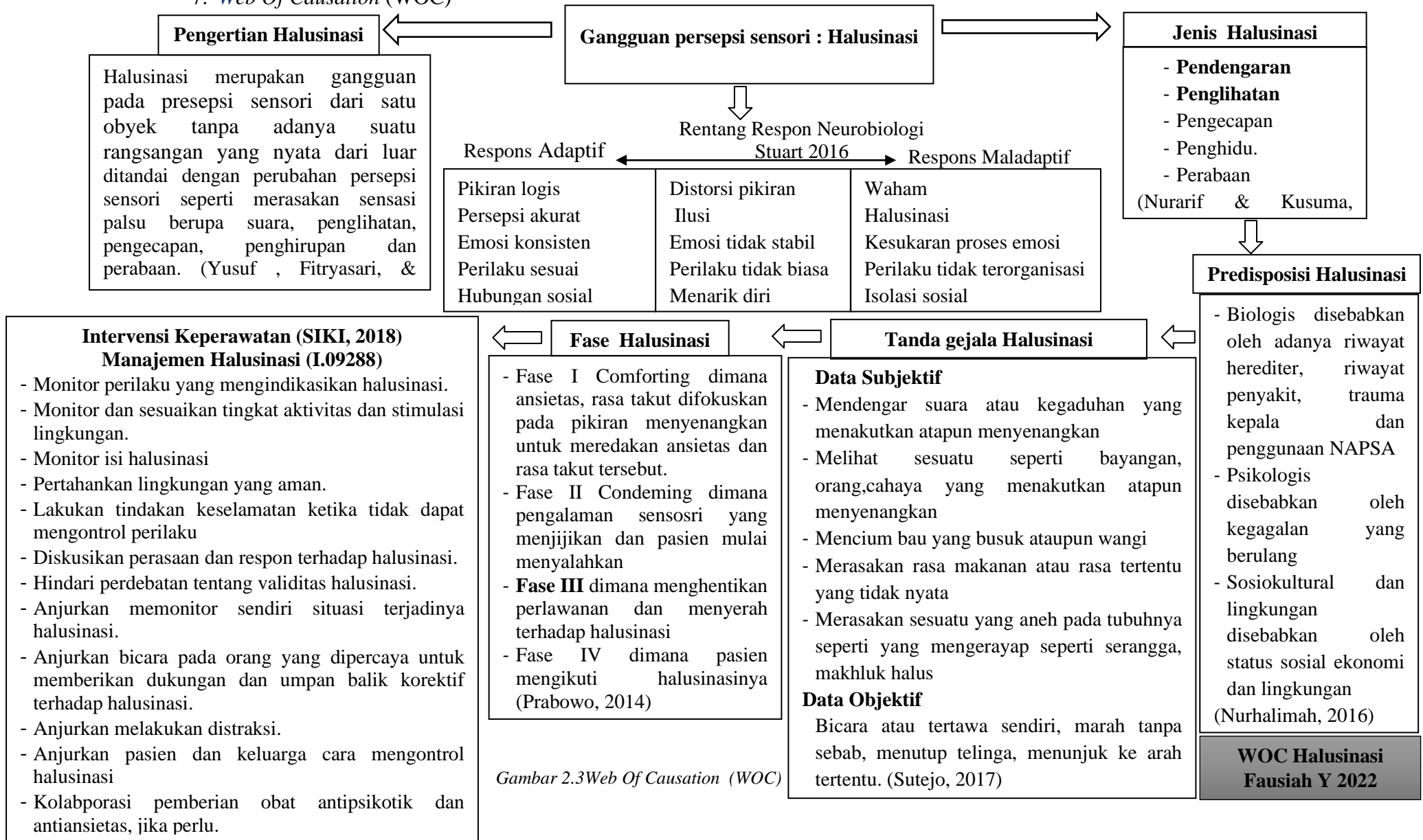
### a) Evaluasi formatif

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisa data (perbandingan data dengan teori), dan Planning (perencanaan).

### b) Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktifitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir layanan, menanyakan respon pasien dan keluarga terkait layanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhir pelayanan.

7. Web Of Causation (WOC)



Gambar 2.3 Web Of Causation (WOC)