

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Halusinasi

1. Defenisi halusinasi

Halusinasi adalah persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori meliputi seluruh pancaindra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, perabaan, atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Ruswadi 2021).

2. Tanda dan gejala halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi dalam menurut (Lalla et al. 2022), yaitu :

- a. Melirikkan mata ke kiri dan kekanan seperti mencari siapa atau apa yang sedang berbicara.
- b. Mendengarkan dengan penuh perhatian pada orang lain yang tidak sedang berbicara atau kepada benda mati seperti mebel, tembok, dll.
- c. Terlibat percakapan dengan benda mati atau dengan seseorang yang tidak tampak.
- d. Menggerakkan-gerakan mulut seperti sedang berbicara atau sedang menjawab suara.
- e. Cenderung menarik diri, sering di dapatkan duduk terpaku.
- f. Pandangan mata pada satu arah tertentu, tersenyum atau bicara.

g. Tiba-tiba marah atau menyerang orang lain, gelisah, melakukan gerakan seperti sedang menikmati sesuatu.

3. Proses terjadinya halusinasi

Untuk meningkatkan pemahaman Anda tentang halusinasi Marilah kita belajar mengenai proses terjadinya halusinasi. Proses terjadinya halusinasi dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart yang meliputi stressor dari faktor predisposisi dan presipitasi.

Menurut (Widiyawati 2020), ada beberapa faktor proses terjadinya halusinasi yaitu :

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 lain (NAPZA).

2) Faktor Psikologis

Memiliki riwayat kegagalan yang berulang. Menjadi korban, pelaku maupun saksi dari perilaku kekerasan serta kurangnya kasih sayang dari orang-orang disekitar atau overprotektif.

3) Sosiobudaya dan lingkungan

Sebahagian besar pasien halusinasi berasal dari keluarga dengan sosial ekonomi rendah, selain itu pasien memiliki riwayat penolakan dari lingkungan pada usia perkembangan anak, pasien

halusinasi seringkali memiliki tingkat pendidikan yang rendah serta pernah mengalami kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri), serta tidak bekerja.

b. Faktor Presipitasi

1) Bilogis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

2) Stress lingkungan

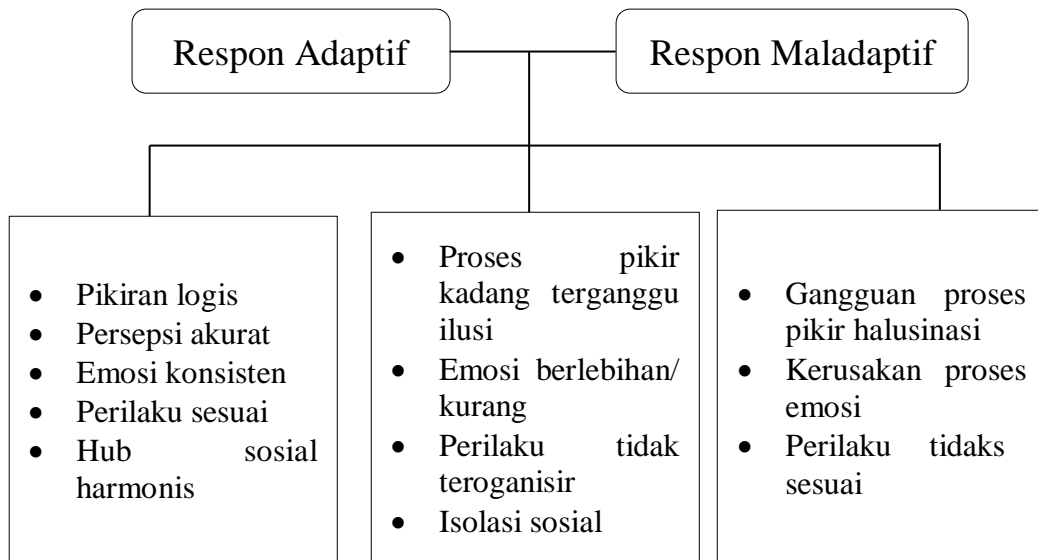
Ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3) Sumber koping

Mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor.

4. Rentang respon halusinasi

Stuart dan Laraia, menjelaskan rentang respon neurobiologis pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi, (Avelin et al. 2022) sebagai berikut:



Bagan 2.1 Rentang Respon Halusinasi

5. Jenis halusinasi

Ada beberapa jenis halusinasi menurut (Lalla et al. 2022), sebagai berikut :

a. Halusinasi pendengaran

Mendengar suara-suara atau kebisingan, paling sering suara orang. Suara berbentuk kebisingan yang kurang jelas sampai kata-kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai ke percakapan lengkap antara dua orang atau lebih tentang orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang terdengar dimana klien mendengar perkataan bahwa pasien disuruh untuk melakukan sesuatu kadang- kadang dapat membahayakan.

b. Halusinasi penglihatan

Stimulus visual dalam bentuk kelihatan cahaya, gambar pemetris, gabor kartoon, bayangan yang rumit atau kompleks. Bayangan bias menyenangkan atau menakutkan seperti melihat

monster.

c. Halusinasi penghidu

Membraui bau-bauan tertentu bau darah, urin atau feses, umumnya bau-bauan yang tidak menyenangkan. Halusinasi penghidu sering akibat stroke, tumor, kejang, atau demensia.

d. Halusinasi pengecapan

Merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin, atau feses.

e. Halusinasi perabaan

Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas. Rasa tersentrum listrik yang datang dari tanah, benda mati, atau orang lain.

