

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

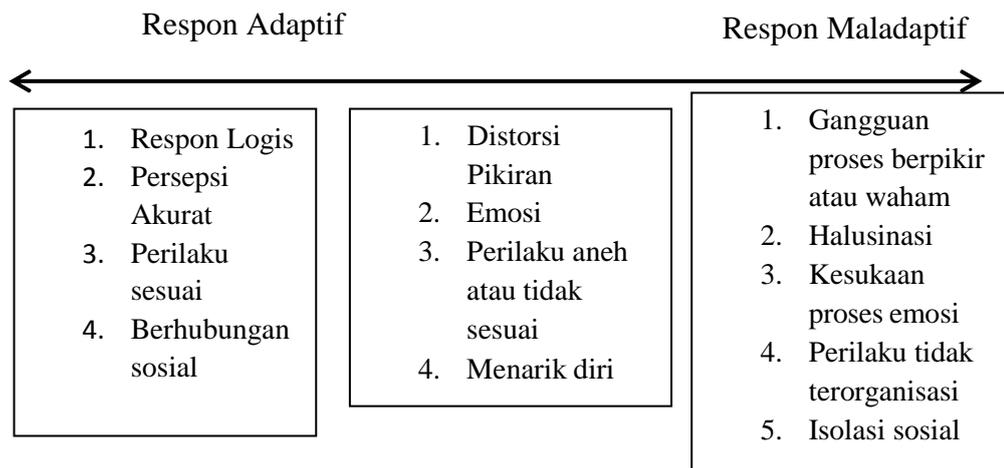
A. Definisi Halusinasi

Yosep & Sutini (2016) menjelaskan bahwa halusinasi adalah suatu gangguan penerimaan panca indra tanpa stimulasi eksternal seperti, halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman, dan perabaan. Sedangkan menurut Sutejo (2017), halusinasi merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami perubahan dalam jumlah dan pola stimulus yang datang disertai dengan respon menurun atau di lebih-lebihkan atau kerusakan respons pada rangsangan ini. Halusinasi adalah gangguan atau perubahan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi, suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar, suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi yang menyerang panca indra tanpa stimulus eksternal atau persepsi palsu (Muhith, 2015).

B. Rentang Respon

Perbedaan halusinasi dengan waham menurut Yusuf, Fitriyasari, dan Nihayati (2015) adalah halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori sedangkan waham merupakan gangguan pada isi pikiran. Namun, keduanya merupakan gangguan dari respon neurobiologi. Secara keseluruhan, rentang respon halusinasi mengikuti kaidah tentang respon neurobiologi. Rentang respon neurobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis . rentang respon yang paling

maladaptif adalah adanya waham, halusinasi, termasuk isolasi sosial menarik diri. Respon neurobiologis individu dapat diidentifikasi sepanjang rentang respon adaptif maladaptif, seperti pada bagan dibawah ini.



Bagan 2.1 Rentang Respon Neurobiologi (Fitria, 2015)

Penjelasan dari rentang respon neurologi menurut Yosep, (2016) dan Yusuf, Fitriyasari, dan Nihayati (2015), adalah sebagai berikut:

1. Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma norma sosial budaya yang berlaku. Respon adaptif meliputi :
 - a. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
 - b. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
 - c. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
 - d. Perilaku cocok atau sesuai adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
 - e. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain

dan lingkungan.

2. Respon psikososial meliputi:
 - a. Proses pikir terganggu yang menimbulkan gangguan.
 - b. Ilusi adalah penilaian yang salah tentang yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena gangguan panca indra.
 - c. Emosi berlebihan atau kurang adalah penilaian terhadap emosi seseorang karena tidak bisa mengendalikan emosi negatif.
 - d. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas untuk menghindari hubungan dengan orang lain.
3. Respon maladaptif adalah respon dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial, budaya dan lingkungan. Respon maladaptif meliputi:
 - a. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
 - b. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
 - c. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
 - d. Perilaku tak terorganisir merupakan perilaku yang tidak teratur.
 - e. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu, dimana seseorang mengalami kesepian, tidak mau berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan sekitarnya.

