

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini peneliti membahas tentang tinjauan pustaka yang terdiri dari konsep dasar halusinasi, konsep dasar meghardik dan penatalaksanaan

A. Konsep Dasar Halusinasi

1. Defenisi

Halusinasi merupakan suatu kelainan jiwa pada pasien akan merasakan berkurangnya kemampuan untuk membedakan antara rangsangan internal (pikiran) maupun rangsangan eksternal (alam lain) dan pasien mengungkapkan persepsi mengenai objek yang tidak nyata atau rangsangan serupa karenapatient mendengar suara atau percakapan seseorang sedang berbicara tetapi tidak nyata (Perdede, 2020)

Halusinasi didefinisikan sebagai persepsi sensori yang mana tidak ada stimulus eksternal. Ketika halusinasi terjadi maka itu tampak hidup dan jelas dengan kekuatan penuh dan berdampak terhadap persepsi normal dan dibawah kontrol sadar. Halusinasi adalah pengalaman persepsi yang terjadi, halusinasi terjadi tanpa rangsangan sensori eksternal yang sebenarnya. Mereka dapat melibatkan salah satu dari lima indra, tetapi biasanya paling sering halusinasi yang dialami oleh klien adalah halusinasi pendengaran dan penglihatan (Ervina, 2018)

Halusinasi adalah firasat sensorik yang berhubungan dengan rangsangan luar. Rangsangan luar tersebut melibatkan kelima indra manusia yaitu pendengaran, penglihatan, perabaan, pengecap, dan penciuman.

2. Proses terjadinya halusinasi

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor resiko dan produktif yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan seseorang untuk mengatasi stress. Faktor predisposisi tersebut terdiri dari aspek yang biologis dan sosial budaya, menurut (Ali, 2019)

1) Faktor perkembangan

Faktor perkembangan Tugas perkembangan pasien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri.

2) Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima dilingkungan sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungan.

3) Faktor biologis

Pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogen neurokimia. Akibat stress menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter

4) Faktor psikologis

Tipe dari kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalagunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidak mampuan pasien dalam mengambil keputusan yang tepat demi maadepannya, klien lebih memilih keseanga sesaat dan lari dari alam.

5) Faktor genetik

Genetic memainkan peran skizofrenia tetapi sulit untuk memisahkan pengaruh genetic dan lingkungan. Tujuan dari penelitian genetik adalah untuk mematahkan keturunan genetic yang dapat mengembangkan skizofrenia dan kemudian mengembangkan tindakan genetik sebagai medalitas tritmen. Cacat genetik yang menyebabkan skizofrenia.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk menghadapinya.

1) Demensi fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama

2) Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi, isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

3) Dimensi intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tidak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

4) Dimensi sosial

Klien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan Halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.

5) Dimensi spiritual

Secara sepiritual klien Halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara sepiritual untuk menyucikan diri. Saat bangun tidur klien merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Individu sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rezeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

c. Penilaian terhadap stresor

Model Diatesis stres menyampaikan bahwa gejala skizofrenia berkembang berdasarkan pada hubungan antara jumlah stres yang dialami oleh seseorang dan ambang batas toleransi stress internal (Stuart, 2016).

d. Sumber koping

Sumber koping individual harus dikaji dengan pemahaman tentang pengaruh gangguan otak pada perilaku. Orang tua harus secara aktif mendidik anak-anak dan dewasa dan muda tentang keterampilan koping karena mereka biasanya tidak hanya belajar dari pengamatan. Disumber keluarga dapat pengetahuan tentang penyakit, finansial yang cukup, faktor ketersediaan waktu dan tenaga serta kemampuan untuk memberikan dukungan secara berkesinambungan (Maryam,2017).

