

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Skizofrenia*

2.1.1 Pengertian

Skizofrenia adalah gangguan yang terjadi pada fungsi otak, penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi dan perilaku sosialnya (Yosep, 2011).

Skizofrenia adalah kombinasi dari gangguan pemikiran, gangguan persepsi, kelainan perilaku, gangguan afektif, dan gangguan kompetensi sosial. Ini berarti orang tersebut memiliki pemikiran yang sulit dengan jelas dalam mengetahui apa yang nyata, mengelola perasaan, membuat keputusan, dan berhubungan dengan orang lain (Fortaine, 2003). *Skizofrenia* adalah salah satu gangguan psikiatri yang saling melemahkan. Gangguan merupakan suatu psikosis utama yang mampu bermanifestasi dalam berbagai cara (Puri, 2011).

Skizofrenia adalah penyakit yang "surut dan mengalir", yang berarti ada periode akut yang disebut kambuh di mana klien mengalami sensasi di samping perasaan biasa mereka. sensasi tambahan ini dikenal sebagai gejala positif, meskipun mereka jauh dari positif dalam arti diinginkan. gejala positif adalah halusinasi, delusi, dan pikiran bingung yang tampaknya kembali secara berkala, kemungkinan besar dipicu oleh berbagai stresor. mereka biasanya merespon dengan baik untuk rawat inap, pengobatan, dan terapi interaktif. Selama periode non-akut, klien sering mengalami gejala negatif. Contoh gejala negatif adalah

sikap apatis, kurangnya motivasi, pengaruh yang tumpul dan hilangnya kehangatan. gejala negatif lebih kompleks dan sulit diobati (Katherine dan Patricia, 2004).

2.1.2 Faktor Penyebab Skizofrenia

Menurut Puri (2011), faktor penyebab *skizofrenia* antara lain :

1. Genetika

Penelitian terhadap keluarga menunjukkan bahwa resiko seumur hidup untuk mengalami *skizofrenia* lebih besar pada keluarga biologis pasien daripada sekitar 1% populasi umum. Pewarisan genetika lebih besar menyebabkan resiko yang lebih besar. Oleh karena itu, risiko pada anak-anak lebih besar jika kedua orang tuanya menderita skizofrenia daripada hanya salah satunya (Puri, 2011).

2. Faktor pranatal

Skizofrenia lebih sering terjadipada mereka yang lahir di akhir musim dingin dan awal musim semi. Skizofrenia terutama sering dialami mereka yang saat prenatal terpajan dengan *epidemi influenza* antara bulan ketiga dan ketujuh kehamilan. Diperkirakan penyebabnya mungkin adalah *infeksi virus maternal*.

3. Faktor perinatal

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa *skizofrenia* lebih sering dalam mereka yang menderita *komplikasi obstetrik* selama kelahiran. Hal ini mungkin disebabkan trauma otak, misalnya hipoksia dan persalinan dengan *forceps*.

4. Kepribadian

Pasien yang mengalami *gangguan kepribadian skizotipal* mempunyai keanehan dan abnomali pada ide, penampilan, bicara dan perilaku, serta defisit pada hubungan antarpersonal. Keadaan tersebut lebih sering terjadi pada keluarga tingkat pertama (seperti keluarga utuh) dan dianggap sebagai bagian dari *spektrum genetik skizofrenia*.

5. Stressor psikososial

Perhatian terhadap adanya suatu efek pemicu menimbulkan anggapan bahwa peristiwa hidup dapat bertindak sebagai faktor presipitasi pada orang yang berisiko mengalami *skizofrenia*.

6. Keluarga pasien

Terdapat peningkatan angka frekuensi *skizofrenia* pada mereka yang hidup dengan keluarga yang ekspresi emosinya tinggi. Keluarga suka membuat komentar kritis mengenai pasien dan cenderung terlibat berlebihan secara emosional.

7. Faktor sosial

Penelitian telah memperlihatkan bahwa kurangan stimulasi dalam lingkungan sosial pasien dengan *skizofrenia* kronik, telah mengakibatkan peningkatan gejala-gejala negatif, terutama penarikan diri secara sosial yang mempengaruhi penumpukan dan kemiskinan ide. Keadaan itu disebut kemiskinan pergaulan sosial.

8. Neurotransmitter

Sistem mesolimbik-mesokortikal adalah suatu *dopaminergik* yang berasal dari area tegmentum bagian ventral otak yang dapat dianggap tersusun atas dua

sistem. Sistem mesolimbik berproyeksi pada sistem limbik, sementara sistem mesokorteks mempersarafi *korteks prefrontalis media*, *enthorinal* dan *cingulatum*. Berdasarkan hipotesis *dopamin skizofrenia*, gambaran klinis gangguan ini disebabkan oleh hiperaktivitas *dopaminergik sentral* dalam sistem mesolimbik-mesokorteks.

2.1.3 Proses Terjadinya Skizofrenia

Menurut (Yosep 2011), terdapat milyaran sambungan sel di otak dan menghasilkan zat kimia *neurotransmitters* yang membawa pesan dari ujung sambungan sel yang satu ke ujung sel yang lain. Pada orang yang normal, sistem pengiriman pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna dan tidak ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak klien *skizofrenia*, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

Skizofrenia terjadi dengan bertahap dimana klien ataupun keluarga tidak menyadari adanya sesuatu yang tidak beres di otaknya dalam jangka waktu lama. Kerusakan yang perlahan ini, akhirnya menjadi *skizofrenia* yang bahaya dan tersembunyi. Gejala muncul secara perlahan, bisa saja menjadi *skizofrenia acute*. Periode *skizofrenia* akut adalah gangguan yang singkat dan kuat yang meliputi halusinasi, penyesatan fikiran (delusi) dan kegagalan berpikir.

Terkadang *skizofrenia* menyerang secara tiba-tiba. Perubahan perilaku terjadi dalam beberapa hari atau minggu, serangan yang mendadak dapat memicu terjadinya periode akut dengan cepat. Beberapa klien mengalami gangguan seumur hidup, tapi banyak juga yang dapat kembali normal dalam periode akut

tersebut. Kebanyakan ditemukan mereka dikucilkan menderita depresi yang berat dan tidak dapat berfungsi selayaknya orang normal di lingkungan. Dalam beberapa kasus, serangan bisa meningkat menjadi *skizofrenia* kronis. Klien menjadi buas, kehilangan karakter, tidak memiliki motivasi, depresi dan tidak memiliki kepekaan tentang perasaannya sendiri.