C. Klasifikasi Halusinasi

Yusuf Fitriyasaki, dan Nihayati (2015) menjelaskan bahwa jenis dan karakteristik perilaku yang dapat ditunjukkan klien sebagai berikut:

1. Halusinasi pendengaran (*Auditory-hearing voices*)

Halusinasi pendengaran (*Auditory-hearing voices*) yaitu, dimana klien dapat mendengar suara-suara terutama suara-suara orang yang mengajak dirinya berbicara atau membicarakan tentang dirinya. Sehingga dapat menyebabkan pasien melakukan sesuatu agar suara-suara itu hilang dari telinganya. Karakteristik perilaku klien yang menunjukkan terjadinya halusinasi pendengaran adalah sering bicara atau tertawa sendiri, marah marah tanpa sebab, mengarahkan telinga kearah tertentu, menutup telinga, mulut komat-kamit dan disertai gerakan.

2. Halusinasi Penglihatan (*Visual-seeing persons or thing*)

Halusinasi penglihatan (*visual*) yaitu dimana klien dapat melihat bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartun dan panorama yang luas dan komplek. Penglihatan ini biasanya dapat berupa bayangan-bayangan yang tampak menyenangkan atau menakutkan. Karakteristik perilaku klien yang menunjukkan terjadinya halusinasi penglihatan adalah klien menunjuk menunjuk dan menatap ke arah tertentu juga disertai dengan ketakutan atau menyenangkan pada sesuatu yang tidak jelas.

3. Halusinasi Penciuman (*Olfaktori*)

Halusinasi penciuman (*olfaktori*) yaitu: dapat mencium bau-bauan tertentu seperti bau darah, urine, feses, parfum atau bau yang lainnya. Hal

ini sering terjadi pada seseorang pasca serangan stroke, kejang atau demensia. Karakteristik perilaku pada klien yang menunjukkan terjadinya halusinasi penciuman adalah tampak ekspresi wajah klien seperti mencium sesuatu dengan gerakan cuping hidung, mengarahkan hidung ke empat tertentu dan menutup hidung.

4. Halusinasi Peraba (*Taktil, Kinaestetik*)

Halusinasi peraba (*Taktil, Kinaestetik*) yaitu: klien dapat merasakan atau mengalami nyeri, rasa tertetrum atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas. Karakteristik perilaku klien yang menunjukkan terjadinya halusinasi peraba adalah klien tampak mengusap, memnggaruk garuk dan meraba permukaan kulit, dan menggerak-gerakan badan seperti merasakan sesuatu rabaan.

5. Halusinasi Pengecapan (*Gustatorik*)

Halusinasi pengecapan (*Gustatorik*) yaitu: klien dapat merasa mengecap seperti darah, urine, feses, atau yang lainnya. Karakteristik perilaku klien yang menunjukkan terjadinya halusinasi pengecapan adalah klien tampak seperti mengecap sesuatu, tampak gerakan mengunyah, meludah dan muntah.

6. Halusinasi Kinestetik

Halusinasi kinestetik yaitu klien merasa badannya bergerak-gerak dalam suatu ruang atau anggota badannya yang bergerak-gerak seperti darah mengalir melalui vena atau arteri. Karakteristik perilaku klien yang menunjukkan terjadinya halusinasi kinestetik adalah klien tampak menatap

tubuhnya sendiri dan terlihat merasakan sesuatu yang aneh tentang tubuhnya.

7. Halusinasi Viseral

Halusinasi viseral yaitu, pasien merasa timbulnya hal-hal tertentu di dalam tubuhnya, meliputi:

- a. *Depersonalisasi* yaitu klien dapat merasakan hal bahwa dirinya terbelah menjadi dua, hal ini sering terjadi pada klien yang mengalami skizofrenia dan sindrom obus parietalis.
- b. *Derealisasi* yaitu klien merasakan suatu perasaan aneh tentang lingkungan yang tidak sesuai dengan kenyataan, misalnya klien mengatakan segala sesuatu yang dialaminya seperti dalam mimpi

D. Tahap terjadinya Halusinasi

Terjadinya halusinasi dimulai dari beberapa tahap. Berikut ini merupakan tingkat intensitas halusinasi yang dibagi dalam empat tahap (Yusuf, Fitriyarsari dan Nihayati, 2015):

1. Tahap I (*Comforting*)

Disebut fase menyenangkan pada tahap ini klien rasa nyaman, tingkat ansietas sedang, secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan. Tahap ini termasuk dalam golongan nonpsikotik.

a. Karakteristik Klien

Mengalami ansietas kesepian, rasa bersalah, dan ketakutan, mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas, pikiran dan pengalaman sensori masih ada dalam kontrol kesadaran (jika kecemasan

di kontrol).

b. Perilaku Klien

Tersenyum atau tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang tepat, respons verbal yang lambat, diam dan berkonsentrasi.

