

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Skizofrenia Paranoid**

##### 1. Pengertian

*Skizofrenia paranoid* merupakan salah satu contoh kasus gangguan mental yang sering terjadi. *Skizofrenia paranoid* merupakan salah satu tipe psikosis dimana antara realita serta pikiran tidak bisa sejalan. Sehingga hal ini akan mempengaruhi bagaimana cara seseorang berperilaku maupun berpikir. Gangguan *skizofrenia paranoid* ini biasanya akan muncul saat usia akhir masa remaja atau saat dewasa awal. Kecenderungan pengidap *skizofrenia paranoid* adalah tidak mampu berpikir secara rasional serta selalu merasa curiga terhadap segala sesuatu. Akibat dari keadaan tersebut, penderita skizofrenia paranoid biasanya sulit untuk melakukan pekerjaan, sulit menjalin hubungan dalam rumah tangga, berinteraksi serta bersosialisasi dengan orang lain dan lingkungan (Ningnurani et al., 2022 hal 25).

##### 2. Etiologi

Mashudi, S (2021 hal 4-7) menyatakan bahwa skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor, yaitu :

###### a. Faktor Predisposisi

###### 1) Faktor Biologis

a) Faktor Genetik adalah faktor utama pencetus dari skizofrenia.

Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka.

- b) Faktor neuroanatomi, peneliti menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit.
  - c) Neurokimia, secara konsisten peneliti memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitters otak pada individu penderita *skizofrenia*.
- 2) Faktor psikologis skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial. Skizofrenia yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada. Gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah pencitraan, ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri.
- 3) Faktor sosiokultural dan lingkungan faktor ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan perasaan putus asa.
- b. Faktor presipitasi dari skizofrenia antara sebagai berikut :
- 1) Biologis stressor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptif meliputi: gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam

otak yang mengakibatkan ketidak mampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

- 2) Lingkungan ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.
- 3) Pemicu gejala, pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

### 3. Tahap-Tahap Skizofrenia

Skizofrenia disebabkan adanya ketidakseimbangan senyawa kimia di otak, terutama hormon yang dikaitkan dengan sensasi yang menyenangkan, suasana hati, tidur, nafsu makan, pencernaan dan memori. Namun, proses skizofrenia masih belum diketahui secara pasti. Secara umum penelitian telah mendapatkan bahwa skizofrenia dikaitkan dengan penurunan volume otak, terutama bagian temporal, bagian frontal, dan bagian terluar otak yang mengandung banyak sel. Dari sejumlah penelitian ini daerah otak yang secara konsisten menunjukkan kelainan pada bagian pusat kendali reaksi emosional dan pengelolaan memori jangka panjang (Astuti et al., 2017 hal 7).

### 4. Tanda dan Gejala

Menurut Mashudi. S, (2022 hal 8) gejala penyakit skizofrenia terbagi atas beberapa gejala adalah:

a. Gejala Positif

Gejala positif yang dimaksud adalah gejala yang muncul akibat penyakit skizofrenia yang awalnya gejala tersebut tidak didapatkan pada orang sehat. Beberapa koondisi yang termasuk gejala positif adalah sebagai berikut:

1) Waham/delusi

Suatu keyakinan atau kenyataan yang diyakini terus menerus meskipun sudah diberi bukti bahwa keyakinan tersebut itu tidak benar.

2) Halusinasi

Gangguan persepsi indera manusia yang muncul tanpa adanya rangsangan, sehingga penderita mampu ,mendengar, melihat,membau, mengecap, dan meraba sesuatu yang tidak mampu dilakukan oleh orang lain.

3) Bicara Melantur

Bicara melantur ini menandakan adanya gangguan pada proses berpikir penderita skizofrenia dan diekspresikan melalui pembicaraan penderita, yakni tanpa tidak nyambung saat diajak bicara, mengatakan kata-kata baru (seperti madur,laus), menyampaikan hal yang menyimpang atau tidak benar terjadi.

4) Perilaku aneh

Perilaku pada penderita skizofrenia bisa bermacam-macam, kadang pasien terlihat gelisah, memperagakan gerakan aneh tertentu atau melakukan gerakan tertentu tanpa tujuan yang

diulang-ulang.

b. Gejala Negatif

Gejala negatif yang dimaksud disini sebelumnya sudah dimiliki oleh orang sehat), tapi fungsi tersebut menurun atau tidak didapatkan pada penderita karena penderita sering menampilkan ekspresi yang kosong ( melamun).

