

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan yang terjadi pada fungsi otak. Menurut Nancy Andreasen (2010) pada *Broken Brain, The Biological Revolution In Psychiatry*, bahwa serangan skizofrenia merupakan sesuatu yang melibatkan berbagai faktor, diantaranya faktor perubahan struktur fisik otak, faktor perubahan struktur kimia otak, dan faktor genetic atau keturunan (Nancy, 2010).

Melinda Herman, mendefinisikan bahwa skizofrenia merupakan suatu penyakit yang berkaitan dengan neurologis yang bisa mempengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi dan perilaku sosialnya (*Neurological disease that affects a person's perception, thinking, language, emotion, and social behavior*).

(Melinda Herman, 2010)

2.1.2 Tanda Gejala Skizofrenia

Tanda gejala skizofrenia secara lengkap dibagi dua, yaitu gejala positif serta gejala negatif.

1. Gejala positif

Pasien dengan skizofrenia terjadi halusinasi saat ada rangsangan yang terlalu kuat ataupun stressor yang cukup berat dan otak tidak mampu untuk

menerima dan mengolah rangsangan yang datang. Sehingga pasien skizofrenia bisa melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami sensasi pada tubuhnya yang tidak biasa. Gejala yang biasanya timbul, yaitu pasien merasakan atau melihat sesuatu bayangan yang sebenarnya tidak ada (Iyus Yosep, 2011).

Penyesatan pikiran (*delusi*) adalah suatu kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan yang sebenarnya. Misalnya, pasien dengan skizofrenia lampu trafik di jalan raya yang berwarna merah, kuning, hijau dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa. Mereka juga selalu merasa sedang di amat-amati atau hendak diserang padahal aslinya tidak (Iyus Yosep, 2011).

Pada pasien skizofrenia berpengaruh pada masalah yaitu kegagalan dalam berpikir yang mengakibatkan pasien tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya. Kebanyakan pasien tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan logika. Mereka yang menderita skizofrenia berbicara asal atau serampangan dan tidak bisa ditangkap secara logika oleh orang yang normal. Ketidakmampuan pasien skizofrenia dalam berpikir mengakibatkan tidak bisa mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita skizofrenia tertawa sendiri tanpa sebab dan berbicara sendiri dengan keras tanpa memedulikan sekelilingnya. Semua itu membuat penderita skizofrenia tidak bisa memahami siapa dirinya, tidak berpakaian, dan tidak mengerti apa itu manusia (Iyus Yosep, 2011).

2. Gejala negatif

Biasanya pada pasien skizofrenia bisa kehilangan motivasi hidup dan terlalu apatis yang dapat kehilangan energi, dan minat untuk hidup dan pasien akan berubah menjadi orang yang sangat malas. dikarenakan pasien skizofrenia mempunyai energi yang sangat sedikit, maka pasien skizofrenia tidak mampu melaksanakan aktivitas maupun kegiatan yang lainnya selain makan dan tidur. Pasien skizofrenia mempunyai perasaan yang datar atau tumpul dan membuat emosi pasien menjadi datar. Dan juga pasien dengan skizofrenia tidak ada ekspresi yang digambarkan baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Akan tetapi bukan berarti pasien yang menderita skizofrenia tidak bisa merasakan perasaan apapun. Mungkin mereka bisa saja menerima perhatian dan pemberian dari orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan balik perasaannya (Iyus Yosep, 2011).

Pasien yang menderita skizofrenia merasa tidak menyadari bahwa dirinya tidak melakukan hal-hal diluar batas wajar, tidak dapat membangun hubungan dengan masyarakat, serta tidak mengenal pada dirinya tentang cinta. Depresi yang berkelanjutan akan membuat pasien dengan skizofrenia menarik diri dari lingkungannya. Mereka akan selalu merasa aman bila sendirian. Dalam beberapa kasus, skizofrenia menyerang manusia usia muda antara 15 hingga 30 tahun, tetapi serangan kebanyakan terjadi pada usia 40 tahun ke atas. Skizofrenia bisa menyerang siapa saja tanpa mengenal jenis kelamin, ras maupun tingkat sosial ekonomi (Iyus Yosep, 2011).

2.1.3 Tipe skizofrenia

Menurut Iyus Yosep tipe skizofrenia dibagi menjadi lima, yaitu:

1. Delusi (*Delusions*).
2. Halusinasi (*Hallucinations*).
3. Gangguan Pikiran (*Incoherence*).
4. Perilaku Hiperaktif (*Catatonic or hyperactive behavior*).
5. Ekspresi wajah yang datar (*flat affect*).

2.1.4 Proses Terjadinya Skizofrenia

Di dalam otak manusia terdapat milyaran sambungan sel. Setiap sambungan sel akan menjadi tempat untuk meneruskan maupun menerima pesan dari sambungan sel yang lain. Sambungan sel tersebut akan melepaskan zat kimia yang disebut *neurotransmitters* yang membawa pesan dari ujung sambungan sel yang satu ke ujung sambungan sel yang lain. Di dalam otak yang terserang skizofrenia, terdapat kerusakan sehingga mengakibatkan gangguan pada sistem komunikasi tersebut (Iyus Yosep, 2011).

Bagi keluarga yang tinggal dengan penderita skizofrenia, akan mengerti dengan jelas apa yang dialami penderita skizofrenia dengan membandingkan otak dengan telepon. Pada orang yang normal, sistem *switch* pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang tertangkap oleh otak akan mengirim dengan sempurna sehingga melahirkan perasaan, pikiran, serta melakukan tindakan sesuai kebutuhan. Pada pasien skizofrenia hubungan persepsi dikirim ke otak sehingga

mencapai sambungan yang dituju serta mengalami gangguan (Iyus Yosep, 2011).

