BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

Yosep & Sutini (2016) menjelaskan bahwa halusinasi adalah gangguan penerimaan panca indra tanpa stimulasi eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman, dan perabaan). Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan persepsi sensori; merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus yang nyata Keliat, (2011) dalam Zelika, (2014).

Halusinasi adalah persepsi klien yang salah terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, memberi persepsi yang salah atau pendapat tentang sesuatu tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata dan hilangnya kemampuan manusia untuk membedakan rangsangan internal pikirandan rangsangan eksternal (Keliat dalam Suprihatiningsih, 2011).

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh panca indera. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan, atau penciuman. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Klien mengalami perubahan dalam hal orientasi realitas. Salah satu manifestasi yang muncul adalah halusinasi yang

membuat klien tidak dapat menjalankan pemenuhan dalam kehidupan sehari-hari (Yusuf, Fitriyasari, dan Nihayati 2015).

B. Rentang Respon

Perbedaan halusinasi dengan waham menurut Yusuf, Fitriyasari, dan Nihayati (2015) yaitu: halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori sedangkan waham merupakan gangguan pada isi pikiran. Namun, keduanya merupakan gangguan dari respons neurobiologi. Secara keseluruhan, rentang respons halusinasi mengikuti kaidah rentang respons neurobiologi. Rentang respons neurobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Rentang respons yang paling maladaptif adalah adanya waham, halusinasi, termasuk isolasi sosial menarik diri. Gambaran rentang respons neurobiology, yaitu sebagai berikut:

Respon Adaptif ⟷ Respon Maladaptif

1. Pikiran logis 2. Persepsi akurat 3. Emosi konsisten dengan pengalaman 4. Perilaku cocok 5. Berubungan sosial	1. Kadang proses pikir tidak terganggu 2. Emosi berlebihan 3. Perilaku aneh atau tidak biasa 4. Menarik diri	1. Gangguan proses berpikir atau waham 2. Halusinasi 3. Kesukaran proses emosi 4. Perilaku tidak tertata 5. Isolasi sosial

Bagan 2.1: Rentang respon neurobiologi Yosep, (2011) Yusuf, Fitriyasari, Nihayati (2015)

Rentang respon menurut Yosep, (2011) dan Yusuf, Fitriyasari, dan Nihayati (2015) terdiri dari respon adatif dan respon maladatif sebagai berikut:

1. Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut. 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 *miss* interprestasi atau penilaian yang salah tentang yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena gangguan panca indra.
   c. Emosi berlebihan atau kurang.
   d. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas untuk menghindari interaksi dengan orang lain.
   e. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interkasi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain.

3. Respon maladaptif adalah respon dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial dan budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif ini 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 dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

C. Jenis Halusinasi

Kusumawati (2010), Suprihatiningsih dan Yosep (2011), Yusuf, Fitriyasari, Nihayati (2015) menjelaskan karakteristik perilaku yang dapat ditunjukkan klien berdasarkan jenis halusinasi yang dialaminya yaitu sebagai berikut:

1. Halusinasi pendengaran atau suara *(Auditory-hearing voices or souns)*: yaitu mendengarkan suara atau kebisingan yang kurang jelas, ataupun jelas, terkadang suara-suara tersebut seperti mengajak berbiacara dengan klien dan kadang memerintahkan klien untuk melakukan sesuatu.

a. Data Subjektif

Klien biasanya mnegungkapkan “mendengar bunyi, suara-suara atau kegaduhan, suara yang seperti mengajak bercakap-cakap dan suara menyuruh melakukan sesuatu membahayakan dan mengancam”

b. Data Objektif

Perilaku yang menunjukkan terjadinya halusinasi pendengaran atau suara terlihat dari prilaku yang sering bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, mengarahkan telinga ke arah tertentu, menutup telinga, mulut komat-kamit, dan disertai gerakan tangan.

