

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia yang berasal dari bahasa Yunani yakni "*Skhizein*" yang dapat diartikan retak atau pecah (*split*), dan "*phren*" yang berarti pikiran, yang selalu dihubungkan dengan fungsi emosi. Dengan demikian seseorang yang mengalami skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau bisa dikatakan juga keretakan kepribadian serta emosi (Sianturi, 2014).

Skizofrenia adalah bentuk yang paling umum dari penyakit mental yang parah. Penyakit ini merupakan penyakit yang bisa dikatakan serius dan mengkhawatirkan yang dapat ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan seseorang untuk berkomunikasi, gangguan realitas (berupa halusinasi dan waham), gangguan kognitif (tidak mampu berpikir abstrak) serta mengalami gangguan atau kesulitan untuk melakukan aktivitas sehari-harinya (Themes, 2011).

2.1.2 Etiologi

Luana (dalam Prabowo, 2014) menjelaskan penyebab skizofrenia, yaitu:

a) Faktor Biologis

1. Komplikasi Kelahiran

Bayi laki-laki yang terdapat komplikasi saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia, hipoksia perinatal akan meningkatkan kerentanan seseorang terhadap skizofrenia

2. Infeksi

Perubahan anatomi pada susunan saraf pusat akibat dari infeksi virus pernah dikatakan bahwa orang dengan skizofrenia. Penelitian mengatakan bahwa terpapar infeksi virus pada trimester kedua kehamilan akan meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami skizofrenia.

3. Hipotesis dopamine

Dopamine merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala dari skizofrenia. Hampir semua obat antipsikotik baik dari tipikal maupun atipikal menyekat reseptor dopamine D2, dengan terhalangnya transmisi sinyal di bagian sistem dopaminergik maka gejala psikotik diredakan.

4. Hipotesis serotonin

Suatu zat yang bersifat campuran agonis (antagonis) 5-HT. Ternyata zat tersebut menyebabkan keadaan psikosisnya tidak normal

5. Struktur otak

Otak pada pasien penderita skizofrenia sedikit berbeda pada orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan ada beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak terdapat sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada masa prenatal karena tidak ditemukannya sel gila, disebabkan timbul karena trauma otak sejak lahir.

b) Faktor Genetik

Para ilmuwan sudah lama mengetahui bahwa skizofrenia diturunkan, 1% populasi umum tetapi 10% pada masyarakat yang berkaitan dengan hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakak laki-laki atau perempuan dengan skizofrenia. Masyarakat yang berkaitan hubungan derajat kedua seperti paman, bibi, kakek atau nenek, dan sepupu dinyatakan lebih sering dibandingkan dengan populasi umum. Kembar identik 40% sampai 65% berpeluang menderita penyakit skizofrenia, sedangkan kembar dizigotik sebanyak 12%. Anak dan kedua orangtua yang skizofrenia berpeluang 40%, satu orang tua 12%.

2.1.3 Klasifikasi

Klasifikasi dari skizofrenia sebagai berikut:

1. Skizofrenia Paranoid (F20.0)

Jenis skizofrenia dimana penderitanya akan mengalami bayangan dan khayalan tentang penganiayaan dan kontrol dari orang lain dan juga

kesombongan yang berdasarkan kepercayaan bahwa penderitanya akan lebih mampu dan lebih hebat dari orang lain (Videbeck, 2011).

2. Skizofrenia Tak Teratur atau Skizofrenia Hebefrenik (F.20.1)

Jenis skizofrenia yang sifatnya ditandai terutama oleh gangguan dan kelainan dipikiran. Seseorang yang mengalami skizofrenia sering menunjukkan tanda emosi dan ekspresi yang tidak sesuai dengan keadaannya. Khayalan dan Halusinasi adalah gejala yang sering dialami oleh orang yang mengalami skizofrenia jenis ini (Videbeck, 2011).