2.1.4 Gejala Klinis *Skizofrenia*

Gejala-gejala yang dapat dialami antara lain (Puri, 2011) :

1. *Waham menetap lain*. Gejala ini mencakup identitas keagamaan, politis atau kekuatan dan kemampuan “manusia super” (misalnya, mampu mengendalikan cuaca atau dapat berkomunikasi dengan makhluk asing dari planet lain)
2. *Halusinasi menetap*. Halusinasi ini penting pada setiap pemeriksaan, terutama bila disertai waham yang mengambang atau tidak utuh atau isi afek yang jelas disertai ide-ide berlebihan yang menetap atau bila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu secara terus menerus. *Ide berlebihan (overvalued idea)* merupakan preokupasi yang menetap ter-menerus dan tidak beralasan dengan intensitas lebih rendah dari waham. Ide atau keyakinan tersebut merupakan kesalahan dan normalnya tidak dipegang oleh orang lain dalam subkultural pasien. Terdapat pengaruh emosional yang nyata akibat ide-ide berlebihan.
3. *Kerusakan atau penyisipan (interpolasi) dalam arus isi pikir*. Gejala-gejala ini dapat menyebabkan bicara yang inkoheren atau tidak relevan. Keadaan tersebut dapat juga menyebabkan *neologisme*, kata-kata baru yang dibentuk pasien atau kata-kata sehari-hari yang digunakan dengan cara khusus.

4. *Perilaku katatonik*. Gejala-gejala katatonia meliputi *stupor* (keadaan ketika pasien tidak responsif, sadar penuh namun membisu), serta gaduh-gelisah (*excitement*). Gejala dapat berubah-ubah antara dua keadaan ini. Gejala-gejala lain mencakup: *Sikap tubuh(posturing)* yaitu pasien mengadopsi posisi tubuh yang aneh atau tidak sesuai secara terus-menerus selama satu periode waktu yang bermakna. *Fleksibilitas Cerea* yaitu keadaan ketika ekstremitas pasien dapat dibentuk menjadi suatu posisi dan tetap pada posisi tersebut dalam waktu yang lama. *Negativisme* yaitu perlawanan tanpa motif apapun, pasien yang terjadi terhadap perintah dan usaha untuk menggerakkan dirinya.
5. *Gejala-gejala "negative"*. Gejala-gejala ini secara khas terjadi pada *skizofrenia* kronik, meliputi sikap apatis yang nyata, kemiskinan pembicaraan, kurangnya dorongan, afek yang lambat dan tumpul atau tidak kongruen, dan biasanya menyebabkan penarikan diri secara sosial dan menurunnya performa sosial. Dalam mengidentifikasi adanya gejala-gejala negatif, penyebab lainnya yang mungkin terhadap gejala seperti itu (misalnya depresi dan obat-obat antipsikotik) pertama-tama harus disingkirkan. Sedangkan *gejala positif* meliputi waham, halusinasi dan interferensi pikiran.
6. *Perubahan perilaku personal*. Gejala ini dapat ditandai sebagai perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan beberapa aspek perilaku personal yang bermanifestasi sebagai hilangnya minat, tak bertujuan, sikap malas, perilaku memendam masalah (*self absorbed attitude*) serta penarikan diri secara sosial.

2.1.5 Penatalaksanaan *Skizofrenia*

Penatalaksanaan *skizofrenia* menurut Yusuf, Nihayati (2015) terdiri dari :

1. Terapi medis (*psikofarmaka*)

Psikofarmaka adalah berbagai jenis obat yang bekerja pada susunan saraf pusat. Efek utamanya pada aktivitas mental dan perilaku, yang biasanya digunakan untuk pengobatan gangguan kejiwaan. Terdapat banyak jenis obat psikofarmaka dengan farmakokinetik khusus untuk mengontrol dan mengendalikan perilaku pasien gangguan jiwa.

Golongan dan jenis psikofarmaka ini perlu diketahui perawat agar dapat mengembangkan upaya kolaborasi pemberian psikofarmaka, mengidentifikasi dan mengantisipasi terjadinya efek samping, serta memadukan dengan berbagai alternatif terapi lainnya. Berdasarkan efek klinik, obat psikotropika dibagi menjadi golongan antipsikotik, antidepresan, antiansietas, dan antimanik (*mood stabilizer*).

2. Terapi kejang listrik

Terapi kejang listrik adalah suatu prosedur tindakan pengobatan pada pasien gangguan jiwa, menggunakan aliran listrik untuk menimbulkan bangkitan kejang umum, berlangsung sekitar 25–150 detik dengan menggunakan alat khusus yang dirancang aman untuk pasien.

Pada prosedur tradisional, aliran listrik diberikan pada otak melalui dua elektroda dan ditempatkan pada bagian temporal kepala (pelipis kiri dan kanan) dengan kekuatan aliran terapeutik untuk menimbulkan kejang.

3. Terapi aktivitas kelompok

Terapi aktivitas kelompok (TAK) merupakan terapi yang bertujuan mengubah perilaku pasien dengan memanfaatkan dinamika kelompok. Cara ini cukup efektif karena di dalam kelompok akan terjadi interaksi satu dengan yang lain, saling memengaruhi, saling bergantung, dan terjalin satu persetujuan norma yang diakui bersama, sehingga terbentuk suatu sistem sosial yang khas yang di dalamnya terdapat interaksi, interelasi, dan interdependensi.

Terapi aktivitas kelompok (TAK) bertujuan memberikan fungsi terapi bagi anggotanya, yang setiap anggota berkesempatan untuk menerima dan memberikan umpan balik terhadap anggota yang lain, mencoba cara baru untuk meningkatkan respons sosial, serta harga diri.

4. Terapi keluarga

Terapi keluarga adalah suatu cara untuk menggali masalah emosi yang timbul kemudian dibahas atau diselesaikan bersama dengan anggota keluarga, dalam hal ini setiap anggota keluarga diberi kesempatan yang sama untuk berperan serta dalam menyelesaikan masalah (Yusuf, Nihayati 2015). Terapi ini bertujuan mengurangi perasaan bersalah keluarga dan membantu keluarga supaya mengerti penyakit yang diderita pasien. Serta terapi ini berfokus pada kemampuan komunikasi dan strategi pemecahan masalah.

5. Terapi kognitif

Terapi kognitif adalah terapi jangka pendek dan dilakukan secara teratur, yang memberikan dasar berpikir pada pasien untuk mengekspresikan

perasaan negatifnya, memahami masalahnya, mampu mengatasi perasaan negatifnya, serta mampu memecahkan masalah tersebut.