6. Fase halusinasi

Menurut (Ruswadi 2021), Fase halusinasi terbagi beberapa tahapan yaitu:

a. Fase pertama

Disebut dengan fase comforting yaitu fase menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik.

1) Karakteristik

Klien mengalami stress, 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.

2) Perilaku klien

Tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan

bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respon verbal lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya dan suka menyendiri.

b. Fase kedua

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

1) Karakteristik

Pengalaman sensori 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.

2) Perilaku klien

Meningkatkan 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.

1) Karakteristik

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

2) 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

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

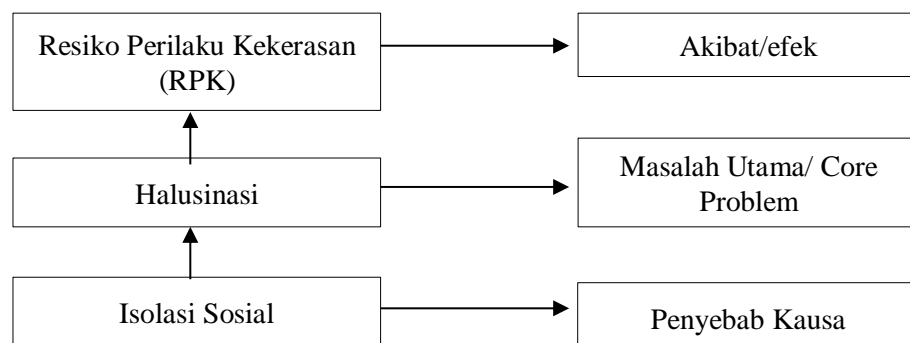
1) Karakteristik

Halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain di lingkungan.

2) Perilaku klien

Perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau kompleks, dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang.

7. Pohon masalah



Bagan 2.2 Pohon Masalah Halusinasi
(Ruswadi 2021).

8. Penatalaksanaan Halusinasi

Menurut (Widiyawati 2020), Penatalaksanaan halusinasi yaitu :

a. Psikofarmakologis

Dengan pemberian obat-obatan yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala pada klien skizoprenia adalah obat anti psikosis. Pada klien halusinasi terapi medis seperti *haloperidol* (HLP), *Clapromazine* (CPZ), *Trihexyphenidyl* (THP).

b. Terapi psikososial

Karakteristik dari halusinasi adalah rusaknya kemampuan untuk membentuk dan mempertahankan hubungan sesama manusia, maka intervensi utama difokuskan untuk membantu klien memasuki dan mempertahankan sosialisasi yang penuh arti dalam kemampuan klien Alternatif :

1) Terapi modalitas

Semua sumber daya di rumah sakit disarankan untuk menggunakan komunikasi yang terapeutik, termasuk semua (staf administrasi, pembantu kesehatan, mahasiswa, dan petugas instalasi)

2) Terapi group (kelompok terapeutik)

Terapi aktivitas kelompok (*adjuntive group activity therapy*)

3) TAK stimulus persepsi: Halusinasi

a) Sesi 1 : Menenal halusinasi

b) Sesi 2 : Mengontrol halusinasi dengan menghardik

- c) Sesi 3 : Mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan
 - d) Sesi 4 : Mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap
 - e) Sesi 5 : Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat.
- c. Terapi keluarga
- Tujuan dari terapi keluarga :
- 1) Menurunkan konflik kecemasan
 - 2) Meningkatkan kesadaran keluarga terhadap kebutuhan masing masing keluarga
 - 3) Meningkatkan pertanyaan kritis
 - 4) Menggambarkan hubungan peran yang sesuai dengan tumbuh kembang. Perawat membekali keluarga dengan pendidikan tentang kondisi klien dan kepedulian pada situasi keluarga.
- d. Psikoterapi dan Rehabilitasi
- Psikoterapi suportif individual atau kelompok sangat membantu karean klien kembali ke masyarakat, selain itu terapi kerja sangat baik untuk mendorong klien bergaul dengan orang lain, klien lain, perawat dan dokter. Maksudnya supaya klien tidak mengasingkan diri kareana dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik, dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama, seperti terapi mordalitas yang terdiri dari:
- e. Terapi aktivitas
- Meliputi: terapi musik, terapi seni, terapi menari, terapi relaksasi, terapi sosial, terapi kelompok, terapi lingkungan, dan terapi

psikoreligius.