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada skizofrenia menurut Mashudi, S (2021 hal 12) adalah sebagai berikut:

- a. manajemen keperawatan pasien halusinasi.
- b. Bina hubungan saling percaya.
- c. Kaji gejala halusinasi, termasuk lama, intensitas, dan frekuensi.
- d. Minta pasien untuk menjelaskan apa yang sedang terjadi.
- e. Kaji penggunaan obat dan alkohol.
- f. Jika perawat ditanya oleh pasien, katakan secara singkat bahwa perawat tidak mengalami stimulus yang sama.
- g. Sarankan dan kuatkan penggunaan hubungan interprofesional sebagai suatu teknik penatalaksanaan gejala.
- h. Bantu pasien mengenali isi halusinasi.
- i. Tentukan gejala pasien terhadap aktivitas hidup sehari-hari.
- j. Manajemen psikofarmaka.
- k. Psikofarmaka: mengumpulkan data sebelum pengobatan, mengordinasikan obat dengan terapi modalitas, pendidikan kesehatan, monitor efek samping obat, perawat mampu memonitor

efek samping obat, melaksanakan prinsip pengobatan psikofarmalogi, melaksanakan program pengobatan, menyesuaikan dengan terapi nonfarmalogi.

- l. Psikofarmaka: Golongan obat anti skizofrenia memiliki 2 generasi, yang pertama generasi (*typical*) maupun dan generasi kedua (*atypical*). Obat golongan *typical* menimbulkan efek samping berupa gejala *Ekstra Piramidal Syndrom* (EPS) atau penggunaan obat jangka panjang.
- m. Terapi psikososial: dimaksudkan agar penderita mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial sekitarnya, mampu merawat diri, dan mampu mandiri tidak tergantung pada orang lain.

#### 6. Jenis-Jenis Skizofrenia

Jenis-jenis Skizofrenia dibagi menjadi tujuh jenis, (Prabawati, 2019 hal 9) yaitu:

- a. Skizofrenia simplek: yaitu dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.
- b. Skizofrenia hebefrenik: yaitu gejala utama gangguan proses pikir, gangguan kemauan, dan depersonalisasi.
- c. Skizofrenia katatonik: yaitu gejala seperti penurunan kesadaran, stres, gelisah yang terjadinya secara spontan.
- d. Skizofrenia paranoid: yaitu dengan gejala utama kecurigaan, yang ekstrim disertai waham kejar
- e. Episode skizofrenia akut: adalah kondisi akut yang disertai dengan perubahan kesadaran, ketidakmampuan seseorang berpikir jernih.

- f. Skizofrenia psiko-aktif: yaitu adanya gejala utama skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau suasana hati yang sangat energik namun hanya berlansung sekitar 1 minggu saja.
- g. Skizofrenia residual: adalah skizofrenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia.

## 7. Komplikasi

Menurut Student et al., (2021 hal 1-13) skizofrenia yang tidak terawat dapat membuahkan masalah emosional, perilaku kesehatan. Komplikasi yang dikaitkan dengan skizofrenia termasuk: Bunuh diri, perilaku merusak diri, serta melukai diri sendiri, depresi, penyalahgunaan alkohol, obat atau resep obat, kemiskinan, tidak punya tempat tinggal, masalah dengan keluarga, masalah kesehatan akibat pengidap obat antipsikotik, menjadi korban kekerasan atau menjadi pelaku, penyakit jantung, kerap dikaitkan dengan perokok berat.

## B. Konsep Halusinasi

### 1. Pengertian

Halusinasi adalah salah atau persepsi yang salah atau respon yang salah terhadap stimulasi sensorik. Respon terhadap halusinasi dapat mendengar suara, curiga, khawatir, tidak mampu mengambil keputusan, tidak dapat membedakan nyata dan tidak nyata. Pasien halusinasi disebabkan karena faktor pola asuh, perkembangan, kinerja syaraf, tingkah laku sehingga menimbulkan gejala halusinasi. Seseorang yang mengalami halusinasi bicara sendiri, senyum sendiri, tertawa sendiri, menarik diri dari orang lain, tidak dapat membedakan nyata dan tidak nyata (Kesehatan et al., 2019 hal 86).

### 2. Etiologi Halusinasi

Faktor-faktor penyebab halusinasi menurut Iyan, (2021 hal 53) yaitu:

#### a. Faktor presdiposisi

- 1) Faktor perkembangan: tugas perkembangan klien yang terganggu.
- 2) Faktor sosialkultural: seseorang yang tidak diterima oleh lingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.
- 3) Faktor biokimia: stress yang berlebihan dialami seseorang.
- 4) Faktor psikologis: tipe kepribadian lemah dan mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif.