6. Terapi lingkungan

Terapi lingkungan adalah lingkungan fisik dan sosial yang ditata agar dapat membantu penyembuhan dan atau pemulihan pasien. terapi lingkungan adalah sama dengan terapi suasana lingkungan yang dirancang untuk tujuan terapeutik. Konsep lingkungan yang terapeutik berkembang karena adanya efek negatif perawatan di rumah sakit berupa penurunan kemampuan berpikir, adopsi nilai-nilai dan kondisi rumah sakit yang tidak baik atau kurang sesuai, serta pasien akan kehilangan kontak dengan dunia luar.

7. Terapi perilaku

Perilaku akan dianggap sebagai hal yang maladaptif saat perilaku tersebut dirasa kurang tepat, mengganggu fungsi adaptif, atau suatu perilaku tidak dapat diterima oleh budaya setempat karena bertentangan dengan norma yang berlaku. Terapi dengan pendekatan perilaku adalah suatu terapi yang dapat membuat seseorang berperilaku sesuai dengan proses belajar yang telah dilaluinya saat dia berinteraksi dengan lingkungan yang mendukung (Yusuf, Nihayati, 2015).

8. Terapi rehabilitasi

Bagi penderita gangguan jiwa skizofrenia dan juga gangguan jiwa psikosis lainnya yang berulang kali kambuh dan berlanjut kronis/menahun selain program terapi, diperlukan program rehabilitasi sebagai persiapan penempatan kembali ke keluarga dan masyarakat.

Rehabilitasi adalah segala tindakan fisik, penyesuaian psikososial, dan latihan *vocational* sebagai usaha untuk memperliah fungsi dan penyesuaian diri secara maksimal, serta untuk mempersiapkan pasien secara fisik, mental, dan *vocational*. Terapi rehabilitasi ini ditujukan untuk mencapai perbaikan fisik sebesar-besarnya, penempatan vokasional sehingga dapat bekerja dengan kapasitas maksimal, penyesuaian diri dalam hubungan perseorangan, dan sosial secara memuaskan sehingga dapat berfungsi sebagai warga masyarakat yang berguna.

2.2 Konsep Halusinasi

2.2.1 Pengertian Halusinasi

Perubahan sensori : halusinasi merupakan gejala gangguan jiwa di mana klien mengalami gangguan sensori, seperti merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan dan penciuman. Stimulus yang sebenarnya tidak ada, dirasakan oleh klien (Fitria, 2009). Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu pencerapan panca indera tanpa ada ransangan dari luar (Muhith, 2015)

Halusinasi adalah satu gejala gangguan jiwa seseorang yang ditandai dengan perubahan persepsi, klien merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan atau penghiduan (Keliat, Akemat, 2010).

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 yang pasien mengalami perubahan persepsi sensori, serta merasakan sensasi palsu berupa

suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Yusuf, Nihayati, 2015).

Tipe-tipe halusinasi tercantum pada tabel sebagai berikut:

Tabel 2.1 Tipe halusinasi

Tipe	Data Subjektif	Data objektif
Halusinasi		
Halusinasi Dengar (<i>Auditory-hearing voices or sounds</i>)	Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya. Mendengar suara atau bunyi. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap. Mendengar suara orang yang sudah meninggal. Mendengar suara yang mengancam diri klien atau orang lain atau suara lain yang membahayakan.	Mengarahkan telinga pada sumber suara. Bicara atau tertawa sendiri. Marah-marah tanpa sebab. Menutup telinga. Mulut komat-kamit. Ada gerakan tangan.
Halusinasi Penglihatan (<i>Visual-seeing persons or things</i>)	Melihat seseorang yang sudah meninggal, melihat makhluk tertentu, melihat bayangan, hantu atau sesuatu yang menakutkan, cahaya.	Tatapan mata pada tempat tertentu. Menunjuk ke arah tertentu Ketakutan pada objek yang dilihat.
Halusinasi Penghidu (<i>Olfactory-smelling odors</i>)	Mencium sesuatu seperti bau mayat, darah, bayi, feses, atau bau masakan, parfum yang menyenangkan. Klien sering mengatakan mencium bau sesuatu. Tipe halusinasi ini sering menyertai klien demensia, kejang atau penyakit serebrovaskular.	Ekspresi wajah seperti mencium sesuatu dengan gerakan cuping hidung, mengarahkan hidung ke tempat tertentu.
Halusinasi Perabaan (<i>Tactile-feeling bodily sensations</i>)	Klien mengatakan ada sesuatu yang menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil, makhluk halus. Merasakan sesuatu dipermukaan kulit,	Mengusap, menggaruk-garuk, meraba-raba permukaan kulit. Terlihat menggerak-gerakkan badan seperti merasakan suatu rabaan.

	merasakan sangat panas atau dingin, merasakan tersengat aliran listrik.
Halusinasi Pengecapan (<i>Gustatory-experiencing tastes</i>)	Klien seperti sedang merasakan makanan tertentu, rasa tertentu atau mengunyah sesuatu Seperti mengecap sesuatu. Gerakan mengunyah, meludah atau muntah.

Sumber: Yosep 2011

2.2.2 Faktor Penyebab Halusinasi

Menurut (Yosep, 2011) terdapat 2 faktor yakni faktor predisposisi dan faktor presipitasi :

1. Predisposisi

a. Faktor perkembangan

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

b. Faktor Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima dilingkungannya sejak bayi (*Unwanted Child*) akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

c. Faktor Biokimia

Adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti *Buffofenon* dan *Dimetytranferase* (DMP), akibat stres berkepanjangan menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan *acetylcholin* dan *dopamin*.

d. Faktor Psikologis

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

e. Faktor Genetik dan Pola Asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orangtua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2. Faktor Presipitasi

Menurut Muhith (2015), Yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman/tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk coping. Adanya rangsang lingkungan yang sering yaitu seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak komunikasi dan suasana sepi/isolasi sering sebagai pencetus terjadinya halusinasi karena hal tersebut dapat meningkatkan stres dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik. Disamping itu, karena proses penghambatan dalam proses transduksi dari suatu impuls yang menyebabkan terjadinya penyimpangan dalam proses interpretasi dan interkoneksi, sehingga dengan demikian faktor-faktor pencetus respon neurobiologis dapat dijabarkan sebagai berikut.

