

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Definisi Halusinasi

Skizofrenia adalah suatu penyakit neurologi yang dampaknya dapat mempengaruhi persepsi, cara berpikir, bahasa, emosi dan perilaku sosial, salah satu akibat yang sering terjadi itu seseorang dengan skizofrenia sering mengalami halusinasi pendengaran dan penglihatan secara bersamaan, hal ini berdampak orang yang mengidap skizofrenia berakibat kehilangan kontrol dirinya yaitu akan mengalami kepanikan dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasi (Livana et al., 2020).

Halusinasi merupakan gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan persepsi sensori, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, rasa, sentuhan, atau penciuman (Abdurkhan & Maulana 2022).

Halusinasi adalah gangguan atau perubahan persepsi di mana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indera tanpa ada rangsangan dari luar, suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi melalui panca indera tanpa stimulus ekstern atau persepsi palsu (Keliat, 2015 dalam Pujiningsih, 2021).

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu yang berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan, atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Pardede & Laia (2020) dalam Ari, A, P et.al (2022).

Halusinasi adalah penerapan tanpa adanya suatu rangsangan (objek) yang jelas dari luar diri klien terhadap panca indera pada saat klien dalam keadaan sadar atau bangun (Kesan atau pengalaman sensoris yang salah) (Alfianto, 2021) dalam Ari, A, P et.al (2022).

Halusinasi pendengaran adalah 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 (Azizah, Zainuri, & Akbar 2016).

Halusinasi pendengaran merupakan pengalaman mendengar suara tuhan, suara setan dan suara manusia yang berbicara terhadap dirinya, salah satu halusinasi yang nyata dan sering ditemui adalah halusinasi pendengaran, halusinasi ini dapat diartikan mendengar suara yang membicarakan, mengejek, mentertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu yang berbahaya (Abidin, 2020).

2.1.2 Etiologi Halusinasi

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress yang diperoleh dari klien maupun keluarganya. Faktor predisposisi meliputi faktor

Perkembangan, Sosiokultural, Biokimia, Psikologis, dan Genetik (Muhith, 2021) dalam Ari, A, P et.al (2022).

a. Faktor Perkembangan

Jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stress dan kecemasan.

b. Faktor Sosiokultural

Berbagai faktor di masyarakat dapat menyebabkan seseorang merasa disingkirkan, sehingga orang tersebut merasa kesepian di lingkungan yang membesarkannya.

c. Faktor Biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Jika seseorang mengalami stress yang berlebihan, maka di dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Buffofenon dan Dimethytrenferase (DMP).

d. Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

e. Faktor Genetik

Gen yang berpengaruh dalam skizofrenia belum diketahui, tetapi hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2. Faktor Presipitasi

Respons klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, penasaran, tidak aman, gelisah, dan bingung. Menurut Rawlins dan Heacock dalam Lakeman *et.al.*, (2020).

Halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi, yaitu sebagai berikut :

a. Dimensi Fisik

Halusinasi dapat timbul oleh kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penyalahgunaan obat, demam, kesulitan tidur.

b. Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas masalah yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi berupa perintah memaksa dan menakutkan.

c. Dimensi Intelektual

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

d. Dimensi Sosial

Klien mengalami interaksi sosial menganggap hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya

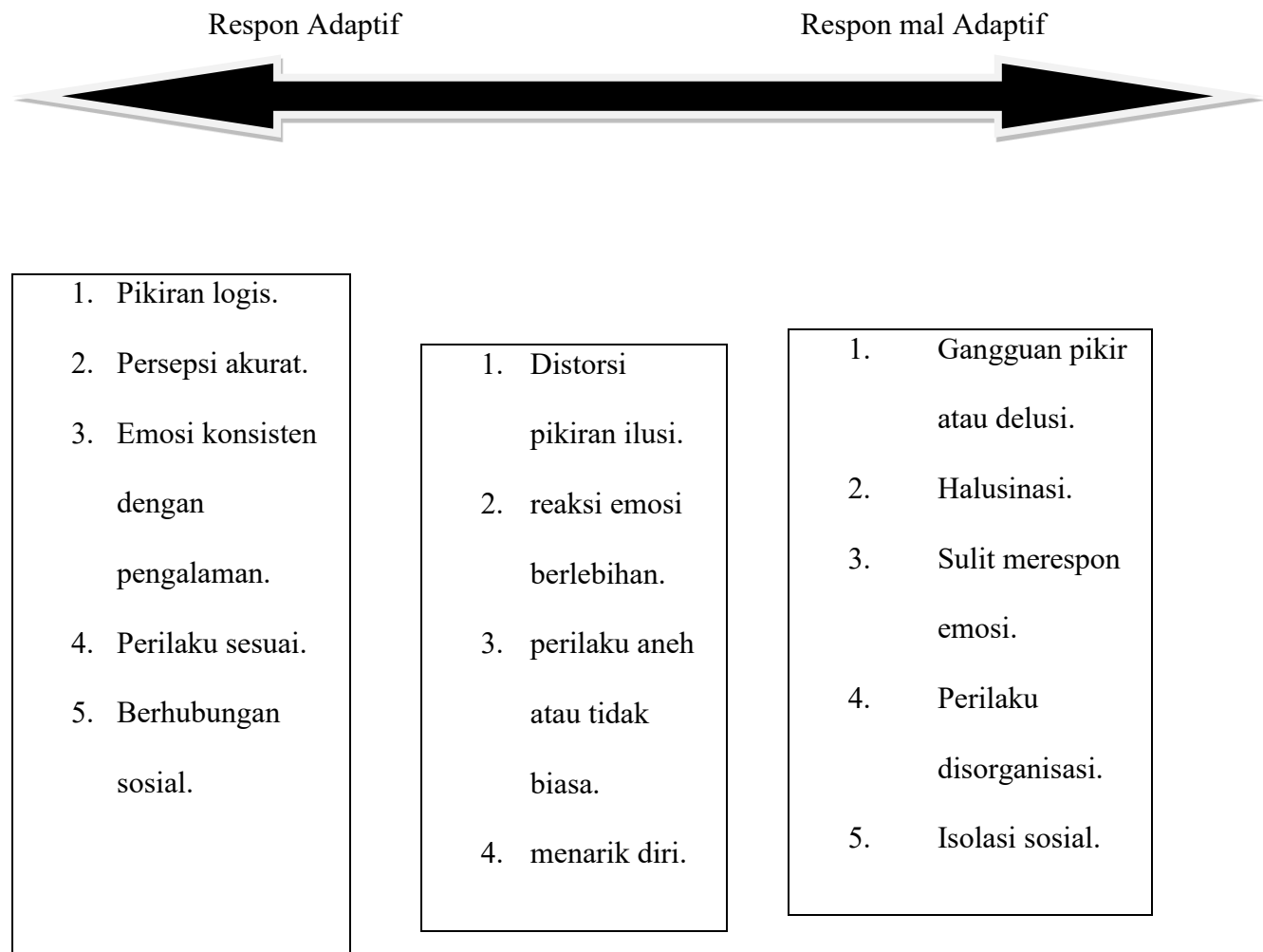
seolah merupakan tempat memenuhi kebutuhan dan interaksi sosial, kontrol diri, atau harga diri yang tidak didaptakan di dunia nyata.