9. Konsep Asuhan Keperawatan

Berdasarkan aspek teoritis diuraikan beberapa langkah sebagai berikut (Widiyawati 2020).

a. Pengkajian

Pengkajian adalah proses untuk tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Pengelompokan pengkajian kesehatan jiwa, dapat berupa faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping, dan kemampuan yang dimiliki :

1) Identifikasi klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, tanggal pengkajian, tanggal dirawat, nomor rekam medis.

2) Alasan masuk

Alasan klien datang ke RSJ, biasanya klien sering berbicara sendiri, mendengar atau melihat sesuatu, suka berjalan tanpa tujuan, membanting peralatan dirumah, menarik diri.

3) Faktor prediposisi

a) Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa dan kurang berhasil dalam pengobatan

b) Pernah mengalami aniaya fisik, penolakan dan kekerasan dalam keluarga

- c) Klien dengan gangguan orientasi bersifat herediter
 - d) Pernah mengalami trauma masa lalu yang sangat mengganggu
- 4) Faktor presipitasi stressor presipitasi pada klien dengan halusinasi biasanya ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam keluarga, atau adanya aturan atau tuntutan dalam keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan klien serta konflik antar masyarakat.

5) Pemeriksaan Fisik

Biasanya pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) yaitu tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, dan suhu tubuh klien, kemudian pengukuran tinggi badan dan berat badan, serta keluhan fisik yang dirasakan klien.

6) Psikososial

a) Genogram

Pada biasanya terlihat ada anggota keluarga yang mengalami kelaianan jiwa, pola komunikasi klien terganggu begitupun dengan pengambilan keputusan dan pola asuh.

b) Konsep diri

Gambaran diri klien biasanya mengeluh dengan keadaan tubuhnya, ada bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai, identifikasi diri: klien biasanya mampu menilai identitasnya, peran diri klien terganggu, ideal diri tidak menilai diri, harga diri klien memiliki harga diri yang rendah sehubungan dengan

sakitnya.

c) Hubungan sosial

Biasanya Klien kurang dihargai dilingkungan dan keluarga.

d) Spiritual

Nilai dan keyakinan biasanya klien dengan sakit jiwa dipandang tidak sesuai dengan agama dan budaya, kegiatan ibadah klien biasanya menjalankan ibadah di rumah sakit sebelumnya, saat ibadah terganggu atau sangat berlebihan.

7) Mental

a) Penampilan

Biasanya penampilan diri yang tidak rapi, tidak serasi atau cocok dan berubah dari biasanya.

b) Pembicaraan

Biasanya cara bicara klien dengan halusinasi keras, gagap, inkoheren, apatis, lambat, membisu, berbeli-belit dan tidak mampu mulai pembicaraan..

c) Akitifitas motorik

Biasanya keadaan klien tampak lesu, tegang, gelisah, sering menyendiri, dan tremor.

d) Alam perasaan

Biasanya berupa suasana emosi yang memanjang akibat dari faktor presipitasi misalnya sedih atau putus asa disertai apatis.

e) Afek

Biasanya Afek klien sering tumpul, datar, labil, dan tidak sesuai dan ambiven.

f) Interaksi selama wawancara

Biasanya Selama berinteraksi dapat dideteksi sikap klien yang tampak komat-kamit, tertawa sendiri, tidak terkait dengan pembicaraan.

g) Persepsi

Biasanya tergantung dari Halusinasi apa yang terjadi dengan klien. Data yang terkait tentang halusinasi lainnya yaitu berbicara sendiri dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindari dari orang lain, tidak dapat membedakan nyata atau tidak nyata, tidak dapat memusatkan perhatian, curiga, bermusuhan, merusak, takut, ekspresi muka tegang, dan mudah tersinggung.

h) Proses fikir

Biasanya klien halusinasi proses pikir sirkumtansial, tangensial, kehilangan asosiasi, pengulangan pembicaraan.

i) Isi pikir

Keyakinan klien dengan tidak konsisten dengan tingkat intelektual dan latar belakang budaya klien. Ketidakmampuan memproses stimulus internal dan eksternal melalui proses informasi dapat menimbulkan waham.

j) Tingkat kesadaran

Biasanya klien mengalami disorientasi terhadap orang, tempat, dan waktu.

k) Memori

Biasanya klien halusinasi terjadi gangguan daya ingat jangka panjang maupun jangka pendek, mudah lupa, klien kurang mampu menjalankan peraturan yang telah disepakati, tidak mudah tertarik. Klien berulang kali menanyakan waktu, menanyakan apakah tugasnya sudah dikerjakan dengan baik, permisi untuk satu hal.