- a. Berlebihnya proses informasi pada sistem syaraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak.

b. Mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu (mekanisme gaitting abnormal)

c. Gejala-gejala pemicu seperti (Muhith, 2015) :

1. Kondisi kesehatan :

Nutrisi kurang, kurang tidur, ketidakseimbangan irama sirkadian, kelelahan, infeksi, obat-obat sistem syaraf pusat, kurang latihan dan hambatan untukmenjangkau pelayanan kesehatan.

2. Lingkungan :

Lingkungan yang memusuhi, masalah di rumah tangga, kehilangan kebebasan hidup, perubahan kebiasaan hidup,pola aktifitas sehari-hari, kesukaaran dalam hubungan dengan orang lain, isolasi sosial, kurangnya dukungan sosial, tekanan kerja (ketrampilan dalam bekerja), kurangnya alat transportasi serta ketidakmampuan dalam mendapatkan pekerjaan

3. Sikap dan perilaku :

Merasa tidak mampu (harga diri rendah), putus asa (tidak percaya diri),merasa gagal (kehilangan motivasi dalam menggunakan ketrampilan diri), kehilangan kendali diri (demoralisasi), merasa punya kekuatan berlebihan dengan gejala tersebut, merasa malang (tidak dapat memenuhi kebutuhan spiritual), bertindak-tindak seperti orang lain dari segi usia maupun kebudayaan, rendahnya kemampuan sosialisasi, ketidakadekuatan pengobatan, perilaku agresif, perilaku kekerasan dan ketidakadekuatan penanganan gejala.

2.2.3 Dimensi Halusinasi

Respons klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakuta, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata (Muhith, 2015).

Menurut Rawlins dan Heacock, 1993 dalam Yosep(2011), mencoba memecahkan masalah halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi yaitu :

1. Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

2. Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

3. Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi aka memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. 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 dan tak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

4. Dimensi Sosial

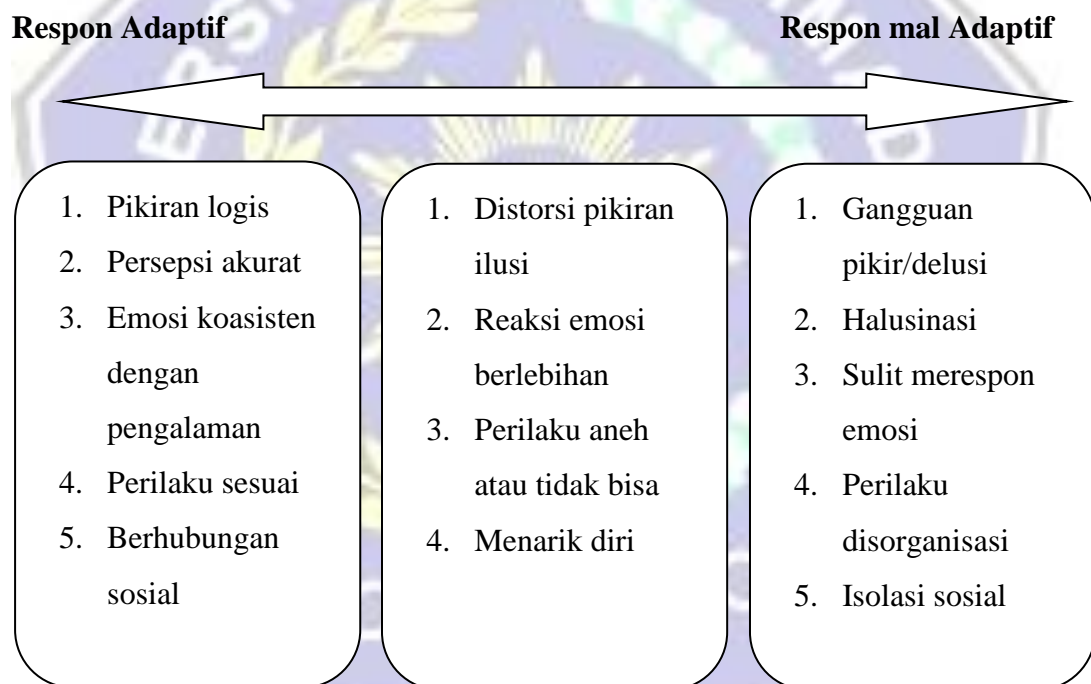
Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan *comforting*, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan sistem kontrol oleh individu tersebut, sehingga perintah halusinasi berupa ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung untuk itu. Oleh karena itu aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.

5. Dimensi Spiritual

Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri. Irama sirkardiannya terganggu, karena ia sering tidur larut malam dan bangun sangat siang. Saat terbangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Ia sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rejeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

2.2.4 Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu respon mal adaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologis (Muhith, 2015) ini merupakan respon persepsi paling mal adaptif. Jika klien sehat, persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui pancaindra (pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecap dan perabaan), klien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus pancaindra walaupun sebenarnya stimulus itu tidak ada. Rentang respon halusinasi digambarkan seperti gambar di bawah ini.



Gambar 2.1: Rentang respon neurobiologis halusinasi (Sumber: Muhith, 2015)

2.2.5 Fase-Fase Halusinasi

Halusinasi yang dialami klien bisa berbeda intensitas dan keparahannya. Fase halusinasi dibagi berdasarkan tingkat ansietas yang dialami dan kemampuan klien mengendalikan dirinya. Semakin berat fase halusinasinya, klien semakin

berat mengalami ansietas dan makin dikendalikan oleh halusinasinya (Muhith,2015).

Fase-fase halusinasi tercantum pada tabel di bawah ini (Yosep, 2011):

Tabel 2.2 Fase-Fase Halusinasi

Fase Halusinasi	Respons
<i>Stage I : Sleep Disorder</i> Fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi	Klien merasa banyak masalah,ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil,terlibat narkoba,dihianati kekasih,masalah di kampus, PHK di tempat kerja, penyakit, hutang, nilai kampus dsb. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan <i>support system</i> kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur,berlangsung terus-menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecah masalah.
<i>Stage II :Comforting Moderate level of anxiety</i> Halusinasi secara umum ia terima sebagai sesuatu yang alami	Pasien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat ia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya.
<i>Stage III : Condemning Severe level of anxiety</i> Secara umum halusinasi sering mendatangi klien	Pengalaman sensori klien sering datang dan mengalami bias. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan. Klien mulai menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama. PSIKOTIK RINGAN
<i>Stage IV : Cotrolling Severe level of anxiety</i> Fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan	Klien mencoba melawan suara-suara atau <i>sensory abnormal</i> yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan <i>psychotic</i> . PSIKOTIK
<i>Stage V : Conquering panic level of anxiety</i>	Pengalaman sensorinya terganggu, klien mulai merasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman

Klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal 4 jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadi gangguan psikotik berat.