3. Skizofrenia Katatonik (F.20.2)

Munculnya pertama kali antara umur 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres (Maramis, 2009). Salah satu beberapa tipe skizofrenia pada gambaran klinisnya didominasi sebagai berikut:

a. Stupor Katatonik

Pasien tidak akan merespon terhadap lingkungan sekitar atau orang yang menunjukkan pengurangan hebat dalam beraktifitas terhadap lingkungan atau pengurangan dari pergerakan. Walaupun penampilan klinisnya demikian, pasien akan sering menyadari hal-hal yang sedang berlangsung di sekitarnya.

b. Kekakuan (*rigiditas*) katatonik

Mempertahankan sikap kaku terhadap semua upaya yang menggerakkan dirinya

c. Kegaduhan Katatonik

Kegaduhan aktivitas motorik yang tidak bertujuan dan juga tidak dipengaruhi oleh rangsangan yang datang nya dari luar

d. Sikap Tubuh Katatonik

Secara sadar mengambil sikap tidak wajar atau aneh

e. Kegembiraan Katatonik

Pasien sangatlah aktif dan gembira. Bisa jadi dapat mengancam jiwanya

4. Skizofrenia Residual (F.20.5)

Tipe ini merupakan sisa-sisa (residu) dari gejala skizofrenia yang tidak begitu menonjol. Mungkin dapat dikatakan alam perasaan yang tumpul dan mendatar serta tidak serasi (*inappropriate*), penarikan diri dari pergaulan sosial, tingkah lakunya yang eksentrik, pikiran tidak logis dan tidak rasional (Hawari, 2012).

5. Skizofrenia tidak terinci (F.20.3)

Terdapat gejala psikotik yang jelas dan tidak dapat diklasifikasikan kedalam salah satu kategori yang disebut di atas, atau yang memenuhi lebih dari satu tipe kriteria.

a. Suatu tipe skizofrenia yang gambaran klinisnya dapat ditandai dengan waham yang jelas, halusinasi, inkoherensi atau tingkah laku kacau

b. Tidak memenuhi kriteria dari salah satu tipe yang telah disebutkan diatas memenuhi lebih dari kriterianya dalam satu tip (Bafadal, 2011)

2.1.4 Tanda dan Gejala

Gejala-gejala skizofrenia sebagai berikut:

a. Gejala positif

1) Waham yaitu keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan harapan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran)

2) Halusinasi yaitu gangguan penerimaan panca indra tanpa stimulasi eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman dan perabaan)

3) Perubahan arus pikir:

a. Arus pikir terputus : saat dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.

b. Inkoheren : saat berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau, tidak jelas)

c. Neologisme: menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh dirinya sendiri, dan tidak dimengerti oleh orang lain

4) Perubahan perilaku

a. Hiperaktif : perilaku motorik yang sangat berlebihan

b. Agitasi : perilaku yang menunjukkan kegelisahan

c. Iritabilitas : mudah tersinggung (Keliat, 2011)

b. Gejala negatif

Gejala-gejala negatif yang diperlihatkan pada penderita skizofrenia sebagai berikut:

- 1) Pendaftaran afektif (ekspresi afektif atau hidup emosi) merupakan ekspresi perasaan yang menunjukkan sesaat dari perasaan seseorang pada waktu pemeriksaan dan merupakan juga penyelarasan yang langsung daripada hidup mental dan intengual, penderita skizofrenia respon emosionalnya tidak sesuai, alam perasaannya yang datar tanpa ada ekspresi serta tidak serasi, maupun afek klien dangkal (Bafadal, 2011).
- 2) Menunjukkan sikap masa bodoh
- 3) Saat berbicara berhenti tiba-tiba
- 4) Akan menarik diri dari pergaulan sosial
- 5) Menurunnya kinerja atau aktivitas sosial sehari-hari (Keliat, 2011)