e. Dimensi Spiritual

Secara spiritual halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah, dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri.

2.1.3 Rentang respon Halusinasi

Menurut Hernandi(2020). Halusinasi merupakan salah satu responmaladaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologis.Ini merupakan respon persepsi paling maladaptif.Jika klien sehat, persepsinya akurat mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui pancaindera (pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecap, peraba), klien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus pancaindra walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada.Rentang respon tersebut dapat digambarkan seperti dibawah ini.



Bagan 1.1: Rentang Respon Gangguan Persepsi Sensori:

Halusinasi menurut (Stuart dan Laraia, 2005) dalam (Muhith Abdul, 2015).

Keterangan :

a. Respon adaptif

Respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial dan budaya yang berlaku . Dengan kata lain individual tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah dan akan dapat memecahkan masalah tersebut.

Respon adaptif yakni :

- 1) Pikiran logis merupakan pandangan yang mengarah pada kenyataan yang dapat diterima akal.
- 2) Persepsi akurat merupakan pandangan dari seseorang tentang sesuatu peristiwa secara cermat dan tetap sesuai perhitungan.
- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman merupakan perasaan jiwa yang timbul sesuai dengan peristiwa yang pernah dialami.
- 4) Perilaku sosial dengan kegiatan individu atau sesuatu yang berkaitan dengan individu tersebut yang diwujudkan dalam bentuk gerak atau ucapan yang tidak bertentangan dengan moral.
- 5) Hubungan sosial merupakan proses sesuatu dengan orang lain dalam pergaulan ditengah masyarakat dan lingkungan.

b. Respon Psikososial

Respon psikososial yakni :

- 1) Pikiran terkadang menyimpang berupa kegagalan dalam mengabstrakan dan mengambil kesimpulan.
- 2) Ilusi merupakan pemikiran atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- 3) Emosi berlebihan dengan kurang pengalaman berupa reaksi emosi yang diekspresikan dengan sikap yang tidak sesuai.

- 4) Perilaku tidak bisa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- 5) Menarik diri merupakan percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, baik dalam berkomunikasi maupun berhubungan sosial dengan orang-orang di sekitarnya.

c. Respon maladaptif

Respon maladaptif merupakan respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan.

Respon maladaptif yakni :

- 1) Kelainan pikiran (waham) merupakan keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan keyakinan sosial.
- 2) Halusinasi merupakan gangguan yang timbul berupa persepsi yang salah terhadap rangsangan.
- 3) Kerusakan proses emosi merupakan ketidak mampuan mengontrol emosi seperti menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan, kebahagiaan, dan kedekatan.
- 4) Perilaku tidak terorganisasi merupakan ketidak teraturan perilaku berupa ketidak selarasan antara perilaku dan gerakan yang di timbulkan.

- 5) Isolasi sosial merupakan kondisi dimana seseorang merasa kesepian tidak mau berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan sekitarnya (Stuart, 2015).

2.1.4 Tanda dan Gejala Halusinasi

Menurut Yuanita (2019). Tanda dan gejala Halusinasi terdiri dari :

- a. Menarik diri dari orang lain, dan berusaha untuk menghindar diri dari orang lain.
- b. Tersenyum sendiri, tertawa sendiri.
- c. Duduk terpukau (berkhayal).
- d. Bicara sendiri.
- e. Memandang satu arah, menggerakan bibir tanpa suara, penggerakan mata yang cepat, dan respon verbal yang lambat.
- f. Menyerang, sulit berhubungan dengan orang lain.
- g. Tiba-tiba marah, curiga, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain dan lingkungan).
- h. Gelisah, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel.
- i. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah.

2.1.5 Jenis-jenis Halusinasi

Halusinasi yang paling banyak diderita adalah halusinasi pendengaran yang mencapai lebih kurang 70%, sedangkan halusinasi penglihatan menduduki peringkat kedua dengan rata-rata 20%. Sementara jenis halusinasi

yang lain yaitu halusinasi pengecapan, penghidu, perabaan (Muhith, 2015).

Table di bawah ini menjelaskan karakteristik tiap halusinasi.