Pada penderita skizofrenia terjadi dengan sangat tiba-tiba. Perilaku yang berubah bisa terjadi secara dramatis dalam beberapa waktu baik hari sampai dengan mingguan. Terjadi serangan mendadak akan memicu terjadinya periode akut secara cepat. Penderita yang menderita skizofrenia akan mengalami gangguan seumur hidup, tetapi ada banyak juga orang yang menderita skizofrenia yang bisa kembali hidup secara normal dalam periode akut tersebut. Kebanyakan setelah pasien skizofrenia pulih didapati bahwa mereka sering dikucilkan oleh orang lain, menderita depresi hebat, serta tidak dapat berfungsi sebagaimana mestinya orang normal dilingkungannya. Ditemukan di beberapa kasus, serangan bisa meningkat menjadi skizofrenia kronis. Pasien akan berubah menjadi buas, kehilangan karakter sebagai manusia yang baik dalam kehidupan sosial, tidak memiliki motivasi sama sekali, depresi, dan tidak memiliki kepekaan tentang perasaannya sendiri (Iyus Yosep, 2011).

2.1.5 Penatalaksanaan skizofrenia

Menurut Ikawati (2011), ada tiga fase pengobatan dan pemulihan skizofrenia yaitu:

1. Terapi fase akut

Pada pasien skizofrenia dengan fase akut akan menunjukkan gejala psikotik yang intensif. Biasanya pada fase ini ditandai dengan munculnya gejala positif dan negatif, fase yang negatif dapat membahayakan kehidupan pasien. Pengobatan pada fase ini bertujuan

untuk mengendalikan gejala psikotik sehingga tidak akan membahayakan terhadap diri sendiri maupun orang lain. Dengan menggunakan obat antipsikotik yang tepat dapat mengurangi gejala gangguan jiwa.

2. Terapi fase stabilisasi

Pada fase ini, pasien dengan skizofrenia masih memiliki gejala psikotik ringan. Fase ini tidak berdampak tidak terlalu membahayakan. fase ini pasien kemungkinan masih dapat kambuh sehingga membutuhkan terapi pengobatan rutin yang bertujuan menuju kesembuhan yang stabil.

3. Terapi fase pemeliharaan

Di fase ini pasien skizofrenia harus dilakukan tindakan terapi dalam jangka panjang dengan tujuan mempertahankan kesembuhan, mengontrol gejala-gejala yang timbul, mengurangi resiko kambuh, mengajarkan ketrampilan untuk hidup secara mandiri. Terapi ini meliputi obat-obatan, terapi suportif, pendidikan pada keluarga dan konseling. Terdapat terapi farmakologi maupun non farmakologi yang dapat dilakukan:

1) Terapi Non Farmakologi

Terdapat suatu pendekatan psikososial yang digunakan untuk mengobati skizofrenia. Intervensi. Bagaian dari perawatan yang komprehensif dapat meningkatkan kesembuhan. Didalam intervensi psikososial bertujuan untuk memberikan dukungan emosional pada pasien. Suatu pendekatan dan penerapan

intervensi psikososial dapat dilakukan ke pasien sesuai dengan keparahan penyakitnya.

1) *Program for Assertive Community Treatment (PACT)*

PACT merupakan suatu program dalam bentuk rehabilitasi yang terdiri dari manajemen kasus dan intervensi aktif oleh satu tim menggunakan pendekatan yang sangat terintegrasi. Program ini diperuntukkan khusus untuk pasien yang fungsi sosialnya buruk. Dari hasil sebuah penelitian membuktikan bahwa PACT lebih efektif untuk memperbaiki gejala, mempersingkat perawatan yang dilakukan di rumah sakit dan dapat memperbaiki kondisi kehidupan secara umum.

2) Intervensi keluarga

Keluarga pasien harus selalu dilibatkan dalam penyembuhan pasien dikarenakan keluarha diharapkan untuk proses perawatan pasien yang memerlukan Pendidikan, bimbingan serta dukungan guna untuk membantu mengoptimalkan peran pasien.

3) Terapi perilaku kognitif

Terapi ini dilakukan modifikasi terhadap keyakinan (delusi), difokuskan terhadap masalah keperawatan halusinasi penglihatan dan menormalkan pengalaman psikotik pasien sehingga mereka bisa tampil secara normal. Penelitian menunjukkan bahwa terapi perilaku efektif dapat mengurangi frekuensi dan keparahan gejala positif.

4) Terapi pelatihan keterampilan sosial

Terapi ini dapat diartikan sebagai penggunaan teknik perilaku atau kegiatan untuk pembelajaran yang memungkinkan dapat membuat pasien memenuhi tuntutan interpersonal, perawatan terhadap diri dan menghadapi tuntutan masyarakat. Memperbaiki kekurangan tertentu dalam fungsi sosial pasien merupakan tujuan dari terapi ini.

5) Terapi *Elektrokonvulsif* (ECT)

Pemilihan ECT digunakan untuk pengurangan gejala yang cepat, dan dikombinasi obat-obat antipsikotik dapat digunakan untuk pilihan bagi penderita skizofrenia terutama jika menginginkan perbaikan umum dan pengurangan gejala yang cepat (American Psychiatric Association, 2013).

b. Terapi Farmakologi

Terapi skizofrenia dibagi menjadi tiga tahap yakni terapi akut, *Benzodiazepin* biasanya digunakan dalam terapi akut. Penggunaan *Benzodiazepin* akan mengurangi dosis penggunaan obat antipsikotik. Terapi stabilisasi bertujuan untuk meningkatkan sosialisasi serta perbaikan kebiasaan dan perasaan. Pengobatan pada tahap ini dilakukan dengan obat-obat antipsikotik. Dan pada terapi pemeliharaan bertujuan untuk mencegah kekambuhan. Dosis pada terapi pemeliharaan dapat diberikan setengah dari dosis akut. Klozapin merupakan antipsikotik yang hanya digunakan apabila

psien mengalami resistensi terhadap antipsikotik yang lain (Crismon dkk, 2010).

