

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit

1. Pengertian

Halusinasi adalah suatu dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi yang disebabkan oleh stimulus yang sebenarnya itu tidak ada (Sutejo, 2017). Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, sehingga klien menginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata tanpa stimulus atau rangsangan dari luar (Stuart dalam Azizah, 2016).

Menurut (Cancro & Lehman, 2000, dalam Satrio, dkk., 2015), menyatakan bahwa halusinasi penglihatan adalah berupa penglihatan bayangan yang sebenarnya tidak ada sama sekali, misalnya cahaya atau orang yang sudah meninggal atau mungkin sesuatu bentuk yang menakutkan.

2. Jenis-jenis Halusinasi

Menurut Farida, Yudi (2012) jenis halusinasi antara lain:

a. Halusinasi pendengaran

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

b. Halusinasi penglihatan

Stimulus visual dalam bentuk pancaran cahaya, gambar atau bayangan yang rumit dan kompleks.

c. Halusinasi penciuman

Membau-bauan seperti bau darah, urine, feses, parfum, atau bau lainnya. Ini terjadi pada seseorang pasca stroke, kejang atau demensia.

d. Halusinasi peraba

Merasa mengalami nyeri, rasa tersetrum atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas.

e. Halusinasi pengecap

Merasa mengecap rasa seperti darah, urine, feses atau yang lainnya.

f. Halusinasi kinestetika

Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

3. Etiologi

Menurut Yosep (2016) Penyebab terjadinya halusinasi disebabkan beberapa faktor:

Faktor predisposisi pada pasien halusinasi disebabkan karena kehilangan, kegagalan, dan berduka. Faktor predisposisi yang dapat menyebabkan halusinasi sebagai berikut :

a. Faktor predisposisi

1) Biologis

Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat halusinogenik neurokimia.

2) Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Pada akhirnya klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

3) Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima dilingkungan karena akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

4) Perkembangan

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

b. Faktor presipitasi

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku menarik diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata.

4. Tanda dan Gejala Secara Umum

Menurut Kemenkes (2012), tanda dan gejala pada klien halusinasi adalah:

a. Data subjektif

Pasien mengatakan:

- 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-bau seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
- 6) Merasa takut atau senang 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 membaui bau-bauan tertentu.
- 8) Menutup hidung.
- 9) Sering meludah.
- 10) Muntah
- 11) Menggaruk-garuk permukaan kulit.

5. Patofisiologi

Menurut Farida, Yudi (2012), Patofisiologi halusinasi terdiri dari 4 fase yaitu:

1) Fase pertama

Disebut fase *comforting* yaitu menyenangkan, pada tahap ini masuk dalam golongan non psikotik. Karakteristik: klien mengalami stress, cemas, rasa bersalah, kesepian. Klien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara.

Perilaku klien: tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya dan suka menyendiri.

2) Fase kedua

Disebut fase *condemning* atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikkan. Karakteristik: pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun dan berfikir sendiri. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas.

Perilaku klien: meningkatnya tanda-tanda sistem syarat otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah.

3) Fase ketiga

Fase *controlling* atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Termasuk dalam gangguan psikotik, karakteristik: bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya.

4) Fase keempat

Fase *conquering* atau panik yaitu klien takut dengan halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat. Karakteristik: halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang disekitar lingkungan.

Perilaku klien: perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri, tidak mampu merespons terhadap perintah

6. Penatalaksanaan Medis dan Keperawatan (SAK, FIK-UI, 2014)
Psikofarmaka :

a. Anti psikotik

1) *Chlorpromazine (Promactile, Largactile)*

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

3) *Stelazine*

4) *Clozapine (Clorazil)*

5) *Risperidone (Risperdal)*

b. Anti parkison

1) *Thirexyphenidile*

2) *Arthan*

Penatalaksanaan keperawatan spesialis

- a. Terapi individu: terapi perilaku
- b. Terapi kelompok: psikoedukasi kelompok
- c. Terapi keluarga: triagle terapi
- d. Terapi komunitas: *assertive community therapy*

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

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 akan rasa aman

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 bias imajinasi, misalnya penyakit, nyeri, cemas dan lain sebagainya. Dalam kasus Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi pendengaran 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. (Dalmai 2009)

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 atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya. Untuk lebih jelas dapat dilihat di bagan berikut:

Gambar 2.1
Hierarki Maslow



(Kasiati & Ni Wayan Dwi, 2016)

C. **Proses Keperawatan**

Proses keperawatan merupakan suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual pada klien.