PSIKOTIK BERAT

Sumber: Yosep(2011)

2.2.6 Penilaian Terhadap Stressor

Penilaian terhadap stressor meliputi (Wahyuni, 2017) :

1. **Kognitif** : tidak dapat berpikir logis, inkoheren, disorientasi, gangguan memori jangka pendek maupun jangka panjang, konsentrasi rendah, kekacauan alur pikir, ketidakmampuan mengambil keputusan, gangguan berbicara dan perubahan isi pikir.
2. **Afektif** : tidak spesifik, reaksi kecemasan secara umum, kegembiraan yang berlebihan, kesedihan yang berlarut dan takut berlebihan, curiga yang berlebihan dan defensif sensitif.
3. **Fisiologis** : pusing, kelelahan, keletihan, denyut jantung meningkat, keringat dingin, gangguan tidur, muka merah/tegang, frekuensi napas meningkat, ketidakseimbangan *neurotransmitter dopamine dan serotonin*.
4. **Perilaku** : berperilaku aneh sesuai dengan isi halusinaasi, berbicara dan tertawa sendiri, daya tilik diri kurang, kurang dapat mengontrol diri, penampilan tidak sesuai, perilaku yang diulang-ulang, menjadi agresif, gelisah, negativisme, melakukan pekerjaan yang tidak tuntas, gerakan katatonia, kaku, gangguan ekstrapiramidal, gerakan mata abnormal, gaya berjalan abnormal, komat-kamit, menggerakkan bibir tanpa adanya suara yang keluar.

5. **Sosial** : ketidakmampuan untuk berkomunikasi, acuh dengan lingkungan, penurunan kemampuan bersosialisasi, paranoid, personal hygiene jelek, sulit berinteraksi dengan orang lain, tidak tertarik dengan kegiatan yang sifatnya menghibur, penyimpangan seksual dan menarik diri.

2.2.7 Sumber Koping

Menurut Wahyuni (2017), sumber koping diantaranya adalah :

1. *Personal Ability* : ketidakmampuan memecahkan masalah, ada gangguan dari kesehatan fisiknya, ketidakmampuan bersosialisasi, pengetahuan tentang penyakit dan intelegensi yang rendah, identitas ego yang tidak adekuat.
2. *Social support* : hubungan antar individu, kelompok, keluarga, masyarakat tidak adekuat, komitmen dengan jaringan sosial tidak adekuat.
3. *Material asset* : ketidakmampuan mengelola kekayaan, misalnya boros atau sangat pelit, tidak mempunyai uang untuk berobat, tidak ada tabungan, tidak memiliki kekayaan dalam bentuk barang, tidak ada pelayanan kesehatan dekat tempat tinggal.
4. *Positif belief* : distress spiritual, tidak memiliki motivasi, penilaian negatif terhadap pelayanan kesehatan, tidak menganggap itu suatu gangguan.

2.2.8 Mekanisme Koping

Mekanisme koping yang sering digunakan klien dengan halusinasi (Muhith, 2015) meliputi :

1. Regresi : menjadi malas beraktivitas sehari hari
2. Proyeksi : Mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau suatu benda

3. Menarik diri : sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal
4. Keluarga mengingkari masalah yang dialami oleh klien

2.2.9 Validasi Informasi Tentang Halusinasi

Pengalaman halusinasi menjadi masalah untuk dibicarakan dengan orang lain. Kemampuan untuk bercakap-cakap tentang masalah halusinasi yang dialami oleh klien sangat penting untuk memastikan dan memvalidasi pengalaman halusinasi tersebut. Perawat harus memiliki ketulusan dan perhatian yang penuh untuk dapat memfasilitasi percakapan tentang halusinasi (Muhith, 2015). Perilaku klien yang mengalami halusinasi sangat tergantung pada jenis halusinasinya. Validasi informasi tentang halusinasi yang diperlukan meliputi (Muhith, 2015) :

1. **Isi Halusinasi** yang dialami oleh klien. Ini dapat dikaji dengan menanyakan suara siapa yang didengar dan apa yang dikatakan (jika halusinasi dengar). Bentuk bayangan bagaimana yang dilihat klien (jenis halusinasi penglihatan), bau apa yang tercium (halusinasi penghidu), rasa apa yang dikecap (halusinasi pengecap), atau merasakan apa di permukaan tubuh (halusinasi perabaan).
2. **Waktu dan frekuensi halusinasi.** Ini dapat dikaji dengan menanyakan kepada klien kapan pengalaman halusinasi muncul. Berapa hari sekali, seminggu atau bulan pengalaman halusinasi itu muncul. Informasi ini penting untuk mengidentifikasi pencetus halusinasi dan menentukan bagaimana klien perlu diperhatikan saat mengalami halusinasi.
3. **Situasi pencetus halusinasi.** Perawat perlu mengidentifikasi situasi yang dialami klien sebelum mengalami halusinasi. Ini dapat dikaji dengan

menanyakan kepada klien peristiwa atau kejadian yang dialami sebelum halusinasi itu muncul. Selain itu, perawat juga bisa mengobservasi apa yang dialami klien menjelang muncul halusinasi untuk memvalidasi pernyataan klien.

4. **Respon klien.** Untuk menentukan sejauh mana halusinasi telah mempengaruhi klien, bisa dikaji dengan menanyakan apa yang dilakukan klien saat mengalami pengalaman halusinasi. Apakah klien masih bisa mengontrol stimulus halusinasi atau sudah tidak berdaya lagi terhadap halusinasi (Muhith, 2015).