2.1.5 Patofisiologi Skizofrenia

Menurut (Townsend, 2009) perjalanan penyakit skizofrenia dibagi menjadi 4 fase yaitu sebagai berikut : fase premorbid, fase prodromal, fase aktif dan fase residual

1. Fase premorbid ditandai dengan periode munculnya ketidaknormalan fungsi, walaupun hal ini dapat terjadi sebagai akibat dari efek penyakit tertentu. Indikator premorbid dari psikosis, diantaranya sebagai yaitu riwayat psikiatri keluarga, riwayat prenatal, dan komplikasi obstetrik dan defisit neurologisnya. Faktor premorbid lainnya merupakan kepribadian yang terlalu pemalu dan menarik diri, hubungan antara sosialnya yang kurang baik dan menunjukkan perilaku anti sosial.

2. Fase prodromal biasanya timbul karena timbul gejala non spesifik yang lamanya bisa dalam hitungan minggu, bulan ataupun bisa lebih dari satu tahun sebelum onset psikotik menjadi jelas. Fase prodromal dimulai dengan adanya perubahan fungsi premorbid dan bisa meluas sampai munculnya gejala psikotik. Fase inilah dapat terjadi dalam beberapa minggu atau bulan, tapi banyak juga penelitian menyatakan bahwa fase prodromal terjadi sekitar 2 sampai dengan 5 tahun. Fase ini ditandai psikotik mulai muncul dengan intensitas rendah. Pengenalan tanda dan gejala dan penanganan pada fase ini perlu diperhatikan agar tidak berkembang sampai fase aktif.
3. Fase aktif ditandai dengan gejala positif atau psikotik menjadi jelas seperti tingkah laku katatonik, inkoherensi, waham, halusinasi disertai dengan adanya gangguan afek. Hampir semua pengobatan dengan gejala tersebut dapat hilang spontan suatu saat akan mengalami eksaserbasi atau terus bertahan.
4. Fase terakhir yaitu fase residual dimana gejalanya sama dengan fase prodromal tetapi gejala positif atau psikotiknya sudah berkurang. Disamping gejala-gejala yang terjadi pada ketiga fase sebelumnya, penderita skizofrenia juga mengalami gangguan kognitif berupa gangguan berbicara spontan, mengurutkan peristiwa, eksekutif (atensi, konsentrasi, hubungan antara sosial), dan kewaspadaan. Fase residual biasanya mengikuti fase aktif penyakit, selama fase residual, gejala dari masa akut dapat hilang atau tidak mencolok lagi. Gejala negatif kemungkinan masih ada, dan afek datar dan kerusakan fungsi

peran biasa terjadi. Kerusakan residual biasanya bertambah antara masa- masa aktif psikosis.

2.1.6 Penatalaksanaan Skizofrenia

Terapi pada skizofrenia memerlukan waktu yang cukup relatif lama berbulan bahkan bisa bertahun, maksudnya untuk menekan sekecil mungkin kekambuhan (*relapse*). Terapi yang dimaksud meliputi terapi dengan obat-obatan anti skizofrenia (psikofarmaka), psikoterapi terapi psikososial dan terapi psikoreligius (Hawari, 2009).

1. Psikofarmaka

Adapun obat-obatan psikofarmaka yang ideal adalah yang memenuhi syarat-syarat antara lain sebagai berikut:

- a) Dosis yang rendah dengan efektivitas terapi dalam waktu relatif singkat
- b) Tidak adanya efek samping, walaupun ada relatif kecil
- c) *Psikoterapi rekonstruksi*, dimaksud untuk memperbaiki kembali kepribadian yang mungkin telah mengalami keretakan menjadi pribadi yang utuh seperti semula saat sebelum sakit
- d) *Psikoterapi kognitif*, dimaksud untuk memulihkan kembali fungsi kognitif (daya pikir & daya ingat) rasional sehingga penderita skizofrenia mampu membedakan nilai-nilai moral etika, mana yang baik dan mana yang buruk.
- e) *Psikoterapi psikodinamik*, dimaksud untuk menganalisa dan dapat mengurangi proses dinamika kejiwaan yang dapat menjelaskan seseorang yang jatuh sakit dan ada upaya untuk mencari jalan keluar.