2. Halusinasi penglihatan *(Visual-seeing persons or thing)*: yaitu stimulus visual dalam bentuk kilatan atau cahaya, gambar atau bayangan yang rumit dan komplek. Bayangan yang muncul bisa menyenangkan atau menakutkan.

a. Data Subjektif

Klien mengatakan “melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu, atau monster yaitu bayangan yang menyenangkan atau bahkan menakutkan.”

b. Data Objektif

Perilaku yang di perlihatkan dari gangguan halusinasi penglihatan adalah klien menunjuk-nunjuk dan menatap ke arah tertentu juga disertai dengan ketakutan atau menyenangkan pada sesuatu yang tidak jelas.

3. Halusinasi penciuman *(Olfactory-smelling odors):* yaitu merasa 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 damensia.
   a. Data Subjektif

      Klien mengatakan sering mencium "bau-bauan seperti bau mayat, darah, urine, feses, parfum atau bau lainnya yang terkadang menyenangkan atau bahkan mengganggu dan menakutkan"
   b. Data Objektif

      Perilaku yang diperlihatkan pada gangguan halusinasi penciuman yaitu ekpresi wajah seperti mencium sesuatu dengan gerakan cuping hidung, mengarahkan dung ada tempat tertentu dan menutup hidung. Klien dengan kondisi ini sering disertai dengan demensia, kejang atau penyakit serebrovaskuler.
4. Halusinasi pengecapan *(Gustatory-experiencing taste)*: yaitu merasa mengecap seperti darah, urine, feses atau yang lainnya.
   a. Data Subjektif

      Klien mengatakan "merasakan makanan, rasa atau mengunyah sesuatu. Misalnya rasa seperti darah, urine, feses atau yang lainnya"
   b. Data Objektif

      Perilaku yang menunjukan halusinasi pengecapan adalah klien seperti mengecap sesuatu, tampak gerakan mengunyah, meludah dan juga muntah.

5. Halusinasi perabaan *(Tactile-feeling bodily sensations)*: yaitu merasa mengalami nyeri, rasa tersetrum atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas.
   a. Data Subjektif

      Klien mengatakan "ada sesuatu yang menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil, makhluk halus dan merasakan sesuatu dipermukaan kulit seperti tersengat listrik, nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas"
   b. Data Objektif

      Perilaku yang menunjukkan gangguan halusinasi perabaan adalah klien tampak, mengusap, menggaruk-garuk dan meraba permukaan kulit, dan terlihat menggerakan-gerakan badan seperti merasakan sesuatu rabaan.
6. Halusinasi kinestetik *(Cenesthetic & Kinestetic)*: yaitu penderita merasa badannya bergerak-gerak dalam suatu ruang atau anggota badannya yang bergerak-gerak.
   a. Data subjektif

      Klien melaporkan bahwa fungsi tubuhnya tidak dapat terdeteksi misalnya tidak adanya denyutan di otak, atau sensasi pembentukan urin dalam tubuhnya, perasaan tubuhnya melayang di atas bumi.
   b. Data objektif

      Perilaku yang diperlihatan yaitu klien terlihat menatap tubuhnya sendiri dan terlihat merasakan sesuatu yang aneh tentang tubuhnya.

D. Mekanisme Terjadinya Halusinasi

Terjadinya halusinasi dimulai dari beberapa tahap. Berikut ini merupakan tingkat intensitas halusinasi yang dibagi dalam empat tahap menurut Direja (2011) yaitu:

1. Tahap I (*Comforting*)

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

   a. Karakterisitik 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 dikontrol).

   b. Perilaku Klien

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

2. Tahap II (*Conndeming*)

   Adalah fase pengalaman yang menjijikan dan menakutkan. Karakteristik fase ini yaitu menyalahkan, tingkat kecemasan berat, melamun, berfikir menjadi dominan, secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipati. Fase ini tergolong dalam 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 dapat mengontrolnya.

b. Perilaku Klien

Prilaku 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*)

Disebut 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 orang lain, rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit, gejala fisika ansietas berat berkeringat, tremor, dan tidak mampu mengikuti perintah.