2.2 Konsep Dasar Halusinasi Penglihatan

2.2.1 Pengertian halusinasi penglihatan

Stuart & Laraia (2010), mendefinisikan halusinasi merupakan suatu gangguan terhadap persepsi dimana pasien mempersepsikan adanya sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi (Stuart dan Laraia, 2010).

2.2.2 Faktor penyebab halusinasi

Proses terjadinya halusinasi dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi stuart yang meliputi stressor dari faktor predisposisi dan presipitasi.

Selain itu halusinasi juga dapat disebabkan karena isolasi sosial yang dapat mengakibatkan halusinasi dan akan berdampak pada resiko perilaku kekerasan.

1. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi halusinasi terdiri dari :

a. Faktor biologis :

Adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (*herediter*), riwayat penyakit atau trauma kepala, dan penggunaan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lain (NAPZA).

b. Faktor psikologis

Memiliki riwayat kegagalan yang berulang. Menjadi korban, pelaku maupun saksi dari perilaku kekerasan serta kurangnya kasih sayang dari orang-orang sekitar atau keluarga atau overprotektif.

c. Sosiobudaya dan lingkungan

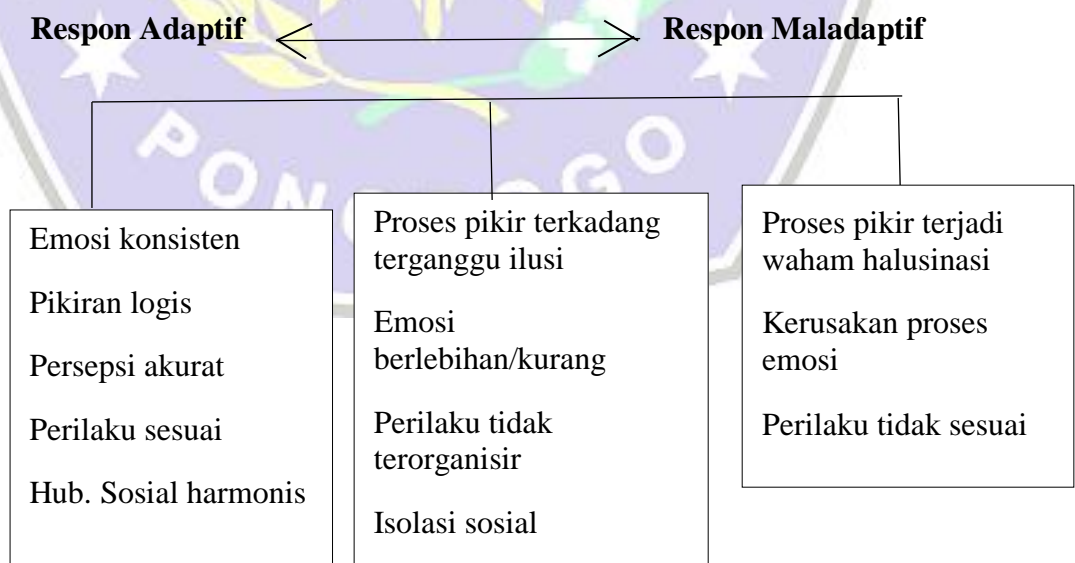
Sebagian besar pasien halusinasi berasal dari keluarga dengan sosial ekonomi rendah, selain itu pasien memiliki riwayat penolakan dari lingkungan pada usia perkembangan anak, pasien halusinasi seringkali memiliki tingkat pendidikan yang rendah serta pernah mengalami kegagalan dalam hubungan sosial (percerain, hidup sendiri) serta tidak bekerja (Stuart Laraia, 2010).

2. Stressor presipitasi

Pasien dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi biasanya ditemukan adanya pengalaman yang tidak menyenangkan dan ada riwayat putus obat atau berhenti minum obat (Stuart Laraia, 2010).

2.2.3 Rentang respon Neurologis

Stuart dan Laraia mendefinisikan tentang respon pada pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi adalah :



Gambar 2.1 : Rentang respon neurobiologis (Stuart & laraiia, 2010)

2.2.4 Tahapan dalam halusinasi

Ada beberapa tahapan yaitu sebagai berikut:

1. Tahap 1 : halusinasi mempunyai sifat menenangkan, tingkat kecemasan atau ansietas pasien sedang.

Karakteristik : tahap ini dapat ditandai dengan adanya pikiran bersalah dan timbul ketakutan. menenangkan diri pasien biasanya untuk mengurangi tingkat kecemasan, dan juga mengetahui bahwa sensori yang dialami dapat dikendalikan dan bisa untuk diatasi (non psikotik).

2. Tahap II : berpikiran selalu menyalahkan, pasien pada tingkat kecemasan yang tinggi dan halusinasi pada pasien bersifat menjijikkan.

Karakteristik : sensori yang dialami pasien bersifat menjijikkan dan menakutkan, pasien yang mengalami halusinasi mulai merasa kehilangan kendali, pasien berusaha menjauhkan dirinya dari sumber yang di persepsikan, pasien bahkan merasa malu karena pengalaman terhadap sensorinya dan menarik diri dari orang lain (non psikotik).

Perilaku yang dapat diamati :

- a. Susunan saraf otonom menimbulkan kecemasan seperti tekanan darah meningkat, pernapasan atau respirasi meningkat dan nadi juga mengalami peningkatan.
 - b. Kurangnya konsentrasi
 - c. Tidak dapat membedakan antara halusinasi dan realita.
3. Tahap III : merupakan tahap pasien bisa mengendalikan perilaku, pasien mengalami kecemasan yang berat.