l) Tingkat konsentrasi berhitung

Biasanya kemampuan mengorganisir dan konsentrasi terhadap realitas eksternal, sukar menyelesaikan tugas, sukar berkonsentrasi pada kegiatan atau pekerjaan dan mudah mengalihkan perhatian, mengalami masalah dalam memberikan perhatian.

m) Kemampuan penilaian

Biasanya klien mengalami ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, menilai, dan mengevaluasi diri sendiri dan juga tidak mampu melaksanakan keputusan yang telah disepakati. Sering tidak merasa dipikirkan dan diucapkan salah.

n) Daya talik diri

Biasanya klien mengalami ketidakmampuan dalam mengambil

keputusan. Menilai dan mengevaluasi diri sendiri, penilaian terhadap lingkungan dan stimulus, membuat rencana termasuk memutuskan, melaksanakan keputusan yang telah disepakati. Klien yang sama sekali tidak dapat mengambil keputusan merasa kehidupan sangat sulit, situasi ini sering mempengaruhi motivasi dan inisiatif klien.

8) Kebutuhan persiapan pasien pulang

a) Makan

Biasanya keadaan berat, klien sibuk dengan halusinasi dan cenderung tidak memperhatikan diri termasuk tidak peduli makanan karena tidak memiliki minat dan kepedulian.

b) BAB atau BAK

Biasanya klien halusinasi observasi kemampuan klien untuk BAK atau BAB serta kemampuan klien untuk membersihkan diri.

c) Mandi

Biasanya pasien mandi berulang-ulang atau tidak mandi sama sekali.

d) Berpakaian

Biasanya tidak rapi, tidak sesuai dan tidak diganti.

e) Observasi tentang lama dan waktu tidur siang dan malam hari

biasanya istirahat klien terganggu bila halusinasinya datang.

f) Pemeliharaan kesehatan

Pemeliharaan kesehatan klien selanjutnya, Biasanya peran keluarga dan sistem pendukung sangat menentukan.

g) Aktivitas dalam rumah

Biasanya klien tidak mampu melakukan aktivitas di dalam rumah seperti menyapu.

9) Aspek medis

a) Diagnosis medis Skizofrenia

b) Terapi yang diberikan

Obat yang diberikan pada klien dengan halusinasi biasanya diberikan antipsikotik seperti haloperidol (HLP), Chlorpromazine (CPZ), Risperidon, dan anti parkinson terhenski pheridol (THP).

b. Diagnosis

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (F. Handayani et al. 2020).

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada klien gangguan persepsi sensori halusinasi menurut (Ruswadi 2021), adalah sebagai berikut :

- 1) Gangguan persepsi sensori : Halusinasi
- 2) Risiko perilaku kekerasan

3) Isolasi sosial

c. Intervensi Keperawatan

Menurut (Irman, Alwi, and Patricia 2016), mengemukakan bahwa rencana tindakan keperawatan pada klien dan keluarga yaitu :

1) Diagnosis Keperawatan Halusinasi

a) Tindakan keperawatan pada pasien

(1) Tujuan

- (a) Pasien mampu membina hubungan saling percaya
- (b) Pasien mampu mengenal halusinasi dan mampu mengontrol halusinasidengan menghardik
- (c) Pasien mampumengontrol halusinasi dengan enam benar minum obat
- (d) Pasien mampumengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap
- (e) Pasien mampumengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari.

(2) Tindakan

- (a) Membina hubungan saling percaya
- (b) Membantu pasien menyadari gangguan sensori persepsi halusinasi
- (c) Melatih pasien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, enam benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan.

(3) Strategi pelaksanaan tindakan pada klien yaitu:

(a) Strategi pelaksanaan 1 (Menghardik halusinasi)

- i. Bantu pasien mengenal halusinasi seperti: isi halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi situasi pencetus halusinasi, perasaan saat terjadi halusinasi
- ii. Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- iii. jelaskan cara menghardik halusinasi
- iv. Peragakan cara menghardik halusinasi
- v. Minta pasien memperagakan ulang cara menghardik halusinasi
- vi. Berikan pujian kepada pasien
- vii. Pantau penerapan cara menghardik halusinasi, beri penguatan terhadap perilaku pasien.
- viii. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien
- ix. Kontrak waktu selanjutnya latihan yang ke dua latihan minum obat.

(b) Strategi pelaksanaan 2 (Benar minum obat)

- i. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp 1)
- ii. Berikan pujian setelah evaluasi Sp 1
- iii. Tanyakan program pengobatan pasien

- iv. Jelaskan pentingnya penggunaan minum obat pada pasien gangguan jiwa
- v. Jelaskan akibat bila tidak digunakan sesuai program
- vi. Jelaskan akibat bila putus obat
- vii. Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat
- viii. Jelaskan pengobatan 6 benar minum obat
- ix. Latih pasien minum obat
- x. Suruh pasien mengulangi cara minum obat dengan 6 benar minum obat
- xi. Berikan pasien pujian
- xii. Masukkan kedalam jadwal harian pasien
- xiii. Kontrak waktu selanjutnya latihan ke tiga bercakap-cakap.

