

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit

1. Pengertian

Banyak ahli yang mendefinisikan mengenai halusinasi diantaranya menurut Stuart & Laraia (2013) dalam Nurhalimah (2018, hal. 161) yang mendefinisikan halusinasi sebagai suatu tanggapan dari panca indera tanpa adanya rangsangan eksternal. Halusinasi adalah gejala khas *skizofrenia* yang merupakan pengalaman sensori menyimpang atau salah yang dipersepsikan sebagai sesuatu yang nyata (Suryani, 2013, hal. 1).

Terdapat beberapa pengertian menurut berbagai ahli, yaitu :

- a. Menurut Keliat (2011) dalam Zelika, dkk (2015, hal. 9) halusinasi adalah salah satu gejala gangguan sensori persepsi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa.
- b. Menurut Townsend (2009) dalam Satrio, dkk (2015, hal. 42) halusinasi merupakan bentuk persepsi atau pengalaman indera dimana tidak terdapat stimulasi terhadap reseptor-reseptornya, halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah yang mungkin meliputi salah satu dari lima panca indera.

2. Jenis Jenis Halusinasi

Menurut Azizah, dkk (2016, hal. 192) halusinasi terdiri dari beberapa jenis dan karakteristik tertentu di antaranya :

a. Halusinasi Pendengaran

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

b. Halusinasi Penglihatan

Stimulus visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambar geometris, gambar kartun, bayangan yang rumit atau kompleks. Bayangan bias yang menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster.

c. Halusinasi Penciuman

Membau bau-bauan tertentu seperti bau darah, urin, dan feses umumnya bau-bauan yang aromanya tidak menyenangkan.

d. Halusinasi Pengecapan

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

e. Halusinasi Perabaan

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

f. Halusinasi Chenesthetic

Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makan atau pembentukn urine.

g. Halusinasi Kinestetik

Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

3. Etiologi

Menurut Muhith (2015, hal. 212) halusinasi dipengaruhi oleh beberapa faktor sebagai berikut :

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan sumber yang dapat digunakan oleh individu untuk menangani stres.

Faktor predisposisi halusinasi terdiri dari :

1) Faktor genetik

Telah diketahui bahwa secara genetik *skizofrenia* ditentukan oleh kromosom yang mengalami *skizofrenia*. Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang *skizofrenia* cenderung mengalami *skizofrenia*. Hasil ini menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2) Faktor perkembangan

Jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stres dan kecemasan.

3) Faktor neurobiologi

Biasanya terjadi pada klien *skizofrenia* yang terjadi penurunan volume dan fungsi otak yang abnormal.

4) Faktor biokimia

Dengan adanya stres yang berlebihan yang dialami seseorang, maka tubuh akan menghasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik.

5) Psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis serta adanya peran ganda yang bertentangan dan sering diterima oleh anak akan mengakibatkan stres dan kecemasan yang tinggi dan berakhir dengan gangguan orientasi realitas.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan yang memerlukan energi untuk coping. Proses penghambat dalam proses komunikasi sehingga dengan demikian faktor-faktor pencetus respon neurobiologis dapat dijabarkan sebagai berikut :

- 1) Berlebihnya proses informasi pada sistem saraf yang menerima dan memproses informasi di otak
- 2) Mekanisme penghantaran listrik di saraf terganggu
- 3) Gejala-gejala pemicu seperti kondisi kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku seperti, kurang nutrisi, kurang tidur, kelelahan, infeksi, lingkungan yang memusuhi, masalah rumah tangga, isolasi sosial.

4. Patofisiologi

Menurut Nurhalimah (2018, hal. 163) halusinasi berkembang melalui empat tahap :

a. Tahap I

Halusinasi bersifat menyenangkan, tingkat ansietas pasien ringan. Pada tahap ini halusinasi secara umum menyenangkan. Karakteristik : karakteristik tahap ini ditandai dengan adanya perasaan bersalah dalam

diri pasien timbul perasaan takut. Pada tahap ini pasien mencoba menenangkan pikiran untuk mengurangi ansietas. Individu mengetahui bahwa pikiran dan sensori yang dialaminya dapat dikendalikan dan bisa diatasi (non psikotik).

Perilaku yang teramati :

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

b. Tahap II

Halusinasi bersifat menyalahkan, pasien mengalami ansietas tingkat sedang dan halusinasi bersifat menjijikan untuk pasien. Karakteristik : pengalaman sensori yang dialami pasien bersifat menjijikan dan menakutkan, pasien mengalami halusinasi mulai merasa kehilangan kendali, pasien berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang dipersepsikan, pasien merasa malu karena pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain (non psikotik).