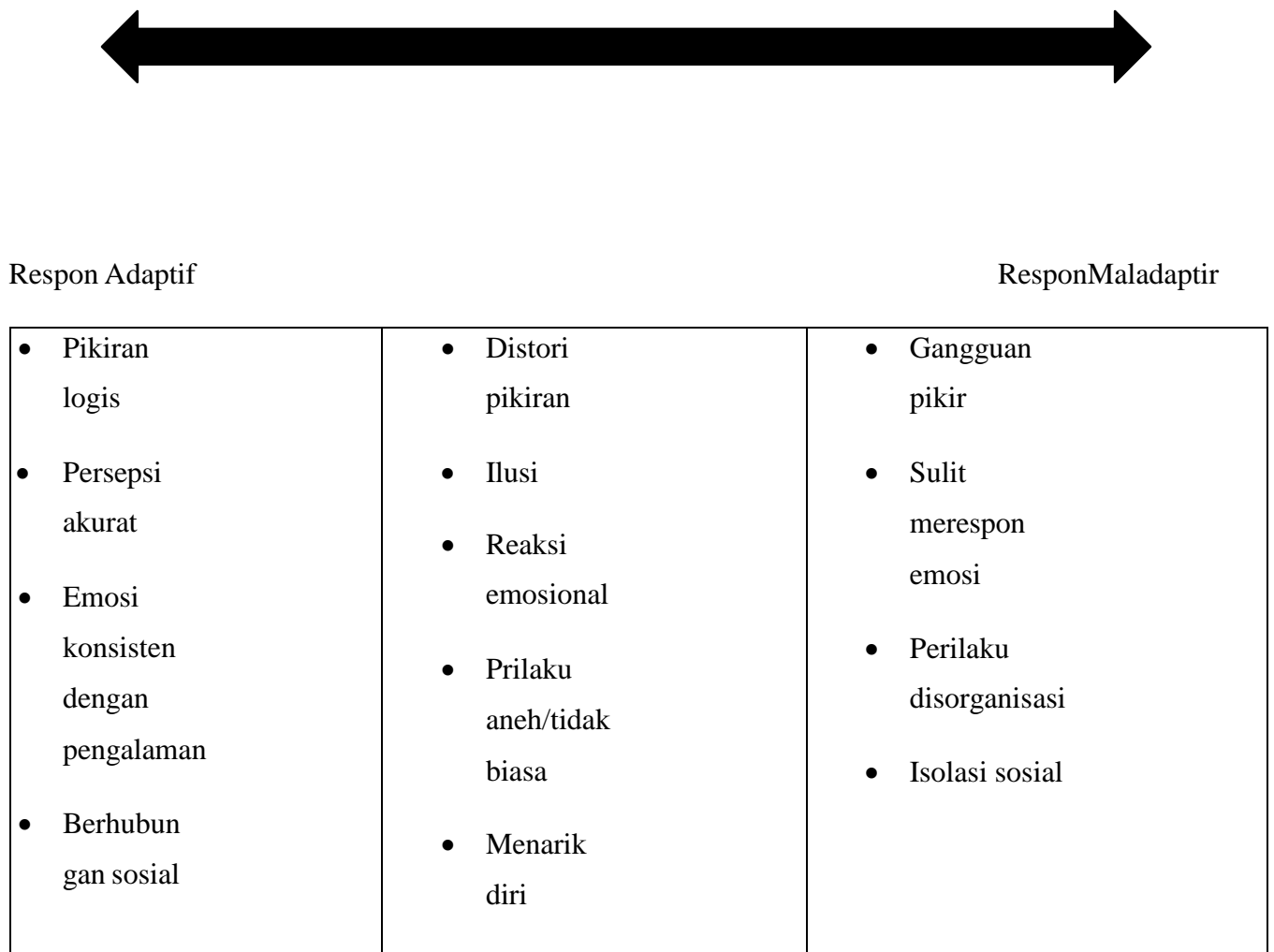
e. Mekanisme koping

Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi pasien dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptif meliputi: regresi, berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk mengatasi ansietas, yang menyisakan sedikit energi untuk aktivitas sehari-hari. Proyeksi, sebagai upaya untuk menjejalkan kerancuan persepsi dan menarik diri (Hafizuddin, 2021).

f. Rentang respon

Halusinasi adalah reaksi maladaptif individu yang berbeda tentang respon neurologis (Anugrah, 2021) ini adalah perasaan meladaptasi. Jika pelanggan memiliki pandangan yang sehat akurat, mampu mengenali dan menafsirkan rangsangan menurut pancaindra (pendengaran, penglihatan, penciuman, rasa dan sentuhan) pelanggan halusinasi bahkan jika stimulusnya diantara kedua tanggapan tersebut terdapat tanggapan yang terpisah karena suatu hal mengalami sosial yang abnormal, yaitu kesalahan pemahaman stimulus yang diterimanya adalah ilusi. Pengalaman pasien yang luas jika penjelasan untuk stimulus sensorik tidak menurut stimulus yang diterima, rentang responnya adalah sebagai berikut:

Gambar 2.1 Rentang Respon Neurologis Halusinasi



Rentang respon Neurobiologis halusinasi (Anugrah, 2021)

1. Rentang respon

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut, respon adaptif :

- a. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan
- b. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
- c. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman.
- d. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- e. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

2. Respon maladatif

Respon maladatif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladatif meliputi:

- a. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial
- b. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah satu atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada
- c. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hari.
- d. Prilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur
- e. Isolasi sosial adalah kondisi sendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam .

3. Jenis-jenis halusiasi

Menurut (Genting, 2022) ada beberapa jenis halusiasi antara lain:

- a. Halusinasi pendengaran
Mendengar suara yang membicarakan, mengejek, menertawakan, mengancam, memerintah untuk melakukan sesuatu (kadang-kadang hal yang berbahaya). Perilaku yang muncul adalah mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, mulut komat-kamit dan adanya Gerakan tangan.
- b. Halusinasi penglihatan
Stimulus penglihatan dalam bentuk pacarana cahaya, gambar, orang atau paranormal yang luas dan kompleks, biasanya menyenangkan atau menakutkan. Perilaku yang muncul adalah tatapan mata pada tempat tertentu, menunjuk kearah tertentu, serta ketakutan pada objek yang dilihat.
- c. Halusinasi penciuman
Tercium bau busuk, amis, dan bau yang menjijikan seperti: darah, urine atau feses, kadang-kadang tercium bau harum seperti parfum.
- d. Halusinasi pengecapan
Merasa mengecap sesuatu yang busuk, amis, menjijikan, seperti rasa darah, urine dan feses. Perilaku yang muncul adalah seperti mengecap, mulut seperti Gerakan mengunyah sesuatu yang sering meludah, muntah.

e. Halusiasi perabaan

Mengalami rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain, merasakan ada yang menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil dan makhluk halus. Perilaku yang muncul adalah mengusap, menggaruk-garuk atau meraba-raba permukaan kulit, terlihat menggerak-gerak badan, seperti merasakan sesuatu rabaan.

4. Tahap-tahap halusinasi

Menurut (Azizah, Zainuri & Akbar, 2016) tahapan halusinasi terbagi menjadi 5 fase yaitu:

a. Tahap 1: *Sleep disorder*

Tahap ini merupakan suatu tahap awal sebelum muncul halusinasi individu merasa banyak masalah sehingga ingin menghindari dari orang lain dan lingkungan karena takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah (misal: putus cinta, turun jabatan, bercerai, dipenuhi dengan utang dan lain lain). Masalah semakin terasa sulit dihadapi karena berbagai stressor terakumulasi sedangkan support yang didapatkan kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sehingga akan menyebabkan individu tersebut sulit tidur dan akan terbiasa menghayal

b. Tahap 2: *Comforting Moderate Level of Anxiety*

Pada tahap ini, halusinasi bersifat menyenangkan dan secara umum individu menerimanya dengan sesuatu yang alamiah. Individu yang mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa dan ketakutan sehingga individu mencoba untuk memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan dan pada penanganan pikiran untuk mengurangi kecemasan tersebut. Dalam tahap ini, ada kecenderungan klien-klien merasa nyaman dengan halusinasinya dan halusinasi ini bersifat sementara.

c. Tahap 3: *Comdemning Severe Level of Anxiety*

Di tahap ini halusinasi bersifat menyalahkan dan sering mendatangi klien. Pengalaman sensori individu menjadi sering datang dan mengalami bias sehingga pengalaman sensori tersebut mulai bersifat menjijikan dan menakutkan. Individu mulai merasa kehilangan kendali, tidak mampu mengontrol dan berusaha untuk menjauhi dirinya dengan objek yang dipersepsikan individu. Individu akan merasa malu karena pengalaman

sensorinya tersebut dan akhirnya menarik diri dengan orang lain dengan intensitas waktu yang sama.

d. Tahap 4: *Controlling Severe Level of Anxiety*

Ditahap ini halusinasi bersifat mengendalikan, fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan dan pengalaman sensori tersebut menjadi penguasa. Halusinasi menjadi lebih menonjol, menguasai, dan mengontrol individu sehingga mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Hingga akhirnya individu tersebut menjadi tidak berdaya dan menyerah untuk melawan halusinasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Individu mungkin akan mengalami kesepian jika pengalaman sensoria tau halusinasinya tersebut berakhir. Dari sinilah dimulainya fase gangguan psikotik.

e. Tahap 5: *Conquering Panic Level of Anxiety*

Tahap terakhir ini dimana halusinasi bersifat menakutkan atau menguasai, halusinasi menjadi lebih rumit dan individu mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya. Pengalaman sensorinya menjadi terganggu dan halusinasinya tersebut berubah mengancam, memerintah, dan menakutkan apabila tidak mengikuti perintahnya sehingga klien mulai terasa mengancam.