- f) *Psikoterapi* perilaku dimaksud dengan memulihkan gangguan perilaku (maladaptif) menjadi perilaku yang adaptif(dapat menyesuaikan diri)
- g) *Psikoterapi* keluarga, dimaksud dengan memulihkan hubungan antara penderita dengan keluarga

2. Terapi psikososial

Terapi psikososial dimaksudkan penderita mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial di sekitarnya dan dapat merawat diri, tidak bergantung pada orang lain, sehingga tidak menjadi beban orang lain.

3. Terapi psikoreligius

Terapi keagamaan terhadap penderita skizofrenia dimaksudkan dengan gejala patologis dengan pola sentral keagamaan dapat diterapkan atau diluruskan dengan demikian keimanan penderita skizofrenia dapat dipulihkan kembali kejalan yang lurus dan benar (Hawari, 2009).

2.2 Halusinasi Pendengaran

2.2.1 Definisi

Halusinasi merupakan suatu keadaan hilangnya kemampuan individu dalam membedakan antara rangsangan (pikiran) dan juga rangsangan eksternal (dunia luar). Pasien memberi persepsi/ pendapat tentang lingkungan tanpa adanya objek atau rangsangan yang nyata. Contohnya pasien halusinasi mendengarkan suara-suara tetapi pada kenyataannya tidak ada orang yang berbicara (Muhith, 2015).

Akibat dari halusinasi adalah klien kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa saja membahayakan dirinya sendiri, orang lain maupun lingkungan (resiko melukai diri, orang lain dan lingkungan). Hal ini terjadi jika halusinasi sudah sampai fase ke IV, di mana klien akan mengalami panik dan perilaku yang dikendalikan oleh isi halusinasinya. Klien benar-benar akan kehilangan kemampuan penilaian realitas terhadap lingkungan. Dalam situasi ini klien dapat melakukan bunuh diri, bahkan membunuh orang lain dan juga dapat merusak lingkungan (Direja, 2011).

2.2.2 Jenis Halusinasi

Menurut Kusumawati dan Hartono (2010) jenis-jenis halusinasi yaitu sebagai berikut :

a. Halusinasi pendengaran atau *auditori*

Mendengarkan suara atau kebisingan yang kurang jelas ataupun yang sangat jelas sekalipun, di mana terkadang suara- suara itu seperti mengajak berbicara klien dan kadang klien mau untuk melakukan sesuatu yang diperintah oleh halusinasi tersebut

b. Halusinasi penglihatan atau *visual*

Stimulus visual berbentuk dalam kilatan atau cahaya, gambaran atau bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa saja menyenangkan atau menakutkan.

c. Halusinasi penghidu atau *olfaktori*

Membau bau-bauan tertentu seperti bau darah, urine, feses, parfum, atau bisa jadi bau-bauan yang lain. Ini sering terjadi pada seseorang pasca serangan stroke, kejang atau demensia.

d. Halusinasi pengecapan atau *gustatory*

Merasa mengecap rasa seperti darah, urine, feses atau bisa yang lainnya.