4. Tahap IV (*Conquering*)

Disebut juga dengan fase panic dan 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 diinvensi (psikotik).

b. Perilaku Klien

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

E. Penyebab Terjadinya Halusinasi

Faktor penyebab terjadinya halusinasi menurut Yosep (2011), Yusuf, Fitriyasari, Nihayati (2015) dikategorikan menjadi faktor predisposisi dan presipitasi, sebagai berikut:

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang mepengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya.

Faktor predisposisi dapat meliputi faktor perkembangan, sosiokultural, biokimia, psikologis dan genetik.

a. Faktor perkembangan

Hambatan perkembangan akan mengganggu 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 di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul akibat berat seperti delusi dan halusinasi.

c. Faktor psikologis

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 ditemukan pada klien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia. Skizofrenia biasa terjadi pada anak karena kesalahan dalam pola asuh anak dari kecil.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk menghadapinya. Adanya rangsangan dari lingkungan, seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama tidak diajak berkomunikasi, objek yang ada di lingkungan dan juga suasana sepi atau terisolasi sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi. Hal tersebut dapat meningkatkan stres dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik.

a. Stresor sosial budaya

Klien menganggap bahwa bersosialisai di alam nyata sangat membahayakan. Stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting, atau diasingkan dari kelompok dapat menimbulkan halusinasi.

b. Faktor biokimia atau fisik

Halusinasi dapat timbul oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-batan seperti dopamin, norepinetrin, indolamin, serta zat halusigenik berkemungkinan menjadi gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi, demam, delirium, intoksikasi alkolhol, dan insomnia dalam waktu lama.

c. Faktor psikologis

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realitas. Klien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan. Halusinasi yang timbul dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan.

d. Perilaku

Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien sehingga mengontrol semua perilaku klien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik, dan sosial.

e. Spiritual

Secara spiritual klien yang mengalami halusinasi dimulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah

dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri. Irama sirkardian terganggu, karena sering tidur malam daln bangun sangat siang. Saat terbangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Sering memaki takdir tapi lemah dalam upaya menjemput rejeki, meyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

F. Mekanisme Koping

Damayati (2011) menjelaskan perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologi adalah:

1. Regresi: menghindari stress, 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 menghindar 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 oleh klien yang mengalami halusinasi adalah kehilangan kontrol dirinya. Dimana klien mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasinya. Dalam situasi ini klien dapat melakukan bunuh diri *(suicide)*, membunuh orang lain *(homicide)*, bahkan merusak lingkungan atau beresiko melakukan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri, orang lain atau lingkungan. Untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan, dibutuhkan penanganan halusinasi yang tepat (Hawari 2009, dikutip dari Chaery 2009).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan hilangnya kendali perilaku seseorang yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Perilaku kekerasan pada orang adalah tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting, dan semua yang ada di lingkungan. (Yusuf, Fitriyasari, dan Nihayati 2015)

H. Penatalaksanaan Medis

Terapi farmakologi untuk pasien jiwa menurut Kusumawati & Hartono (2011) adalah sebagai berikut:

1. Anti Psikotik
   a. Jenis: *Clorpromazin (CPZ), Haloperidol (HLP)*

b. Mekanisme kerja: Menahan kerja reseptor dopamine dalam otak sebagai penenang, penurunan aktifitas mototrik, mengurangi insomnia, sangat efektif mengurangi delusi, halusinasi, ilusi dan gangguan proses berfikir.

c. Efek samping:

1) Gejala *ekstrapiramidal* seperti berjalan menyeret kaki, postur condong kedepan, banyak keluar air liur, wajah seperti topeng, sakit kepala dan kejang.

2) *Gastrointestinal* seperti mulut kering, anoreksia, mual, muntah, berat badan bertambah.

3) Sering berkemih, retensi urine, hipertensi, anemia, dan dermatitis.

2. Anti Ansietas

a. Jenis : *Atarax, Diazepam (chlordiazepaxide)*

b. Mekanisme Kerja: Meredakan ansietas atau ketegangan yang berhubugan dengan situasi tertentu.

c. Efek samping:

1) Pelambatan mental, mengantuk, vertigo, bingung, tremor, letih, depresi, sakit kepala, ansietas, insomnia, bicara tidak jelas

2) Anoreksia, mual, muntah, diare, konstipasi, kemerahan, dan gatal-gatal.