Tabel 2.1 Jenis-Jenis Halusinasi

Jenis halusinasi	Karakteristik
Pendengaran	Mendengar suara-suara atau kebisingan, paling sering suara orang. Suara berbentuk kebisingan yang kurang keras sampai kata-kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai percakapan lengkap antara dua orang atau lebih. Pikiran yang didengar klien dimana pasien disuruh untuk melakukan sesuatu yang kadang-kadang membahayakan.
Penglihatan	Stimulasi visual dalam bentuk kilatnya cahaya, gambaran geometris, gambaran kartun, bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster.
Penghidu	Membraui bau-bauan tertentu seperti bau darah, urin atau feces, umumnya bau-bauan yang tidak menyenangkan. Halusinasi penghidu sering stroke, tumor, kejang dan dimensia.
Pengecapan	Merasa mengecap rasa seperti darah, urin atau feces.
Perabaan	Mengalami nyeri atau ketidak nyamanan tanpa stimulasi yang jelas. Rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

(Stuart dan Laraia, 2015)

Tanda –tanda yang berkaitan dengan halusinasi pendengaran meliputi sebagai berikut :

a. Data Objektif

1. klien tampak bicara sendiri.
2. Klien tampak tertawa sendiri.
3. Klien tampak marah-marah tanpa sebab.
4. Klien tampak mengarahkan telinga kearah tertentu.
5. Klien tampak menutup telinga.
6. Klien tampak menunjuk-nunjuk kearah tertentu.
7. Klien tampak mulutnya komat-kamit sendiri.

b. Data Subjektif

1. klien mengatakan mendengar suara atau kegaduhan.
2. Klien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya untuk bercakap-cakap.
3. Klien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu yang berbahaya.
4. Klien mengatakan mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain.

2.1.6 Tahapan Proses Terjadinya Halusinasi

Menurut Pardede & Laia (2020) dalam Ari, A, P et.al (2022) tahapan proses terjadinya halusinasi terbagi menjadi 4 tahap, yaitu sebagai berikut :

1. Tahap Pertama

Pada fase ini halusinasi berada pada tahap menyenangkan dengan tingkat ansietas sedang, secara umum halusinasi bersifat menyenangkan. Adapun karakteristik yang tampak pada individu adalah orang yang berhalusinasi mengalami keadaan emosi seperti ansietas, kesepian, merasa takut, serta mencoba memusatkan penenangan pikiran untuk mengurangi ansietas.

2. Tahap Kedua

Pada tahap ini halusinasi berada pada tahap menyalahkan dengan tingkat kecemasan yang berat. Adapun karakteristik yang tampak pada individu, yaitu individu merasa kehilangan kendali dan mungkin berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang dipersiapkan, individu mungkin merasa malu dengan pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain.

3. Tahap Ketiga

Pada tahap ini halusinasi berada pada tahap pengendalian dengan tingkat ansietas berat, pengalaman sensori yang dirasakan individu menjadi penguasa.

Adapun karakteristik yang tampak pada individu adalah orang yang berhalusinasi cenderung menyerah untuk melawan pengalaman

halusinasinya, membiarkan halusinasi tersebut menguasai dirinya, individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman sensori tersebut berakhir.

4. Tahap Keempat

Pada tahap ini halusinasi berada pada tahap menakutkan dengan tingkat ansietas panik. Adapun karakteristik yang tampak pada individu adalah pengalaman sensori mungkin menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah, di mana halusinasi bisa berlangsung beberapa jam atau beberapa hari, apabila tidak ada intervensi terapeutik.

2.1.7 Mekanisme koping

Mekanisme koping merupakan perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri, mekanisme koping halusinasi menurut Yosep(2016), diantaranya :

1. Regresi

Proses untuk menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali pada perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.

2. Proyeksi

Keinginan yang tidak dapat di tolerani, mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (sebagai upaya untuk menjelaskan kerancunan identitas).

3. Menarik diri

Reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis. Reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindari sumber stressor, sedangkan reaksi psikologis yaitu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan.

2.1.8 Penatalaksanaan Halusinasi

Menurut Maramis (2004), pengobatan harus secepat mungkin diberikan, disini peran keluarga sangat penting karena setelah mendapatkan perawatan di RSJ klien dinyatakan boleh pulang sehingga keluarga mempunyai peran yang sangat penting didalam hal merawat klien, menciptakan lingkungan keluarga yang kondusif dan sebagai pengawasan minum obat (Prabowo, 2014).

1. Pelaksanaan Medis,

Menurut Struat, Laria (2005) penatalaksanaan klien skizofrenia yang mengalami halusinasi adalah dengan pemberian obat-obatan dan tindakan lain.

- a. Psikofarmakologis, obat yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikosis pada klien skizofrenia adalah obat anti psikosis. Adapun kelompok yang umum digunakan adalah :

Terapi Obat

Kelas kimia	Nama generic (dagang)	Dosis harian
Fenotiazin	Tiodazin (Mellaril)	2-40 mg
Tioksanten	Kloprotiksen (Tarctan)	75-600 mg
	Tiotiken (Navane)	8-30 mg
Butirofenon	Haloperidol (Haldol)	1-100 mg
Dibenzodiasepin	Klozapin (Clorazil)	300-900

Tabel 2. 2 (Struat, Laria (2005))

b. Terapi kejang listrik

Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artifisiak dengan melewati aliran listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik dapat diberikan pada skizofrenia yang tidak mampan denganterapi neuroleptika oral atau injeksi disis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.

