

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori Penyakit

1. Pengertian Halusinasi

Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan suatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksternal; persepsi palsu (Muhith, 2015 hal 212.)

Gangguan jiwa menyebabkan terjadinya kegagalan individu dalam kemampuannya mengatasi keadaan sosial, rendahnya harga diri, rendahnya tingkat kompetensi, dan sistem pendukung yang berinteraksi dimana individu berada pada tingkat stress yang tinggi. Gangguan jiwa adalah sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna yang berkaitan langsung dengan distress (penderitaan) dan menimbulkan hendaya (disabilitas) langsung pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia (Keliat, 2015 hal 112.)

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

Membau 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

Merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin, atau feses.

e. Halusinasi perabaan

Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas. Rasa kesetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

3. Etiologi Halusinasi

a. Prediposisi (Yosep, 2011 hal 19.)

1) Faktor Perkembangan

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

2) Faktor Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima oleh lingkungannya sejak bayi (*unwanted child*) akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.

3) Faktor Biokimia

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

4) Faktor Psikologis

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

b. Presipitasi

Yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh klien sebagai tantangan, ancaman, yang memerlukan tenaga ekstra untuk menyelesaikan masalah. Adanya rangsangan lingkungan yang sering yaitu seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak komunikasi, dan suasana sepi atau isolasi sering terjadinya halusinasi karena hal tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik atau halusinasi. Ada beberapa dimensi halusinasi menurut (Muhith, 2015 hal 187.)

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 halusnasi berupa perintah memaksa dan menakutkan.

3) Dimensi Intelektual

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

4) Dimensi Sosial

Klien mengalami interaksi sosial menggap hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya seolah merupakan tempat memenuhi kebutuhan dan interaksi sosial, control diri dan 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 yang dialami pasien bisa berbeda intensitas dan keparahannya. Semakin berat fase halusinasinya, pasien semakin mengalami ansietas dan makin dikendalikan oleh halusinasinya. Berikut 4 fase halusinasi menurut Sutejo (2017)

a. Fase *comforting*

Disebut juga dengan fase *comforting* yaitu fase menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik. Karakteristik: klien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan. Klien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara. Perilaku klien: tersenyum dan tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respons verbal yang lambat jika sedang asik dengan halusinasinya, dan suka menyendiri.

b. Fase *condemning*

Disebut dengan fase *condemning* atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikan. Termasuk dalam psikotik ringan. Karakteristik: pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun dan berfikir sendiri jadi dominan. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas. Klien tidak ingin orang lain tahu, dan ia tetap dapat mengontrolnya.

c. Fase *controlling*

Disebut juga dengan 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 terhadap halusinasinya.

d. Fase *conquering*

Disebut juga fase *conquering* atau panik yaitu klien lebur dengan halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat. Karakteristik: halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah klien. Dan klien menjadi takut, tidak berdaya.

5. Tanda dan gejala halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Tanda dan gejala pasien halusinasi khususnya halusinasi pendengaran sebagai berikut:

a. Data subyektif

- 1) Mendengar suara-suara atau kegaduhan
- 2) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
- 3) Mendengar suara yang menyuruh sesuatu yang berbahaya
- 4) Melihat bayangan
- 5) Terkadang mencium bau yang tidak menyenangkan
- 6) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya

b. Data obyektif

- 1) Bicara atau tertawa sendiri
- 2) Marah-marah tanpa sebab
- 3) Menutup telinga
- 4) Menunjuk- nunjuk ke arah tertentu
- 5) Menutup hidup
- 6) Sering meludah
- 7) Menggaruk-garuk permukaan kulit.

6. Penatalaksanaan medis

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

a. Anti psikotik

- 1) Chlorpromazine (Promactile, Largactile)
- 2) Haloperidol (Haldol, Serenace, Lodomer)

- 3) Stelazine
 - 4) Clozapine
 - 5) Risperidone (Risperidal)
- b. Anti parkinson
- 1) Trihexypenidile
 - 2) Arthan
- c. Terapi aktivitas kelompok (TAK)

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow dalam Kasiati & Rosmalawati (2016) beliau butuhan 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 Persepsi Sensori: Halusinasi pendengaran kebutuhan rasa

keselamatan dan keamanan akan sangat terganggu karena mereka seringkali 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 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.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi

1. **Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Tahap pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional serta respons klien pada saat ini dan sebelumnya (Sutejo, 2017)

a. Data

Data pengkajian klien dengan halusinasi Satrio (2015) dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 2. 1

Data Pengkajian Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

Data Subjektif	Data Objektif
1. Klien mengatakan mendengar suara-suara halus	1. Klien tampak bicara atau tertawa sendiri
2. Klien mengatakan menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya	2. Klien mengalihkan perhatian ke arah tertentu
3. Klien mengatakan merasa takut atau bingung dengan suara-suara	3. Klien tampak menutup telinga
	4. Klien menunjuk-nunjuk ke arah tertentu

a. Pohon Masalah

Pohon masalah pada klien halusinasi menurut Satrio,dkk (2015) adalah gangguan sensori persepsi : halusinasi sebagai berikut :

Gambar 2. 1

Pohon Masalah

Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran



Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran

Resiko Perilaku Kekerasan



Isolasi sosial



Harga Diri Rendah

Sumber: Satrio (2015)

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial (SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Dalam buku ajar keperawatan kesehatan jiwa (Azizah dkk, 2016) ditegakkan diagnosa keperawatan :

a. Perubahan sensori persepsi : Halusinasi pendengaran

Halusinasi pendengaran merupakan 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. Dengan tanda gejala bicra atau tertawa sendiri, mendengar suara-suara halus, mendengar suara yang menyuruh melakukan yang berbahaya.

b. Resiko perilaku kekerasan

Resiko perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Dengan tanda gejala mengepalkan tangan, bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak.

c. Harga Diri Rendah

Harga diri rendah merupakan perasaan tidak berharga, tidak berarti, dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri. Dengan tanda gejala merasa tidak berguna, kontak mata berkurang dan murung, bicara pelan dan lebih banyak diam.