3. Anti Depresan

a. Jenis : *Elavil, asenden, Anafranil, norpamin, sinequan, Tofranil, ludiomil, Pamelor, vivactil, surmontil*

b. Mekanisme kerja : Mengurangi gejala depresi, penenang

c. Efek samping:

1) Tremor, gerakan tersentak-sentak, ataksia, kejang, pusing, ansietas, lemas, dan insomnia

2) Pandangan kabur, mulut kering, nyeri epigastric, kram abdomen, diare, hepatitis, icterus

3) Retensi urine, perubahan libido, disfungsi erelsi.

4. Anti Manik

a. Jenis: *Lithoid, klonopin, Lamictal*

b. Mekanisme kerja: Menghambat pelepasan scrotonin dan mengurangi sensitifitas reseptor dopamin.

c. Efek samping: Sakit kepala, tremor, gelisah, kehilangan atau memori, suara tidak jelas, otot lemas, hilang koordinasi

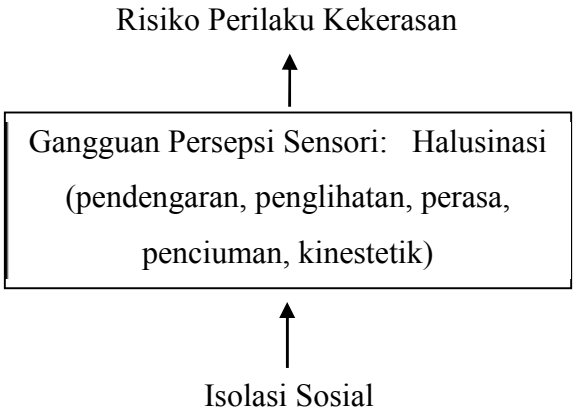
5. Anti Parkinson

a. Jenis: *levodova, trihexipenidyl (THP)*

b. Mekanisme kerja: Menigkatkan reseptor dopamine untuk mengatasi gejala Parkinson akibat penggunaan obat antipsikotik, menurunkan ansietas, iritabilitas

c. Efek samping: Sakit kepala, mual, muntah dan hipotensi.

I. Pohon Masalah



Bagan 2.2: Pohon masalah halusinasi (Yusuf, Fitriyasari dan Nihayati, 2015)

J. Diagnosa Keperawatan

a. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran, penglihatan, perasa, penciuman, kinestetik

b. Isolasi Sosial

K. Intervensi Keperawatan

Intervensi terdiri dari tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan (Keliat, 2010) adalah sebagai berikut :

1. Diagnosa Keperawatan 1: Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

   a. Tujuan umum: Klien mampu mengontrol halusinasi yang dialaminya.

   b. Tujuan khusus:

      1) TUK I: Klien dapat membina hubungan saling percaya.

         a) Kriteria evaluasi:

(1) Ekspresi 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) Menunjukkan rasa senang

(3) Ada kontak mata, mau berjabat tangan

(4) Mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

b) Tindakan keperawatan:

Bina hubungan saling percaya dengan:

(1) Sapa klien dengan ramah dan baik secara verbal dan nonverbal.

(2) Perkenalkan diri dengan sopan.

(3) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien.

(4) Jelaskan tujuan pertemuan.

(5) Beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.

(6) Tunjukan sikap empati dan menerima klien apa adanya.

(7) Beri kesempatan klien mengungkapkan perasaannya

2) TUK II: Klien dapat mengenal halusinasi

a) Kriteria evaluasi:

(1) Klien dapat menyebutkan waktu, isi dan frekuensi timbulnya halusinasi.

(2) Klien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya.

b) Tindakan keperawatan:

(1) Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap.

(2) Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya. Bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang ke kiri dan ke kanan seolah-olah ada teman bicara.

(3) Bantu klien mengenal halusinasinya dengan cara :

(a) Jika menemukan klien yang sedang halusinasi tanyakan apakah ada suara yang di dengar.