2. Tahap II (*Conndeming*)

Fase pengalaman yang menakutkan. Karakteristik fase ini yaitu menyalahkan, tingkat kecemasan berat, melamun, berfikir menjadi dominan, secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipasti. Fase ini tergolong psikotik ringan.

a. Karakteristik

Pengalaman sensori menakutkan, mulai merasa kehilangan kontrol, merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut, menarik diri dari orang lain (non psikotik). Pada fase ini klien tidak ingin orang lain tahu dan klien masih mengontrolnya.

b. Perilaku Klien

Perilaku pada fase ini terjadi peningkatan sistem saraf otak atau otonom, tanda-tanda ansietas, seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah, rentang perhatian menyempit, konsentrasi dengan pengalaman sensori, kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dari realita.

3. Tahap III (*Controlling*)

Mengontrol tingkat kecemasan berat pengalaman sensori tidak dapat ditolak lagi dan menjadi berkuasa.

a. Karakteristik

Klien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya, isi halusinasi menjadi atraktif, kesepian bila pengalaman sensori berakhir (psikotik). Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik.

b. Perilaku Klien

Perintah halusinasi ditaati, sulit berhubungan dengan oranglain, rentang perhatiannya beberapa detik atau menit, gejala fisika ansietas berat berkeringat, tremor, dan tidak mampu mengikuti perintah.

4. Tahap IV (*Conquering*) atau fase pasif. Menguasai tingkat kecemasan panik secara umum diatur dan dipengaruhi oleh waham. Termasuk dalam golongan psikotik berat.

a. Karakteristik

Pengalaman sensori menjadi ancaman, memerintah, dan memarahi klien. Halusinasi dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari jika tidak diintervensi (psikotik).

b. Perilaku Klien

Perilaku panik, potensial tinggi untuk bunuh diri atau membunuh, tindakan kekerasan agitasi, menarik diri, atau katatonik, mampu berespons terhadap perintah yang kompleks, tidak mampu berespons terhadap lebih dari satu orang, dan tidak dapat berhubungan secara nyata

dengan orang lain.

E. Etiologi

Faktor penyebab terjadinya halusinasi menurut Nihayati (2015) ada faktor predisposisi dan presipitasi, yaitu:

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres. Diperoleh baik dari klien maupu keluarganya. Faktor predisposisi dapat meliputi faktor perkembangan, sosiokultural, biokimia, psikologis dan genetik.

a. Faktor perkembangan

Hambatan perkembangan akan terganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stres dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi. Klien mungkin menekan perasaannya sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif.

b. Faktor Sosial Budaya

Berbagai faktor masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul akibat berat seperti delusi dan halusinasi.

c. Faktor Psikologi

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas

berat terakhir dengan pengingkaran terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi.

d. Faktor biologis

Struktur otak yang abnormal ditemukan pada klien gangguan orientasi realitas, serta dapat ditemukan atropik otak, pembesaran ventikal, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbik.

e. Faktor Genetik dan Pola Asuh

Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi umumnya pada klien skizofrenia. Skizofreni ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua menderita skizofrenia. Skizofrenia biasa terjadi pada anak karena kesalahan dalam pola asuh.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi yang besar dalam menghadapi stres atau tekanan hidup. Faktor presipitasi ini dapat bersifat biologis, psikologis dan sosiokultural. Menurut Yusuf, Fitriyari & Nihayati (2015) penyebab halusinasi adalah sebagai berikut :

a. Stressor Sosial Budaya

Stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang

penting atau diasingkan dari kelompok.

b. Faktor Biokimia

Berbagai penelitian tentang dopamine, norepinephrine, indolamine, serta zat halusinogenik diduga berkaitan dengan gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi.

c. Faktor Psikologis

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realitas. Pasien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan.

d. Perilaku

Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan proses pikir, afektif persepsi, motorik, dan sosial.