#### b. Faktor genetik dan pola asuh: anak sehat yang diasuh oleh orang



tua yang mengalami gangguan jiwa.

c. Faktor presipitasi

- 1) Dimensi fisik: halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga penurunan kesadaran, dan keracunan alcohol.
- 2) Dimensi emosional: perasaan cemas yang berlebihan atas masalah yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan.
- 3) Dimensi intelektual: halusinasi merupakan usaha ego sendiri melawan emosi atau perilaku yang menekan dan menimbulkan kewaspadaan mengontrol perilaku dan mengambil seluruh perhatian klien.
- 4) Dimensi Sosial: dalam dimensi sosial ini klien mengalami gangguan interaksi sosial dan menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan.
- 5) Dimensi spiritual: secara spiritual klien dengan kehampaan hidup, hilangnya keinginan untuk beribadah dan jarang berupaya untuk menyucikan diri. Klien memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rejeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan memburuk.

### 3. Tahap Halusinasi

Patofisiologi Menurut Nurhalimah (2018, hal. 163-165) halusinasi pasien memiliki tahapan sebagai berikut:

#### a. Comforting

Halusinasi bersifat menenangkan, tingkat ansietas pasien sedang. Pada tahap ini halusinasi secara umum menyenangkan.

Karakteristik tahap ini ditandai dengan adanya perasaan bersalah dalam diri pasien dan 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) Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara.
- 2) Menyeringai/ tertawa yang tidaksesuai.
- 3) Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikan.
- 4) Respon verbal yang lambat.

#### b. Condemning

Halusinasi bersifat menyalahkan, pasien mengalami ansietas tingkat berat dan halusinasi bersifat menjijikan untuk pasien.

Karakteristik, pasien yang mengalami halusinasi mulai merasa kehilangan kendali, pasien berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang dipresepsikan, 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) Kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dan realita.

c. Controlling

Pada tahap ini halusinasi mulai mengendalikan perilaku pasien, pasien berada pada tingkat ansietas berat. Pengalaman sensori menjadi menguasai pasien.

Karakteristik, pasien yang halusinasi pada tahap ini menyerah untuk melawan pengalaman halusinasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Isi halusinasi dapat berupa permohonan, individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman tersebut berakhir, 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. Consquering

Halusinasi pada saat ini, sudah sangat menaklukkan dan tingkat ansietas berada pada tingkat panik. Secara umum halusinasi

menjadi lebih rumit dan saling terkait dengan delusi.

Karakteristik: pengalaman sensori menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah halusinasinya. perilaku yang teramati :

- 1) Amuk, agitasi dan menarik diri
- 2) Tidak mampu berespon terhadap petunjuk yang kompleks.
- 3) Tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang.
- 4) Perilaku menyerang – teror seperti panik.

#### 4. Tanda dan Gejala Halusinasi

Tanda dan gejala pada pasien halusinasi bergantung pada jenis halusinasi yang dialaminya. Hijratun, (2021 hak 37) mengungkapkan bahwa beberapa tanda dan gejala yang dapat dijadikan untuk menegakan diagnosis pada pasien halusinasi yaitu:

##### a. Data subjektif

- 1) Mendengar sesuatu yang menyuruh klien melakukan sesuatu yang berbahaya.
- 2) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
- 3) Mendengar suara atau bunyi.
- 4) Mendengar seseorang yang sudah meninggal.
- 5) Mendengar suara yang mengancam diri klien atau orang lain atau yang membahayakan.

##### b. Data Obyektif

- 1) Mengarahkan telinga pada sumber suara.
- 2) Bicara tau tertawa sendiri.

- 3) Marah-marah tanpa sebab.
- 4) Menutup telinga mulut komat-kamit.
- 5) Ada gerakan tangan.

## 5. Penatalaksanaan

### a. Penatalaksanaan medis

menurut Iyan, (2021 hal 45) skizofrenia yang mengalami halusinasi ialah dengan pemberian obat-obatan seperti:

- 1) Psikofarmakoterapi: gejala halusinasi sebagai salah satu gejala psikotik/skizofrenia biasanya diatasi dengan menggunakan obat-obatan anti psikotik antara lain: golongan butirefenon: *haloperidol, serenace, ludomer*.
- 2) Golongan fenotiazine: *chlorpramizine/Largactile/Promactile*, biasanya diberikan per oral. Kondisi akut biasanya diberikan 3x100 mg. Apabila kondisi sudah stabil dosis dapat dikurangi 1x100 mg pada malam hari saja.
- 3) Psikoterapi: terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang *grandmall* secara *artificial* dengan melewatkan aliran listrik melalui *electrode* yang dipasang pada suatu atau dua temples, terapi kejang listrik dapat diberikan pada skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

1) Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok yang diberikan pada pasien dengan halusinasi yaitu:

a) Terapi aktivitas kelompok stimulasi kognitif/persepsi:

Klien dilatih mempersiapkan stimulus yang disediakan atau stimulus yang pernah dialami.

b) Terapi Aktivitas Kelompok Stimulus Sensori: Aktivitas

digunakan sebagai stimulus pada sensori klien. Aktivitas yang biasa digunakan sebagai stimulus adalah: music, seni menyanyi, menari.

c) Rehabilitasi: terapi ini digunakan untuk mendorong

penderita bergaul lagi dengan orang lain, penderita lain, perawat dan dokter, dianjurkan penderita untuk mengadakan permainan atau pelatihan bersama.

6. Jenis-Jenis Halusinasi

Menurut Prabawati, (2019 hal 16), jenis-jenis halusinasi yaitu:

a. Halusinasi pendengaran, yaitu klien seperti mendengarkan suara

atau kebisingan yang kurang jelas ataupun yang jelas, dimana terkadang suara-suara tersebut seperti mengajak berbicara klien dan kadang memerintah klien untuk melakukan sesuatu.

b. Halusinasi penglihatan, yaitu klien mendapat stimulasi visual

dalam bentuk kilatan atau cahaya, gambar atau bayangan yang bisa menyenangkan atau menakutkan.

- c. Halusinasi penciuman yaitu klien seperti mencium bau-bauan tertentu seperti bau darah, urine, feses, parfum atau bau yang lain. Ini sering terjadi pada seseorang pasca serangan stroke, kejang, atau demensia.
- d. Halusinasi pengecapan, yaitu klien merasa mengecap rasa seperti darah, urine, feses, atau yang lainnya.
- e. Halusinasi perabaan, yaitu klien merasa mengalami nyeri, rasa tertetrum atau ketidak nyamanan tanpa stimulus yang jelas.
- f. Halusinasi cenesthetic, yaitu klien merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan, makanan atau pembentukan urine.
- g. Halusinasi kinesetika, yaitu klien merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

## 7. Komplikasi

Komplikasi halusinasi dapat menjadi suatu alasan mengapa klien melakukan tindakan perilaku kekerasan karena suara-suara yang memberinya perintah sehingga rentan melakukan perilaku yang tidak adaptif. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia diawali dengan adanya perasaan tidak berharga, takut dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan Interpersonal dengan orang lain (ICES, 2021 hal. 13). Komplikasi yang dapat terjadi pada klien dengan masalah utama gangguan sensori persepsi: halusinasi, antara lain: resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah.

### C. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Teori hierarki kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan Abraham Maslow dalam Zainur, (2020 hal 32-43) sebagai berikut:

1. Kebutuhan fisiologis, merupakan kebutuhan paling dasar pada manusia. Antara lain: pemenuhan kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, serta seksual.
2. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan, dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik, meliputi perlindungan dari ancaman terhadap tubuh dan kehidupan seperti kecelakaan, penyakit, bahaya lingkungan, dll. Perlindungan psikologis, perlindungan dari ancaman peristiwa atau pengalaman baru atau asing yang dapat mempengaruhi kondisi kejiwaan seseorang. Menurut Muhith, (2015 hal.230) klien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakan dirinya, orang lain maupun lingkungan. Ini terjadi jika halusinasi sudah sampai pada tahap III, dimana klien lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya dari pada menolak, rentang perhatian klien hanya beberapa menit dan dalam berkomunikasi tidak terjalin harmonisasi antara klien dan perawat karena pasien sering menundukkan kepala.
3. Kebutuhan rasa cinta, yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, dan kekeluargaan.



4. *Kebutuhan self esteem*. Kebutuhan akan harga diri dan perasaan dihargai oleh orang lain serta pengakuan dari orang lain.
5. *Kebutuhan Aktualisasi Diri*, ini merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, yang berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.



Sumber : Zainur, (2020 hal 32-43)

Gambar 2. 1

Kebutuhan Dasar Manusia

## D. Proses Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi pasien. Pengkajian pada klien dengan halusinasi menurut Muhith ( 2015 hal 260) difokuskan pada :

#### a. Faktor predisposisi

- 1) Faktor perkembangan terlambat: tidak terpenuhi kebutuhan makanan, minum, rasa aman, usia balita, tidak terpenuhi kebutuhan otonomi, usia sekolah mengalami peristiwa yang tidak terselesaikan.
- 2) Faktor psikologis: mudah kecewa, mudah putus asa, kecemasan tinggi, menutup diri, ideal diri tinggi, harga diri rendah, identitas diri tidak jelas, gambaran diri negatife.
- 3) Faktor sosial budaya: isolasi sosial pada usia lanjut, cacat, sakit kronis, tuntutan lingkungan yang terlalu tinggi.
- 4) Faktor biologis, adanya kejadian terhadap fisik, berupa: ukuran otak menyusut, pembesaran vertikel, perubahan besar dan bentuk sel korteks dan limbic.
- 5) Faktor genetik, adanya pengaruh herediter (keturunan) berupa anggota keluarga terdahulu yang mengalami *skizofrenia* dan kembar identik.