2. Penatalaksanaan Keperawatan

a. Penerapan Strategi pelaksanaan

Menurut keliat (2007), tindakan keperawatan yang dilakukan :

1. Melatih klien mengontrol halusinasi

- 1) Strategi pelaksanaan 1 : menghardik halusinasi.
- 2) Strategi pelaksanaan 2 : menggunakan obat secara teratur.

- 3) Strategi pelaksanaan 3 : bercakap-cakap dengan orang lain.
- 4) Strategi pelaksanaan 4 : melakukan aktivitas yang terjadwal.

Menurut pusdiklatnakes, (2012) tindakan keperawatan tidak hanya ditunjukkan untuk klien terapi juga diberikan kepada keluarga, sehingga keluarga mampu mengarahkan klien dalam mengontrol halusinasi.

- 1) Strategi pelaksanaan 1 keluarga : mengenal masalah dalam merawat klien halusinasi dan melatih mengontrol halusinasi klien dengan menghardik.
- 2) Strategi pelaksanaan 2 keluarga : melatih keluarga merawat klien halusinasi dengan enam benar minum obat.
- 3) Strategi pelaksanaan 3 keluarga : melatih keluarga merawat klien halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan.
- 4) Strategi pelaksanaan 4 keluarga : melatih keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk follow up klien halusinasi.

2. Psikoterapi dan rehabilitasi

Psikoterapi suportif individual atau kelompok sangat membantu karena kembali ke masyarakat, selain itu terapi

kerja sangat baik untuk mendorong klien bergaul dengan orang lain, klien lain, perawat dan dokter. Maksudnya supaya klien tidak mengasingkan diri karena dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik, dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama, seperti terapi modalitas yang terdiri dari :

1. Terapi aktivitas

Meliputi : terapi music, terapi seni, terapi menari, terapi relaksasi, terapi sosial, terapi kelompok, terapi lingkungan.

2. Sesi dari terapi aktivitas kelompok halusinasi:

- Sesi 1 kemampuan mengenal halusinasi
- Sesi 2 kemampuan menghardik halusinasi
- Sesi3 kemampuan mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan
- Sesi4 kemampuan bercakap-cakap untuk mencegah halusinasi.
- Sesi 5 kemampuan patuh minum obat untuk mencegah halusinasi.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah proses untuk tahap awal dan dasar utama dari proseskeperawatan terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Pengelompokkan data pengkajian kesehatan jiwa, dapat berupa faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan kemampuan yang dimiliki (Afnuhazi, 2015).

1. Identitas Pasien

Kemungkinan data meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat tanggal pengkajian, nomor rekam medis.

2. Alasan Masuk

Kemungkinan alasan masuk utama masuknya klien yaitu dapat dilihat dari data klien dan bisa pula diperoleh dari keluarga, misalnya:berbicara, senyum dan tertawa sendirian. Kadang klien marah-marah sendiri tanpa sebab, mengganggu lingkungan, bermenung, banyak diam, kadang merasa takut dirumah, lalu klien sering pergi keluar rumah dan keluyuran atau jalan-jalan sendiri dan tidak pulang kerumah.Mengatakan mendengar suara-suara yang sangat mengganggu dan kadang menyuruh melakukan sesuatu.

3. Faktor Predisposisi

Kemungkinan klien memiliki riwayat gangguan jiwa, dan disertai dengan pengobatan yang tidak berhasil. Biasanya klien juga memiliki riwayat adanya aniaya fisik, seksual atau pun penolakan dari lingkungan. Biasanya keluarga klien memiliki penyakit yang sama dengan klien. Biasanya klien juga memiliki trauma masa lalu yang sangat mengganggu klien, Seperti kegagalan, kehilangan, perpisahan / kematian.

Masalah keperawatan :

- **Resiko perilaku kekerasan**
- **Gangguan pertumbuhan dan perkembangan**
- **Respon pasca trauma**
- **Ketidakefektifan koping keluarga : Ketidakmampuan**

4. Fisik

Kemungkinan tidak ditemukan kelainan dari hasil pengkajian fisik klien, biasanya vital sign dan ukuran pada klien normal.

5. Psikososial

a. Genogram

Kemungkinan adanya anggota keluarga klien yang lain yang mengalami gangguan jiwa, pola komunikasi terganggu, begitu pula dengan pengambilan keputusan pola asuh. Genogram dilihat dari 3 generasi keluarga sebelumnya. Biasanya pada komunikasi klien terganggu begitupun dengan pengambilan keputusan dan

pola asuh biasanya dilakukan orang yang dituakan di rumah, biasanya ayah dari klien.

Masalah keperawatan :

- **Ketidakefektifan koping keluarga : ketidakmampuan**
- **Ketidakefektifan koping keluarga : penurunan**
- **Ketidakefektifan koping keluarga : potensial pertumbuhan**

b. Konsep Diri

- **Citra Tubuh.**

Kemungkinan berisi tentang persepsi klien tentang tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan bagian tubuh yang tidak disukai.

- **Identitas diri**

Kemungkinan klien dapat menyebutkan identitas dirinya (nama, alamat, hobi dan sebagainya).

- **Peran Diri**

Kemungkinan klien menceritakan tentang peran atau tugas yang diemban dalam keluarga atau kelompok masyarakat. Kemampuan klien dalam melaksanakan tugas atau peran tersebut. Biasanya mengalami krisis peran.

- **Ideal Diri**

Kemungkinan berisi tentang harapan klien terhadap penyakitnya. Harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah tempat kerja dan masyarakat).

- **Harga Diri**

Kemungkinan hubungan klien dengan orang lain sesuai dengan kondisi citra diri, identitas diri, peran diri dan ideal diri. Penilaian atau penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya biasanya klien mengalami harga diri rendah.