F. Mekanisme Koping

Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologi menurut Stuart (2016), sebagai berikut:

1. Regresi: menghindari stres, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali seperti pada perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.
2. Proyeksi: keinginan yang tidak dapat ditoleransi, mencurahkan emosi

pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (sebagai upaya untuk menjelaskan keracunan persepsi).

3. Menarik diri: reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis, reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindari sumber stressor, misalnya menjauhi polusi, sumber infeksi, gas beracun dan lain-lain, sedangkan reaksi psikologis individu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan.

G. Akibat Halusinasi

Dampak yang dapat ditimbulkan pada pasien dengan halusinasi, menurut Hawari (2015), adalah kehilangan kontrol dirinya. Dimana klien mengalami panik dan perilakunya akan dikendalikan oleh halusinasinya. Dalam situasi ini pasien dapat melakukan bunuh diri (*suicide*), membunuh orang lain (*homicide*), berisiko melakukan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri, orang lain atau lingkungan. Untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan, dibutuhkan penanganan halusinasi yang tepat.

H. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis pada pasien halusinasi pendengaran menurut, Rahayu (2016) dibagi menjadi dua yaitu :

1. Terapi Farmakologi

- a. *Haloperidol* (HLP)

- 1) Klasifikasi : antipsikotik, neuroleptic, butirofenon.

- 2) Indikasi

Penatalaksanaan psikosis kronik dan akut, pengendalian hiperaktivitas dan masalah perilaku pada anak-anak.

3) Mekanisme kerja

Mekanisme kerja anti psikotik yang tepat belum dipahami sepenuhnya, tampak menekan susunan saraf pusat pada pusat subkortikal formasi reticular otak, mesenfalon dan batang otak.

4) Kontraindikasi

Hipersensitivitas terhadap obat ini pasien depresi susunan saraf dan sumsum tulang, kerusakan otak subkortikal, penyakit Parkinson dan anak dibawah usia 3 tahun.

5) Efek samping

Sedasi, sakit kepala, kejang insomnia, pusing, mulut kering dan anoreksia.

b. *Clorpromazin (CPZ)*

1) Klasifikasi: sebagai anti psikotik, antimitotic

2) Indikasi

Penanganan gangguan psikotik seperti skizofrenia, fase mania gangguan bipolar, gangguan skizoaktif, ansietas dan agitas, anak hiperaktif yang menunjukkan aktivitas motoric yang berlebihan.

3) Mekanisme Kerja

Mekanisme kerja antipsikotik yang tepat belum dipahami

sepenuhnya, namun berhubungan dengan efek *antidopaminergik*. Antipsikotik dapat menyekat reseptor dipamine postsinap pada ganglia basal, hipotalamus, system limbic, batang otak dan medulla.

4) Kontra Indikasi

Hipersensitivitas terhadap obat ini, pasien koma atau depresi sumsum tulang, penyakit Parkinson, insufisien hati, ginjal dan jantung, anak usia dibawah 6 bulan dan wanita selama kehamilan dan laktasi.

5) Efek Samping

Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, hipotensi, mual, dan muntah, mulut kering.

c. *Trihyxyphenidil* (THP)

1) Klasifikasi : sebagai antiparkison

2) Indikasi : Segala penyakit parkison, gejala ekstra pyramidal berkaitandengan obat antiparkison.

3) Mekanisme kerja

Mengoreksi ketidakseimbangan defisiensi dopamine dan kelebihan asetilkolin dalam korpus striatum, asetikolin disekat oleh sinaps untuk mengurangi efek kolinergik berlebihan.

4) Kontra Indikasi

Hipersensitivitas terhadap obat ini, glaucoma sudut

tertutup,hipertropi prostat pada anak dibawah umur 3 tahun.

5) Efek Samping

Mengantuk, pusing, disorientasi, hipotensi, mulut kering, mual dan muntah.