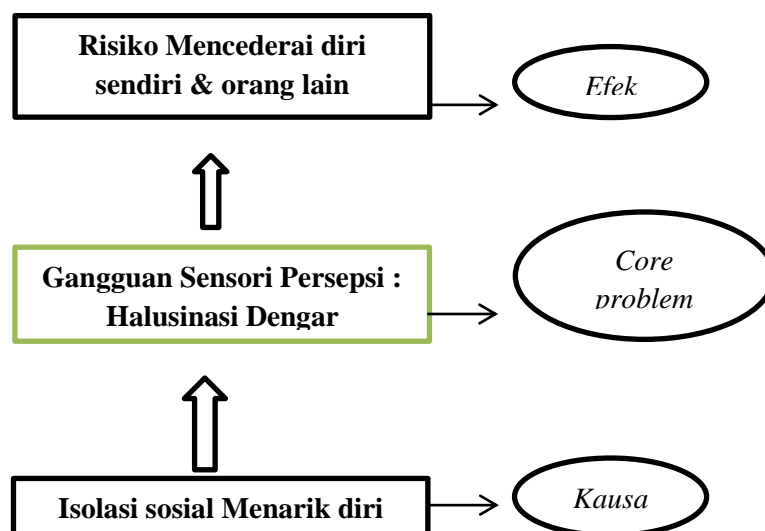
- b. Perilaku: perilaku yang sering tampak pada klien dengan halusinasi meliputi: bibir komat-kamit, tertawa sendiri, bicara sendiri, kepala mengangguk-angguk, seperti mendengar sesuatu, tiba-tiba menutup telinga, gelisah, bergerak seperti mengambil atau membuang sesuatu, tiba-tiba marah dan menyerang, duduk terpaku, memandang satu arah, menarik diri.
- c. Fisik
  - 1) ADL, nutrisi tidak adekuat bila halusinasi memerintahkan untuk tidak makan, tidur terganggu karena ketakutan, kurang kebersihan diri atau tidak mandi, tidak mampu berpartisipasi dalam kegiatan aktivitas fisik yang berlebihan, agitasi gerakan atau kegiatan ganjil.
  - 2) Kebiasaan, berhenti minuman keras, penggunaan obat-obatan, zat halusinogen, tingkah laku merusak diri.
  - 3) Riwayat kesehatan, skizofrenia, delirium berhubungan dengan riwayat demam dan penyalahgunaan obat.
- d. Fungsi sistem tubuh, perubahan berat badan, hipertermia (demam), neurologikal perubahan mood, disorientasi, ketidakefektifan endokrin oleh peningkatan temperature
- e. Status emosi, afek tidak sesuai, perasaan bersalah atau malu, sikap negatif dan bermusuhan, kecemasan berat atau panik, suka berkelahi
- f. Status intelektual, gangguan persepsi, penglihatan, pendengaran, penciuman dan kecap, isi pikir tidak realistis,

tidak logis dan sukar diikuti atau kaku, kurang motivasi, koping regresi dan denial serta sedikit berbicara.

- g. Status sosial, putus asa, menurunnya kualitas kehidupan, ketidak mampuan mengatasi stress dan kecemasan.

## 2. Pohon Masalah

Menurut Ruswadi, (2021 hal 170) pohon masalah klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi dengar sebagai berikut :



Sumber : Menurut Ruswadi, (2021 hal 170)

Gambar 2. 2

pohon Masalah

Berdasarkan gambar 2 dapat dijelaskan sebagai berikut: Masalah utama (*Core problem*) pada gambar diatas adalah gangguan sensori persepsi: halusinasi. Penyebab pasien mengalami Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi dikarenakan pasien mengalami isolasi sosial menarik diri. Apabila pasien Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

tidak diberikan asuhan keperawatan dengan baik dan mengakibatkan risiko mencederai diri sendiri dan orang lain.

### 3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan adalah bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (PPNI, 2017 hal.328).