(c) Strategi pelaksanaan 3 (Bercakap-cakap)

- i. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp 1 dan 2)
- ii. Berikan pujian setelah melakukan evaluasi kegiatan yang lalu
- iii. Latih berbicara/bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul
- iv. Suruh pasien menjelaskan kembali tentang latihan yang ke tiga
- v. Berikan pasien pujian

- vi. Masukkan ke jadwal harian pasien
 - vii. Kontrak waktu selanjutnya
- (d) Strategi pelaksanaa 4 (Melakukan kegiatan)
- i. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp 1, 2 dan 3)
 - ii. Berikan pasien pujian setelah evaluasi latihan yang lalu
 - iii. Latih pasien untuk melakukan kegiatan agar halusinasi tidak muncul
 - iv. Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi
 - v. Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien
 - vi. Latih pasien melakukan aktivitas
 - vii. Suruh pasien menjelaskan kembali bagaimana cara latihan yang ke empat
 - viii. Berikan pasien pujian
 - ix. Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah di latih (Dari bangun pagi sampai tidur malam).
 - x. Masukkan ke jadwal harian pasien.
 - xi. Kontrak waktu selanjutnya evaluasi semua latihan yang telah di ajarkan.

b) Tindakan keperawatan pada keluarga

(1) Tujuan

- (a) Keluarga mampu mengenal masalah halusinasi dan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.
- (b) Keluarga mampu menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi
- (c) Keluarga mampu merawat pasien halusinasi
- (d) Keluarga mampu menciptakan suasana keluarga dan lingkungan untuk mengontrol halusinasi
- (e) Keluarga mampu mengenal tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan
- (f) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk follow up pasien secara teratur.

(2) Tindakan

- (a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- (b) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi
- (c) Melatih keluarga cara merawat pasien halusinasi
- (d) Membimbing keluarga merawat pasien halusinasi
- (e) Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan untuk mengontrol halusinasi

- (f) Mendiskusikan dengan keluarga tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan
- (g) Menganjurkan follow up ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur

(3) Strategi pelaksanaan tindakan pada keluarga yaitu :

(a) Strategi pelaksanaan 1

- i. Identifikasi masalah keluarga dalam merawat pasien halusinasi.
- ii. Jelaskan tentang pengertian halusinasi
- iii. Jelaskan tentang jenis halusinasi yang di alami pasien.
- iv. Jelaskan tentang tanda dan gejala halusinasi
- v. Jelaskan tentang cara merawat pasien halusinasi dengan latihan yaitu dengan cara menghardik.
- vi. Suruh keluarga menjelaskan kembali cara merawat pasien dengan menghardik.
- vii. Berikan pujian.
- viii. Kontrak waktu selanjutnya dan jadwalkan keluarga untuk merawat pasien serta anjurkan keluarga untuk memberikan pujian saat melatih pasien.

(b) Strategi pelaksanaan 2

- i. Evaluasi kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan latihan menghardik halusinasi (Sp 1).
- ii. Berikan pujian kepada keluarga.
- iii. Latih keluarga cara merawat pasien dengan 6 benar minum obat.
- iv. Jelaskan kepada keluarga akibat putus minum obat.
- v. Suruh keluarga untuk menjelaskan kembali bagaimana cara merawat pasien dengan 6 benar minum obat dan dampak dari putus obat.
- vi. Berikan pujian kepada keluarga.
- vii. Kontrak waktu selanjutnya dan jadwal keluarga untuk merawat pasien serta anjurkan keluarga untuk memberikan pujian saat melatih pasien.

(c) Strategi pelaksanaan 3

- i. Evaluasi kemampuan keluarga dalam merawat pasien halusinasi (Sp 1 dan 2)
- ii. Berikan pujian kepada keluarga
- iii. Latih keluarga mengontrol halusinasi pasien dengan cara bercakap-cakap
- iv. Jelaskan cara bercakap-cakap dan

melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi

- v. Anjurkan keluarga untuk latihan dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi
- vi. Suruh keluarga untuk menjelaskan kembali bagaimana cara merawat pasien dengan latihan ke 3 dan berikan pujian terhadap keluarga.
- vii. Kontrak waktu selanjutnya dengan keluarga dan jadwalkan keluarga untuk merawat pasien anjurkan keluarga memujia pasien saat latihan

(d) Strategi pelaksanaan 4

- i. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi pasien dan merawat melatih pasien menghardik, benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan, serta berikan pujian
- ii. Jelaskan follow up ke pelayanan kesehatan masyarakat, tanda kekambuhan, dan rujukan.
- iii. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

2) Diagnosis Keperawatan : Perilaku Kekerasan

a) Tindakan keperawatan pada pasien

(1) Strategi Pelaksanaan 1

- (a) Mengidentifikasi perilaku kekerasan, dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik memukul bantal dan nafas dalam.
- (b) Membina hubungan saling percaya
- (c) Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal dan nafas dalam.
- (d) Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan.
- (e) Masukkan pada jadwal harian kegiatan klien.