2. Terapi Nonfarmakologi

a. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Terapi aktivitas kelompok yang sesuai dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi adalah TAK stimulasi persepsi.

b. Elektro Convulsif Therapy (ECT)

Merupakan pengobatan secara fisik menggunakan arus listrik dengan menggunakan kekuatan 75-100 volt, cara kerja belum diketahui secara jelas namun dapat dikatakan terapi ini dapat memperpendek lamanya serangan skizofrenia dan dapat mempermudah kontak dengan orang lain.

c. Pengekangan atau Pengikatan

Pengembangan fisik menggunakan pengekangan mekanik seperti manset untuk pergelangan tangan dan pergelangan kaki, pengekangan dimana pasien dapat dimobilisasi dengan membalutnya, cara ini dilakukan pada pasien halusinasi yang mulai menunjukkan perilaku kekerasan diantaranya: marah-marah atau mengamuk.

I. Pohon Masalah



Bagan 2.2 Pohon Masalah Halusinasi (Yosep, 2015)

J. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberi intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (Dermawan & Rusdi, 2015).

1. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, Penglihatan, Penghidu, Pengecapan dan Perabaan.
2. Isolasi Sosial.

K. Intervensi Keperawatan

Tindakan keperawatan untuk masalah diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensoris: halusinasi menurut Azizah (2017), adalah

sebagai berikut :

1. Tujuan Umum (TUM) : Klien dapat mengontrol halusinasi.
2. Tujuan Khusus (TUK) :
 - a. TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya.
 - 1) Kriteria Evaluasi :

Eksperesi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.
 - 2) Tindakan Keperawatan :

Bina hubungan saling percaya dengan :

 - a) Sapa klien dengan ramah dan baik secara verbal dan non verbal.
 - b) Perkenalkan diri dengan sopan.
 - c) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien.
 - d) Jelaskan tujuan pertemuan.
 - e) Tujuan dan menepati janji.
 - f) Tunjukkan sikap empati, menerima klien apa adanya
 - b. TUK II: Klien dapat mengenal halusinasi
 - 1) Kriteria Evaluasi : klien dapat menyebutkan waktu, isi dan frekuensi timbulnya halusinasi dan mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya.

2) Tindakan Keperawatan

- a) Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap
- b) Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya seperti, berbicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang ke kiri dan kanan seolah-olah ada teman bicara.
- c) Bantu klien mengenal halusinasinya dengan cara:
 - (1) Jika menemukan klien yang sedang halusinasi tanyakan apakah ada suara yang di dengar.
 - (2) Jika klien menjawab ada, lanjutan apa yang dikatakan.
 - (3) Katakana bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada sahabat tanpa menuduh atau menghakimi).
 - (4) Katakana pada klien, bahwa ada juga klien lain yang sama seperti dia.
 - (5) Katakana bahwa perawat akan membantu klien.
- d) Diskusikan dengan klien tentang:
 - (1) Situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi.
 - (2) Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore dan malam atau jika sendiri, jengkel,

sedih).

(3) Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah, takut, sedih, tenang) beri kesempatan mengungkapkan perasaan.

c. TUK III : Klien dapat mengontrol halusinasinya.

1) Kriteria Evaluasi :

- a) Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya.
- b) Klien dapat menyebutkan cara baru.
- c) Klien dapat memilih cara mengatasi halusinasi seperti yang telah di diskusikan dengan klien.
- d) Klien dapat melakukan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasi.
- e) Klien dapat mengetahui aktivitas kelompok.

2) Tindakan Keperawatan:

- a) Identifikasi bersama klien tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi.
- b) Diskusikan manfaat cara yang digunakan klien, jika bermanfaat beri pujian
- c) Diskusikan cara baru untuk memutus atau mengontrol timbulnya halusinasi :

(1) Katakan : “Saya tidak mau dengar kau” pada saat halusinasi muncul.

- (2) Menemui orang lain atau perawat, teman atau anggota keluarga yang lain untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang didengar.
 - (3) Membuat jadwal sehari-hari agar halusinasi tidak sempat muncul.
 - (4) Meminta keluarga atau teman atau perawat, jika tampak bicara sendiri.
- d) Bantu klien memilih cara dan melatih cara untuk memutus halusinasi secara bertahap, misalnya dengan :
- (1) Mengambil air wudhu dan sholat atau membaca al Qur'an.
 - (2) Membersihkan rumah dan alat-alat rumah tangga.
 - (3) Mengikuti keanggotaan sosial di masyarakat (pengajian, gotong royong).
 - (4) Mengikuti kegiatan olah raga di kampung (jika masih muda).
 - (5) Beri kesempatan untuk melakukan cara yang telah dilatih, evaluasi hasilnya dan beri pujian jika berhasil.
 - (6) Anjurkan klien untuk mengikuti terapi aktivitas kelompok, orientasi realita dan stimulasi persepsi.

d. TUK IV : Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya.