Gangguan konsep diri : harga diri rendah
Diagnosa keperawatan
Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran yang merupakan masalah utama (*core problem*) adanya data yang memperkuat untuk diagnosa tersebut yaitu klien mendengar suara bisikan-bisikan halus seperti mengajak berbicara, klien mengatakan suara itu muncul saat klien melamun, klien mengatakan merasa terganggu dengan suara tersebut. Yusuf dkk (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 dkk (2015, hal 257).

Rencana keperawatan yang penulis susun Tn. D sama dengan rencana yang dibuat oleh (Abdul Muhith, 2015), yaitu : klien dapat mengenal halusinasi (pengertian, isi, waktu, yang dilakukan saat halusinasi muncul) dan latihan menghardik halusinasi, klien dapat mengontrol dengan obat, klien dapat mengontrol dengan bercakap-cakap, dan mengontrol dengan melakukan aktifitas terjadwal.

Rencana keperawatan pada klien halusinasi menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) Dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) adalah:

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

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Gangguan persepsi sensori halusinasi	Setelah dilakukan tindakan persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan. 2. Verbalisasi melihat bayangan. 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan. 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman. 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecap. 6. Distorsi sensori. 7. Perilaku halusinasi. 8. Menarik diri. 9. Melamun. 10. Curiga. 11. Mondar-mandir. 12. Respons sesuai stimulus. 13. Konsetrasi. 14. Orientasi. 	Manajemen Halusinasi : Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi. 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan. 3. Monitor isi halusinasi. Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan yang aman. 2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku. 3. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi. 4. Hindari perdebatan tentang validasi halusinasi. Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> 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. 4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi. Kolaborasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu.
2.	Risiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan tindakan selama kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil :	Pencegahan Perilaku Kekerasan Observasi :

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain. 2. Verbalisasi umpatan. 3. Perilaku menyerang. 4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain. 5. Perilaku merusak lingkungan sekitar. 6. Perilaku agresif/amuk. 7. Suara keras. 8. Bicara ketus. 9. Verbalisasi keinginan bunuh diri. 10. Verbalisasi isyarat bunuh diri. 11. Verbalisasi ancaman bunuh diri. 12. Verbalisasi rencana bunuh diri. 13. Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting. 14. Perilaku merencanakan bunuh diri. 15. Euforia. 16. Alam perasaan depresi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan. 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung. 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan. <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. 2. Libatkan keluarga dalam perawatan. <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. 3. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal.
3.	Isolasi sosial	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam keterlibatan sosial meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minat interaksi. 2. Verbalisasi tujuan yang jelas. 3. Minat terhadap aktivitas. 4. Verbalisasi isolasi. 5. Verbalisasi ketidakamanan ditempat umum. 6. Perilaku menarik diri. 7. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain. 8. Verbalisasi preokupasi dengan pikiran sendiri. 9. Afek murung/sedih. 	<p>Promosi sosialisasi : Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain. 2. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain. <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi meningkatkan dalam suatu hubungan. 2. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan. 3. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok. 4. Motivasi berinteraksi diluar lingkungan. 5. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain. 6. Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan.

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
		10. Perilaku bermusuhan. 11. Perilaku sesuai dengan harapan orang lain. 12. Perilaku bertujuan 13. Kontak mata. 14. Tugas perkembangan sesuai usia.	7. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri. 8. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan. Edukasi : 1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap. 2. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan. 3. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain. 4. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain. 5. Anjurkan penggunaan alat bantu. 6. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus. 7. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi. 8. Latih mengekspresikan marah dengan tepat.
4.	Harga diri rendah	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam Harga diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Penilaian diri positif. 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif. 3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri. 4. Minat mencoba hal baru. 5. Berjalan menampakkan wajah. 6. Postur tubuh menampakkan wajah. 7. Konsentrasi. 8. Tidur. 9. Kontak mata. 10. Gairah aktifitas. 11. Aktif.	Promosi harga diri Observasi : 1. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis, kelamin, dan usia terhadap harga diri. 2. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri. 3. Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan. Teraupetik : 1. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri. 2. Motivasi menerima tantangan atau hal baru. 3. Diskusikan pernyataan tentang harga diri. 4. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri. 5. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri. 6. Diskusikan persepsi negatif diri. 7. Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah. 8. Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
		12. Percaya diri berbicara. 13. Perilaku asertif. 14. Kemampuan membuat keputusan. 15. Perasaan malu. 16. Perasaan bersalah. 17. Perasaan tidak mampu melakukan apapun. 18. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah. 19. Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan. 20. Pencarian penguatan secara berlebihan	diri yang lebih tinggi. 9. Diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas. 10. Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan. 11. Fasilitasi lingkungan dan aktifitas yang meningkatkan harga diri. Edukasi : 1. Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien. 2. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki. 3. Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain. 4. Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif. 5. Anjurkan mengevaluasi perilaku. 6. Ajarkan cara mengatasi bullying 7. Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri. 8. Latih pernyataan kemampuan positif diri. 9. Latih cara berfikir dan berperilaku positif. 10. Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan.

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 & 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 didengar), waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan respons 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 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.

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

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 & Apriyani, 2017).