

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

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

Banyak para ahli yang mendefinisikan mengenai halusinasi diantaranya menurut Anna (2019, p. 98) halusinasi merupakan suatu gejala dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, penciuman dan perabaan.

Terdapat beberapa pengertian menurut para ahli, antara lain :

- a. Menurut Zelika & Dermawan (2015, p. 9) halusinasi adalah salah satu gejala gangguan sensori persepsi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa. Pasien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus yang nyata.
- b. Menurut Marisca (2017, p. 307) halusinasi pendengaran adalah mendengar suara atau bunyi yang berkisar dari suara sederhana sampai suara yang berbicara mengenai klien sehingga klien berespon terhadap suara tersebut.

##### **2. Jenis-jenis Halusinasi**

Menurut Azizah, Zainuri, & Akbar (2016, p. 291) jenis halusinasi adalah :

###### **a. Halusinasi Pendengaran**

Halusinasi pendengaran berbentuk suara 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. Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara manusia, hewan, mesin, barang, kejadian alamiah dan musik dalam keadaan sadar tanpa adanya rangsang apapun dalam Maramis (2005). Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara atau bunyi yang berkisar dari suara sederhana sampai suara yang berbicara mengenai klien sehingga klien berespon terhadap suara atau bunyi tersebut dalam Stuart (2007).

b. Halusinasi Penglihatan

Halusinasi penglihatan berisi 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

Halusinasi penciuman dapat berupa klien yang mencium aroma tertentu seperti bau darah, urin, dan feses umumnya bau-bauan yang tidak menyenangkan.

d. Halusinasi Pengecapan

Klien dengan halusinasi pengecapan, klien merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin atau feses.

e. Halusinasi Perabaan

Klien dengan gangguan halusinasi ini mengalami stimulus yang jelas contoh rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah dan benda.

f. Halusinasi *Chenesthetic*

Klien dengan halusinasi *chenesthetic* mereka merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makan atau pembentukan urine.

g. Halusinasi *Kinestetik*

Gerakan tidak lazim seperti merasakan pergerakan berdiri tanpa bergerak.

3. Etiologi

a. Faktor Predisposisi

Menurut Yosep (2009) dalam buku Azizah, Zainuri, & Akbar (2016, p. 293) faktor predisposisi merupakan faktor yang menyebabkan halusinasi terjadi, antara lain :

1) Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

2) Faktor Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya.

3) Faktor Biokimia

Faktor diatas memiliki pengaruh pada terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia.

Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasinya neuro transmitter otak. Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami.

#### 4) Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

#### 5) Faktor Genetik dan Pola Asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan

bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

#### b. Faktor Presipitasi

Menurut Stuart (2007) dalam buku Azizah, Zainuri, & Akbar (2016, p. 293) faktor presipitasi halusinasi merupakan latar belakang terjadinya gangguan jiwa, antara lain :

##### 1) Biologis

Gangguan pada komunikasi dan putaran balik otak 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

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor.

## 4. Patofisiologi

Dalam buku Azizah, Zainuri, & Akbar (2016, p. 295) patofisiologi halusinasi pendengaran adalah sebagai berikut :

### a. Fase pertama

Disebut fase *comforting* ansietas sedang yaitu halusinasi “menyenangkan”. Karakteristik tahap ini adalah klien mengalami ansietas atau kecemasan kesepian, rasa bersalah dan takut, mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan ansietas. Individu mengenali bahwa pikiran dan pengalaman sensori dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani (non psikotik). Prilaku klien : tersenyum, tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat dan diam.

### b. Fase kedua

Disebut fase *condemning* ansietas berat yaitu halusinasi yang

“menyalahkan”. Karakteristik tahap ini klien memiliki pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan. Klien lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. Klien mungkin mengalami dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain. Dapat ditangani dengan psikotik ringan. Prilaku klien : Meningkatkan tanda-tanda sistem saraf otonom akibat ansietas (Nadi, RR, TD) meningkat, penyempitan kemampuan untuk konsentrasi, asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita.

c. Fase ketiga

Disebut fase *controlling* Ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa untuk “mengendalikan”. Karakteristik tahap ini klien berhenti atau menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik, klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti. Prilaku klien : cenderung mengikuti halusinasinya, kesulitan berhubungan dengan orang, rentang perhatian dalam beberapa menit, gejala fisik Ansietas berat, berkeringat, tremor, serta tidak mampu mengikuti petunjuk.

d. Fase keempat

Disebut fase *conquering* panik umumnya menjadi lebur dalam halusinasinya. Karakteristik tahap ini pengalaman sensori klien menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasi.