(2) Strategi pelaksanaan

- (a) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan berbicara secara verbal yaitu seperti meminta dan menolak dengan baik.
- (b) Evaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan kegiatan yang pertama
- (c) Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara berbicara verbal yaitu meminta dan menolak dengan baik.
- (d) Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan

kegiatan

(e) Masukkan kejadwal harian

(3) Strategi pelaksanaan 3

(a) Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat dengan cara 6 benar minum obat

(b) Evaluasi cara mengontrol marah dengan cara yang kedua

(c) Menjelaskan cara mengontrol marah dengan cara patuh minum obat dengan cara 6 benar minum obat

(d) Minta klien untuk mengulangi kembali

(e) Berikan pujian

(f) Tanyakan bagaimana perasaan klien)Masukkan kedalam kegiatan harian.

(4) Strategi pelaksanaan 4

(a) Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan spritual

(b) Evaluasi SP 1,2,3

(c) Menjelaskan pada klien bagaimana cara mengontrol marah dengan latihan spriritual seperti sholat

(d) Tanyakan perasaan pasien setelah melakukan latihan

(e) Suruh pasien untuk mengulangi kembali

(f) Berikan pujian

(g) Masukkan kedalam buku harian pasien.

b) Tindakan keperawatan strategi pelaksanaan pada keluarga

(1) Strategi pelaksanaan 1

- (a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
- (b) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala beserta proses terjadinya perilaku kekerasan.
- (c) Menjelaskan bagaimana cara merawat anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal dan nafas dalam
- (d) Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian.
- (e) Anjurkan keluarga untuk memasukkan kedalam buku harian.

(2) Strategi pelaksanaan 2

- (a) Evaluasi kemampuan keluarga cara mengidentifikasi perilaku kekerasan serta cara merawatnya dengan latihan yang pertama
- (b) Berikan keluarga pujian
- (c) Jelaskan kepada keluarga cara merawat anggota keluarga yang mengalami perilaku kekerasan dengan cara latihan berbicaraverbal
- (d) Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian
- (e) Anjurkan keluarga untuk memasukkan kedalam buku harian pasien

(3) Strategi pelaksanaan 3

- (a) Evaluasi pada keluarga cara merawat keluarga dengan perilaku kekerasan dengan latihan yang ke 1, 2.
- (b) Berikan pujian
- (c) Ajarkan keluarga cara merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan dengan patuh minum obat dengan 6 benar minum obat
- (d) Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian
- (e) Anjurkan keluarga memasukkan kedalam kegiatan harian.

(4) Strategi pelaksanaan 4

- (a) Evaluasi keluarga cara merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan dengan latihan 1,2,3.
- (b) Berikan pujian
- (c) Ajarkan keluarga cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan spritual seperti sholat
- (d) Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian
- (e) Masukkan ke dalam buku harian.

3) Diagnosis Keperawatan : Isolasi Sosial.

a) Tindakan keperawatan pada klien

(1) Strategi pelaksanaan 1

- (a) Membina hubungan saling percaya
- (b) Membantu klien menyadari masalah isolasi sosial

- (c) Melatih klien bercakap –cakap dengan 1 orang
 - (d) Minta pasien untuk mengulangi
 - (e) Berikan pujian
 - (f) Masukkan kedalam buku harian pasien dan RTL
- (2) Strategi pelaksanaan
- (a) Evaluasi latihan isolasi sosial yang pertama pada klien
 - (b) Ajarkan klien untuk melakukan latihan yang kedua yaitu bercakap –cakap dengan 2 orang
 - (c) Minta pasien untuk memperagakan kembali
 - (d) Berikan pujian
 - (e) Masukkan pada buku harian pasien dan RTL
- (3) Strategi pelaksanaan 3
- (a) Evaluasi latihan isolasi sosial 1,2 pada pasien
 - (b) Ajarkan pasien latihan yang ketiga yaitu bercakap-cakap dengan 3 orang
 - (c) Minta pasien untuk memperagakan kembali
 - (d) Berikan pujian
 - (e) Masukkan kedalam buku harian pasien dan RTL
- (4) Strategi pelaksanaan 4
- (a) Evaluasi latihan 1,2,3
 - (b) Ajarkan pasien untuk bercakap-cakap dengan 4 orang
 - (c) Minta pasien untuk memperagakan ulang
 - (d) Berikan pujianMasukkan kedalam buku harian dan

lakukan RTL

b) Tindakan strategi pelaksanaan keluarga

(1) Strategi pelaksanaan 1

- (a) Diskusikan pada keluarga masalah yang dirasakan dalam merawat pasien isolasi sosial.
- (b) Jelaskan pengertian serta tanda dan gejala isolasi sosial.
- (c) Jelaskan cara merawat pasien dengan isolasi sosial dengan cara bercakap-cakap dengan 1 orang
- (d) Minta keluarga untuk mengulangi kembali
- (e) Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian
- (f) Masukkan kedalam buku harian