Masalah keperawatan :

- **Harga diri rendah**
- **Gangguan citra tubuh**
- **Gangguan identitas diri**
- **Isolasi Sosial**

6. Hubungan Sosial

- **Orang terdekat**

Kemungkinan klien akan mengatakan orang yang terdekat klien adalah orang tua atau saudaranya.

- **Peran serta dalam kegiatan kelompok masyarakat**

Kemungkinan sebelum dirawat di RSJ sering bergaul dengan ibu-ibu sekitar rumahnya, biasanya ditemukan setelah dirawat di RSJ pasien tidak maubergaul dengan alasan malu dengan kondisinya, biasanya klien akan tampak sering menyendiri,

kontak mata berkurang saat berinteraksi dan klien sering melamun.

- Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Kemungkinan klien akan mengatakan adanya merasa kehilangan sesuatu yang berarti dalam hidupnya, seperti kehilangan orang tua.

Masalah keperawatan :

- **Isolasi sosial**
- **Hambatan Interaksi Sosial**
- **Hambatan Komunikasi**
- **Hambatan Komunikasi Verbal**

7. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan

Kemungkinan nilai-nilai dan keyakinan terhadap agama kurang sekali, keyakinan agama klien juga terganggu.

- b. Kegiatan ibadah

Kemungkinan klien menjalankan kegiatan ibadah dirumah sebelumnya saat sakit ibadah terganggu atau sangat berlebihan.

Masalah keperawatan :

- **Distress spiritual**

8. Status Mental

a. Penampilan

Kemungkinan klien terlihat tidak rapi, rambut acak-acakan, kesan tidak rapi.

Masalah keperawatan :

- **Defisit keperawatan diri (makan, mandi, berpakaian, toileting dan instrumentasi).**

b. Pembicaraan

Kemungkinan klien berbicara dengan cepat dan tidak jelas, biasanya klien ditemukan adanya mengatakan hal-hal yang ia curigai.

Masalah keperawatan :

- **Hambatan Komunikasi Verbal**
- **Isolasi sosial**

c. Aktifitas Motorik

Kemungkinan ditemukan klien dapat melakukan aktivitas sehari-hari di Rsj secara mandiri saat berinteraksi biasanya klien tidak ada ditemukannya jalan mondar mandir, mulut komat kamit.

Masalah keperawatan :

- **Intoleransi aktivitas**
- **Resiko perilaku kekerasan**

d. Alam perasaan

Kemungkinan klien merasa sedih jika terlalu lama berada di RS dan ingin cepat pulang

Masalahkeperawatan :

- **Ketidakberdayaan / ketidakmampuan**

e. Afek

Kemungkinan saat dilakukan wawancara klien menunjukkan ekspresi ketakutan.

Masalah keperawatan :

- **Hambatan komunikasi verbal**
- **Isolasi sosial**
- **Risiko perilaku kekerasan**

f. Interaksi selama wawancara

Kemungkinan klien mampu menjawab semua pertanyaan yang diajukan dengan baik, biasanya klien cenderung menatap kedepan, padahal perawat ada disampingnya, biasanya klien keheranan saat ditanyai, kadang klien terdiam pembicaraan seperti mendengar sesuatu.

Masalah keperawatan :

- **Isolasi sosial**
- **Risiko perilaku kekerasan**

g. Persepsi

Kemungkinan klien mengatakan sering mendengar bisikan halus atau suara saat ingin tidur, biasanya suara itu menyuruh klien untuk melakukan sesuatu, terkadang muncul atau tidak, biasanya muncul dengan durasi lebih kurang 5 menit, biasanya respon klien saat terjadinya halusinasi hanya diam dan merasa takut.

Masalah keperawatan :

- **Gangguan sensori persepsi : halusinasi (sesuaikan dengan jenis halusinasi)**

h. Proses pikir

Kemungkinan ditemukan pada klien adanya gangguan proses pikir, seperti selama interaksi berlangsung antara klien dengan perawat, klien lari dari pembahasan antara perawat dengan klien

Masalah keperawatan :

- **Gangguan proses pikir**

i. Isi Pikir

Kemungkinan klien mengatakan tidak ada yang mengendalikan pikirannya, biasanya klien tidak mempunyai pikiran yang aneh-aneh walaupun sering mendengar dan melihat hal-hal yang tidak nyata.

Masalah keperawatan :

- **Gangguan proses pikir**

j. Tingkat kesadaran

Kemungkinan klien dengan tingkat kesadaran yang baik, dimana dia menyadari tempat keberadannya dan mengenal baik, bahwa dia dalam pengobatan/ perawatan untuk mengontrol halusinasinya.

Masalah keperawatan :

- **Gangguan proses pikir**
- **Risiko perilaku kekerasan**

k. Memori

Kemungkinan daya ingat jangka panjang klien baik, dimana dia bisa menceritakan kejadian masa-masa lampau yang pernah dialaminya maupun daya ingat jangka pendek seperti menceritakan penyebab masuk rumah sakit.

Masalah keperawatan :

- **Gangguan proses pikir**

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Kemungkinan klien mampu berkonsentrasi dan mampu berhitung secara sederhana, misalnya berhitung dari 1 sampai 10.

Masalah keperawatan :

- **Gangguan proses pikir**

m. Kemampuan penilaian

Kemungkinan klien memiliki kemampuan penilaian yang baik seperti, jika klien disuruh memilih mana yang baik antara makan dulu atau mandi dulu, maka klien biasanya dapat menjawab mandi dulu.

Masalah keperawatan :

- **Gangguan proses pikir**

n. Daya tilik diri

Kemungkinan klien tidak menyadari bahwa dia berada dalam masa pengobatan dan mengedalikan halusinasinya.

Masalah keperawatan :

- **Gangguan proses pikir**

9. Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan.