Halusinasi berahir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapiutik. Dapat ditangani dengan psikotik berat. Prilaku klien : perilaku teror akibat panic, potensial *suicide* atau *homicide*, aktivitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti kekerasan, agitasi, menarik diri, katatonia, tidak mampu merespon terhadap perintah yang kompleks, tidak mampu merespon > 1 orang.

#### 5. Tanda Gejala Halusinasi

Adapun tanda dan gejala pasien halusinasi menurut Kementrian Kesehatan RI (2016, p.23) adalah sebagai berikut:

##### a. Data Subjektif

- 1) Pasien mendengar suara-suara atau kegaduhan
- 2) Pasien mengatakan mendengar suara yang mengajak berbicara
- 3) Pasien mengatakan mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
- 4) Pasien mengatakan melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
- 5) Pasien mengatakan mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan
- 6) Pasien mengatakan merasa takut dengan halusinasinya

##### b. Data Objektif

- 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, muntah dan
  - 10) Menggaruk-garuk permukaan kulit
  - 11) Tidak bisa fokus
6. Penatalaksanaan Medis dan Keperawatan

Menurut buku Kusumo, Damayanti, & Ardinata (2015, pp. 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, Serenace, Lodomer)*
- 3) *Stelazine*
- 4) *Clozapine*
- 5) *Risperidone (Risperidal)*

b. Anti parkinson

- 1) *Trihexyphenidile*

## **B. Konsep Kebutuhan Dasar**

Kebutuhan dasar manusia adalah kebutuhan yang langsung mempengaruhi hidup matinya seseorang, sehingga perlu segera untuk dapat di penuhi

kebutuhan terhadapnya (Asaf, 2020, p. 26). Teori Hierarki Kebutuhan Maslow adalah teori yang di ungkapkan oleh Abraham Maslow, dalam buku Ineke (2020, p. 7) yaitu :

1. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan primer atau mutlak yang harus dipenuhi sebelum ke tingkat kebutuhan lebih tinggi. Kebutuhan fisiologis meliputi: oksigen, air dan cairan, suhu, nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur dan seksual.

2. Kebutuhan Keselamatan dan Keamanan

Tingkat kedua berupa keselamatan dan keamanan. Keselamatan dan keamanan biasanya identik dengan sesuatu yang mengancam. Ancaman yang ada bisa nyata maupun imajinasi. Dalam kasus gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran kebutuhan rasa keselamatan dan keamanan akan terganggu karena mereka sering mendengar suara-suara yang memintanya untuk melakukan tindakan yang bisa mengancam keselamatan dan keamanan baik individu, orang lain maupun lingkungan. Seseorang yang mengalami gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran cenderung mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan aman nyaman. Dimana penderita halusinasi yang mendengar suara-suara tersebut memintanya melakukan suara-suara tersebut, seperti melakukan kekerasan pada individu, orang lain dan lingkungan (Ineke, 2020, hal. 7).

3. Kebutuhan Cinta dan kepemilikan

Tingkat ketiga ini berisi kebutuhsn akan cinta dan kepemilikan, termasuk persahabatan, hubungan social dan cinta. Manusia memiliki

kebutuhan bawaan untuk menjadi bagian dari kelompok dan merasa diterima oleh orang lain.

#### 4. Kebutuhan Harga Diri

Tingkat keempat mencakup kebutuhan harga diri, yang melibatkan kepercayaan diri, kegunaan, presentasi, dan harga diri. Kebutuhan harga diri dicakup saat sukses dalam pekerjaan dan aktivitas lainnya serta adanya pengakuan dari orang lain. Harga diri yang positif adalah apresiasi atas nilai pribadi seseorang. Orang yang merasa bahwa kontribusinya dihargai oleh orang lain akan memiliki kepercayaan diri yang meningkat.

#### 5. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Tingkat kelima adalah kebutuhan untuk aktualisasi diri, keadaan mencapai kondisi optimal dan memiliki kemampuan untuk mencegah dan mengatasi masalah secara realistis. Aktualisasi diri adalah level tertinggi dari hierarki Maslow. Seseorang yang mengaktualisasikan diri cukup nyaman untuk membuat rencana kedepan dan menjadi kreatif.



Gambar 2. 1  
Hierarki Kebutuhan Dasar Maslow : (Ineke, 2020, p. 3)

## C. Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan dasar dari proses keperawatan yang disusun sistematis dalam pengumpulan data berbagai sumber untuk mengevaluasi status kesehatan (Muhith, 2015, p. 67).

Menurut Yusuf, PK, & Nihayati (2015, p. 122) data-data pengkajian klien halusinasi pendengaran, diklasifikasikan sebagai berikut:

Tabel 2. 1

Analisis Data Pada gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran

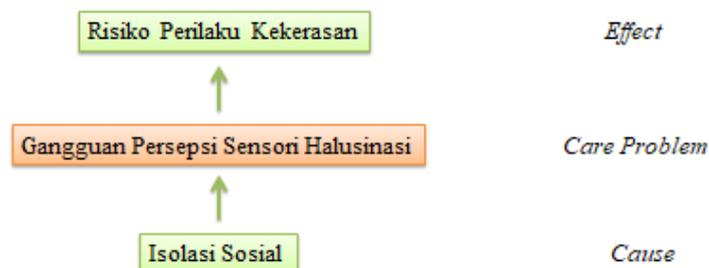
Data Subjektif	Data Objektif
1. Bicara atau tertawa sendiri	1. Mendengar suara suara kegaduhan
2. Marah-marah tanpa sebab	2. Mendengar suara-suara yang mengajaknya bercakap-cakap
3. Mengarahkan telinga ke arah tertentu	3. Mendengar suara yang menyuruhnya melakukan sesuatu yang berbahaya
4. Menutup telinga	

Sumber : (Yusuf, PK, & Nihayati, 2015, p. 122)

Dalam Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Azizah, Zainuri, & Akbar (2016, p. 302) mengemukakan pohon masalah klien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi sebagai berikut :

Gambar 2. 2

Pohon Masalah Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran



Sumber : (Yusuf, PK, & Nihayati, 2015, p. 122)

Berdasarkan pohon masalah diatas dapat di simpulkan bahwa masalah harga diri rendah dan isolasi sosial menjadi penyebab dari gangguan sensori persepsi halusinasi yang merupakan masalah utama dan memberikan efek risiko perilaku kekerasan (Azizah, Zainuri, & Akbar, 2016, p. 302).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, 2017). Dalam buku ajar keperawatan kesehatan jiwa Azizah, Zainuri, & Akbar (2016, p. 302) ditegakkan diagnosa keperawatan :

- a. Isolasi sosial
- b. Perubahan persepsi sensori halusinasi pendengaran
- c. Risiko Perilaku Kekerasan.

## 3. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dapat dilaksanakan untuk mencapai tujuan khusus (PPNI, Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, 2017). Adapun rencana keperawatan pada kasus halusinasi menurut (PPNI, 2018) dengan (PPNI, 2019) terdapat pada tabel 2. 2, 2. 3 dan 2.4 sebagai berikut :

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

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun</li> <li>2. Verbalisasi melihat bayangan menurun</li> <li>3. Verbalisasi merasakan melalui indra perabaan menurun</li> <li>4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun</li> <li>5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun</li> <li>6. Histori sensori menurun</li> <li>7. Prilaku halusinasi menurun</li> <li>8. Menarik diri menurun</li> <li>9. Melamun menurun</li> <li>10. Mondar-mandir menurun</li> <li>11. Respon sesuai membaik</li> <li>12. Konsentrasi membaik</li> <li>13. Orientasi membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Halusinasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor prilaku yang mengindikasi halusinasi</li> <li>2. Memonitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan.</li> <li>3. Monitor isi halusinasi (mis.kekrasan atau membahayakan diri)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan lingkungan yang aman</li> <li>2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol prilaku (mis.<i>limit setting</i>, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi).</li> <li>3. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi</li> <li>2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk member dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi</li> <li>3. Anjurkan melakukan distraksi (mis.mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)</li> <li>4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat anti psikotik dan anti ansietas, jika perlu.</li> </ol>

Tabel 2. 3  
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa  
Pada Klien dengan Resiko Prilaku Kekerasan

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
2	Resiko Prilaku Kekerasan	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun</li> <li>2. Verbalisasi umpatan menurun</li> <li>3. Perilaku menyerang menurun</li> <li>4. Prilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun</li> <li>5. Prilaku merusak lingkungan sekitar menurun</li> <li>6. Prilaku agresif/ngamuk</li> <li>7. Suara keras menurun</li> <li>8. Berbicara ketus menurun.</li> <li>9. Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun</li> <li>10. Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun</li> <li>11. Verbalisasi ancaman bunuh diri manurun</li> <li>12. Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun</li> <li>13. Prilaku merencanakan bunuh diri menurun</li> <li>14. Euvoria menurun</li> <li>15. Alam perasaan depresi menurun</li> </ol>	Pencegahan Prilaku Kekerasan Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali)</li> <li>2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung</li> <li>3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membayakan (mis. pisau cukur)</li> </ol> Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien</li> <li>2. Latih cara mengungkapkan perasaan</li> <li>3. Latih mengurangi kemarahan dengan cara verbal dan non verbal (mis. relaksasi, bercerita )</li> </ol>

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

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
3	Isolasi Sosial	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam keterlibtan sosial meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minat interaksi meningkat</li> <li>2. Verbalisasi tujuan yang meningkat</li> <li>3. Minat terhadap aktivitas meningkat</li> <li>4. Verbalisasi isolasi menurun</li> <li>5. Verbalisasi ketidakamanan ditempat umum menurun</li> <li>6. Prilaku menarik diri menurun</li> <li>7. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun</li> <li>8. Verbalisasi preukupasi dengan pikiran sendiri menurun</li> </ol>	<p>Promosi Sosialisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain</li> <li>2. Indentifikasi hambatan melakukn interaksi dengan orang lain</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan</li> <li>2. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan</li> <li>3. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok</li> <li>4. Motivasi berinteraksi diluar lingkungan (mis. jalan jalan)</li> <li>5. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain</li> <li>6. Diskusikan perencanaan kegiatan dimasa depan</li> <li>7. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri</li> <li>8. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap</li> <li>2. Anjurkan ikut serta kegiatan soasial dan kemasyarakatan</li> <li>3. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain</li> <li>4. Anjurkan meningkatkan kejujura diri dan menghormati hak orang lain</li> <li>5. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus</li> <li>6. Latih bermain peran untuk meningkatkan kterampilan komunikasi</li> <li>7. Latih mengekspresikan marah dengan tepat</li> </ol>

#### 4. Implementasi/Tindakan Keperawatan

Implementasi atau tindakan keperawatan untuk klien halusinasi ada 2 (Muhith (2015, p. 258), yaitu:

a. Tujuan tindakan untuk klien meliputi:

- 1) Klien mengenali halusinasi yang dialaminya
- 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 terjadinya 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 dari 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 terjadual

Untuk mengurangi risiko 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 di rumah sering kali mengalami putus obat sehingga akibatnya klien mengalami kekambuhan. Tindakan keperawatan agar klien patuh menggunakan obat yaitu dengan cara, jelaskan guna obat, jelaskan akibat dari putus obat, jelaskan cara mendapatkan obat/berobat, jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar klien, benar cara pemberian, benar waktu, benar dosis).

## 5. Evaluasi

Perawat kesehatan jiwa mengevaluasi perkembangan klien dengan harapan atau hasil yang diinginkan. Evaluasi merupakan suatu proses yang berkesinambungan tentang pengaruh intervensi keperawatan dan regimen pengobatan terhadap status kesehatan klien dan hasil yang diharapkan.

Evaluasi keperawatan dijelaskan dalam Modul Kesehatan Jiwa Kemenkes RI (2016, p. 33) dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis/Assesment dan Perencanaan/ Planning), dengan :

S : Respon Subjektif klien terhadap tindakan keperawatan.

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan.

A : Analisa terhadap data yang ada untuk menyimpulkan masalah masih tetap atau muncul masalah baru.

P : Perencanaan dan tindak lanjut berdasarkan hasil analisa respon klien.