Menurut Muhith (2015, hal. 230) dampak selanjutnya klien akan lebih terfokus pada dirinya. Akibat rendah diri dan kurangnya keterampilan berhubungan sosial, klien menjadi menarik diri dari lingkungan. Klien lama kelamaan akan sulit membedakan stimulus internal dan stimulus eksternal. Ini memicu terjadinya halusinasi. Dari masalah tersebut, ditemukan masalah keperawatan antara lain:

#### a. Masalah keperawatan yang muncul yaitu:

- 1) Halusinasi
- 2) Resiko Perilaku Kekerasan.
- 3) Gangguan Hubungan Sosial
- 4) Harga Diri Rendah

Tujuan asuhan keperawatan meliputi: klien dapat membina hubungan saling percaya, klien mengenal halusinasi yang dialaminya, klien dapat mengontrol halusinasi, klien dapat mendukung keluarga

untuk mengontrol halusinasi, klien dapat memanfaatkan obat untuk mengatasi halusinasi.

#### 4. Rencana Keperawatan

Menurut Yusuf & dkk, (2015) rencana keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dapat diambil dilaksanakan untuk mencapai tujuan khusus rencana keperawatan yang disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa. Menurut Yusuf & dkk, (2015, p. 124), rencana keperawatan jiwa dapat digunakan dalam masalah gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dengan 4 strategi 4 cara seperti menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktifitas secara terjadwal dan minum obat secara teratur.

Rencana keperawatan menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), terdapat pada tabel-tabel dibawah ini:

Tabel 2. 1

## Rencana Tindakan Keperawatan pada klien

## Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

No	Diagnosis	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	<p>Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi (D.0146) hal: 190.</p> <p>Definisi Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi.</p> <p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan penglihatan</li> <li>2. Gangguan pendengaran</li> <li>3. Gangguan penghiduan</li> <li>4. Gangguan perabaan</li> <li>5. Hipoksia selebral</li> <li>6. Penyalahgunaan zat</li> <li>7. Usia lanjut</li> <li>8. Pemajanan toksin lingkungan</li> </ol> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p>	<p>Persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil (L.09083) hal: 93</p> <p>Definisi Persepsi realitas terhadap stimulus baik internal maupun eksternal.</p> <p>Ekspektasi: Membaik Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perilaku klien membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>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 sesuatu melalui indra perabaan menurun</li> </ol>	<p>Manajemen Halusinasi (1.09288) hal: 178.</p> <p>Definisi Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan keamanan, kenyamanan dan orientasi realita.</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi</li> <li>2. Memonitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan</li> <li>3. Monitor isi halusinasi (mis, kekerasan 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</li> </ol>

1	2	3	4
	<p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan</li> <li>2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, pendengaran atau pengecapan</li> </ol> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distorsi sensori</li> <li>2. Respons tidak sesuai</li> <li>3 Bersikap seolah melihat,mendengar, mengecap, meraba ataumenium sesuatu</li> </ol> <p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengatakan kesal</li> </ol> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Menyendiri</li> <li>2 Melamun</li> <li>3 Konsentrasi buruk</li> <li>4 Disorientasi waktu, tempat,orangatausituasi</li> <li>5 Curiga</li> <li>6 Melihat kesatu arah</li> <li>7 Mondar- mandir</li> <li>8 Bicara sendiri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan menurun</li> <li>5. Verbalisasi merasakan sesuatu indera pengecapan menurun</li> <li>6. Distorsi sensori menurun</li> <li>7. Perilaku halusinasi menurun</li> <li>8. Menarik diri menurun</li> <li>9. Melamun menurun</li> <li>10. Curiga menurun</li> <li>11. Mondar-mandir menurun</li> <li>12. Respons sesuai stimulus membaik</li> <li>13. Konsentrasi orientasi membaik</li> <li>14. Respon sesuai stimulus membaik</li> <li>15. Konsentrasi membaik</li> <li>16. Orientasi membaik</li> </ol>	<p>tidak dapat mengontrol perilaku (mis,limit setting, pembatasanwilayah,pengekangan fisik, seklusi)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi</li> <li>4. Hindari perdebatan tentang validitas 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 untukmemberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasinya</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> <p>Kolaborasi pemberian obat anti osikotik dan anti ansietas,jika perlu</p>