Kemungkinan akan ditemukan dengan tidak adanya gangguan terhadap nafsu makan atau system pencernaan, maka biasanya menghabiskan makanan sesuai dengan porsi yang disediakan.

Masalah keperawatan :

- **Perubahan nutrisi : Kurang/lebih dari kebutuhan tubuh**

b. Mandi

Kemungkinan klien akan mampu untuk mandi, sikat gigi dan gunting kuku masih dapat dilakukan seperti orang normal.

Masalah keperawatan :

- Defisit perawatan diri

c. Berpakaian

Kemungkinan pasien mampu dalam memilih pakaian untuk dikenakan biasanya pasien memakai pakaian sesuai fungsinya, baju diatas, celana dibawah biasanya klien dapat bersisir dan memakai bedak.

Masalah keperawatan :

- Defisit perawatan diri

d. Istirahat dan tidur

Kemungkinan pasien dapat tidur dengan nyenyak akibat dari pemakaian obat.

Masalah keperawatan :

- Gangguan pola tidur

e. Penggunaan obat

Kemungkinan pasien saat dirumah tidak teratur minum obat dan kemungkinan saat dirumah sakit klien teratur minum obat karena diawasi perawat.

Masalah keperawatan :

- Koping individu tidak efektif

f. Pemeliharaan kesehatan

Kemungkinan pasien mengatakan ingin segera pulang.
Kemungkinan klien mengatakan jika sudah dirumah nanti akan

rajin minum obat. Biasanya klien mengatakan bila sudah keluar dari rumah sakit klien tidak mau dibawa ke Rsj lagi.

Masalah keperawatan :

- **Koping individu tidak efektif**

g. Aktivitas di dalam rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam :

- Merencanakan, mengolah dan menyajikan makanan
- Merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu dan mengepel)
- Mencuci pakaian sendiri
- Mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

Masalah keperawatan :

- **Defisit perawatan diri**
- **Perilaku mencari bantuan Kesehatan**

h. Aktivitas diluar rumah

Kemungkinan klien mengatakan tidak suka dengan kegiatan diluar rumah.

Masalah keperawatan:

- **Perilaku mencari bantuan Kesehatan**

10. Mekanisme Koping

- **Koping adaptif**

Kemungkinan klien mau berbicara dengan orang lain, biasanya klien mengatakan jika ada masalah ia berdiam diri dirumah, biasanya klien tidak mau melakukan aktivitas

- **Koping maladaptif**

Kemungkinan klien mengatakan saat dirumah sering tertawa sendiri dan terkadang marah-marah tanpa sebab.

Masalah keperawatan:

- **Ketidakefektifan koping individual**
- **Gangguan penyesuaian diri**

11. Masalah Psikososial dan lingkungan

- a. **Masalah dengan dukungan kelompok**

Kemungkinan klien mengatakan tidak ada dukungan dari orang sekitarnya.

- b. **Masalah dengan lingkungan**

Kemungkinan klien mengatakan kurang diterima dilingkungan karena menganggap klien tidak sehat atau mengalami gangguan jiwa.

- c. **Masalah dengan pendidikan**

Kemungkinan klien tidak ada masalah selama pendidikannya dan kemungkinan klien tidak ada yang sekolah.

d. **Masalah dengan pekerjaan**

Kemungkinan klien tidak memiliki pekerjaan.

e. **Masalah dengan perumahan**

Kemungkinan klien tinggal dengan orang tua dan saudaranya, dan kemungkinan klien memiliki masalah dengan tanah dan rumah yang ditempati klien.

f. **Masalah dengan ekonomi**

Kemungkinan klien memiliki masalah terkait dengan ekonomi seperti tidak tercukupinya kebutuhan sehari-hari karena tidak memiliki pekerjaan yang tetap.

g. **Masalah dengan pelayanan kesehatan**

Kemungkinan klien tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan karena tidak jauh dari rumah klien ada puskesmas sehingga klien tidak membutuhkan biaya banyak dengan datang ke pelayanan kesehatan.

Masalah keperawatan :

- **Isolasi sosial**
- **Gangguan konsep diri**
- **Gangguan Interaksi Sosial**
- **Ketidakmampuan / ketidakberdayaan**
- **Defisit perawatan diri**
- **Konflik peran orang tua**

12. Pengetahuan

Kemungkinan klien tidak tau penyebab dari gangguan jiwa, biasanya klien tidak menyadari kekambuhan dari penyakitnya karena klien tidak tau akibat dari tidak teratur dalam mengkonsumsi obat.

Masalah Keperawatan :

- Defisit pengetahuan
- Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik

13. Aspek medis

- Diagnosa medis : *Skizofrenia*
- Terapi yang diberikan.

Obat yang diberikan pada klien dengan halusinasi biasanya diberikan antipsikotik seperti *haloperidol* (HLP), *chlorpromazine* (CPZ), *Triflu perazin* (TFZ), dan *antiParkinson trihenski phenidol* (THP), *triplofrazine arkine*.