1) Kriteria Evaluasi :

- a) Keluarga dapat saling percaya dengan perawat.
- b) Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi.

2) Tindakan Keperawatan:

- a) Membina hubungan saling percaya dengan menyebutkan nama, tujuan pertemuan dengan sopan dan ramah.
- b) Anjurkan klien menceritakan halusinasinya kepada keluarga. Untuk mendapatkan bantuan keluarga dalam mengontrol halusinasinya.
- c) Diskusikan halusinasinya pada saat berkunjung tentang :
 - (1) Pengertian halusinasi.
 - (2) Gejala halusinasi apa saja yang dialami klien.
 - (3) Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi.
 - (4) Cara merawat anggota keluarga yang berhalusinasi di rumah, misalnya: beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama.
 - (5) Beri informasi waktu *follow up* atau kapan perlu mendapat bantuan: halusinasi tidak terkontrol dan

resiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan.

e. TUK V : Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik

1) Kriteria Evaluasi:

- a) Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat.
- b) Klien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar.
- c) Klien mendapat informasi tentang efek dan efek samping obat.
- d) Klien dapat memahami akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi.
- e) Klien dapat menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat.

2) Tindakan Keperawatan:

- a) Diskusikan dengan klien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek samping penggunaan obat.
- b) Pantau klien saat penggunaan obat.
- c) Beri pujian jika klien menggunakan obat dengan benar.
- d) Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter.

- e) Anjurkan klien untuk konsultasi kepada dokter atau perawat jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

Menurut Keliat (2016) untuk memudahkan pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien dengan halusinasi, menggunakan Strategi Pelaksanaan Tindakan Sehari-hari (SP), sebagai berikut:

1. Klien

- a. Strategi Pelaksanaan Tindakan I (SP 1)

- 1) Mengenali halusinasi: Isi, Frekuensi, Waktu terjadi, Situasi pencetus dan Perasaan saat terjadi halusinasi
 - 2) Melatih mengontrol halusinasi dengan cara : Menghardik
 - 3) Memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian

- b. Strategi Pelaksanaan Tindakan II (SP 2)

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan yang lalu (SP I)
 - 2) Menanyakan pengobatan sebelumnya
 - 3) Menjelaskan tentang pengobatan (5 benar)
 - 4) Melatih klien minum obat
 - 5) Memasukan dalam jadwal kegiatan harian

- c. Strategi Pelaksanaan Tindakan III (SP 3)

- 1) Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP I, II)
 - 2) Melatih berbicara dengan orang lain saat halusinasi muncul.
 - 3) Memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian

- d. Strategi Pelaksanaan Tindakan IV (SP 4)

- 1) Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP I, II, III)

- 2) Melatih kegiatan agar halusinasi tidak muncul
- 3) Memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian

2. Keluarga

a. Strategi Pelaksanaan Tindakan I (SP 1)

- 1) Mendiskusikan masalah keluarga dalam merawat klien.
- 2) Menjelaskan proses terjadinya halusinasi.
- 3) Menjelaskan cara-cara merawat klien.
- 4) Bermain peran cara merawat klien.
- 5) Rencana tindak lanjut keluarga atau jadwal keluarga untuk merawat klien.

b. Strategi Pelaksanaan Tindakan II (SP 2)

- 1) Mengevaluasi kemampuan keluarga (SP I).
- 2) Melatih keluarga merawat klien.
- 3) Rencana tindak lanjut keluarga atau jadwal keluarga untuk merawat klien.

c. Strategi Pelaksanaan Tindakan III (SP 3)

- 1) Mengevaluasi kemampuan keluarga (SP I, II).
- 2) Melatih keluarga merawat klien.
- 3) Rencana tindak lanjut keluarga atau jadwal keluarga untuk merawat klien.

d. Strategi Pelaksanaan Tindakan IV (SP 4)

- 1) Mengevaluasi kemampuan keluarga.
- 2) Mengevaluasi kemampuan klien.

3) Rencana tindak lanjut keluarga : *Follow up* dan Rujukan.