Perilaku yang teramati :

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

c. Tahap III

Pada tahap ini halusinasi mulai mengendalikan perilaku pasien, pasien berada pada tingkat ansietas berat. Pengalaman sensoris menjadi menguasai pasien. Karakteristik : pasien yang berhalusinasi pada tahap ini menyerah untuk melawan halusinasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Isi halusinasi dapat berupa permohonan, individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman tersebut berakhir (psikotik).

Perilaku yang teramati :

- 1) Lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya dari pada menolak
- 2) Kesulitan berhubungan dengan orang lain
- 3) Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik, gejala fisik dari ansietas berat seperti : berkeringat, tremor, ketidakmampuan mengikuti petunjuk.

d. Tahap IV

Halusinasi pada tahap ini, sudah sangat menakutkan dan tingkat ansietas berada pada tingkat panik. Secara umum halusinasi menjadi lebih rumit dan saling terkait dengan delusi. Karakteristik : pengalaman sensoris menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah halusinasinya. Halusinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak diintervensi (psikotik).

Perilaku yang teramati :

- 1) Perilaku menyerang – teror seperti panik

- 2) Sangat potensial melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain
- 3) Amuk, agitasi dan menarik diri
- 4) Tidak mampu berespon terhadap petunjuk yang kompleks
- 5) Tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang.

5. Tanda dan Gejala

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

a. Data subyektif

- 1) Mendengar suara-suara atau kegaduhan
- 2) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
- 3) Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
- 4) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
- 5) Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan
- 6) Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses
- 7) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya

b. Data obyektif

- 1) Bicara atau tertawa sendiri
- 2) Marah marah tanpa sebab
- 3) Mengarahkan telinga ke arah tertentu
- 4) Menutup telinga
- 5) Menunjuk nunjuk ke arah tertentu

- 6) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- 7) Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu
- 8) Menutup hidung
- 9) Sering meludah
- 10) Muntah
- 11) Menggaruk-garuk permukaan kulit

6. Penatalaksanaan Medis

Menurut Satrio, dkk (2015, hal. 65-66) penatalaksanaan klien dengan skizofrenia yang mengalami halusinasi yaitu dengan pemberian obat-obatan psikofarmakologis, yaitu obat yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikotik.

a. Anti Psikotik

- 1) *Chlorpromazine (Promactile, Largactile)*
- 2) *Haloperidol (Haldol, Serenance, Lodomer)*
- 3) *Stelazine*
- 4) *Clozapine*
- 5) *Risperidone (Risperidal)*

b. Anti Parkinson

- 1) *Trihexypenidile*
- 2) *Arthan*

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow dalam Cholifah & Azizah (2020, hal.124) membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam lima tingkatan sebagai berikut :

1. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan paling dasar dan memiliki prioritas utama yaitu kebutuhan fisiologi. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan pemenuhan oksigen cairan, nutrisi (makanan), eliminasi BAK/BAB, istirahat dan tidur, aktivitas atau latihan, keseimbangan suhu tubuh, dan kebutuhan seksual.

2. Kebutuhan Rasa Aman

Kebutuhan rasa aman baik secara fisik maupun psikologis. Secara fisik yaitu aman dari ancaman seperti penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya, sedangkan secara psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman, pengalaman baru atau yang kurang menyenangkan, seperti contoh kekhawatiran tinggal ditempat baru. Klien halusinasi mengalami gangguan kebutuhan rasa aman, karena klien akan mengikuti halusinasinya yang dapat merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungannya. Seringkali klien berfikir untuk melakukan bunuh diri. Klien halusinasi membutuhkan rasa aman dari keluarganya.

3. Kebutuhan Rasa Cinta dan Kasih Sayang

Kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang yaitu kebutuhan akan perasaan untuk memiliki dan dimiliki, mencintai dan dicintai, meliputi memberi dan menerima kasih sayang, kebutuhan kehangatan, menjalin persahabatan, dan diterima dalam keluarga, kelompok sosial dan masyarakat.

4. Kebutuhan Akan Harga Diri

Merupakan kebutuhan perasaan untuk dihargai oleh orang lain, mendapatkan pengakuan dari orang lain hal ini terkait dengan rasa percaya diri, prestasi keinginan untuk mendapatkan kekuatan dan kemerdekaan diri.

5. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Kebutuhan ini berupa kebutuhan untuk memberikan kontribusi pada orang lain atau lingkungan dan mencapai potensi diri sepenuhnya, kebutuhan ini terkait dengan belajar memenuhi kebutuhan sendiri, tidak emosional, kreatif, mempunyai kepercayaan diri yang tinggi.