e. Halusinasi perabaan atau *taktil*

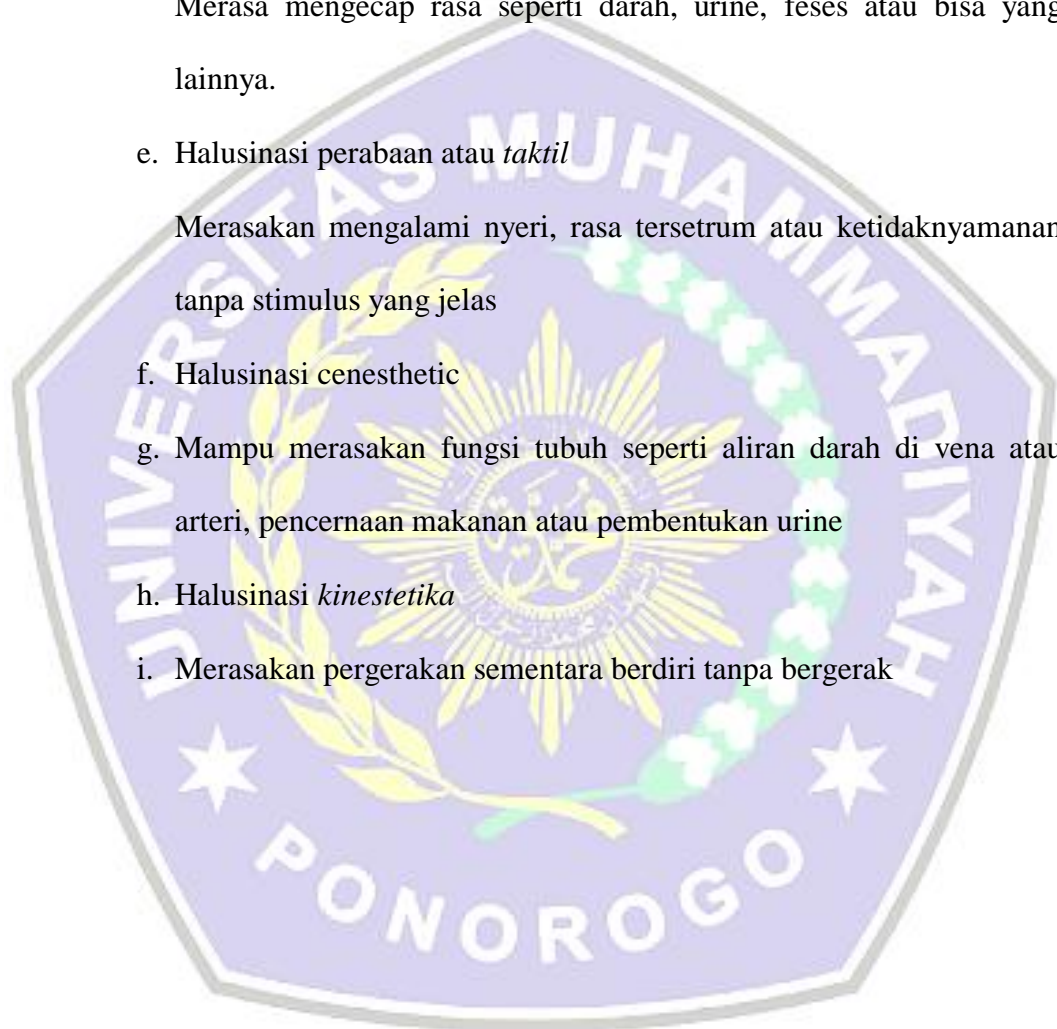
Merasakan mengalami nyeri, rasa tersetrum atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas

f. Halusinasi *cenesthetic*

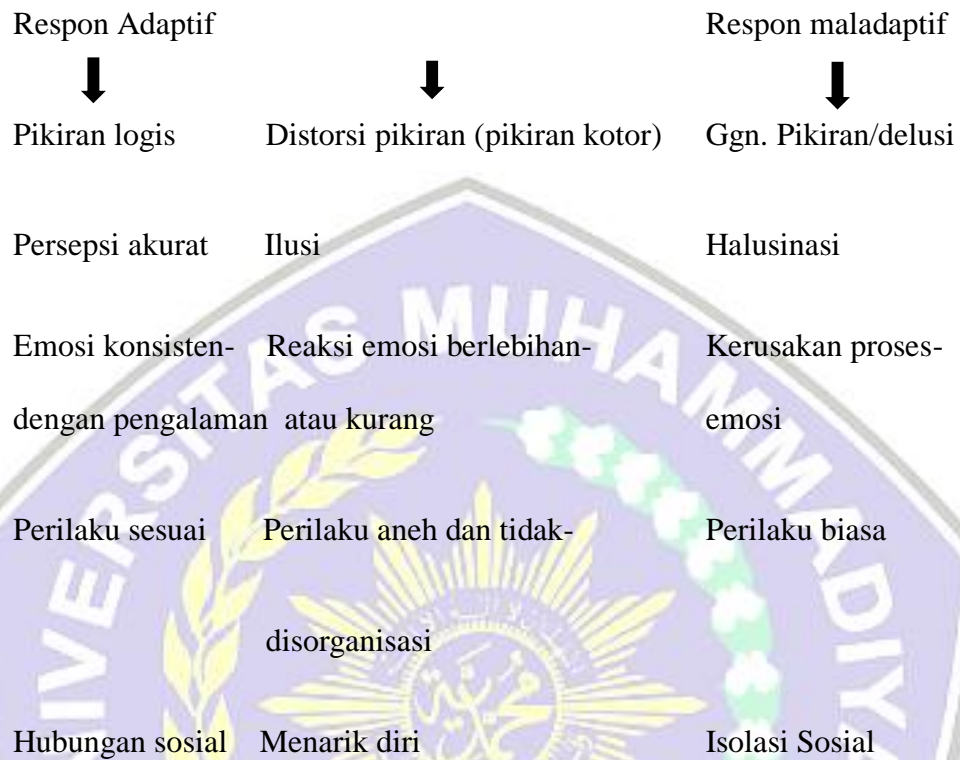
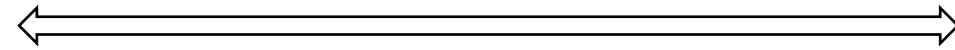
g. Mampu merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makanan atau pembentukan urine

h. Halusinasi *kinestetika*

i. Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak



2.2.3 Rentan Respon



Gambar 2.2 Rentan Respon Neurobiologis (Damaiyanti, 2012)

Rentan respon diatas dapat dilihat jenis respon individu. Respon adaptif merupakan respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas norma jika menghadapi masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut.

Respon adaptif :

- a. Pikiran logis merupakan pandangan yang mengarah pada kenyataan
- b. Persepsi akurat merupakan pandangan yang tepat pada kenyataan

- c. Emosi konsisten dengan mengalamnya ialah perasaan yang timbul dari pengalaman ahli
- d. Perilaku sosial merupakan sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran
- e. Hubungan sosial merupakan proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan sekitar

Respon psikososial meliputi :

- a. Proses pikir terganggu merupakan proses pikir yang menimbulkan gangguan
- b. Ilusi merupakan miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) dikarenakan rangsangan panca indra
- c. Menarik diri merupakan percobaan untuk menghindari dari interaksi dengan orang lain.

Respon maladaptif

Respon maladaptif merupakan respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan juga lingkungan, adapun respon maladaptif meliputi :

- a. Kelainan pikiran merupakan keyakinan yang secara kokoh dapat dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- b. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah satu persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada

- c. Kerusakan proses emosi merupakan perubahan pada sesuatu yang timbul dari hati
- d. Perilaku tidak terorganisir adalah suatu yang tidak benar
- e. Isolasi sosial merupakan kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam

2.2.4 Tanda dan gejala

Menurut Kusumawati dan Hartono (2010) tanda dan gejala halusinasi sebagai berikut :

- 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, menggerakkan 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) takut
- h. Gelisah, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel,
- i. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah

2.2.5 Proses terjadinya masalah

a. Faktor predisposisi

Menurut Yosep (2009) faktor predisposisi yang menyebabkan halusinasi merupakan :

1. Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak dini, mudah frustrasi, hilang percaya dirinya dan lebih rentan terhadap stress.

2. Faktor Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungan sekitar sejak dini akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungan.