2.2.8 Pohon Masalah

Klien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakan dirinya maupun orang lain, pada fase berat, klien dikendalikan oleh isi halusinasi sehingga kehilangan kemampuan penilaian realitas terhadap lingkungan. Dalam situasi ini, klien dapat melakukan bunuh diri (*Suicide*), membunuh orang lain (*Homicide*), dan bahkan merusak lingkungan. Selain masalah yang diakibatkan oleh halusinasi, klien biasanya juga mengalami masalah-masalah keperawatan yang menjadi penyebab (*triger*) munculnya halusinasi. masalah-masalah itu antara lain harga diri rendah dan isolasi sosial (Muhith, 2015)

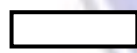
Akibat rendah diri dan kurangnya ketrampilan berhubungan sosial, klien menjadi menarik diri dari lingkungan. Dampak selanjutnya klien akan lebih terfokus pada dirinya. Stimulus internal menjadi lebih dominan, sehingga lama kelamaan kehilangan kemampuan membedakan stimulus internal dan stimulus

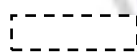
eksternal. Ini memicu terjadinya halusinasi. Dari masalah tersebut, ditemukan Pohon Masalah sebagai berikut :

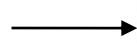


Gambar 2.2 Pohon Masalah Perubahan Persepsi Sensori: Halusinasi (Sumber : Fitria, 2011)

Keterangan :

 : Masalah utama (Konsep utama yang ditelaah)

 : Tidak ditelaah dengan baik

 : Berpengaruh

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi

Proses keperawatan merupakan sarana kerja sama dengan klien, yang umumnya pada tahap awal peran perawat lebih besar di banding peran klien, namun pada proses akhirnya diharapkan peran klien lebih besar dari peran

perawat, sehingga kemandirian klien dapat dicapai (Direja, 2011). Tahap keperawatan meliputi : Pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi.

2.3.1 Pengkajian

Menurut Lyer et.al., 1996 dalam Muhith, 2015, pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien.

a. Identitas pasien

terdiri dari: nama klien, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pekerjaan, tanggal masuk, alasan masuk, nomor rekam medik, keluarga yang dapat dihubungi.

b. Keluhan utama

Apa yang menyebabkan pasien atau keluarga datang, atau dirawat dirumah sakit. Biasanya masalah yang dialami pasien yaitu bibir komat kamit berbicara sendiri, berbicara kacau dan kadang tidak masuk akal, tertawa atau menangis tanpa sebab, tidak bisa membedakan hal yang nyata dan tidak nyata, menarik diri dan menghindari orang lain, perasaan curiga, gelisah, takut, bingung, dan kontak mata kosong.

c. Faktor predisposisi

1. Faktor perkembangan

terlambat seperti pada saat usia bayi tidak terpenuhi kebutuhan makanan, minum, dan rasa aman. Usia balita, tidak terpenuhi kebutuhan otonom. Usia sekolah, mengalami peristiwa yang tidak terselesaikan. Hambatan

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

2. 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.

3. 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.

4. Faktor biologis

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

5. Faktor genetik

Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada pasien *skizofrenia*. *Skizofrenia* ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami *skizofrenia*, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua *skizofrenia* (Yusuf, Nihayati, 2015).

d. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan tanda- tanda vital (TTV), meliputi tekanan darah, nadi, suhu dan RR pemeriksaan secara keseluruhan

tubuh yaitu pemeriksaan head to toe yang biasanya penampilan klien yang kotor dan acak-acakan serta penampilanya tidak terawat.

e. Psikososial

1. Genogram

Menggambarkan pasien dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

2. Konsep diri

a) Citra tubuh

Persepsi pasien tentang tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi pasien terhadap bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.

b) Identitas diri

Kaji status dan posisi pasien sebelum pasien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelamin dan posisinya.

c) Peran diri

Meliputi tugas atau peran pasien dalam keluarga/ pekerjaan/ kelompok/ masyarakat, kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat pasien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut.

d) Ideal diri

Berisi harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan pasien

terhadap lingkungan sekitar serta harapan pasien terhadap penyakitnya

e) Harga diri

Mengkaji tentang hubungan pasien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada pasien berhubungan dengan orang lain, fungsi peran tidak sesuai harapan, penilaian pasien terhadap pandangan atau penghargaan orang lain

3. Hubungan sosial

Adanya hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat berinteraksi dengan orang lain.

4. Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Nilai dan keyakinan terhadap agama pasien terganggu, karena tidak menghiraukan lagi dirinya.

b) Kegiatan ibadah

Kegiatan ibadah pasien tidak dilakukan ketika pasien mengalami gangguan jiwa.

f. Status mental

1. Penampilan

Terkadang penampilan pasien sangat tidak rapi, tidak tahu cara berpakaian, dan penggunaan pakaian tidak sesuai.

2. Cara bicara/ pembicaraan

Seringkali pasien berbicara ngelantur dan tidak terkontrol. Terkadang cara bicara pasien lambat, gagap, sering terhenti/bloking.

3. Aktivitas motorik

Biasanya klien tampak lesu, gelisah, tremor dan kompulsif atau kegiatan yang dilakukan berulang-ulang.

4. Alam perasaan

Keadaan pasien tampak sedih, putus asa, menurunnya kualitas kehidupan, ketidakmampuan mengatasi stress dan kecemasan.

5. Afek

Afek pasien tampak datar (tidak menunjukkan roman muka dan ekspresi wajah), tumpul (pasien hanya mau memberikan respon jika diberi stimulus yang kuat, misalnya ditepuk bahu atau memberikan pertanyaan dengan intonasi keras), emosi pasien berubah-ubah, malu, sikap negatif dan bermusuhan, kecemasan berat atau panik.

6. Interaksi selama wawancara

Respon pasien saat wawancara tidak kooperatif, berbicara ngelantur, mudah tersinggung, kontak kurang serta curiga yang menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

7. Persepsi

Terkadang pasien berhalusinasi tentang ketakutan ataupun kegembiraan terhadap hal-hal yang sebetulnya tidak ada, baik halusinasi pendengaran, perabaan, pengecapan maupun penglihatan.

8. Proses pikir

Biasanya pembicaraan pasien berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan, namun terkadang tidak sampai tujuan yang diinginkan

perawat, kehilangan asosiasi, pembicaraan meloncat dari topik satu ke topik lainnya dan kadang pembicaraan berhenti tiba-tiba.

g. Kebutuhan pasien pulang

1. Makan

Klien mampu menyiapkan dan membersihkan alat makan

2. Berpakaian

Klien mampu berpakaian, memilih pakaian dan frekwensi ganti pakaian

3. Mandi

Klien mampu mandi dengan baik dan benar

4. BAB/BAK

Klien mampu BAB, BAK, menggunakan dan membersihkan WC

5. Istirahat

Klien dapat melakukan istirahat dan tidur tanpa ada kesulitan.

6. Penggunaan obat

Apabila pasien mendapat obat, biasanya pasien minum obat tidak teratur.

7. Aktivitas dalam rumah

Klien dapat melakukan aktivitas dalam dan diluar rumah.

h. Mekanisme koping

1. Adaptif

Biasanya pasien tidak mau berbicara dengan orang lain, tidak bisa menyelesaikan masalah yang ada, pasien tidak mampu berolahraga karena pasien selalu malas.