Karakteristik : pasien halusinasi tidak mampu melawan halusinasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Isi dari halusinasi mungkin mengalami kesepian yang sangat berarti jika pengalaman tersebut telah berakhir (*psikotik*).

Perilaku yang dapat diamati yaitu:

- a. Pasien akan mengikuti halusinasinya daripada menolak
 - b. Ketidakmampuan dalam berinteraksi dengan siapapun
 - c. Pusat perhatiannya hanya sebentar, gejala fisik mengalami kecemasan yang sangat berat seperti : tremor, keringat dingin, gugup.
4. Tahap IV : tahap ini, pasien bisa menaklukkan tingkat kecemasan.

Karakteristik : pengalaman yang menakutkan tentang sensori jika individu tidak mengikuti perintah halusinasinya. Hal ini bisa berlangsung dalam waktu jam atau bahkan hari apabila tidak segera ditindak lanjut i dengan intervensi (*psikotik*).

Perilaku yang bisa diamati adalah:

- a. tindakan panik.
- b. Sangat potensial dalam bunuh diri maupun membunuh orang lain.
- c. Amuk, menarik diri ataupun agitasi.
- d. Ketidakmampuan dalam berespon yang kompleks.
- e. Ketidakmampuan dalam berespon terhadap banyak orang

(Nurhalimah, 2016).

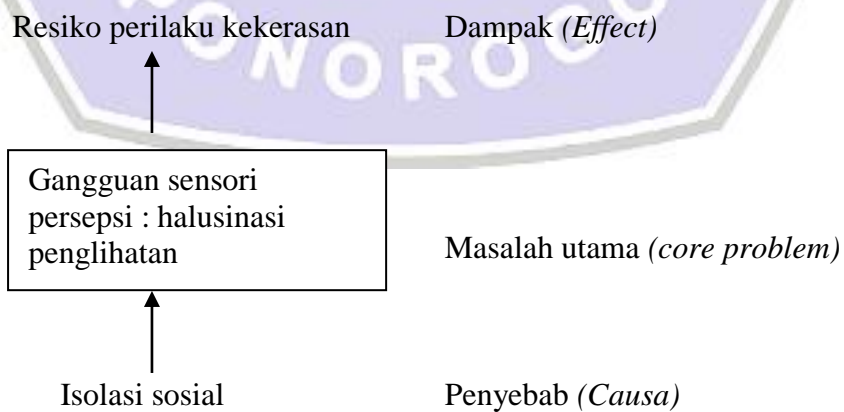
2.2.5 Tanda dan gejala halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi di nilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Adapun tanda dan gejala halusinasi adalah :

1. Data subyektif, pasien mengatakan :
 - a. Melihat sesuatu yang menakutkan seperti bayangan hantu, bentuk-bentuk geometris, monster dan lain-lain.
 - b. Merasa takut atau senang dengan halusinasinya.
2. Data obyektif
 - a. Bicara atau tertawa sendiri.
 - b. Sering melamun.
 - c. Marah-marah tanpa sebab.
 - d. Menunjuk kearah tertentu.
 - e. Mempunyai perasaan takut terhadap sesuatu yang tidak jelas.
 - f. Mata melotot, dan pandangan mata kosong melihat ke arah tertentu.

(Nurhalimah, 2016).

2.2.6 Pohon masalah



Gambar 2.2 : Pohon masalah halusinasi penglihatan (Stuart dan Laraia, 2010).

2.2.7 Masalah keperawatan

Masalah keperawatan yang dapat diambil dari pohon masalah tersebut adalah sebagai berikut :

1. Isolasi sosial.
2. Gangguan sensori persepsi halusinasi : penglihatan.
3. Resiko perilaku kekerasan (Stuart dan Laraia, 2010).

2.3 Konsep dasar asuhan keperawatan

2.3.1 Pengkajian

1. Data identitas

Data identitas meliputi nama pasien penanggung jawab pasien, pekerjaan, umur, alamat, tanggal pengkajian serta diagnosa medis (Nasir dan Muhith, 2011).

2. Keluhan utama / Alasan masuk

Pasien dengan halusinasi penglihatan biasanya terjadi gejala ketakutan yang tidak jelas, menunjuk-nunjuk kearah tertentu seperti melihat bayangan yang sebenarnya tidak ada, ada pengalaman yang tidak menyenangkan dan dialami oleh pasien dan ada riwayat putus obat atau berhenti minum obat.

3. Faktor predisposisi

Pasien dengan halusinasi penglihatan apakah ada gangguan jiwa di masa lalu, apakah pernah melakukan mengalami dan menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam

keluarga, dan tindakan kriminal, adanya keluarga yang menderita gangguan jiwa dan adanya riwayat penyakit, dan trauma kepala.

4. Riwayat penyakit dahulu

Apakah pada pasien terdapat riwayat trauma kepala dan infeksi.

5. Pemeriksaan fisik

Menurut Herman (2011), yang dapat dilakukan untuk pemeriksaan fisik pada pasien yang mengalami gangguan jiwa yaitu:

- a. Terjadinya peningkatan Tekanan Darah, denyut nadi yang meningkat, pernafasan meningkat jika terjadi kecemasan.
- b. Adanya penurunan berat badan.
- c. Pasien mengalami keluhan pada fisik yaitu kelemahan otot, nyeri atau kaku pada persendian, serta adanya kecacatan.

6. Psikososial

Menurut Herman (2011), pengaruh terjadinya skizofrenia terhadap masalah psikososial yaitu :

a. Genogram

Dapat digambarkan tentang silsilah keluarga pasien minimal 3 generasi dan dikaji apakah ada riwayat keturunan gangguan jiwa.

b. Konsep diri

- 1) Gambaran tentang diri atau citra tubuh, apakah didapati ada anggota tubuh yang tidak disukai misal, pada bagian hidungnya yang pasien tidak menyukainya karena tidak mancung. Dan juga apakah ada bagian tubuh yang membuat pasien tidak percaya diri dan dapat mengganggu hubungannya dengan orang lain.