2.2.2 Daftar Masalah Keperawatan

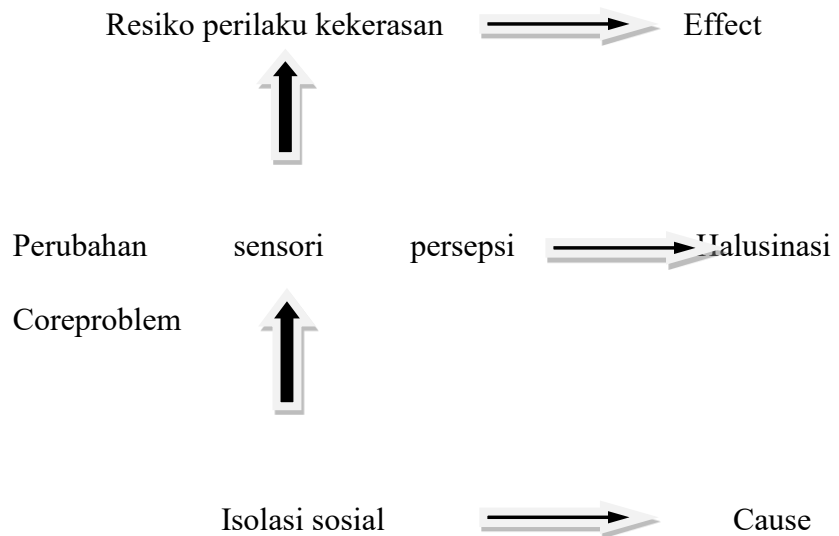
Daftar masalah keperawatan halusinasi pendengaran menurut (Yosep,2016) meliputi sebagai berikut :

- a. Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran
- b. Risiko perilaku kekerasan
- c. Gangguan komunikasi verbal
- d. Gangguan proses pikir
- e. Defisit perawatan diri
- f. Isolasi sosial

- g. Harga diri rendah
- h. Koping individu tidak efektif
- i. Defisit pengetahuan
- j. Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik
- k. Gangguan konsep diri
- l. Konflik peran orang tua.
- m. Gangguan penyesuaian diri
- n. Perubahan nutrisi: lebih dari kebutuhan tubuh
- o. Intoleransi aktivitas
- p. Distress spiritual
- q. Gangguan citra tubuh
- r. Gangguan identitas diri
- s. Respon pasca trauma
- t. Ketidakefektifan koping keluarga : ketidakmampuan

2.2.3 Pohon Masalah Keperawatan

Pohon masalah pada halusinasi dapat diuraikan sebagai berikut.



Bagan 1.2 pohon masalah halusinasi (probowo, 2014)

2.2.4 Kemungkinan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan halusinasi pendengaran menurut (Yosep, 2016).

Meliputi sebagai berikut :

- Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
- Resiko perilaku kekerasan
- Isolasi sosial.

2.2.5 Rencana Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah tahap ketika mengaplikasi rencana asuhan keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Carpenito dalam yusuf, dkk. 2015). Sebelum tindakan keperawatan

diimplementasikan, perawatan perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (here and now) (yusuf dkk,2015).

Dalam asuhan keperawatan jiwa, untuk mempermudah pelaksanaan tindakan keperawatan maka perawat perlu membuat strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang meliputi SP pasien dan keluarga (Trimeilia,2011). SP dibuat menggunakan komunikasi terapeutic yang terdiri dari fase orientasi, fase kerja, dan terminasi (Yusup dkk,2015).

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, mempunyai tujuan serta kegiatan dipusatkan untuk kesembuhan pasien (Farida dan Yudi, 2010). Terhadap 3 fase dalam komunikasi terapeutic, dimana fase pertama yaitu fase orientasi yang menggambarkan situasi pelaksanaan tindakan yang akan dilakukan, kontrak waktu dan tujuan pertemuan yang diharapkan. Fase kerja berisi beberapa pertanyaan yang akan diajukan untuk pengkajian lanjut, pengkajian tambahan, penemuan masalah bersama dan atau penyelesaian tindakan. Fase terminasi merupakan saat untuk mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan, menilai keberhasilan atau kegagalan dan merencanakan untuk kontrak waktu pertemuan selanjutnya. (Yusup dkk,2015).

Tabel 2.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Strategi Pelaksanaan Klien	Strategi Pelaksanaan Keluarga
Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi	SP 1 Pasien : 1. Bina hubungan saling percaya dengan tindakan : - Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien. - Perkenalkan diri. - Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini. - Membuat kontrak asuhan : apa yang akan perawat lakukan bersama pasien, waktu, tempat. - Jelaskan perawat akan merahasiakan informasi yang akan diperoleh untuk kepentingan terapi. - Tunjukkan sikap empati. - Penuhi kebutuhan dasar pasien. 2. Identifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon.	SP 1 Keluarga : 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien 2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya halusinasi. 3. Jelaskan cara merawat halusinasi. 4. Latih cara merawat halusinasi: menghardik 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal, memberikan pujian.

	3. Jelaskan cara mengontrol halusinasi: menghardik, obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan. 4. Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. 5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik.	
	SP 2 Pasien : 1. Evaluasi kegiatan menghardik, berikan pujian. 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat). 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat.	SP 2 Keluarga : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik beri pujian. 2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat. 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
	SP 3 Pasien : 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat	SP 3 Keluarga : 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat, bercakap-cakap.

	beri pujian. - Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi. - Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, obat dan bercakap-cakap.	- Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi. - Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap. - Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian.
	SP 4 Pasien : - Evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat bercakap-cakap beri pujian. - Latih cara mengontrol halusinasi dg melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan). - Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian.	SP 4 Keluarga : - Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien meghardik memberikan obat dan bercakap-cakap. Beri pujian. - Jelaskan follow up ke RSJ tanda kambuh, rujukan - Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
Risiko perilaku	SP 1 Pasien :	SP 1 Keluarga :

kekerasan	1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, PK yang dilakukan, akibat PK. 2. Jelaskan cara mengontrol pk: fisik, obat, verbal, spritual. 3. Latihan cara mengontrol PK secara fisik tarik napas dalam dan pukul kasar dan bantal. 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik.	1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. 2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya PK. 3. Jelaskan cara merawat PK. 4. Latih satu cara merawat PK dengan melakukan kegiatan fisik tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal. 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
	SP 2 Pasien : 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik. Beri pujian. 2. Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat). 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat.	SP 2 Keluarga : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik berikan pujian. 2. Jelaskan 6 benar cara minum obat. 3. Latih cara memberikan/membimbing minum obat. 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
	SP 3 Pasien :	SP 3 Keluarga :