Tabel 2. 2  
Rencana Keperawatan Pada  
Klien dengan Perilaku Kekerasan

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	3	4
2	<p>Risiko perilaku kekerasan (D.0146)</p> <p>Definisi Beresiko membahayakan secara fisik, emosi dan atau seksual pada diri sendiri atau orang lain.</p> <p>Faktor Risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemikiran waham/delusi</li> <li>2. Curiga pada orang lain</li> <li>3. Halusinasi</li> <li>4. Berencana bunuh diri</li> <li>5. Disfungsi sistem keluarga</li> <li>6. Kerusakan kognitif</li> <li>7. Disorientasi atau konfusi</li> <li>8. Kerusakan kontrol impuls</li> <li>9. Persepsi pada lingkungan tidak akurat</li> <li>10. Alam perasaan depresi</li> <li>11. Riwayat kekerasan pada hewan</li> <li>12. Kelainan neurologis</li> </ol>	<p>Kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil : (L.09076) hal: 54.</p> <p>Definisi: Kemampuan untuk mengendalikan atau mengatur emosi, pikiran dan perilaku dalam menghadapi masalah.</p> <p>Ekspetasi: Meningkatkan Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perilaku klien 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 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> </ol>	<p>Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544) hal: 284.</p> <p>Definisi: Meminimalkan kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan atau merusak lingkungan.</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan.</li> <li>2. Monitor keamanan</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 pasi</li> </ol>

1.	2	3	4
	13. Lingkungan tidak teratur 14. Penganiayaan atau pengabaian anak 15. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain 16. Impulsif 17. Ilusi	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	2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 3. Latih mengurangi kemarahan dengan cara verbal dan nonverbal

Tabel 2. 3

Rencana Tindakan Keperawatan  
 Pada Klien dengan Isolasi Sosial

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	3	4
3	<p>Isolasi Sosial(D.0121) hal: 268.</p> <p>Definisi:                      Ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain.</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keterlambatan perkembangan</li> <li>2. Ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan</li> <li>3. Ketidaksesuaian minat dengan tahap perkembangan</li> <li>4. Ketidaksesuaian nilai-nilai dengan norma</li> <li>5. Ketidaksesuaian perilaku sosial dengan norma</li> <li>6. Perubahan penampilan fisik</li> <li>7. Perubahan status mental</li> <li>8. Ketidakadekuatan sumber daya personal (mis. Disfungsi berduka, pengendalian diri buruk).</li> </ol>	<p>Keterlibatan sosial meningkat : (L.1155) hal: 47.</p> <p>Definisi:                      Kemampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka dan independen dengan orang lain.</p> <p>Ekspektasi: Meningkat                      Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kondisi klien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>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> </ol>	<p>Promosi Sosialisasi (1.13498) hal. 385</p> <p>Definisi:                      Meningkatkan kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain.</p> <p>Tindakan                      Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain</li> <li>2. Identifikasi hambatan melakukan 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</li> </ol>

1	2	3	4
	<p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasa ingin sendiri</li> <li>2. Merasa tidak aman ditempat umum</li> <li>3. Merasa berbeda dengan orang lain</li> <li>4. Merasa asyik dengan pikiran sendiri</li> <li>5. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas</li> </ol> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menarik diri</li> <li>2. Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan</li> </ol> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasa berbeda dengan orang lain</li> <li>2. Merasa asyik dengan pikiran sendiri</li> <li>3. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas</li> </ol> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afek datar</li> <li>2. Afek sedih</li> <li>3. Riwayat ditolak</li> <li>4. Menunjukkan permusuhan</li> <li>5. Tidak mampu memenuhi harapan orang lain</li> <li>6. Kondisi difabel</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Verbalisasi ke tidak amanan ditempat umum menurun</li> <li>6. Perilaku menarik diri menurun</li> <li>7. Verbalisasi perasaan berbeda</li> <li>8. Verbalisasi preokupasi dengan pikiran sendiri menurun</li> <li>9. Afek/sedih menurun</li> <li>10. Perilaku bermusuhan menurun</li> <li>11. Perilaku sesuai dengan harapan orang lain membaik</li> <li>12. Kontak mata membaik Tugas perkembangan sesuai usia membaik</li> </ol>	<p>lingkungan (mis, jalan-jalan)</p> <ol style="list-style-type: none"> <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> </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 sosial dan kemasyarakatan</li> <li>3. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain</li> <li>4. Anjurkan penggunaan alat bantu</li> <li>5. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus.</li> <li>6. Latihan bermain peran untuk</li> </ol>

1	2	3	4
	7. Tindakan tidak berarti 8. Tidak ada kontak mata 9. Perkembangan terlambat 10. Tidak bergairah/lesu		meningkatkan ketrampilan komunikasi. 7. Latihann mengapresikan dengan tepat.