- 2) Identitas diri tidak jelas, apakah pasien dengan masalah keperawatan tidak puas dengan jenis kelaminnya.
- 3) Peran, apakah ada perilaku sosial pasien yang tidak diterima oleh masyarakat, ketidakmampuan menjalankan peran
- 4) Ideal diri berisikan tentang harapan pasien tentang tubuh, posisi, status, tugas dan fungsi, serta harapan pasien terkait dengan sekolahnya, pekerjaannya, keluarganya terhadap penyakitnya dan terhadap cita-citanya.
- 5) Harga diri berisikan bagaimana hubungan pasien dengan orang lain terkait kondisi gambaran diri, identitas diri, peran serta ideal diri.

7. Hubungan sosial

Pada hubungan perawat menanyakan kepada pasien siapa orang yang berarti dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan atau dorongan. Biasanya pasien tidak mempunyai tempat untuk mengadu dan bicara.

8. Spiritual

Perawat menanyakan tentang kegiatan ibadah yang diikuti pasien.

9. Pemeriksaan status mental

a. Penampilan

Penampilan fisik bisa terlihat langsung dari pasien, tentang bagaimana kondisi rambut, kuku, kulit, gigi, cara berpakaian dan lain-lain.

b. Karakteristik gaya bicara

Pembicaraan pasien dapat di lihat dari kegiatan wawancara dengan pasien apakah pasien berbicara tepat, keras, gagap, membisu, apatis

atau lambat, berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat yang lain atau bicara kacau.

c. Alam perasaan

Perasaan pasien dapat dilihat saat melakukan wawancara dengan pasien apakah pasien mempunyai perasaan sedih, merasa putus asa, adanya ketakutan terhadap suatu hal, bahkan terdapat kecemasan, dan merasa tidak mempunyai harapan tentang kehidupan.

d. Afek

Perawat dapat mengetahui kondisi pasien ketika datar yaitu tidak ada perubahan roman muka saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan. Tumpul yaitu hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat, labil yaitu emosi yang cepat berubah ubah, tidak sesuai, bertentangan dengan stimulus yang ada.

e. Interaksi selama wawancara

Pasien dapat dilihat saat wawancara apakah pasien saat wawancara tidak kooperatif, bermusuhan, mudah untuk tersinggung, curiga dengan orang lain, kontak mata berkurang tidak mampu menatap lawan bicara.

f. Persepsi

Gangguan persepsi seperti halusinasi mengenai diri pasien maupun lingkungan yang pernah dialami dan isi dari halusinasi tersebut harus dijelaskan seperti jenis halusinasi, isi halusinasi, situasi dari halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi halusinasi, perasaan, serta respon pasien saat halusinasi itu muncul (Nurhalimah, 2016).

g. Proses pikir

Seorang pasien dapat menunjukkan cara berpikir yang lambat. Juga dapat mengalami blocking yaitu ketidakmampuan dalam mengingat apa yang telah atau yang ingin dikatakan atau pembicaraan berhenti tiba-tiba, sirkumstansial adalah mengemukakan suatu ide pasien menyertai banyak detail yang tidak relevan dan komentar tambahan namun pada akhirnya kembali ke ide semula dengan kata lain pembicaraan yang berbelit-belit tetapi sampai tujuan, kehilangan asosiasi merupakan pembicaraan yang tidak memiliki hubungan antara kalimat satu dengan lainnya tetapi pasien tidak menyadari.

h. Isi pikir

Isi pikir mengarah pada apa yang dipikirkan seseorang. Genogram isi pikir dapat berupa waham, obsesi, depersonalisasi, fobia, hipokondria, ide yang terkait dan pikir magis. Obsesi merupakan pikir yang selalu muncul walaupun pasien berusaha menghilangkannya. Fobia merupakan ketakutan yang patologis. Hipokondria yaitu keyakinan terhadap adanya gangguan dalam organ tubuh tetapi sebenarnya tidak ada. Depersonalisasi merupakan perasaan pasien yang asing terhadap diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Ide yang terjadi dilingkungan, bermakana, dan terkait pada dirinya. Pikiran magis yaitu khayalan pasien tentang kemampuannya untuk melakukan hal hal yang mustahil atau diluar kemampuannya.

i. Tingkat kesadaran

Biasanya pasien tampak bingung dan kacau, stupor adalah gangguan motorik seperti kelakuan, gerakan berulang-ulang, anggota tubuh pasien dalam sikap canggung yang dipertahankan dalam waktu lama tetapi pasien menyadari semua yang terjadi dilingkungan, sedasi yaitu pasien mengatakan bahwa ia merasa melayang-layang antara sadar atau tidak sadar.

j. Memori

Data diperoleh dari wawancara dengan pasien, apakah pasien tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari 1 bulan atau mengalami gangguan daya ingat jangka Panjang, apakah pasien dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam waktu 1 minggu terakhir atau gangguan daya ingat jangka pendek, dan apakah pasien dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi atau gangguan daya ingat saat ini, atau pasien mengalami konfabulasi atau pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan.

k. Tingkat konsentrasi dalam berhitung

Bagaimana konsentrasi pada pasien apakah mudah untuk dialihkan, ketidakmampuan dalam berkonsentrasi, serta apakah pasien tidak mampu berhitung.

l. Kemampuan penilaian

Gangguan kemampuan penilaian ringan yaitu dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain sebagai contoh

memberikan kesempatan pasien untuk memilih mandi dahulu sebelum makan atau makan dahulu sebelum mandi.

m. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan

Kemampuan dalam menyiapkan makanan, makan dan membersihkan alat-alat makan, kemampuan pasien dalam menempatkan alat makan dan minum apakah dilakukan secara mandiri, bantuan minimal atau bantuan total.

