

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. LANDASAN TEORI PENYAKIT**

##### 1. Pengertian

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang ditemukan pada pasien gangguan jiwa dengan *skizofrenia*, Menurut Maramis (1998) halusinasi adalah gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi (Abdul Muhith, 2015).

Menurut Townsend (2009) dalam Satrio, dkk (2015) 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. Halusinasi dapat bermacam-macam yang meliputi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan, dan pegecapan.

Penelitian serupa yang dilakukan oleh Setiawan (2018) mengatakan bahwa terapi menghardik pada klien halusinasi dapat mengontrol halusinasi penglihatan. Dikatakan terapi menghardik ini merupakan salah satu terapi yang diberikan pada klien halusinasi dengan tujuan agar klien mampu mengontrol atau mengendalikan halusinasinya.

##### 2. Etiologi Halusinasi

Menurut Muhith (2015), 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.

### 1) Faktor Genetik

Telah diketahui bahwa secara genetik *skizofrenia* diturunkan 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 stress dan kecemasan.

### 3) Faktor *Neurobiologi*

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

### 4) Faktor Biokimia

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

### 5) Psikologis

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

## b. Faktor Presipitasi

Yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, Ancaman/tuntutan yang memerlukan energi untuk coping. Proses penghambatan dalam proses komunikasi sehingga dengan demikian faktor-faktor pencetus respon

*neurobiologis* dapat dijabarkan sebagai berikut :

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

### 3. Patofisiologi

Menurut Yosep (2011), Halusinasi dapat berkembang melalui lima fase yaitu :

- a. Fase *sleep disorder* ( fase awal sebelum klien mengalami halusinasi)

Klien merasa banyak masalah, ingin menghindari dari lingkungan, takut diketahui oleh orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah semakin terasa sulit karena berbagai *stressor* terakumulasi, misalnya *drop out* dari kampus, putus cinta. Masalah terasa semakin menekan dan persepsi terhadap masalah semakin buruk, mengalami sulit tidur berangsur terus menerus hingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal sebagai pemecahan masalah.

- b. Fase *comforting* (halusinasi secara umum diterima sebagai suatu yang alami)

Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan, beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat dikontrol bila keemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasi.

- c. Fase *condemning* (secara umum halusinasi sering mendatangi

klien) Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami biasa tau prasangka. Klien merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama.

- d. Fase *controlling* (fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan)

Klien mencoba melawan bayangan-bayangan atau *sensory abnormal* yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir, disinilah dimulai gangguan *psychotic*.

- e. Fase *conquering* (klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya)

Pengalaman sensorinya terganggu, klien mulai merasa terancam dengan datangnya bayanga-bayangan terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung 4 jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadi gangguan psikotik berat.

#### 4. Tanda dan Gejala Halusinasi

Jenis-jenis halusinasi menurut Stuart 2009 dalam Satrio, dkk, (2015) adalah :

- a. Halusinasi pendengaran: seolah-olah mendengar suara, paling sering suara orang. Suara dapat berkisar dari suara yang sederhana sampai suara orang berbicara mengenai klien, terkadang suara tersebut seperti memerintahkan untuk melakukan sesuatu dan kadang-kadang melakukan hal yang berbahaya.
- b. Halusinasi penciuman: merupakan halusinasi yang seolah-olah mencium bau, seperti bau busuk, amis dan bau menjijikan seperti darah, urin atau feses.
- c. Halusinasi penglihatan: halusinasi yang merupakan stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambaran geometris,

gambar kartun dan atau panorama yang luas. Penglihatan dapat berupa sesuatu yang menyenangkan.

- d. Halusinasi pengecap: halusinasi yang seolah-olah merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikan seperti darah, urine, dan feses.
- e. Halusinasi perabaan: halusinasi yang seolah-olah mengalami rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat. Merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati, atau orang lain.

#### 5. Penatalaksanaan medis

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

##### a. Anti psikotik

*Chlorpromazine (Promactile, Largactile) Haloperidol (Haldol, Serenace, Lodomer), Stelazine, Clozapine, Risperidone (Risperidal)*

##### b. Anti parkinson

*Trihexypenidile dan Arthan*

## B. KONSEP KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

Menurut Abraham Maslow dalam (Kasiati & Ni Wayan Dwi, 2016) membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam lima tingkat sebagai berikut:

### 1. Kebutuhan Fisiologis

merupakan kebutuhan paling dasar dan memiliki prioritas tertinggi dalam kebutuhan Maslow. Kebutuhan tersebut terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur.

## 2. Kebutuhan Rasa Aman dan Perlindungan

Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisiologis dan perlindungan psikologis. Keselamatan dan keamanan dalam konteks secara fisiologis berhubungan dengan sesuatu yang mengancam tubuh seseorang dan kehidupannya. Ancaman bisa nyata atau bisa imajinasi, misalnya penyakit, nyeri, cemas dan lain sebagainya. Dalam kasus Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi penglihatan kebutuhan rasa keselamatan dan keamanan akan sangat terganggu karena mereka seringkali mengikuti apa yang diperintahkan oleh halusinasinya. Ini sangat dibutuhkan peran keluarga dalam memantau keselamatan dan menjaga keamanan klien dirumah, agar terhindar dari hal-hal yang dapat mengancam keselamatan klien sendiri ataupun orang lain.

3. Kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang  
yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan.
4. kebutuhan akan harga diri  
kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain kebutuhan ini terkait, dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri dan kemerdekaan diri.
5. kebutuhan aktualisasi diri  
merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya. Untuk lebih jelas dapat dilihat di bagan berikut:

Gambar 1.1

Hirarkhi Kebutuhan Dasar Menurut A.  
Maslow



(Kasiati & Ni Wayan Dwi, 2016)

### C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN HALUSINASI

#### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien (Suarni dan Apriyani, 2017).

Proses terjadinya halusinasi akan dijelaskan dengan menggunakan konsep adaptasi Stuart dalam Satrio (2015) :

##### a. Faktor predisposisi

##### 1) Faktor biologis

Hal yang dikaji pada faktor biologis adalah adanya faktor genetik gangguan jiwa, adanya risiko bunuh diri, Riwayat penyakit atau trauma pada kepala.

## 2) Faktor Psikologis

Pada klien halusinasi ditemukan adanya kegagalan yang berulang misalnya pada individu korban kekerasan, kurang kasih sayang dan overprotektif.

## 3) Sosiobudaya dan lingkungan

Klien dengan halusinasi didapatkan sosial ekonomi rendah, riwayat penolakan lingkungan pada usia perkembangan anak, tingkat pendidikan rendah.

## b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi pada klien dengan halusinasi di temukan adanya riwayat penyakit infeksi, Penyakit kronis atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam keluarga, kemiskinan dan adanya konflik dalam masyarakat. Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap klien serta ungkapan klien.

### 1) Data subjektif

- a) Mendengar suara-suara atau kegaduhan
- b) Mendengar suara yang mengajak berbicara
- c) Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya .
- d) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
- e) Mencium bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
- f) Merasakan rasa seperti darah, urine, atau feses.
- g) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya.

### 2) Data Objektif

Berdasarkan data objektif , klien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi melakukan hal-hal berikut :

- a) Bicara atau tertawa sendiri
- b) Marah-marah tanpa sebab

- c) Mengarahkan telinga kearah tertentu
- d) Menutup telinga
- e) Menunjuk kearah tertentu
- f) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- g) Mencium sesuatu seperti membaui sesuatu
- h) Menutup hidung
- i) Sering meludah
- j) Muntah
- k) Menggaruk- garuk permukaan kulit

### 3) Mengkaji Jenis Halusinasi

Halusinasi diklasifikasikan menjadi lima jenis yaitu :

- a) Halusinasi dengar
- b) Halusinasi penglihatan
- c) Halusinasi penciuman
- d) Halusinasi perabaan

### 4) Mengkaji Waktu Terjadinya Halusinasi

Perawat perlu mengkaji waktu, frekuensi, dan situasi munculnya halusinasi yang dialami klien. Pengetahuan tentang frekuensi terjadinya halusinasi dapat dijadikan landasan perencanaan tindakan untuk mencegah halusinasi.

Menurut PPNI (2017) sebagaimana yang dikemukakan Tim Pokja PPNI didapatkan data :

#### 1. Gejala Tanda Mayor :

##### a. Subjektif

- 1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
- 2) Merasakan sesuatu melalui indera perubahan, penciuman, perabaan, atau pengecapan.

##### b. Objektif

- 1) Distorsi sensori
- 2) Respon tidak sesuai

- 3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu.

## 2. Gejala Tanda Minor

### a. Subjektif

- 1) Menyatakan kesal

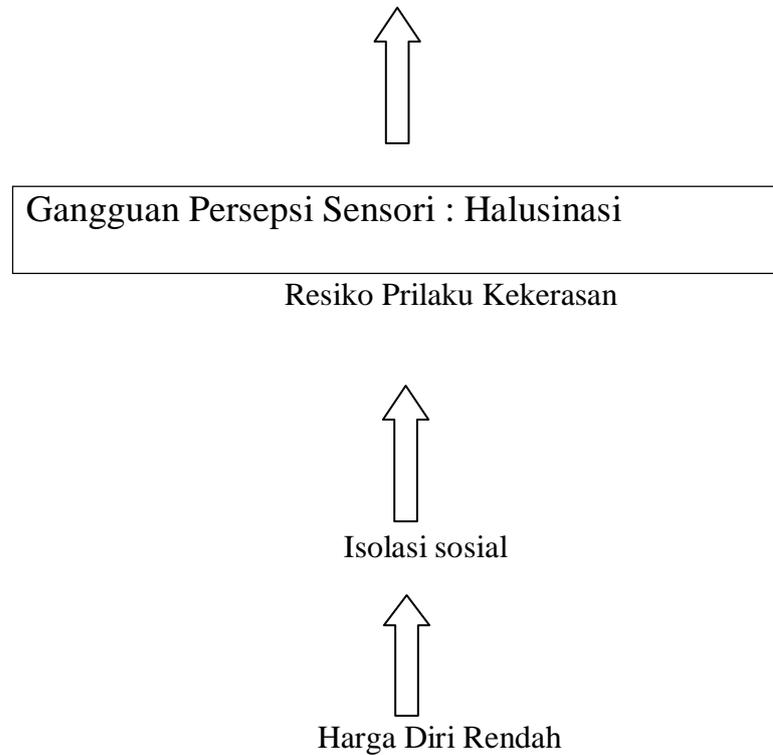
### b. Objektif

- 1) Menyendiri
- 2) Melamun
- 3) Konsentrasi buruk
- 4) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
- 5) Curiga
- 6) Melihat ke satu arah
- 7) Mondar-mandir
- 8) Bicara sendiri

## 2. Pohon Masalah

Keliat (2010) dalam Buku Ajar Keperawatan jiwa (Satrio, 2015) mengatakan pohon masalah klien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi sebagai berikut:

Gambar 1.2  
Pohon Masalah Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Penglihatan



(Kaliat 2010) dalam (Satrio,dkk 2015)

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.(PPNI,2017).

Berdasarkan pohon masalah di atas maka rumusan diagnosis adalah sebagai berikut :

- a. Perubahan sensori persepsi : Halusinasi
- b. Resiko perilaku kekerasan
- c. Isolasi sosial

d. Gangguan konsep diri : harga diri rendah

(Yusuf, Fitryasari, Nihayati, 2015).

### 3. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dapat dilaksanakan untuk mencapai tujuan khusus. Rencana keperawatan yang digunakan di tatanan kesehatan jiwa disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa Indonesia. (Yusuf, Fitryasari, Nihayati, 2015).

Rencana keperawatan pada klien halusinasi menurut standar luran keperawatan Indonesia (SLKI) dan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) adalah:

Tabel 2.1  
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>Setelah dilakukan intervensi selama 3 hari persepsi sensori Menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi melihat bayangan menurun</li> <li>2. Ngelamun menurun</li> <li>3. Perilaku halusinasi menurun</li> <li>4. Menarik diri menurun</li> <li>5. Respon sesuai membaik</li> <li>6. Konsentrasi membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Halusinasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor perilaku 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 perilaku (mis.<i>limit setting</i>, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)</li> </ol>

1	2	3	4
			<p data-bbox="1429 300 1966 368">3. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi</p> <p data-bbox="1429 379 1906 448">4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi</p> <p data-bbox="1285 456 1384 483">Edukasi</p> <p data-bbox="1384 523 1899 592">1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi</p> <p data-bbox="1384 603 1995 708">2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk member dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi</p> <p data-bbox="1384 719 1935 825">3. Anjurkan melakukan distraksi (mis.mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)</p> <p data-bbox="1384 836 2011 904">4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi</p> <p data-bbox="1308 912 1442 940">Kolaborasi</p> <p data-bbox="1429 979 2002 1048">1. Kolaborasi pemberian obat anti psikotik dan anti ansietas, jika perlu</p>

Tabel 2.2

Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa  
Pada Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	3	4
2	Risiko Perilaku Kekerasan	<p>Setelah dilakukan intervensi kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <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. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun</li> <li>5. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun</li> <li>6. Perilaku agresif/ngamuk menurun</li> <li>7. Suara kera menurun</li> </ol>	<p>Pencegahan Perilaku Kekerasan</p> <p>Observasi</p> <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 membahayakan (mis. pisau cukur)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien</li> <li>2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif</li> </ol>

1	2	3	4
		<ul style="list-style-type: none"> <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. Perilaku merencanakan bunuh diri menurun</li> <li>14. Euforia menurun</li> <li>15. Alam perasaan depresi menurun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Latih mengurangi kemarahan dengan cara verbal dan non verbal (mis. Relaksasi, bercerita)</li> </ul>

Tabel 2.3  
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa  
Pada Klien dengan Isolasi Sosial

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	3	4
3	Isolasi Sosial	<p>Setelah dilakukan intervensi 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. Perilaku menarik diri 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> </ol>

1	2	3	4
		<ul style="list-style-type: none"> <li>7. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun</li> <li>8. Verbalisasi preokupasi dengan pikiran sendiri menurun</li> <li>9. Afek murung/sedih menurun</li> <li>10. Perilaku bermusuhan menurun</li> <li>11. Perilaku sesuai dengan harapan orang lain membaik</li> <li>12. Perilaku bertujuan kontak</li> <li>13. mata membaik</li> <li>14. Tugas perkembangan sesuai usia membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Motivasi berinteraksi diluar lingkungan (mis. jalan jalan)</li> <li>5. Diskusikan kekuatan dan 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> </ul> <p>Edukasi</p> <ul 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 keterampilan komunikasi</li> <li>7. Latih mengekspresikan marah dengan tepat.</li> </ul>

Tabel 2.4  
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa  
Pada Klien dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
4	Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	Setelah dilakukan intervensi harga diri meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penilaian diri positif meningkat</li> <li>2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat</li> <li>3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat</li> <li>4. Minat mencoba hal baru meningkat</li> <li>5. Berjalan menampakkan wajah meningkat</li> </ol>	Manajemen Perilaku  Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku</li> </ol> Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku</li> <li>2. Jadwalkan kegiatan terstruktur</li> <li>3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas</li> <li>4. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan</li> <li>5. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>6. Bicara dengan nada rendah dan tenang</li> </ol>

1	2	3	4
		<ul style="list-style-type: none"> <li>6. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat</li> <li>7. Konsentrasi meningkat</li> <li>8. Tidur meningkat</li> <li>9. Kontak mata meningkat</li> <li>10. Gairah aktivitas meningkat</li> <li>11. Aktif meningkat</li> <li>12. Percaya diri berbicara meningkat</li> <li>13. Perilaku asertif meningkat</li> <li>14. Kemampuan membuat keputusan meningkat</li> <li>15. Perasaan malu menurun</li> <li>16. Perasaan bersalah berslah menurun</li> <li>17. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun</li> <li>18. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah menurun</li> <li>19. Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan menurun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan tindakan pengalihan terhadap sumber agitasi</li> <li>2. Cegah perilaku pasif dan agresif</li> <li>3. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku</li> <li>4. Melakukan pengekangan fisik sesuai indikasi</li> <li>5. Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan</li> <li>6. Hindari sikap mengancam dan berdebat</li> <li>7. Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif</li> </ul>

#### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni dan Apriyani, 2017)

Implementasi atau tindakan keperawatan untuk klien halusinasi ada 2 (Muhith, 2015) 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 dilihat), 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 :

1. 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 mempedulikan halusinasinya.

2. 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.

### 3. Melakukan aktivitas yang terjadwal

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

### 4. 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

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan, berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Suarni dan Apriyani, 2017)