Tabel 2. 4

Rencana Tindakan Keperawatan

Pada Klien dengan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
	Harga Diri Rendah (D.0087) hal: 192.  Definisi: Evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini.  Penyebab: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan pada citra tubuh</li> <li>2. Perubahan peran sosial</li> <li>3. Ketidak adekuatan pemahaman</li> <li>4. Perilaku dan konsisten dengan nilai</li> <li>5. Kegagalan hidup berulang</li> <li>6. Riwayat kehilangan</li> </ol>	Harga diri (L.09069) hal: 30  Definisi: Perasaan positif terhadap diri sendiri atau kemampuan sebagai respon terhadap situasi saat ini.  Ekspektasi: Meningkat Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kondisi pasien membaik dengan kriteria hasil:  Kriteria Hasil	Manajemen Perilaku (1.12463) hal: 211  Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola perilaku negatif.  Tindakan 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> </ol>

1	2	3	4
	<p>7. Riwayat penolakan 8. Transisi perkembangan</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menilai diri negatif (mis. tidak berguna, tidak tertolong)</li> <li>2. Merasa malu/bersalah melebihi-lebih kan penilaian negatif tentang diri sendiri</li> <li>3. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri</li> <li>4. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri</li> </ol> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berbicara pelan dan lirih menolak berinteraksi dengan orang lain</li> <li>2. Menolak berinteraksi dengan orang lain</li> <li>3. Berjalan menunduk</li> <li>4. Postur tubuh menunduk</li> </ol> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sulit berkonsentrasi</li> </ol> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontak mata kurang</li> </ol>	<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 menampilkan wajah meningkat</li> <li>6. Postur tubuh menampilkan wajah meningkat</li> <li>7. Kosentrasi 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. Konsentrasi meningkat</li> <li>15. Kemampuan membuat keputusan meningkat</li> <li>16. Perasaan malu menurun</li> <li>17. Perasaan bersalah menurun</li> <li>18. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun</li> <li>19. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan</li> <li>4. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>5. Bicara dengan nada rendah dan tenang</li> <li>6. Lakukan tindakan pengalihan terhadap sumber agitasi</li> <li>7. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan</li> <li>8. Cegah perilaku positif dan agresif</li> <li>9. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku</li> <li>10. Melakukan pengeangan fisik sesuai indikasi</li> <li>11. Hindari sikap mengancam dan berdebat</li> <li>12. Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <p>Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif</p>

1	2	3	4
	2. Lesu dan tidak bergairah 3. Pasif 4. Tidak mampu membuat keputusan		

#### 4. Implementasi

Implementasi merupakan suatu proses penerapan atau juga sebuah tindakan yang dilakukan dengan berdasarkan pada suatu rencana yang sudah disusun dan dibuat dengan cermat serta juga terperinci sebelumnya, ini hanya dapat dilakukan apabila sudah terdapat perencanaan serta bukan hanya sekedar tindakan semata. Implementasi harus sesuai dengan perencanaan yang sudah dibuat supaya hasil yang dicapai sesuai dengan yang di harapkan menurut Wulandari & Pardede, (2020 hal 1-49) Pada tahap implementasi, penulis mengatasi masalah keperawatan yakni: Halusinasi Pendengaran.

Menurut Muhith, (2015 hal 260) membantu klien mengontrol halusinasi dapat dilakukan dengan 4 cara yaitu :

1. Menghardik halusinasi
2. Bercakap-cakap dengan orang lain Untuk mengontrol halusinasi
3. Melakukan aktivitas yang terjadwal Untuk mengurangi risiko halusinasi muncul
4. Menggunakan obat secara teratur Untuk mampu mengontrol halusinasi.
5. Evaluasi

Menurut Wahyuni (2020 hal.4) evaluasi adalah suatu proses identifikasi untuk menilai apakah suatu program yang dilaksanakan itu sesuai dengan perencanaan yang ingin dicapai. Evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan untuk pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi dengar adalah sebagai berikut:



- a. Pasien mampu
  - 1) Mengungkapkan isi halusinasi yang dialaminya.
  - 2) Menjelaskan waktu dan frekuensi halusinasi yang dialami.
  - 3) Menjelaskan situasi yang mencetuskan halusinasi.
  - 4) Menjelaskan perasaannya ketika mengalami halusinasi.
  - 5) Menerapkan 4 cara mengontrol halusinasi.
  - 6) Menilai manfaat cara mengontrol halusinasi dalam mengendalikan halusinasi.
- b. Keluarga mampu
  - 1) Menjelaskan halusinasi yang diterima oleh pasien.
  - 2) Menjelaskan cara merawat pasien halusinasi melalui empat cara mengontrol halusinasi.
  - 3) Mendemonstrasikan cara merawat pasien halusinasi.
  - 4) Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah pasien.
  - 5) Menilai dan melaporkan keberhasilannya merawat pasien