Tindakan Keperawatan untuk masalah Isolasi Sosial menurut, Keliat (2015) adalah sebagai berikut :

1. Tujuan Umum : Klien dapat membina hubungan sosial
2. Tujuan Khusus :
 - a. Klien dapat membina hubungan saling percaya

Tindakan Keperawatan:

- 1) Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal.
- 2) Perkenalkan diri dengan sopan.
- 3) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan.
- 4) Jelaskan tujuan pertemuan.
- 5) Jujur dan menepati janji.
- 6) Tunjukkan sikap empati, menerima klien apa adanya.
- 7) Beri perhatian pada klien dan perhatian dasar klien.

- b. Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri

Kriteria Evaluasi : klien dapat menyebutkan menarik diri yang berasal dari diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Tindakan Keperawatan:

- 1) Kaji pengetahuan klien tentang perilaku menarik diri.
- 2) Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan menarik diri.
- 3) Diskusikan bersama klien tentang perilaku menarik diri, tanda-tanda serta penyebab yang muncul.

4) Beri pujian terhadap kemampuan klien dalam mengungkapkan perasaannya.

c. Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.

Kriteria Evaluasi : klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain.

Tindakan Keperawatan:

- 1) Kaji pengetahuan klien tentang manfaat berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.
- 2) Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan tentang manfaat berhubungan dengan orang lain.
- 3) Diskusikan bersama klien tentang manfaat berhubungan dengan orang lain.
- 4) Beri *reinforcement* positif tentang kemampuan mengungkapkan perasaan tentang manfaat berhubungan dengan orang lain.
- 5) Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.
- 6) Diskusikan bersama klien tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.
- 7) Beri *reinforcement* positif tentang kemampuan mengungkapkan perasaan tentang kerugian tidak

berhubungan dengan orang lain.

- d. Klien melaksanakan hubungan secara bertahap.

Kriteria Evaluasi : Klien dapat mendemonstrasikan hubungan sosial secara bertahap antara klien-perawat; klien-perawat-perawat lain; klien-perawat-perawat lain-klien lain; klien-perawat-keluarga atau kelompok masyarakat.

Tindakan Keperawatan :

- 1) Kaji pengetahuan klien tentang manfaat berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.
- 2) Mendorong dan membantu klien untuk berhubungan dengan orang lain melalui tahap:
 - a) Klien – perawat.
 - b) Klien – perawat – perawat lain.
 - c) Klien – perawat – perawat lain – klien lain.
 - d) Klien – perawat – keluarga atau kelompok masyarakat.
- 3) Memberi *reinforcement* terhadap keberhasilan yang sudah dicapai.
- 4) Membantu klien untuk mengevaluasi manfaat berhubungan dengan orang lain.
- 5) Mendiskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan bersama klien dalam mengisi waktu.
- 6) Memotivasi klien untuk mengikuti kegiatan harian.

- 7) Beri *reinforcement* positif tentang kemampuan mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain.
- e. Klien dapat mengungkapkan perasaan setelah berhubungan dengan orang lain.

L. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Beberapa hal yang perlu perawat lakukan sebelum melaksanakan tindakan keperawatan menurut Stuart dan Laraia (dalam Yosep & Sutini, 2016) meliputi:

1. Memvalidasi dengan singkat rencana tindakan masih sesuai dengan kondisi klien saat ini (*here and now*)
2. Menilai diri sendiri kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal.
3. Apakah aman bagi klien.
4. Buat kontrak dengan klien jelaskan apa yang akan dilaksanakan dan peran serta klien yang diharapkan.

M. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, namun bukan akhir dari proses keperawatan. Evaluasi dilakukan secara bertahap untuk melihat perkembangan dari pasien melalui pemantauan kriteria hasil

yang ditetapkan apakah sudah tercapai semua, tercapai sebagian ataukah tidak tercapai sama sekali.

Adapun evaluasi yang dilakukan menggunakan pendekatan SOAP sebagai berikut :

Data Subyektif (S) : Respon subyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

Data Obyektif (O) : Respon obyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

Analisa (A) : Analisa yang berdasarkan data subyektif dan obyektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap muncul atau muncul masalah baru atau data-data yang kontra indikasi dengan masalah yang ada.

Planning (P) : Perencanaan atau tidak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.