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow digambarkan sebagai piramida seperti dibawah ini :



Gambar 2. 1
Piramida Kebutuhan Dasar A. Maslow (Cholifah & Azizah, 2020)

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian menurut Nurhalimah (2018, hal. 167) merupakan langkah awal didalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga.

a. Data

Menurut Satrio, dkk (2015, hal. 60-61) data data pengkajian klien halusinasi pendengaran, diklasifikasikan sebagai berikut:

Tabel 2. 1
Analisa Data Pada Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

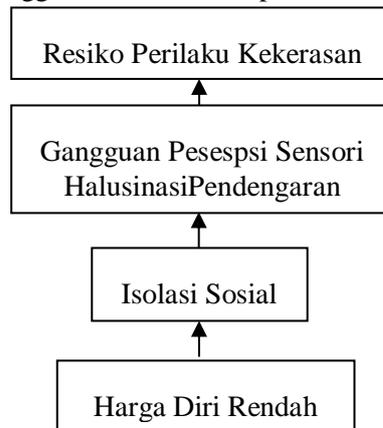
Data Subjektif	Data Objektif
1. Mendengar suara-suara atau kegaduhan	1. Bicara atau tertawa sendiri
2. Mendengar suara bisikan untuk melakukan sesuatu	2. Marah-marah tanpa sebab
3. Mendengar bisikan mengajak bercakap-cakap	3. Mengarahkan telinga ke arah tertentu
	4. Menutup telinga
	5. Mulut komat-kamit
	6. Ada gerakan tangan
	7. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu

Sumber : Satrio & dkk, (2015)

2. Pohon Masalah

Pohon masalah digunakan untuk menguraikan secara runut untuk mengetahui penyebab dan akan masalah, serta masalah apa yang akan berkembang dari core problem (masalah inti). Dikutip dari Satrio, dkk (2015, hal. 62), menurut Keliat gangguan persepsi halusinasi disebabkan oleh harga diri rendah. Untuk memudahkan pemahaman, digambarkan melalui diagram berikut ini:

Gambar 2. 2
Pohon Masalah Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran



Sumber : Satrio & dkk, (2015)

3. Diagnosa Keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada pohon masalah yang sudah dibuat. Berdasarkan pohon masalah diatas maka rumusan diagnosis adalah sebagai berikut :

- a. Perubahan sensori persepsi : halusinasi
- b. Risiko perilaku kekerasan
- c. Isolasi sosial
- d. Gangguan konsep diri : harga diri rendah

4. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dilaksanakan untuk mencapai tujuan khusus (PPNI S. D., 2017). Adapun rencana keperawatan pada kasus halusinasi menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI S. D., 2018) dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (PPNI S. D., 2019) terdapat pada tabel dibawah :

Tabel 2. 2
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa
Pada Klien dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	Gangguan persepsi sensori : halusinasi	<p>Persepsi sensori (L.090883) kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun 3. Verbalisasi merasakan melalui indra perabaan menurun 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun 6. Histori sensori menurun 7. Perilaku halusinasi menurun 8. Menarik diri menurun 9. Melamun menurun 10. Mondar mandir menurun 11. Respon sesuai membaik 12. Konsentrasi membaik 13. Orientasi membaik 	<p>Manajemen halusinasi (I.09288)</p> <p>Obeservasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membayakan diri) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. Limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi). 3. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 3. Anjurkan melakukan distraksi (mis.mendengarkan musik,melakukan aktivitas dan teknik relaksasi) 4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat anti psikotik dan anti ansietas,jika perlu

Tabel 2. 3
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa
Pada klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	3	4
2	Resiko perilaku kekerasan	Kontrol diri (L.09076) dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan menurun 3. Perilaku menyerang menurun 4. Perilaku melukai diri sendiri atau orang lain menurun 5. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun 6. Perilaku agresif atau mengamuk menurun 7. Suara keras menurun 8. Bicara ketus menurun 9. Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun 10. Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun 11. Verbalisasi ancaman bunuh diri menurun 12. Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun 13. Perilaku merencanakan bunuh diri menurun 14. Euforia menurun 15. Alam perasaan depresi menurun	Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544) Observasi 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis.benda tajam, tali) 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis.pisau cukur) Edukasi 1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 3. Latih mengurangi kemarahan dengan verbal dan non verbal (mis.relaksasi, bercerita)

Tabel 2. 4
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa Pada Klien dengan Isolasi Sosial