2) Defekasi atau berkemih

Kemampuan pasien dalam mengontrol untuk BAB/BAK ditempatnya yang sesuai serta membersihkan WC, membersihkan diri dan merapikan pakaian, apakah pasien melakukan dengan mandiri, bantuan minimal dan bantuan total.

3) Mandi

Kemampuan pasien untuk mandi, sikat gigi, keramas, gunting kuku, secara mandiri, bantuan minimal atau bantuan total.

4) Berpakaian

Kemampuan mengambil, memilih, memakai pakaian dan frekuensi ganti baju apakah dilakukan pasien secara mandiri, bantuan minimal, bantuan total.

5) Istirahat dan tidur

Kemampuan untuk tidur adanya gangguan tidur dengan bantuan obat atau tidak, kemampuan pasien dalam menempatkan waktu istirahat, termasuk merapikan sprei selimut bantal apakah

dilakukan pasien secara mandiri atau tidak dengan bantuan minimal atau dengan bantuan total.

6) Penggunaan obat

Frekuensi jenis, dosis, waktu dan cara pemberian diawasi dan dibimbing perawat atau tidak.

7) Pemeliharaan kesehatan

Hal ini dapat ditanyakan langsung kepada pasien yang menderita gangguan jiwa dan keluarga pasien tentang perawatan lanjutan dan sistem pendukung yang telah dimiliki.

8) Aktivitas di dalam rumah

Dikaji apakah Pasien mampu untuk menyajikan makanan, merapikan kamar, mencuci pakaian sendiri, dan mengatur kebutuhan sehari-hari dilakukan secara mandiri atau tidak dilakukan dengan bantuan minimal atau bantuan total.

9) Aktivitas di luar rumah

Apakah pasien mampu untuk belanja kebutuhan sehari-hari, melakukan perjalanan mandiri serta aktivitas lain yang dilakukan diluar rumah dengan bantuan minimal, bantuan total atau dilakukan secara mandiri.

10) Mekanisme koping

Ketika menghadapi masalah, tekanan dan peristiwa traumatik yang hebat, apa yang dilakukan pasien dalam menyelesaikan masalah tersebut pasien bercerita dengan orang lain (*asertif*), diam (*represi/supresi*), menyalahkan orang lain (*sublimasi*), mengamuk

atau merusak alat-alat rumah tangga (*displacement*), mengalihkan kegiatan yang bermanfaat (*konversi*), memberikan alasan yang logis (*rasionalisasi*), mundur ketahap perkembangan sebelumnya (*regresi*), dialihkan obyek lain seperti memarahi tv, memarahi tanaman atau binatang (*proyeksi*).

11) Masalah psikososial dan lingkungannya

Adanya penolakan dilingkungan tempat tinggal atau masyarakat, adanya penolakan ditempat kerja atau sekolah, adanya penolakan dari keluarga terhadap pasien, tinggal di keluarga yang berada dibawah garis kemiskinan.

12) Aspek pengetahuan

Bagaimana tentang pemahaman pasien terhadap penyakit yang dideritanya, tanda dan gejala kekambuhan obat yang di minum dan cara menghindari kekambuhan, pemahaman tentang kesembuhan, pemahaman tentang sumber coping yang adaptif, pemahaman tentang manajemen hidup sehat.

13) Aspek medik

Peneliti dapat menuliskan diagnosa medis yang telah dirumuskan oleh dokter yang merawat. Serta tuliskan obat-obat yang di dapatkan oleh pasien saat ini, baik obat fisik maupun psikofarma dan terapi lain (Nasir dan Muhith, 2011).

2.3.2 Diagnosis keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut Iyus Yosep yaitu :

1. Resiko perilaku kekerasan.
2. Gangguan sensori persepsi halusinasi penglihatan.
3. Isolasi sosiaial.
4. Harga diri rendah kronis.

2.3.3 Rencana Tindakan keperawatan

Pasien halusinasi diberi tindakan keperawatan kepada pasiennya sendiri dan juga ditujukan untuk keluarganya, dikarena anggota keluarga sangat penting didalam mengurus pasien saat tidak di rumah sakit. Pada saat melakukan tindakan asuhan keperawatan pada kunjungan kerumah pasien maupun pada saat di puskesmas, perawat harus menemui keluarganya pasien dahulu sebelum akhirnya menemui pasien. Bersama dengan keluarga, perawat dapat mengidentifikasi masalah yang dialami pasien dan keluarga. Selanjutnya, perawat baru bisa menemui pasien untuk melakukan pengkajian, mengevaluasi dan melatih cara untuk mengatasi masalah yang dialami oleh pasien. Jika pasien telah mendapatkan terapi psikofarmaka (obat), maka hal pertama yang harus dilatih perawat adalah pentingnya mematuhi minum obat. Setelah perawat melatih pasien, perawat menemui keluarga untuk melatih cara merawat pasien. Selanjutnya perawat menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien dan tugas terhadap keluarga pasien yaitu untuk meningkatkan pasien melatih kemampuan mengatasi masalah yang telah dianjurkan oleh perawat.

Tindakan keperawatan untuk pasien dengan gangguan halusinasi

Tujuan pasien mampu :

1. Membina hubungan untuk saling percaya.
2. Mengenali halusinasi dan diharap bisa mengontrol halusinansi dengan cara menghardik.
3. Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap.
4. Mengontrol halusinasi dengan cara minum obat secara teratur.
5. Mengontrol halusinansi dengan melakukan aktivitas terjadwal (Nurhalimah, 2016).