(2) Strategi pelaksanaan 2

- (1) Evaluasi kemampuan keluarga dalam sp 1
- (2) Ajarkan keluarga untuk merawat anggota keluarga dengan cara bercakap-cakap dengan 2 orang
- (3) Minta keluarga untuk menjelaskan kembali
- (4) Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian
- (5) Masukkan kedalam buku harian

(3) Strategi pelaksanaan 3

- (a) Evaluasi keluarga latihan isolasi sosial 1,2
- (b) Ajarkan keluarga untuk melakukan latihan yang ketiga yaitu latihan bercakap –cakap dengan 3 orang
- (c) Minta keluarga untuk mengulangi kembali

- (d) Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian.
 - (e) Masukkan kedalam buku harian
- (4) Strategi pelaksanaan 4
- (a) Evaluasi keluarga latihan isolasi sosial 1,2,3
 - (b) Berikan pujian pada keluarga
 - (c) Ajarkan keluarga latihan yang ke 4 yaitu bercakap-cakap dengan 4 orang
 - (d) Minta keluarga untuk mengulangi kembali
 - (e) Anjurkan keluarga untuk memberikan pujian
 - (f) Masukkan kedalam buku harian.

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	<p>Gangguan Persepsi sensori : Halusinasi</p> <p>Tanda mayor :</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan b. Merasakan sesuatu melalui indra penglihatan. Penciuman, perabaan, atau pengecapan. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Distorsi sensori b. respon tidak sesuai b. bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau 	<p>Persepsi sensori dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Verbalisasi mendengar bisikan menurun b. Verbalisasi melihat bayangan menurun c. Verbalisasi merasakan saesuat melalui penciuman menurun d. Verbalisasi merasakan seauatu melalui indra perabaan menurun e. Verbalisasi merasakan seauatu melalui indra pengecapan 	<p>Manajemen Halusinasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi b. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan c. Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri) d. Pertahankan lingkungan yang nyaman e. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi f. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi g. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya

	<p>mencium sesuatu tanda minor : DS: Menyatakan kesa; DO: a. Menyendiri b. Melamun c. Disorientasi waktu, tempat, orang, dan situasi d. Curiga e. Melihat kesatu arah f. Mondar mandir g. Bicara sendiri</p>	<p>menurun f. Distoria sensori menurun g. Perilaku halusinasi menurun h. Menarik diri menurun i. Melamun menurun j. Curiga menurun k. Mondar-mandir menurun l. Respons sesuai stimulus membaik m. Kosentrasi membaik n. Orientasi membaik</p>	<p>untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi h. Anjurkan melakukan distraksi i. Anjurkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi j. Kolaborasi pemberian obat antipesikotik dan ansietas</p>
2.	<p>Risiko Perilaku Kekerasan</p>	<p>kontrol diri : a. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun b. Verbalisasi umpatan menurun c. Perilaku melukai diri sendiri/ orang lain menurun d. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun e. Perilaku agresif/ amuk menurun f. Suara ketus menurun g. Bicara ketus menurun</p>	<p>Pencegahan perilaku kekerasan : a. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan b. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung c. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan d. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin e. Libatkan keluarga dalam perawatan f. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien g. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif h. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal</p>
3.	<p>Isolasi Sosial Tanda mayor : DS: a. Merasa ingin</p>	<p>Kontrol diri : a. Minat interaksi meningkat</p>	<p>Promosi Sosialisasi: a. Identifikasi kemampuan melakukan</p>

<p>sendirian</p> <p>b. Merasa tidak aman di tempat umum atau lingkungan</p> <p>DO:</p> <p>a. Menarik diri</p> <p>b. Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain</p> <p>Tanda minor:</p> <p>DS:</p> <p>a. Merasa berbeda dengan orang lain</p> <p>b. Merasa asyik dengan pikiran sendiri</p> <p>c. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas</p> <p>DO:</p> <p>a. Afek datar</p> <p>b. Afek sedih</p> <p>c. Riwayat ditolak</p> <p>d. Menunjukkan permusuhan</p> <p>e. Tidak mampu memenuhi harapan orang lain</p> <p>f. Kondisi difabel</p> <p>g. Tindakan tidak berarti</p> <p>h. Tidak ada kontak mata</p> <p>i. Perkembangan terlambat</p> <p>j. Tidak bergairah/lesu</p>	<p>b. Verbalisasi sosial menurun</p> <p>c. Verbalisasi ketidakamanan di tempat umum menurun</p> <p>d. Perilaku menarik diri menurun</p> <p>e. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun</p> <p>f. Afek murung/sedih menurun</p> <p>g. Kontak mata membaik</p>	<p>interaksi dengan orang lain</p> <p>b. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain</p> <p>c. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan</p> <p>d. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok</p> <p>e. Motivasi berinteraksi diluar lingkungan</p> <p>f. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain</p> <p>g. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri</p> <p>h. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan</p> <p>i. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap</p> <p>j. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan</p> <p>k. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain</p> <p>l. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi</p>
---	--	---