5. Tanda dan gejala

Menurut (Utari & Puji Rahayu, 2018) tanda dan gejala halusinasi terdiri dari antara lain:

- a. Berbicara, tertawa dan tersenyum sendiri
- b. Bersikap seperti mendengarkan sesuatu
- c. Berhenti berbicara sesaat ditengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu
- d. Disorientasi
- e. Tidak mampu atau kurang konsentrasi
- f. Cepat berubah pikiran
- g. Alur sosial kacau
- h. Respon yang tidak sesuai
- i. Menarik diri
- j. Suka marah dengan tiba-tiba dan menyerang orang lain tanpa sebab
- k. Sering melamun

6. Penatalaksanaan medis

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang paling sering terjadi pada gangguan skizofrenia. Dimana skizofrenia merupakan jenis psikosis, adapun tindakan penatalaksanaan dilakukan dengan berbagai terapi menurut (Rahayu,2016)

a. Psikofarmakologi

1) Clorpromazine (CPZ, Largactile)

a) Indikasi

Untuk mensupresi gejala-gejala psikosa : agitasi, ansietas, ketegangan, kebingungan, insomnia, halusinasi, waham, dan gejala-gejala lain yang biasanya terdapat pada penderita skizofrenia, manik depresi, gangguan personalitas, psikosa involution, psikosa masa kecil.

b) Kontra indikasi

Sebaiknya tidak diberikan kepada pasien dengan keadaan koma, keracunan alkohol, atau narkotika dan penderita yang hipersensitif terhadap derivat fenothiazine.

c) Cara pemberian

Untuk kasus psikosa dapat diberikan per oral atau suntikan intramuskuler. Dosis permulaan adalah 25-100 mg dan diikuti peningkatan dosis hingga mencapai 300 mg perhari. Dosis ini dipertahankan selama satu minggu. Pemberian dapat dilakukan satu kali pada malam hari atau dapat diberikan tiga kali sehari. Bila gejala psikosa belum hilang, dosis dapat dinaikkan secara perlahan-lahan sampai 600- 900 mg perhari.

d) Efek samping

Lesu dan mengantuk, hipotensi orthostatik, mulut kering, hidung tersumbat, konstipasi, amenore pada wanita, hiperpireksia atau hipopireksia, gejala ekstrapiramida. Intoksikasinya untuk penderita non psikosa dengan dosis yang tinggi menyebabkan gejala penurunan kesadaran karena depresi susunan syaraf pusat, hipotensi, ekstrapiramidal, agitasi, konvulsi, dan perubahan gambaran irama EKG. Pada penderita psikosa jarang sekali menimbulkan intoksikasi

2) Aloperidol (Haldol, Serenace)

a) Indikasi

Manifestasi dari gangguan psikotik, sindroma Gilles de la Tourette pada anak-anak dan dewasa maupun pada gangguan perilaku yang berat pada anak-anak.

- b) Kontra indikasi
Depresi sistem syaraf pusat atau keadaan koma, penyakit parkinson, hipersensitif terhadap haloperidol.
- c) Cara pemberian
Dosis oral untuk dewasa 1-6 mg sehari yang terbagi menjadi 6-15 mg untuk keadaan berat. Dosis parenteral untuk dewasa 2-5mg intramuskuler setiap 1-8 jam, tergantung kebutuhan.
- d) Efek samping
Mengantuk, kaku, tremor, lesu, letih, gelisah, gejala ekstrapiramidal atau pseudoparkinson. Efek samping yang jarang adalah nausea diare, konstipasi, hipersalivasi, hipotensi, gejala gangguan otonomik. Efek samping yang sangat jarang yaitu alergi, reaksi hematologis. Intoksikasinya adalah bila klien memakai dalam dosis melebihi dosis terapeutik dapat timbul kelemahan otot atau kekakuan, tremor, hipotensi, sedasi, koma, depresi pernapasan.