Tindakan keperawatan :

1. Membina hubungan saling percaya yaitu dapat dilakukan dengan cara :
 - a. Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien.
 - b. Berkenalan dengan memperkenalkan nama perawat dan berkenalan dengan pasien dengan cara menanyakan siapa nama pasien dan nama panggilan yang disukai oleh.
 - c. Tanyakan bagaimana perasaan pasien saat ini.
 - d. Buat kontrak yang akan dilakukan perawat terhadap pasien, waktunya berapa lama, dan lokasi atau tempat pelaksanaannya dimana.
 - e. Jelaskan tentang kerahasiaan terhadap informasi yang didapatkan.
 - f. Selalu tunjukkan sikap empati ke pasien.
 - g. Penuhi kebutuhan pasien bila memungkinkan

2. Membantu pasien dalam menyadari adanya gangguan halusinasi terhadap pasien
 - a. Tanyakan tentang bagaimana pendapat pasien tentang halusinansinya.
 - b. Mengidentifikasi jenis halusinasi, isi halusinasi, frekuensi halusinasi, waktu terjadinya, situasi pencetus, perasaan, respon pasien.
3. Melatih pasien cara mengontrol halusinasi
 - a. Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, enam benar minum obat, bercakap-cakap dengan orang lain dan melakukan aktivitas terjadwal.
 - b. Berikan contoh cara menghardik,
 - c. Memberikan waktu untuk pasien dalam mempraktekkan strategi pelaksanaan.
 - d. Berikan pujian dalam setiap kemampuan pasien.
4. Berikan dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasi pasien
 - a. Buat kontrak dengan keluarga untuk pertemuan (waktu, tempat, dan topik)
 - b. Diskusikan dengan keluarga tentang pengertian halusinasi, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi, cara yang dilakukan pasien dan keluarga untuk memutus halusinasi, obat-obatan halusinasi, cara merawat anggota keluarga yang halusinasi di rumah, beri informasi waktu kontrol ke rumah

sakit, dan bagaimana cara mencari bantuan jika halusinasi tidak dapat diatasi di rumah (Nurhalimah, 2016).

2.3.4 Implementasi

Pada diagnosa keperawatan halusinasi penglihatan maka dilakukan tindakan keperawatan dengan cara melakukan strategi pelaksanaan.

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan:

1. SP 1 pasien: mengenal halusinasi pada pasien, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara yang pertama yaitu: menghardik halusinasi.
2. SP 2 pasien : melatih pasien menggunakan obat secara teratur
3. SP 3 pasien : melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga : bercakap-cakap dengan orang lain.
4. SP 4 pasien : melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara keempat : melaksanakan aktifitas terjadwal.
5. SP 1 keluarga : pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi dan cara-cara merawat pasien halusinasi.
6. SP 2 keluarga : melatih keluarga praktek merawat pasien langsung dihadapan pasien.
7. SP 3 keluarga : membuat perencanaan pulang bersama keluarga.

(Wahyuni, 2017).

2.3.5 Evaluasi

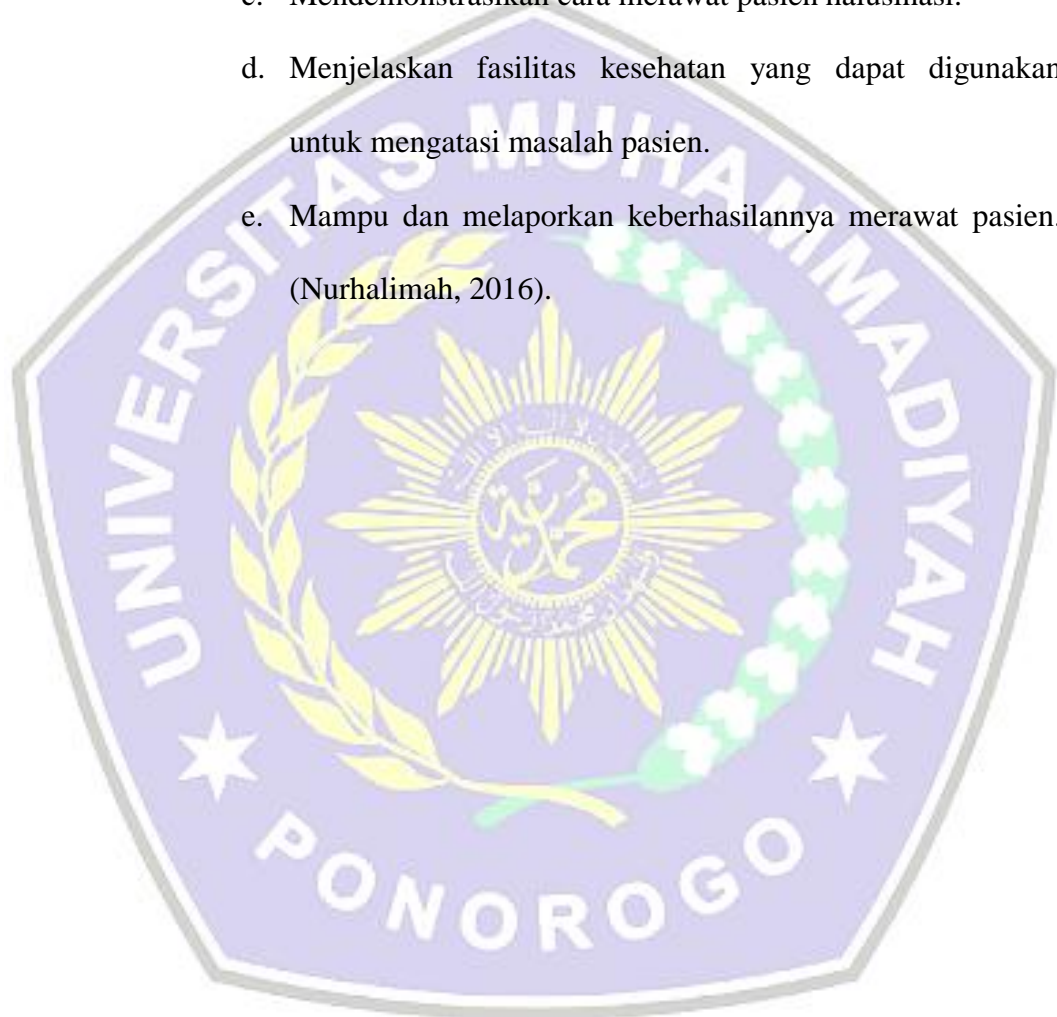
Evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan untuk pasien gangguan sensori persepsi halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Pasien mampu :