(b) Jika klien menjawab ada lanjutkan apa yang dikatakan.

(c) Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada sahabat tanpa menuduh atau menghakimi).

(d) Katakan pada klien bahwa ada juga klien lain yang sama seperti dia.

(e) Katakan bahwa perawat akan membantu klien.

(4) Diskusikan dengan klien tentang:

(a) Situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi.

(b) Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore dan malam atau jika sendiri, jengkel, sedih)

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

3) TUK III: Klien dapat mengontrol halusinasinya.

a) Kriteria evaluasi:

(1) Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya.

(2) Klien dapat menyebutkan cara baru.

(3) Klien dapat memilih cara mengatasi halusinasi seperti yang telah didiskusikan dengan klien.

(4) Klien dapat melakukan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasi.

(5) Klien dapat mengetahui aktivitas kelompok.

b) Tindakan keperawatan :

(1) Identifikasi bersama klien tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi

(2) Diskusikan manfaat cara yang digunakan klien, jika bermanfaat beri pujian.

(3) Diskusikan cara baru untuk memutus atau mengontrol timbulnya halusinasi:

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

(b) Menemui orang lain atau perawat, teman atau anggota keluarga yang lain untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang didengar.

(c) Membuat jadwal sehari-hari agar halusinasi tidak sempat muncul.

(d) Meminta keluarga atau teman atau perawat, jika tampak bicara sendiri.

(4) Bantu klien memilih cara dan melatih cara untuk memutus halusinasi secara bertahap, misalnya dengan :

(a) Mengambil air wudhu dan sholat atau membaca al Qur’an.

(b) Membersihkan rumah dan alat-alat rumah tangga.

(c) Mengikuti keanggotaan sosial di masyarakat (pengajian, gotong royong).

(d) Mengikuti kegiatan olah raga di kampung (jika masih muda).

(e) Mencari teman untuk ngobrol.

(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

4) TUK IV: Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya.
   a) Kriteria evaluasi:
      (1) Keluarga dapat saling percaya dengan perawat.
      (2) Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi.
   b) Tindakan keperawatan :
      (1) Membina hubungan saling percaya dengan menyebutkan nama, tujuan pertemuan dengan sopan dan ramah.
      (2) Anjurkan klien menceritakan halusinasinya kepada keluarga. Untuk mendapatkan bantuan keluarga dalam mengontrol halusinasinya
      (3) Diskusikan halusinasinya pada saat berkunjung tentang:
         (a) Pengertian halusinasi
         (b) Gejala halusinasi apa saja yang dialami klien.
         (c) Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi.
         (d) Cara merawat anggota keluarga yang berhalusinasi di rumah, misalnya: beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, bepergian bersama.
         (e) Beri informasi waktu *follow up* atau kapan perlu mendapat bantuan : halusinasi tidak terkontrol, dan resiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan.

5) TUK V: Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.

a) Kriteria evaluasi:

(1) Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat.

(2) Klien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar.

(3) Klien mendapat informasi tentang efek dan efek samping obat.

(4) Klien dapat memahami akibat berhenti minum obat tanpa konsutasi.

(5) Klien dapat menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat.

b) Tindakan keperawatan:

(1) Diskusikan dengan klien tentang manfaat dan kerugian tidak minum obat, nama, warna, dosis, cara, efek samping penggunaan obat.

(2) Pantau klien saat penggunaan obat.

(3) Beri pujian jika klien menggunakan obat dengan benar.

(4) Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter.