2. Maladaptif

Biasanya pasien bereaksi sangat lambat atau kadang berlebihan, pasien tidak mau bekerja sama sekali, selalu menghindari orang lain dan mencederai diri.

i. Masalah psikososial dan lingkungan

Biasanya pasien mengalami masalah psikososial seperti berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan. Biasanya disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga pendidikan yang kurang, masalah dengan sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan.

j. Pengetahuan

Pada pasien halusinasi, mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mampu mengambil keputusan.

k. Sumber Koping

Sumber koping merupakan suatu evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggunakan sumber koping yang ada di lingkungannya. Sumber koping tersebut dijadikan sebagai modal untuk menyelesaikan masalah. Dukungan sosial dan keyakinan budaya dapat membantu seorang mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stress dan mengadopsi strategi koping yang efektif.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau risiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan

memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi, mencegah, dan mengubah (Nursalam, 2009).

Langkah-langkah menegakkan diagnosa keperawatan meliputi :

1) Klasifikasi dan analisa data

Data-data klien yang telah diperoleh dari proses pengumpulan data dikelompokkan berdasarkan masalah kesehatan yang dialami klien dan sesuai dengan kriteria permasalahannya. Setelah data dikelompokkan maka perawat dapat mengidentifikasi masalah kesehatan klien dan dapat mulai menegakkan diagnosis keperawatannya. Pengelompokan data dapat disusun menggunakan pola respon manusia menurut taksonomi NANDA atau menggunakan pola fungsi kesehatan (Nursalam, 2009).

2) Interpretasi data

Menurut Asmadi (2008), komponen pernyataan dalam diagnosis keperawatan meliputi:

- a. Masalah (*problem*), merupakan gambaran mengenai perubahan status kesehatan pasien.
- b. Penyebab (*etiologi*), merupakan pernyataan yang mencerminkan penyebab dari masalah. Etiologi dapat berkaitan dengan aspek patofisiologi, psikososial, perilaku, perubahan gaya hidup dan usia perkembangan.
- c. Tanda atau gejala (*sign/symptom*), merupakan kajian sebagai bukti adanya masalah kesehatan.

3) Merumuskan diagnosa keperawatan

Setelah perawat mengelompokkan, mengidentifikasi, dan memvalidasi data-data yang signifikan maka tugas perawat selanjutnya adalah menegakkan

diagnosis keperawatan (Nursalam, 2009). Pada studi kasus ini diagnosa keperawatan yang diambil adalah Perubahan persepsi sensori: Halusinasi (Fitria, 2009)

2.3.3 Intervensi Klien dengan Halusinasi

Tujuan Umum, klien dapat mengontrol halusinasi, serta tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Tabel 2.3 Intervensi Klien dengan Halusinasi penglihatan

Tujuan khusus	Kriteria evaluasi	Intervensi
<p>TUK 1 Klien tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan sertadapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebut nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat dan mau mengutarakan masalah yang dihadapi</p>	<p>Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 2. Perkenalkan diri dengan sopan 3. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai 4. Jelaskan tujuan pertemuan 5. Jujur dan menepati janji 6. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya 7. Beri perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien
<p>TUK 2 Klien dapat mengenal halusinasinya</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi timbulnya halusinasi 2. Klien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya 	<ol style="list-style-type: none"> a. Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap b. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya: bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang ke kiri/kanan/depan seolah-olah ada teman bicara c. Bantu klien mengenal halusinasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jika menemukan klien yang sedang halusinasi, tanyakan apakah ada sesuatu yang dilihat. 2. Jika klien menjawab ada, lanjutkan dengan menanyakan apa yang dilihat.

-
3. Katakan bahwa perawat percaya klien melihat hal itu, namun perawat sendiri tidak melihatnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh dan menghakimi)
 4. Katakan bahwa klien lain juga ada yang seperti klien
 5. Katakan bahwa perawat akan membantu klien
 - d. Diskusikan dengan klien :
 1. Situasi yang menimbulkan/tidak menimbulkan halusinasi
 2. Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, malam, atau jika sendiri, jengkel/sedih)
 - e. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah/takut, sedih, senang) beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya
 - f. Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut.
 - g. Diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya
-

- TUK 3**
Klien dapat mengontrol halusinasinya
1. Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya
 2. Klien dapat menyebutkan cara baru untuk mengontrol halusinasinya
 3. Klien dapat memilih cara mengatasi halusinasi seperti yang telah didiskusikan dengan klien
 4. Klien dan keluarga
 - a. Identifikasi bersama klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri,dll)
 - b. Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan klien, jika bermanfaat berikan pujian, bila cara yang digunakn maladaptif, diskusikan kerugian cara tersebut.
 - c. Diskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi, antara lain:
 1. Katakan : saya tidak melihat kamu, kamu bayangan palsu (pada saat halusinasi terjadi)
 2. Menemui orang lain (perawat, teman, anggota keluarga) untuk bercakap-cakap atau
-

	<p>dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat</p> <p>5. Klien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar</p> <p>6. Klien memahami akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi</p> <p>7. Klien dapat melaksanakan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasinya</p> <p>8. Klien dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok</p>	<p>mengatakan halusinasi yang dilihat.</p> <p>3. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari agar halusinasi tidak muncul</p> <p>4. Meminta keluarga/perawat/teman menyapa jika tampak bicara sendiri.</p> <p>d. Diskusikan dengan klien tentang nama, warna, dosis, frekuensi, manfaat dan kerugian tidak minum obat serta efek samping obat.</p> <p>e. Lakukan pemeriksaan tanda-tanda vital klien, pantau klien saat penggunaan obat serta beri pujian jika klien menggunakan obat dengan benar.</p> <p>f. diskusikan akibat berhentinya obat-obat tanpa konsultasi serta anjurkan klien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan</p> <p>g. Bantu klien untuk memilih dan berlatih cara memutus halusinasinya secara bertahap</p> <p>h. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang telah dipilih, evaluasi hasilnya, dan beri pujian jika berhasil</p> <p>i. Anjurkan klien untuk mengikuti aktivitas kelompok, orientasi realita stimulasi persepsi</p>
<p>TUK 4 Klien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasinya</p>	<p>1. Keluarga dapat membina hubungan saling percaya dan setuju untuk mengikuti pertemuan dengan perawat</p> <p>2. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda gejala, proses terjadinya halusinasi dan tindakan untuk</p>	<p>a. Anjurkan klien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi</p> <p>b. Diskusikan dengan keluarga (pada saat keluarga berkunjung):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian halusinasi 2. Tanda dan gejala halusinasi yang dialami klien 3. Proses terjadinya halusinasi 4. Cara yang dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi 5. Cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi di rumah : beri kegiatan, jangan

mengendalikan halusinasinya	biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama 6. Beri informasi waktu <i>follow up</i> atau kapan perlu mendapat bantuan halusinasi tidak terkontrol dan resiko mencederai orang lain
-----------------------------	---