Proses keperawatan terdiri dari 5 tahap, yaitu:

1. **Pengkajian**

Menurut Sutejo (2016) pengkajian merupakan proses pertama dalam proses keperawatan. Tahap pengkajian adalah proses pengumpulan data

secara sistematis untuk menentukan status kesehatan. Tujuan dari pengkajian adalah untuk menyusun *database* atau data dasar mengenai kebutuhan, masalah kesehatan, dan respons terhadap masalah. Menurut Stuart dan Sundeen proses terjadinya halusinasi akan dijelaskan dengan menggunakan konsep adaptasi sebagai berikut:

a. Faktor predisposisi

1) Biologis

- a) Abnormalitas yang menyebabkan respon *neurobiology* yang maladaptif termasuk hal-hal berikut:
- b) Penelitian pencitraan otak yang menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia, lesi pada area frontal, temporal dan limbic.
- c) Beberapa kimia otak dikaitkan dengan skizofrenia seperti dopamine neuro transmitter yang berlebihan dan masalah pada respo dopamine.

2) Psikologis

Teori psikodinamika yang menggambarkan bahwa halusinasi terjadi karena adanya isi alam tidak sadar yang masuk alam sadar sebagai suara respon terhadap konflik psikologis dan kebutuhan yang tidak terpenuhi, sehingga halusinasi merupakan gambaran dan rangsangan keinginan dan ketakutan yang dialami oleh klien.

3) Sosial budaya

Stres yang termasuk dapat menunjang terhadap awitan skizofrenia dan gangguan psikotik lain tetapi diyakini sebagai penyebab utama gangguan.

b. Faktor presipitasi

1) Biologi

Stresor biologi yang berhubungan dengan respon neurobiologi yang maladaptif, termasuk gangguan dalam putaran umpan balik otak yang mengatur proses informasi dan abnormalisasi pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk selektif menghadapi rangsangan.

2) Stress lingkungan

Secara biologis menetapkan ambang toleransi terhadap stres yang berinteraksi terhadap stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3) Pemicu gejala

Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neuro biologi yang maladaptif berhubungan dengan kesehatan (gizi buruk, infeksi), lingkungan rasa bermusuhan/lingkungan yang penuh kritik, gangguan dalam hubungan interpersonal, sikap dan perilaku (keputusan, kegagalan)

4) Klasifikasi halusinasi

Halusinasi diklasifikasikan menjadi lima jenis yaitu:

a) Halusinasi penglihatan

- 1) Melirikkan mata ke kiri dan kanan seperti mencari siapa atau yang dibicarakan.
- 2) Mendengarkan dengan penuh perhatian pada orang lain yang sedang tidak berbicara atau pada benda seperti mebel.
- 3) Terlihat percakapan dengan benda mati atau pada seseorang yang tidak nampak.
- 4) Menggerak-gerakan mulut seperti sedang bicara atau sedang, menjawab suara.

b) Halusinasi pendengaran.

- 1) Tiba-tiba tampak tanggap, ketakutan atau ditakuti oleh orang lain, benda mati atau stimulus yang tidak tampak.
- 2) Tiba-tiba lari keruangan lain.

c) Halusinasi penciuman

- 1) Hidung yang dikerutkan seperti, mencium bau-bau yang tidak enak.
- 2) Mencium bau tubuh.
- 3) Mencium bau udara ketika sedang berjalan kearah orang lain.

- 4) Merespon terhadap bau dengan panik seperti mencium bau api atau darah.
 - 5) Melempar selimut atau menuang air pada orang lain seakan sedang memadamkan api.
- d) Halusinasi pengecapan
- 1) Meludahkan makanan atau minuman.
 - 2) Menolak untuk makan, minum atau minum obat.
 - 3) Tiba-tiba meninggalkan tempat makan.
 - 4) Mengkaji waktu terjadinya halusinasi.

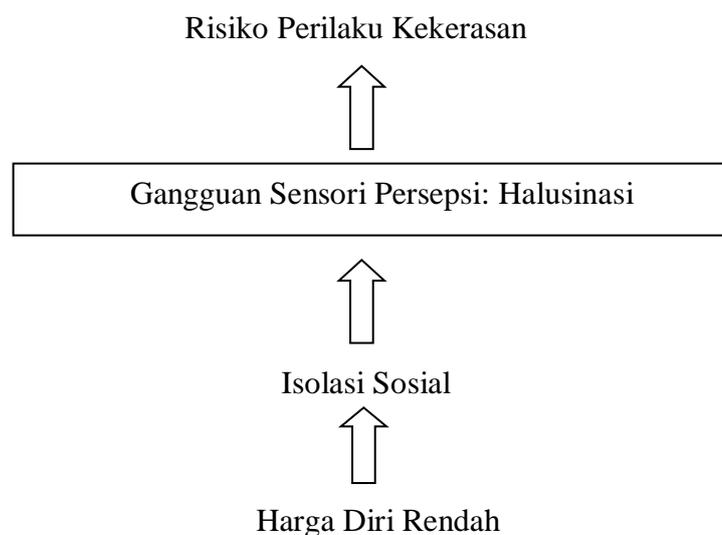
2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis tentang respon seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan potensial, *North American Nursing Diagnostic Association* (NANDA Standar Diagnosis Keperawatan International 2015).