3. Faktor Biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan yang dialami seseorang maka di dalam tubuh akan menghasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan beraktivitasnya neurotransmitter otak.

4. Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada hal seperti 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 ke alam khayal.

5. Faktor Genetik dan Pola Asuh

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

b. Faktor presipitasi

1. Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang sangat 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 terjadi.

3. Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa klien dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Awalnya halusinasi merupakan suatu ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tak jarang akan bisa mengontrol semua perilaku klien.

4. Dimensi Sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan *comforting*, klien menganggap bahwa bersosialisasi di dalam hidup nyata sangat membahayakan. Klien sangat asyik dengan halusinasinya, seolah-olah dia merupakan tepat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.

5. Dimensi Spiritual

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

2.2.6 Fase-fase Halusinasi

Menurut Direja (2011) ada 4 fase halusinasi yaitu, yaitu sebagai berikut:

a. Fase 1 (Non-psikotik)

Disebut juga dengan fase *comforting* dapat dikatakan fase menyenangkan pada tahap ini, halusinasi mampu memberikan rasa nyaman pada penderitanya, tingkat orientasi sedang, secara umum pada tahap ini halusinasi yaitu hal yang sangat menyenangkan bagi pasien.

1) Karakteristik : Mengalami kecemasan, kesepian, ketakutan dan rasa bersalah. Mencoba untuk berfokus pada pikiran yang bisa menghilangkan kecemasan. Pikiran dan pengalaman sensorik masih ada dalam kontrol kesadaran.

2) Perilaku yang muncul : Tersenyum atau tertawa-tawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, diam, respon verbal yang lambat, dan berkonsentrasi

b. Fase 2 (Non- psikotik)

Dapat disebut dengan fase *condemning* atau ansietas berat yang merupakan halusinasi menjadi menjijikan

1) Karakteristik : Pengalaman sensorik yang menakutkan, kecemasan yang meningkat, melamun dan berfikir sendiri jadi dominan. Mulai dirasakan ada bisikan yang sangat tidak jelas didengar. Pasien tidak ingin orang lain mengetahuinya dan penderita tetap dapat mengontrol.

2) Perilaku yang muncul : Terjadi reaksi yang muncul seperti peningkatan denyut jantung, pernafasan meningkat, dan tekanan darah, perhatian terhadap lingkungan menurun, konsentrasi terhadap pengalaman sensorik menurun, dapat kehilangan kemampuan dalam membedakan antara halusinasi dan nyata.

c. Fase 3 (psikotik)

Dapat disebut dengan fase *controlling* dimana pasien biasanya tidak bisa mengontrol dirinya, tingkat kecemasan berat, dan halusinasi tidak bisa ditolak lagi

1) Karakteristik : Pasien menyerah dan menerima pengalaman sensoriknya, dalam halusinasi menjadi atraktif, pasien menjadi kesepian bila pengalaman sensori berakhir.

2) Perilaku yang muncul : Pasien menuruti perintah halusinasi, sulit berkomunikasi dengan orang lain, perhatian dengan lingkungan sesaat, tidak dapat mengikuti perintah yang realita, pasien tampak tremor dan berkeringat

d. Fase 4 (psikotik)

Dapat disebut juga dengan fase *conquering* atau kepanikan, pasien sudah sangat dikuasai oleh halusinasi dan biasanya pasien terlihat panik.