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

c) Strategi tindakan sehari hari

Menurut Keliat, (2011) tindakan keperawatan pada klien halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Klien

a. Strategi pelaksanaan tindakan I (SP 1)

1) Mengenali halusinasi

a) Isi

b) Frekuensi

c) Waktu terjadi

d) Situasi pencetus.

e) Perasaan saat terjadi halusinasi

f) Melatih mengontrol halusianasi dengan cara :

Menghardik

g) Memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian.

b. Strategi pelaksanaan tindakan II (SP II)

Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP I)

1) Menanyakan pengobatan sebelumnya

2) Menjelaskan tentang pengobatan (5 benar)

3) Melatih klien minum obat

4) Memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian

c. Strategi pelaksanaan tindakan III (SP III)

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 IV)

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 I)

1) Mendiskusikan masalah keluarga dalam merawat pasien

2) Menjelaskan proses terjadinya halusinasi

3) Menjelaskan cara-cara merawat pasien

4) Bermain peran cara merawat pasien

5) Rencana tidak lanjut keluarga/jadwal keluarga untuk merawat pasien

b. Strategi pelaksanaan tindakan II (SP II)

1) Mengevaluasi kemampuan keluarga (SP I)

2) Melatih keluarga merawat klien

3) Rencana tindak lanjut keluarga atau jadwal keluarga untuk merawat klien

c. Stategi pelaksana tindakan III (SP III)

1) Mengevaluasi kemampuan keluarga (SP I, II)

2) Melatih keluarga merawat pasien

3) Rencana tindak lanjut keluarga atau jadwal keluarga untuk merawat klien

d. Strategi pelaksana tindakan IV (SP IV)

1) Mengevaluasi kemampuan keluarga

2) Mengevaluasi kemampuan pasien

3) Rencana tindak lanjut keluarga: keluarga

a) Follow up

b) Rujukan

2. Untuk mempermudah pelaksanaan diagnosa keperawatan Isolasi sosial

a. Tujuan Umum: Klien dapat berinteraksi dengan orang lain sehingga tidak terjadi halusinasi

b. Tujuan khusus:

1) TUK 1: Klien dapat membina hubungan saling percaya

Tindakan keperawatan:

a) Sapa klien dengan ramah baik vebal maupun non verbal.

b) Perkenalkan diri dengan sopan

c) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan

d) Jelaskan tujuan pertemuan

e) Jujur dan menepati janji

f) Tunjukkan sikap empati, menerima klien apa adanya.

g) Beri perhatian pada klien dan perhatian dasar klien.

2) TUK 2: Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri
   a) Kriteria evaluasi: klien dapat menyebutkan menarik diri yang berasal dari diri sendiri,orang lain dan lingkungan
   b) 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 perlau menarik diri, tanda-tanda serta penyebab yang muncul.
      (4) Beri pujian terhadap kemampuan klien dalam mengungkapkan perasaannya.
3) TUK 3: Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.
   a) Kriteria evaluasi: klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain.
   b) Tindakan keperawatan:
      (2) Kaji pengetahuan klien tentang manfaat berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.
      (3) Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan tentang manfaat berhubungan dengan orang lain.
      (4) Diskusikan bersama klien tentang manfaat berhubunga dengan orang lain

(5) Beri *reinforcement* positif tentang kemampuan mengungkapkan perasaan tentang manfaat berhubunga dengan orang lain.

(6) Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.

(7) Diskusikan bersama klien tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain

(8) Beri *reinforcement* positif tentang kemampuan mengungkapkan perasaan tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.

4) TUK 4 : Klien melaksanakan hubungan secara bertahap.

a) Kriteria evaluasi: klien dapat mendemotrasikan hubungan sosial secara bertahap antara klien – perawat; klien-perawat-perawat lain; klien-perawat-perawat lain-klien lain; klien-perawat-keluarga atau kelompok masyarakat.

b) 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.

5) TUK 5: Klien dapat mengungkapkan perasaan setelah berhubungan dengan orang lain

a) Kriteria evaluasi: klien dapat mengungkapkan perasaan berhubungan dengan orang lain untuk diri sendiri.

b) Tindakan keperawatan:

(1) Mendorong klien untuk mengungkapkan perasaanya setelah berhubungan dengan orang lain.

(2) Mendiskusikan bersama klien tentang perasaanya manfaat berhubungan dengan orang lain.

(3) Beri *reinforcement* positif tentang kemampuan mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain.