3) Trihexiphenidyl (THP, Artane, Tremin)

- a) Indikasi
Untuk penatalaksanaan manifestasi psikosa khususnya gejala skizofrenia.
- b) Kontra indikasi
Pada depresi susunan syaraf pusat yang hebat, hipersensitif terhadap fluphenazine atau ada riwayat sensitif terhadap phenotiazine. Intoksikasi biasanya terjadi gejala-gejala sesuai dengan efek samping yang hebat. Pengobatan over dosis : hentikan obat berikan terapi simptomatis dan suportif, atasi hipotensi dengan levarteronol hindari menggunakan ephineprine
- c) Cara pemberian
Dosis dan cara pemberian untuk dosis awal sebaiknya rendah (12,5 mg) diberikan tiap 2 minggu. Bila efek samping ringan, dosis ditingkatkan 25 mg dan interval pemberian diperpanjang 3-6 mg setiap kali suntikan, tergantung dari respon klien. Bila pemberian melebihi 50 mg sekali suntikan sebaiknya peningkatan perlahan-lahan

b. Terapi kejang listrik/electro compulsivetherapt (ECT)

ECT adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artificial dengan melawan aliran listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik diberikan pada skizopreniayang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule per detik

c. Psikoterapi

Membantu waktu yang relatif lama, juga merupakan bagian penting dalam proses terapeutik. Upaya dalam psikoterapi ini meliputi: memberikan rasa aman dan tenang, menciptakan lingkungan terapeutik, memotivasi klien untuk dapat mengungkapkan perasaan secara verbal, bersikap ramah, sopan dan jujur terhadap klien

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Pemberian asuhan keperawatan merupakan proses terapeutik yang melibatkan hubungan kerjasama antara perawat dengan klien, keluarga atau masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Tindakan asuhan keperawatan yang dilakukan berupa tindakan generalis meliputi dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

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 data pengkajian kesehatan jiwa, dapat berupa faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan kemampuan yang dimiliki (Nurlaila, 2019)

a. Identitas klien

Perawat yang merawat klien melakukan pengenalan dan kontrak dengan klien tentang: nama perawat, nama klien, tujuan yang akan dilakukan, waktu, tempat pertemuan, serta topik yang akan datang, usia dan no. rekam medik, agama, alat, informasi keluarga yang bisa diulangi.

b. Keluhan utama

Keluhan utama biasanya berupa bicara sendiri, tertawa sendiri, senyum sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, menarik diri dari orang lain, tidak dapat membedakan yang mana nyata dan tidak nyata, ekspresi muka tegang muda tersinggung, jengkel dan marah ketakutan biasa terdapat disorientasi waktu tempat dan orang, tidak dapat mengurus diri dan tidak dapat melakukan kegiatan sehari-hari

c. Faktor predisposisi

- 1) Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa dan kurang dalam pengobatan
- 2) Pernah mengalami aniaya fisik, penolakan dan kekerasan dalam keluarga.
- 3) Klien dengan gangguan orientasi bersifat herediter
- 4) Pernah mengalami trauma masa lalu yang sangat mengganggu.

d. Faktor presipitasi

Faktor Presipitasi Stresor presipitasi pada klien dengan halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan dalam keluarga

e. Pemeriksaan fisik

Klien dengan gangguan persepsi sensoris: halusinasi pendengaran pada umumnya yang dikaji meliputi TTV (tekanan darah, nadi, pernapasan dan suhu), tinggi badan, serta keluhan fisik lainnya

f. Aspek psikososial

Genogram yang menggambarkan 3 generasi

g. Konsep diri

1) Citra tubuh

Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah/tidak menerima perubahan tubuh yang terjadi/yang akan terjadi. Menolak penjelasan perubahan tubuh, persepsi negatif tentang tubuh. Preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang, mengungkapkan keputusasaan, mengungkapkan ketakutan.

2) Identitas diri

Ketidakpastian memandang diri, sukar menetapkan keinginan dan tidak mampu mengambil keputusan

3) Harga diri

Perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, mencederai diri dan kurang percaya diri

h. Status mental

Pada pengkajian status mental pasien halusinasi ditemukan data berupa bicara sendiri, senyum sendiri, tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, menarik diri dari

orang lain berusaha untuk menghindari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata maupun tidak nyata, terjadi peningkatan denyut jantung pernapasan dan tekanan darah, perhatian dengan lingkungan yang kurang/haya beberapa detik berkonsentrasi dengan pengalaman sensori, sulit berhubungan dengan orang lain, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel dan marah tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, takpak tremor dan berkeringat, perilaku panik, curiga dan bermusuhan, bertindak merusak diri orang lain dan lingkungan, ketakutan, tidak dapat mengurus diri, biasa terdapat disorientasi waktu tempat dan orang.