	1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat berikan pujian . 2. Latih cara mengontrol PK secara verbal (2 cara yaitu : mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar). 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal.	1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien fisik dan memberikan obat, Berikan pujian. 2. Latih cara membimbing: cara bicara yang baik. 3. Latih cara membimbing kegiatan spiritual. 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
	SP 4 Pasien : 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik & minum obat, verbal dan berikan pujian. 2. Latih cara mengontrol spiritual (2 kegiatan). 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual.	SP 4 Keluarga : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien fisik, memberikan obat,latihan berbicara yang baik & kegiatan spiritual. Berikan pujian. 2. Jelaskan follow up ke RSJ ,,tanda kambuh, rujukan. 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
Isolasi sosial	SP 1 Pasien :	SP 1 Keluarga :

	1. Identifikasi penyebab isolasi sosial: siapa yang serumah, siapa yang terdekat, yang tidak dekat, dan apa sebabnya. 2. Keuntungan punya teman dan bercakap-cakap. 3. Kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap-cakap. 4. Latih cara berkenalan dengan pasien dan perawat atau tamu. 5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan.	1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. 2. Jelaskan tanda dan gejala dan proses terjadinya isolasi sosial 3. Jelaskan cara merawat isolasi sosial. 4. Latih cara merawat berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian. 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian saat bagus.
	SP 2 Pasien : 1. Evaluasi kegiatan berkenalan (beberapa orang). Berikan pujian. 2. Latihan cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan). 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 2-3 orang pasien, perawat dan tamu, berbicara saat	SP 2 Keluarga : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan harian. Berikan pujian. 2. Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan pasien berbicara (makan, sholat bersama) di rumah. 3. Latih cara membimbing pasien

	melakukan kegiatan harian.	berbicara dan memberikan pujian. 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal saat besok.
	SP 3 Pasien : 1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan (beberapa orang) dan bicara saat melakukan dua kegiatan harian. Berikan pujian. 2. Latihan cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2 kegiatan baru). 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang, berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian.	SP 3 Keluarga : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian. Berikan pujian. 2. Jelaskan cara melatih pasien melakukan kegiatan sosial seperti berlanja, meminta sesuatu dll. 3. Latih keluarga mengajak pasien belanja saat besok 4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian saat besok.
	SP 4 Pasien : 1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, bicara saat melakukan empat kegiatan harian. Berikan pujian. 2. Latihan cara bicara sosial : meminta	SP 4 Keluarga : 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian/RT, berbelanja, berikan pujian.

	sesuatu, menjawab pertanyaan. 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan > 5 orang, orang baru, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi.	2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal kegiatan dan memberikan pujian.
--	---	--

Sumber : (Keliat A.B dan Akemat, 2014)

2.2.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan keperawat oleh klien. Hal yang harus diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah tindakan keperawatan yang akan dilakukan implementasi pada klien dengan halusinasi dilakukan secara interaksi dalam melaksanakan tindakan keperawatan, perawat harus lebih dulu melakukan (Afnuhazi, 2015):

- a. Bina hubungan saling percaya
- b. Identifikasi waktu, frekuensi, situasi, respon klien terhadap halusinasi
- c. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- d. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara minum obat
- e. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap
- f. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan kegiatan berjadwal.

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatn. Pada situasi nyata sering pelaksanaan jauh berbeda dengan rencana. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dengan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisinya (*here and now*). Perawat juga menilai diri sendiri, apakah kemampuan interpersonal, intelektual, teknik sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan (Dalmi, dkk, 2014).

2.2.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap kelima atau terakhir dalam proses keperawatan. Penilaian terakhir pada proses keperawatan yang ditetapkan, penetapan keberhasilan asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dari kriteria hasil yang sudah ditetapkan, yaitu terjadi adaptasi pada individu (Nursalam, 2016).

Evaluasi respon umum adaptasi pasien dilakukan setiap akhir tindakan penelitian. Pada pasien halusinasi yang membahayakan diri, orang lain dan lingkungan evaluasi meliputi respon perilaku dan emosi lebih terkendali yang pasien sudah tidak mengamuk lagi, bicara dan tertawa sendiri, sikap curiga, perasaan cemas berat, serta pasien mempercayai perawatnya, pasien dapat mengontrol halusinasi. Sehingga, persepsi pasien membaik, pasien dapat membedakan hal yang nyata dan tidak nyata (Yusuf, 2015).

Menurut Keliat (2014), evaluasi terhadap masalah keperawatan halusinasi meliputi kemampuan pasien dan keluarganya serta kemampuan

keluarga dalam merawat pasien halusinasi. Beberapa hal yang harus dievaluasi adalah sebagai berikut (Trimelia, 2011) :

1. Apakah klien dapat mengenal halusinasinya, yaitu isi halusinasi, situasi, waktu dan frekuensi munculnya halusinasi.
2. Apakah klien dapat mengungkapkan perasaannya ketika halusinasi muncul.
3. Apakah klien dapat mengontrol halusinasi dengan menggunakan empat cara yaitu menghardik, teratur minum obat, menemui orang lain dan bercakap-cakap, melaksanakan aktivitas.
4. Apakah keluarga dapat mengetahui pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi, dan cara-cara merawat pasien halusinasi.
5. Apakah keluarga dapat merawat pasien langsung dihadapan pasien.
6. Apakah keluarga dapat membuat perencanaan follow up dan rujukan pasien.