6) TUK 6: Klien dapat berdayakan sistem pendukung atau keluarga

a) Kriteria evaluasi: keluarga dapat menjelaskan perasaannya,menjelaskan cara merawat klien menarik diri dan berpartisipasi dalam perawatan klien menarik diri.

b) Tindakan keperawatan:

(1) Bina hubungan saling percaya dengan keluarga

(a) Salam dan perkenalkan diri

(b) Sampaikan tujuan

(c) Membuat kontrak

(d) Eksplorasi perasaan keluarga

(2) Diskusikan dengan anggota keluarga yang lain tentang

(a) Perilaku menarik diri

(b) Penyebab perilaku menarik diri

(c) Cara keluarga menghadapi klien yang sedang menarik diri

(3) Mendorong anggota keluarga untuk memberi dukungan kepada klien untuk berkomunikasi dengan orang lain.

(4) Anjurkan kepada keluarga secara rutin dan bergantian untuk menjenguk klien minimal 1x seminggu.

(5) Memberi *reinforcement* atas hal-hal yang telah dicapai keluarga.

c. Strategi pelaksanaan sehari hari menurut Keliat (2011), adalah:

1) Klien

a) Strategi pelaksanaan tindakan I (SP 1)

Mengidentifikasi penyebab:

1) Siapa yang satu rumah dengan pasien
2) Siapa yang dekat dengan pasien? Apa sebabnya?
3) Siapa yang tidak dekat dengan pasien? Apa sebabnya?
4) Menjelaskan keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain
5) Melatih berkenalan
6) Memasukan ke dalam jadwal kegiatan pasien

b) Strategi pelaksanaan tindakan II (SP 2)

1) Mengevaluasi SP 1
2) Melatih hubungan social secara bertahap (pasien dan keluarga)
3) Memasukan ke dalam jadwal kegiatan pasien

c) Strategi pelaksanaan tindakan III (SP 3)

1) Mengevaluasi SP 1, 2
2) Melatih ADL (kegiatan sehari hari), cara berbiacara
3) Memasukan ke dalam jadwal kegiatan pasien

d) Strategi pelaksanaan tindakan IV (SP 4)

1) Mengevaluasi SP 1, 2, 3

2) Melatih ADL (kegiatan sehari hari), cara berbiacara

3) Memasukan ke dalam jadwal kegiatan pasien

2. Keluarga

a) Strategi pelaksanaan tindakan I (SP 1)

(1) Mengidentifikasi masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien

(2) Menjelaskan isolasi sosial

(3) Menjelaskan cara merawat isolasi sosial

(4) Melatih (simulasi)

(5) RTL keluarga atau jadwal keluarga untuk merawat pasien

b) Strategi pelaksanaan tindakan II (SP 2)

(1) Mengevaluasi SP 1

(2) Melatih (langsung ke pasien)

(3) RTL keluarga atau jadwal keluarga untuk merawat pasien

c) Strategi pelaksanaan tindakan III (SP 3)

(1) Mengevaluasi SP 1, 2

(2) Melatih (langsung ke pasien)

(3) RTL keluarga atau jadwal keluarga untuk merawat pasien

d) Strategi pelaksanaan tindakan IV (SP 4)

(1) Mengevaluasi kemampuan keluarga

(2) Mengevaluasi kemampuan pasien

(3) RTL: tindak lanjut

(a) *Follow up*

(b) Rujukan

L. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien 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 continue 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: Merupakan respon subyektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan melakukan pernyataan atau keluhan klien

Data Obyektif: Meruapakan respon obyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan, data obyektif didapatkan berdasarkan respon yang diobservasi oleh perawat

Assesment: 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.

Perencanaan: Perencanaan (*planning*) atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien. *Planinng* untuk perawat meliputi rencana perawat atas tindakan keperawatan selanjutnya, yang meliputi pengawasan, pengajara, penanganan, serta pemenuhan kebutuhan dan aktivitas sehari-hari klien. Sedangkan planning untuk keluarga meliputi evaluasi penerapan yaitu mengajarkan perawatan dirumah dalam proses *discharge planning* yang telah diberikan oleh perawat, sehingga keluarga memiliki pengetahuan.