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
3	Isolasi sosial	<p>Keterlibatan sosial (L.13116) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minat interaksi meningkat 2. Verbalisasi tujuan yang meningkat 3. Minat terhadap aktivitas meningkat 4. Verbalisasi isolasi menurun 5. Verbalisasi ketidakamanan ditempat umum menurun 6. Perilaku menarik diri menurun 7. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun 8. Verbalisasi preokupasi dengan pikiran sendiri menurun 9. Efek murung atau sedih menurun 10. Perilaku bermusuhan menurun 11. Perilaku sesuai dengan harapan orang lain membaik 12. Perilaku bertujuan kontak mata membaik 13. Tugas perkembangan sesuai usia membaik 	<p>Promosi sosialisasi (I.13498)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 2. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi peningkatan ketertiban dalam suatu hubungan 2. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu dalam hubungan 3. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok 4. Motivasi berinteraksi diluar lingkungan (mis.jalan-jalan) 5. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain 6. Diskusikan perencanaan kegiatan dimasa depan 7. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri 8. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap 2. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan 3. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain 4. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati orang lain 5. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus 6. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi 7. Latih mengekspresikan marah dengan tepat

Tabel 2. 5
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa
Pada Klien dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	3	4
4	Gangguan konsep diri: harga diri rendah	<p>Harga diri (L.09069) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan memiliki kelebihan 3. Penilaian positif terhadap diri meningkat 4. Minat mencoba hal baru meningkat 5. Berjalan menampilkan wajah meningkat 6. Postur tubuh menampilkan wajah meningkat 7. Konsentrasi meningkat 8. Tidur meningkat 9. Kontak mata meningkat 10. Gairah aktivitas meningkat 11. Aktif meningkat 12. Percaya diri berbicara meningkat 13. Perilaku asertif meningkat 14. Kemampuan membuat keputusan meningkat 15. Perasaan malu menurun 16. Perasaan bersalah menurun 17. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun 18. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah menurun 19. Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan menurun 	<p>Manajemen perilaku (L.12104)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan tanguang jawab terhadap perilaku 2. Jadwalkan kegiatan terstruktur 3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas 4. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan 5. Batasi jumlah pengunjung 6. Bicara dengan nada rendah dan tenang 7. Lakukan tindakan pengalihan terhadap sumber agatasi 8. Cegah perilaku pasif dan agresif 9. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku 10. Melakukan pengeangan fisik sesuai indikasi 11. Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan 12. Hindari sikap mengancam dan berdebat 13. Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif

5. Implementasi atau Tindakan Keperawatan

Implementasi atau tindakan keperawatan untuk klien halusinasi ada 2
Muhith (2015, hal. 237), yaitu :

a. Tujuan tindakan untuk klien meliputi :

- 1) Klien mengenal halusinasi yang di alaminya
- 2) Klien dapat mengontrol halusinasinya
- 3) Klien mengikuti program pengobatan secara optimal

b. Tindakan keperawatan

- 1) Membantu klien mengenali halusinasi. Dapat dilakukan dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang didengar), waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadi halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan respon pasien saat halusinasi muncul.
- 2) Melatih klien mengontrol halusinasi. Untuk membantu klien agar mampu mengontrol halusinasi, ada 4 cara untuk mengendalikan halusinasi yaitu :

a) Menghardik halusinasi

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

b) Bercakap-cakap dengan orang lain

Ketika klien bercakap cakap dengan orang lain maka

terjadi distraksi (fokus perhatian pasien akan beralih halusinasi kepercakapan yang dilakukan dengan orang tersebut) sehingga cara yang paling efektif untuk mengatasi halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

c) Melakukan aktivitas yang terjadwal

Untuk mengurangi resiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukan diri dengan aktivitas yang teratur. Dengan beraktivitas secara terjadwal, sehingga pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang seringkali mencetuskan halusinasi.

d) Menggunakan obat secara teratur

Agar klien mampu mengontrol halusinasi, klien juga harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Klien gangguan jiwa yang dirawat dirumah sering kali mengalami putus obat sehingga akibatnya klien mengalami kekambuhan. Tindakan keperawatan agar klien patuh menggunakan obat yaitu dengan cara, jelaskan kegunaan obat, jelaskan akibat putus dari obat, jelaskan cara mendapatkan obat, jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar klien, benar cara pemberian, benar waktu, benar dosis).

6. Evaluasi

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

sudah ditentukan yaitu, mengenali halusinasi yang dialaminya, mengontrol halusinasi yang di alaminya, klien mengikuti program pengobatan yang diberikan (Muhith, 2015, hal. 175)

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP (subjektif, objektif, analisis, assesment dan perencanaan atau planing) (Dalami, dkk, 2009, hal. 139).