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2016; Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018; Tim

Pokja SLKI DPP PPNI 2018).

d. Implementasi Keperawatan

Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (*here and now*). Perawat juga perlu mengevaluasi diri sendiri apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Setelah tidak ada hambatan lagi, maka tindakan keperawatan bisa diimplementasikan. Saat ini memulai untuk implementasi tindakan keperawatan, perawat harus membuat kontrak dengan pasien dengan menjelaskan apa yang akan di fase kerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan. Kemudian penting untuk diperhatikan terkait dengan standar tindakan yang telah ditentukan dan aspek legal yaitu mendokumentasikan apa yang telah dilaksanakan (F. Handayani et al. 2020).

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dalam buku (F. Handayani et al. 2020) yaitu: Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi ada dua macam yaitu :

- 1) Evaluasi proses atau evaluasi formatif, yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan
- 2) Evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan respons pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan.

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP, yaitu sebagai berikut:

S: respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O: respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A: analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada

P: tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons pasien. Rencana tindak lanjut berupa :

- 1) Rencana dilanjutkan (jika masalah tidak berubah)
- 2) Rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan tetapi hasil belum memuaskan)
- 3) Rencana dibatalkan (jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada)
- 4) Rencana selesai jika tujuan sudah tercapai dan perlu mempertahankan keadaan baru.

B. Evidence Based Nursing (EBN)

1. Pengantar Jurnal

a. Defenisi Dzikir

Dari segi bahasa dzikir berasal dari kata dzakara yang artinya

mengingat. Jika berdzikir kepada Allah artinya menjaga ingatan agar selalu ingat kepada Allah dengan etika tertentu yang sudah ditentukan Al- Quran dan Hadist dengan tujuan mensucikan hati dan menganggukan Allah SWT (Karadjo and Agusrianto 2022).

b. Tujuan Dzikir

Menurut (Akbar and Rahayu 2021), ada beberapa tujuan terapi dzikir yaitu :

- 1) Mengagungkan Allah
- 2) Mensucikan hati dan jiwa
- 3) Dzikir dapat menyehatkan tubuh
- 4) Mengobati penyakit dengan metode Ruqyah, mencegah manusia dari bahaya nafsu.

c. Manfaat Dzikir

Menurut (Rosyad 2021), ada beberapa manfaat dzikir yaitu:

- 1) Membawa kedamaian dan ketenangan batin
- 2) Memahami hakikat beribadah kepada Allah SWT
- 3) Tidak pernah melupakan kasih Allah SWT
- 4) Penerapan Terapi Spiritual : Dzikir Pada Pasien Anak Dengan Halusinasi Pendengaran di Ruang UPIP RSKJ Soeprapto Bengkulu.
- 5) Terapi dzikir bisa mengontrol halusinasi, dan RPK.

d. Prosedur pemberian

Pelaksanaan terapi dzikir menurut (Akbar and Rahayu 2021) antara lain

sebagai berikut :

- 1) Dilakukan setelah pengkajian kemudian dilakukan 4 terapi generalis cara mengontrol halusinasi secara bertahap, antara lain:
 - a) menghardik,
 - b) mengonsumsi obat dengan teratur,
 - c) bercakap-cakap atau berbincang-bincang,
 - d) melakukan aktifitas yang terjadwal dan pemberian terapi psikoreligius: dzikir.
- 2) Selanjutnya dilakukan persiapan dengan kontrak waktu, jelaskan prosedur, tujuan tindakan, dan persiapan lingkungan.
- 3) Pasien duduk dengan nyaman, tenang, dan khusyu'
- 4) Berpakaian bersih dan rapi
- 5) Posisi duduk menghadap kiblat
- 6) Sebelum mulai terapis meminta doa'a agar diberikan
- 7) kemudahan dan kelancaran
- 8) Diajarkan terapi psikoreligius: dzikir dengan membaca istighfar (Astaqfirullahal'adzim) sebanyak 33 kali, dilanjutkan dengan tasbih (Subhannallah) 33 kali, tahmid (Alhamdulillah) 33 kali, dan takbir (Allahu akbar) 33 kali, terapi ini dilakukan selama 5 hari dengan durasi waktu 10-20 menit.