Sumber: Muhith (2015)

Keterangan :

- a. Halusinasi dengar : Bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang kekanan/kekiri/kedepan seolah-olah ada teman bicara.
- b. Halusinasi lihat : Menyatakan melihat sesuatu, terlihat ketakutan
- c. Halusinasi penghidu : Menyatakan mencium sesuatu, terlihat mengendus
- d. Halusinasi raba : Menyatakan merasa sesuatu berjalan di kulitnya, menggosok-gosok tangan/kaki/wajah, dll.
- e. Halusinasi kecap : Menyatakan terasa sesuatu dilidahnya, sering mengulum lidah

2.3.4 Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan (Stuart dan Sundeen, 2006 dalam Muhith, 2015). Implementasi dalam keperawatan jiwa diwujudkan melalui Strategi Pelaksanaan (SP). Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Perencanaan asuhan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan

baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi asuhan keperawatan, selama tahap implementasi perawat terus melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien. Semua intervensi keperawatan di dokumentasikan ke dalam format yang telah ditetapkan oleh instansi (Nursalam, 2008).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Selalu melibatkan klien dan keluarga agar dapat melihat perubahan dan berupaya mempertahankan dan memelihara, diperlukan *reinforcement* untuk menguatkan perubahan yang positif. Perawat mengevaluasi perkembangan kesehatan terhadap tindakan dalam mencapai tujuan sesuai rencana yang telah ditetapkan dan merevisi data dasar dan perencanaan (Muhith, 2015).

Menurut Muhith (2015) evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai pola pikir :

S = Respon subyektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

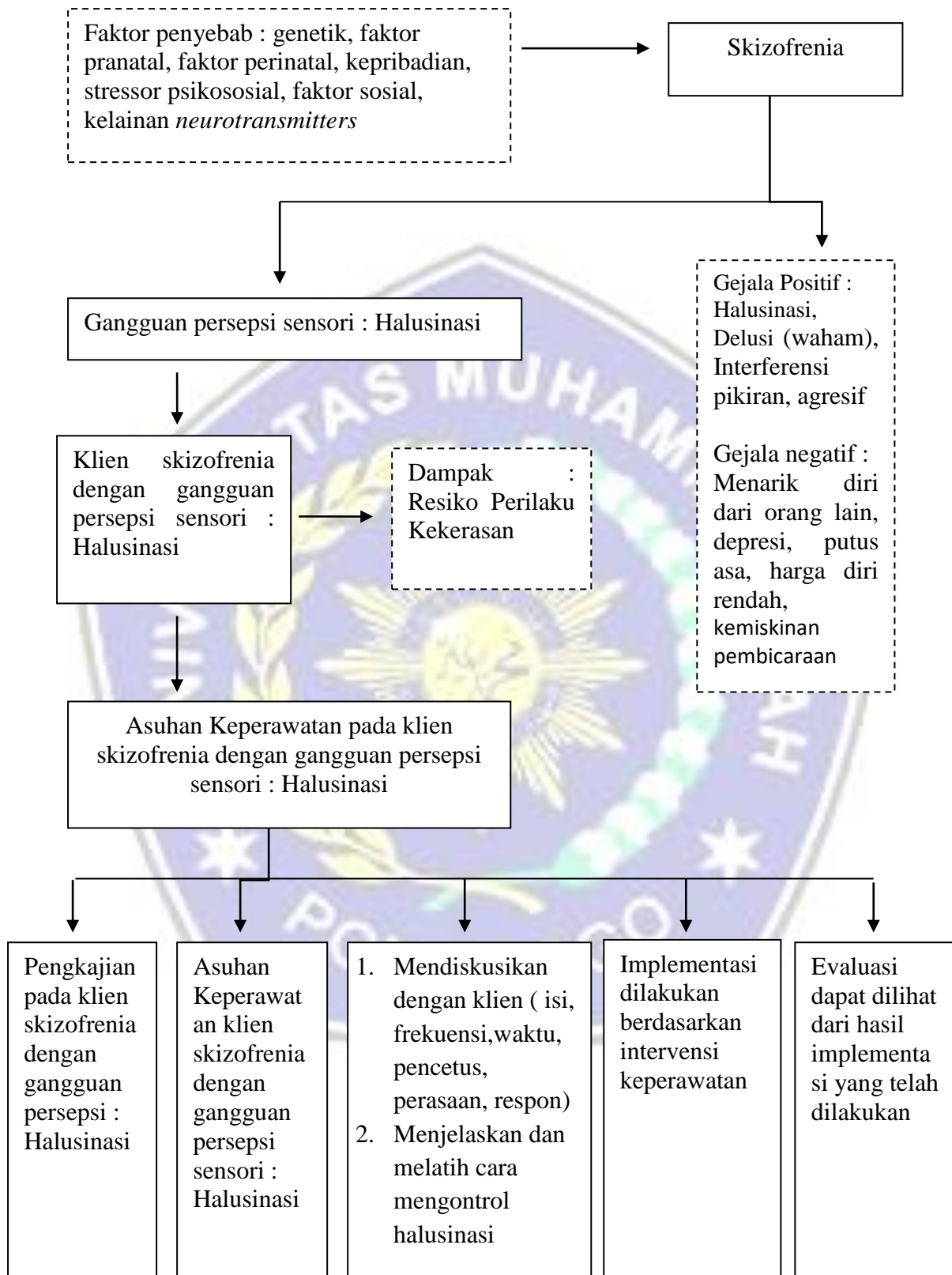
O = Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat setelah implementasi keperawatan.

A = Analisa perawat setelah mengetahui respon subyek dan obyek yang dibandingkan dengan kriteria dan standar yang telah ditentukan

P = Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis, apakah dihentikan apa tetap dilanjutkan intervensinya.



2.4 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.3: Hubungan Antar Konsep Asuhan Keperawatan Klien Skizofrenia dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