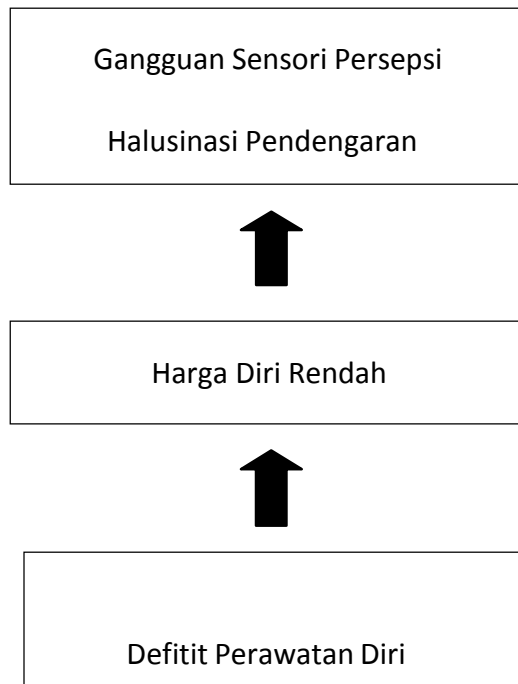
i. Hubungan sosial

Tanyakan siapa orang terdekat di kehidupan pasien tempat mengadu, berbicara, minta bantuan, atau dukungan. Serta tanyakan organisasi yang diikuti dalam kelompok atau masyarakat. Klien dengan halusinasi cenderung tidak mempunyai orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat. Lebih senang menyendiri dan asik dengan isi halusinasinya

j. Aspek medik

Terapi yang diterima klien bisa berupa terapi farmakologi psikomotor terapi okupasional, TAK dan rehabilitas

2. Pohon Diagnosa



Gambar 2.2 Pohon Diagnosa menurut (Azizah, Zainuri & Akbar 2016)

3. Diagnosa keperawatan

Faktor berhubungan dengan batasaan karakteristik disesuaikan dengan keadaan yang ditemukan pada tiap-tiap partisipan. Topik yang diteliti yakni kemampuan mengontrol halusinasi dengar (Azizah, Zainuri & Akbar 2016)

- a. Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran
- b. Harga diri rendah
- c. Defisit perawatan diri

4. Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa	Intervensi
1.	<p>Gangguan sensori persepsi: Halusinasi</p>	<p>SP 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi isi, waktu terjadi, situasi pencetus, dan respon terhadap halusinasi 2. Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik <p>SP 2:</p> <p>Mengontrol halusinasi dengan cara minum obat</p> <p>SP 3:</p> <p>Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap</p> <p>SP 4:</p> <p>Megontrol halusinasi dengan cara melakukan aktifitas terjadwal</p>
2.	<p>Harga diri rendah</p>	<p>SP 1:</p> <p>Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien</p> <p>SP 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai kemampuan yang dapat digunakan

		<p>2. Menetapkan/memiliki kegiatan sesuai kemampuan</p> <p>3. Melatih kemampuan sesuai kemampuan yang dipilih 1</p> <p>SP 3: Melatih kemampuan yang dipilih 2</p> <p>SP 4: Melatih kemampuan yang dipilih 3</p>
3.	Defisit perawatan diri	<p>SP 1: Melatih cara perawatan diri: mandi</p> <p>SP 2: Melatih cara perawatan diri: berhias</p> <p>SP 3: Melatih cara perawatan diri: makan/minum</p> <p>SP 4: Melatih cara perawatan diri: BAK/BAB</p>

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan strategi pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing-masing masalah utama. Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan klien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta klien yang diharapkan, dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan serta respon klien (Larasaty & Hargiana, 2019)

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon pasien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan halusinasi pendengaran tidak terjadi perilaku kekerasan, pasien dapat membina hubungan salingpercaya, pasien dapat mengenal halusinasinya, pasien dapat mengontrol halusinasi dengar dari jangka waktu 4x24 jam didapatkan data subjektif keluarga menyatakan senang karena sudah diajarkan teknik mengontrol halusinasi, keluarga menyatakan pasien mampu melakukan beberapa teknik mengontrol halusinasi. Data objektif pasien tampak berbicara sendiri saat halusinasi itu datang, pasien dapat berbincang-bincang dengan orang lain, pasien mampu melakukan aktivitas terjadwal, dan minum obat secara teratur menurut evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir, dimana masing-masing huruf tersebut akan diuraikan sebagai berikut (Sardiani, 2023)

S: Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O: Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A: Analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah baru atau ada yang kontraindikasi dengan masalah yang ada

P: Perencanaan atau tidak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien