

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit

1. Pengertian halusinasi

Istilah halusinasi berasal dari bahasa latin *halucinatio* yang bermakna secara mental mengembara atau menjadi linglung, Jardri, dkk (2013) menegaskan bahwa “*The term hallucination comes from the latin “hallucinatio”: To wander mentally or to be absent- minded*”. Halusinasi adalah persepsi atau tanggapan dari panca indera tanpa adanya rangsangan(stimulus) eksternal yang dikemukakan oleh Sutejo dalam buku Keperawatan Jiwa (Sutejo, 2016, hal.45).

Halusinasi merupakan perubahan dalam jumlah dan pola stimulus yang diterima disertai dengan penurunan berlebih distorsi atau kerusakan respon beberapa stimulus. Menurut *North American Nursing Diagnostic Association (NANDA-1)* (2012) dalam Damayanti, (2012, hal.123).

Halusinasi merupakan suatu bentuk persepsi atau pengalaman indera dimana tidak terdapat stimulasi terhadap reseptor-reseptor, halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah yang mungkin meliputi salah satu dari kelima panca indera, hal ini menunjukkan bahwa halusinasi dapat bermacam-macam yang meliputi halusinasi pendengaran penglihatan perabaan dan pengecapan (Satrio, 2015, hal.54).

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 bisa yang menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster.

c. Halusinasi penciuman

Mencium bau-bauan tertentu seperti bau darah, urin, dan feses umumnya bau-bauan yang aromanya tidak menyenangkan. Halusinasi penciuman sering akibat dari stroke, tumor, kejang, atau demensia.

d. Halusinasi pengecapan

Sementara pada halusinasi pengecapan, isi halusinasi berupa klien mengecap rasa yang tetap ada dalam mulut, atau perasaan bahwa makanan terasa seperti sesuatu yang lain. Rasa tersebut dapat berupa rasa logam atau pahit atau mungkin seperti rasa tertentu atau berupa rasa busuk, tak sedap dan anyir seperti darah, urin atau feses.

e. Halusinasi perabaan

Halusinasi perabaan adalah klien merasakan sensasi seperti aliran listrik yang menjalar keseluruh tubuh atau binatang kecil yang merayap di kulit.

f. Halusinasi *chenestetik*

Halusinasi *chenestetik* klien akan merasa fungsi tubuh seperti aliran darah di vena dan arteri, mencerna makanan, atau bentuk urin.

g. Halusinasi *kinestetik*

Terjadi ketika klien tidak bergerak tetapi melaporkan sensasi gerakan tubuh, gerakan yang tidak lazim seperti melayang di atas tanah.

3. Etiologi halusinasi

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 perkembangan

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

2) Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima oleh lingkungannya sejak

bayi (*unwanted child*) akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.

3) Faktor biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap gangguan jiwa. Adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat *halusinogenik neurokimia* seperti *Buffofenon* dan *Dimetrytranferase* (DMP). Akibat stres berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya *neurotransmitter* otak. Misalnya terjadi tidak keseimbangan *acetylcholin* dan *dopamin*.

4) Faktor psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penggunaan 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 khayal.

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

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, dan bingung, perilaku merusak diri,

kurang perhatian, tidak mampu mengambil kepuasan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Menurut Nurhalimah (2018, hal. 163) faktor presipitasi dapat dilihat dari 5 dimensi yaitu:

1) Dimensi fisik

Halusinasi dapat timbul oleh kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penyalahgunaan obat, demam, kesulitan tidur.

2) Dimensi emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas masalah yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi berupa perintah memaksa dan menakutkan.

3) Dimensi intelektual

Halusinasi merupakan usaha dari ego untuk melawan impuls yang menekan merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien.

4) Dimensi sosial

Klien mengalami interaksi sosial menganggap hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya seolah merupakan tempat memenuhi kebutuhan dan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan di dunia nyata.

5) Dimensi spiritual

Secara spiritual halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk mensucikan diri.

4. Patofisiologi halusinasi

a. Fase pertama

Fase *comforting* yaitu klien yang berhalusinasi mengalami emosi yang intense seperti cemas, kesepian, rasa bersalah, dan takut dan mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk menghilangkan kecemasan. Seseorang mengenal bahwa pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kesadaran kontrol jika kecemasan tersebut bisa di kelola.

b. Fase kedua

Fase *condemning* yaitu pengalaman sensori yang menjijikan dan menakutkan. Klien berhalusinasi mulai merasa kehilangan kontrol dan mungkin berusaha menjauhkan diri, serta merasa malu dengan adanya pengalaman sensori tersebut dan menarik diri dari orang lain.

c. Fase ketiga

Fase *controlling* yaitu klien yang berhalusinasi menyerah untuk mencoba melawan pengalaman halusinasinya. Isi halusinasi bisa menjadi menarik atau memikat. Seseorang mungkin mengalami kesepian jika pengalaman sensori berakhir.

d. Fase keempat

Fase *conquering* yaitu pengalaman sensori bisa mengancam apabila klien tidak mengikuti perintah dari halusinasi. Halusinasi mungkin berakhir dalam waktu empat jam atau sehari apabila tidak ada intervensi terapeutik.

5. Tanda gejala halusinasi

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 mencium bau-bauan tertentu
- 8) Menutup hidung
- 9) Sering meludah dan muntah
- 10) 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. Halusinasi merupakan salah satu gejala yang paling sering terjadi pada gangguan *skizofrenia*. Dimana *skizofrenia* merupakan jenis psikosis, adapun tindakan penatalaksanaan dilakukan dengan berbagai terapi yaitu dengan psikofarmakologis. Obat yang sangat penting dalam pengobatan *skizofrenia*, karena obat dapat membantu pasien *skizofrenia* untuk meminimalkan gejala perilaku kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah.

a. Anti psikotik

1) *Chlorpromazine (Promactile, Largactile)*

Obat yang digunakan untuk gangguan psikosis yang terkait *skizofrenia* dan gangguan perilaku yang tidak terkontrol dengan dosis saat agitasi dan hiperaktif yaitu 2 x 100mg per hari.

2) *Haloperidol (Haldol, Serenance, Lodomer)*

Obat yang dianggap sangat efektif dalam pengelolaan hiperaktivitas, gelisah, agresif, waham, dan halusinasi. 2 x 1,5 - 2,5mg per hari.

3) *Stelazine*

4) *Clozapine*

5) *Risperidone (Risperidal)*

b. Anti parkinson

1) *Trihexypenidile* 1-2x2mg per hari.

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

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

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

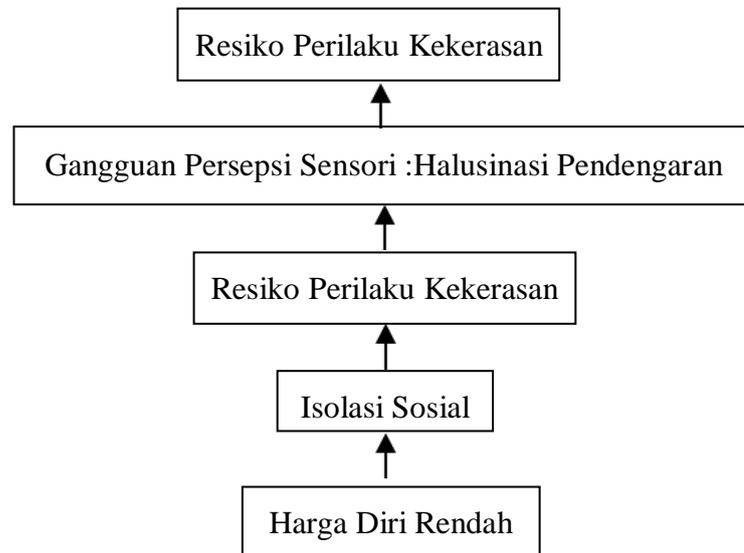
Sumber: (Satrio & dkk, 2015, hal.56)

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, hal. 36)

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon aktual atau potensial dari individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan. Rumusan diagnosis yaitu Permasalahan (P) berhubungan dengan Etiologi (E) dan keduanya ada hubungan sebab akibat secara ilmiah. Perumusan diagnosis keperawatan jiwa mengacu pada pohon masalah yang sudah dibuat. Pada rumusan diagnosis keperawatan yang menggunakan *typology single* diagnosis, maka rumusan diagnosis adalah menggunakan etiologi saja.

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 dapat dilaksanakan untuk mencapai tujuan khusus (PPNI S. D., 2017). Rencana keperawatan yang digunakan ditatanan kesehatan jiwa disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa Indonesia (Yusuf & dkk, 2015, hal. 124).

Perawat kesehatan jiwa mendokumentasikan keseluruhan proses keperawatan yang dilakukan pada klien mulai dari awal sampai akhir rangkaian proses asuhan keperawatan. 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 ini :

Tabel 2.2
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa pada Klien dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	3
Gangguan persepsi sensorial : Halusinasi	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam persepsi sensorial membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun 3. Verbalisasi merasakan melalui indraperabaan menurun 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun 6. Histori sensorial menurun 7. Perilaku halusinasi menurun 	Manajemen halusinasi Obeservasi <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 membahayakan diri). Terapeutik <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).

1	2	3
	8. Menarik diri menurun 9. Melamun menurun 10. Mondar-mandir menurun 11. Respon sesuai membaik 12. Konsentrasi membaik 13. Orientasi membaik	3. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi. Edukasi 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 Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat anti psikotik dan anti ansietas, jika perlu

Tabel 2.3
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa Pada Klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan

Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	3
Resiko perilaku kekerasan	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam kontrol diri meningkat 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	Pencegahan perilaku kekerasan 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)

1	2	3
	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	

Tabel 2.4
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa Pada Klien dengan Isolasi Sosial

Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	3
Isolasi sosial	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam keterlibatan sosial meningkat dengan kriteria hasil : 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	Promosi sosialisasi Observasi 1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 2. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain Teraupetik 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

1	2	3
		Edukasi 1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap 2. Anjurkan ikut sertakegiatan sosial dan kemasyarakatan 3. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain 4. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak oranglain 5. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatankhusus 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

Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	3
Gangguan konsep diri : harga diri rendah	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam harga diri meningkatkan dengan kriteria hasil : 1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat 3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat 4. Minat mencoba hal baru meningkat 5. Berjalan menampakan wajah meningkat 6. Postur tubuh menampakan wajah meningkat 7. Konsentrasi meningkat 8. Tidur meningkat 9. Kontak mata meningkat 10. Gairah aktivitas meningkat 11. Aktif meningkat 12. Percaya diri berbicara meningkat	Manajemen perilaku Observasi Identikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Teraupetik 1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku 2. Jadwalkan kegiatan terstruktur 3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatankonsisten 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 pengekangan fisik sesuai indikasi 11. Hindari bersikap menyudutkan

1	2	3
	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	dan menghentikan pembicaraan 12. Hindari sikap mengancam dan berdebat 13. Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan Edukasi Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentuk 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 di rumah 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/*planing*) Dalami, dkk (2009, hal. 139).