Pohon Masalah :

Gambar 2.2

Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Penglihatan



Keliat (2010) dalam Buku Ajar Keperawatan Jiwa (Satrio, 2015).

Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan antara lain:

- a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran
- b. Risiko perilaku kekerasan
- c. Isolasi sosial
- d. Harga diri rendah

3. Rencana tindakan keperawatan

Rencana tindakan keperawatan disusun berdasarkan Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Indonesia yaitu berupa tindakan konseling, pendidikan kesehatan, perawatan mandiri atau aktivitas hidup sehari-hari serta tindakan kolaborasi somatik dan psikofarmaka (Kusumawati & Hartono, 2011).

Rencana keperawatan halusinasi sesuai dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luar Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) seperti pada tabel di bawah ini:

Tabel 2.1
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa
Pada Klien dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi	<p>Setelah dilakukan intervensi persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun 3. Verbalisasi merasakan melalui indra perabaan menurun 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun 	<p>Manajemen Halusinasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Memonitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis.kekerasan atau membahayakan diri) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis.<i>limit setting</i>, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)

1	2	3	4
		<ul style="list-style-type: none"> 6. Histori sensori menurun 7. Perilaku halusinasi menurun 8. Menarik diri menurun 9. Ngelamun menurun 10. Mondar-mandir menurun 11. Respon sesuai membaik 12. Konsentrasi membaik 13. Orientasi membaik 	<ul style="list-style-type: none"> 3. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi <p data-bbox="1256 469 1361 496">Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi 2. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 3. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk member dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 4. Anjurkan melakukan distraksi (mis.mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi) 5. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi <p data-bbox="1279 1190 1424 1217">Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat anti psikotik dan anti ansietas, jika perlu

Tabel 2.2
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa
Pada Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

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

1	2	3	4
		<ul style="list-style-type: none"> 8. Berbicara ketus menurun 9. Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun 10. Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun 11. Verbalisasi ancaman bunuh diri manurun 12. Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun 13. Perilaku merencanakan bunuh diri menurun 14. Euforia menurun 15. Alam perasaan depresi menurun 	<ul style="list-style-type: none"> 4. Latih mengurangi kemarahan dengan cara verbal dan non verbal (mis. Relaksasi, bercerita)

Tabel 2.3
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa
Pada Klien dengan Isolasi Sosial

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
3	Isolasi Sosial	<p>Setelah dilakukan intervensi keterlibtan sosial meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minat interaksi meningkat 2. Verbalisasi tujuan yang meningkat 3. Minat terhadap aktivitas meningkat 4. Verbalisasi isolasi menurun 5. Verbalisasi ketidakamanan ditempat umum menurun 6. Perilaku menarik diri menurun 	<p>Promosi Sosialisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 2. Indentifikasi hambatan melakukn interaksi dengan orang lain <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan 2. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan 3. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok

1	2	3	4
		<ul style="list-style-type: none"> 7. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun 8. Verbalisasi preukupasi dengan pikiran sendiri menurun 9. Afek murung/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 	<ul style="list-style-type: none"> 4. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis. jalan jalan) 5. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain 6. Diskusikan perencanaan kegiatan dimasa depan 7. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri 8. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap 2. Anjurkan ikut serta kegiatan soasial dan kemasyarakatan 3. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain 4. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
			<p>menghormati hak orang lain</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus 6. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi 7. Latih mengekspresikan marah dengan tepat.

Tabel 2.4
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	<p>Setelah dilakukan intervensi harga diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan memilik kelebihan atau kemampuan positif meningkat 3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat 4. Minat mencoba hal baru meningkat 5. Berjalan menampakkan wajah meningkat 	<p>Manajemen Perilaku</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku 2. Jadwalkan kegiatan terstruktur 3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas 4. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan 5. Batasi jumlah pengunjung 6. Bicara dengan nada rendah dan tenang

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

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
		mengatasi masalah menurun 19. Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan menurun	

4. Implementasi / Tindakan Keperawatan

Menurut Muhith (2015), perawat mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan partisipasi klien dalam tindakan keperawatan pada hasil yang diharapkan. 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 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 menyibukkan diri dengan aktivitas yang teratur. Dengan beraktivitas secara terjadual, 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

Dalami, dkk., (2009) mengatakan 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/ *Planning*) sebagai pola pikir, masing-masing huruf tersebut akan diurutkan sebagai berikut:

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

- O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- A : Analisa terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru
- P : Perencanaan dan tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan dan dilakukan terus menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi menjadi 2 yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses (farmatif) dilakukan setiap selesai melakukan tindakan dan evaluasi hasil (sumatif) dilakukan dengan membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan (Kusuma & Hartono, 2011).

6. Dokumentasi

Suatu catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang disusun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum (Iskandar, 2014).