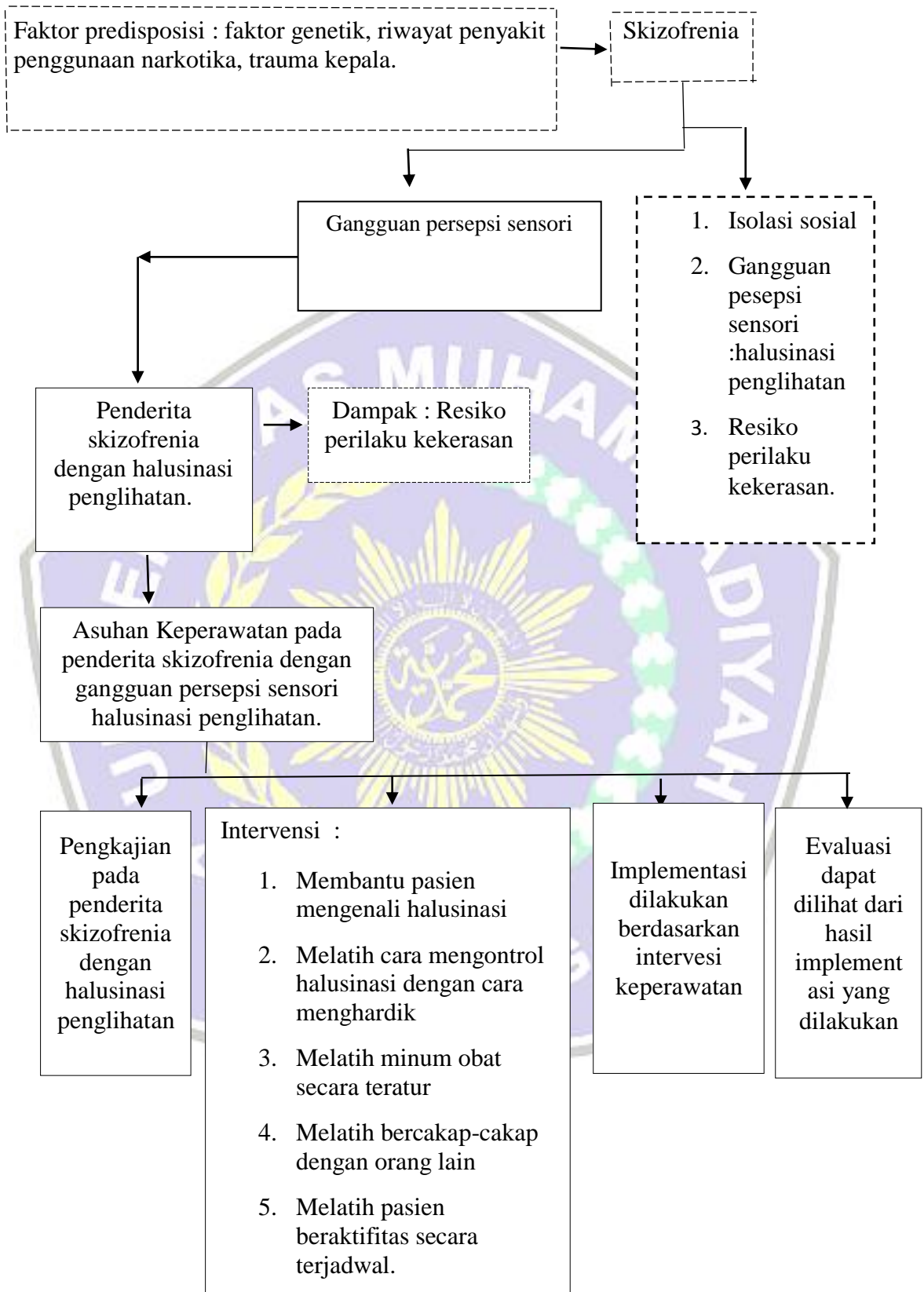
- a. Mengungkapkan isi halusinasi yang dialaminya, gejala yang timbul pada saat halusinasi muncul.
- b. Mengungkapkan kapan halusinasi muncul dan frekuensi halusinasi muncul.
- c. Menjelaskan situasi pencetus halusinasi.
- d. Mengungkapkan perasaannya ketika terjadi halusinasi.
- e. Melaksanakan empat strategi pelaksanaan halusinasi:
 - 1) Bisa menghardik halusinasi.
 - 2) Menggunakan obat secara teratur
 - 3) Melakukan percakapan dengan orang lain di sekitarnya bila timbul halusinasi.
 - 4) Menyusun jadwal kegiatan dari bangun tidur di pagi hari sampai mau tidur pada malam hari selama 7 hari dalam seminggu dan melaksanakan jadwal tersebut secara mandiri.
- f. Menilai manfaat cara mengontrol halusinasi dalam mengendalikan halusinasi.

2. Keluarga mampu :
 - a. Menjelaskan halusinasi yang dialami pasien.
 - b. Menjelaskan cara merawat pasien halusinasi melalui empat cara mengontrol halusinasi yaitu menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan aktifitas di rumah.
 - c. Mendemonstrasikan cara merawat pasien halusinasi.
 - d. Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah pasien.
 - e. Mampu dan melaporkan keberhasilannya merawat pasien.

(Nurhalimah, 2016).



2.4 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.3 Hubungan antar konsep halusinasi penglihatan