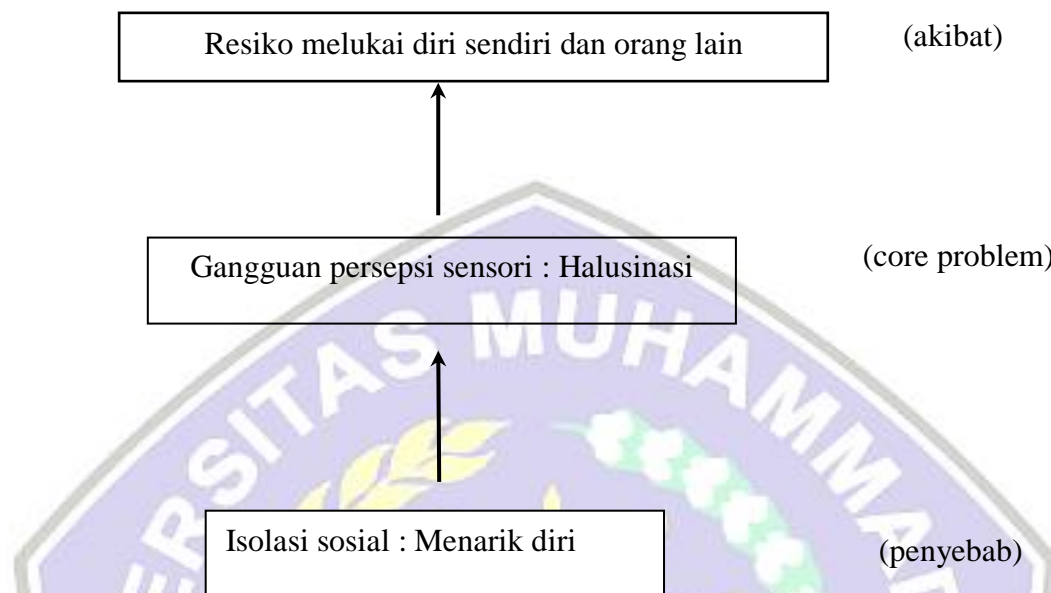
1) Karakteristik : Halusinasi pada dirinya berubah menjadi bermacam, membentak, dan memarahi pasien. Pasien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol, dan tidak bisa berhubungan secara realita dengan orang disekitarnya.

2) Perilaku yang muncul : Perilaku teror akibat panik, potensi bunuh dirinya, agitasi, perilaku kekerasan, menarik diri, tidak memiliki kemampuan merespon terhadap perintah kompleks, dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang.



2.2.7 Pohon Masalah

Menurut Trimelia (2012), pohon masalah pada pasien dengan gangguan sensori : Halusinasi dengar sebagai berikut :



2.1 Gambar Pohon Masalah Halusinasi (Trimelia, 2012)

2.2.8 Konsep Terapi Psikoreligius dan Spiritual

Terapi yang digunakan dalam penelitian ini adalah terapi psikoreligius Dzikir. Pasien mengucapkan lafaz sebagai berikut: *Subhanallah, Alhamdulillah, Allahuakbar, Lailahailallah, Bismillahirohmanirohimi*. Dilakukan ketika pasien sedang mendengarkan suara-suara, ketika sedang sendiri, dan setelah shalat. Peneliti menggunakan terapi dzikir dikarenakan dzikir menurut bahasa berasal dari kata “dzakar” yang dapat diartikan ingat. Dzikir juga biasa diartikan “ menjaga dalam ingatan”. Jika seseorang melakukan dzikir kepada Allah berarti seseorang yang selalu ingat kepada Allah ta’ala. Dzikir menurut syara yang artinya ingat kepada Allah dengan etika

tertentu yang sudah ditentukan Al Qur'an dan hadist dengan tujuan menyucikan hati dan juga mengagungkan Allah. Menurut Ibnu Abbas ra. Dzikir yaitu konsep, wadah, sarana agar manusia tetap terbiasa dzikir kepada Allah ketika berada diluar shalat. Tujuan dari dzikir yaitu mensucikan hati dan jiwa, mengagungkan Allah selaku hamba yang selalu bersyukur, dzikir dapat menyehatkan tubuh, dapat mengobati penyakit dengan metode ruqyah, mencegah manusia dari bahaya nafsu setan (Fatihuddin, 2010).

Terapi yang digunakan pada penelitian ini adalah terapi psikoreligius: membaca Al Fatihah, terapi psikoreligius ini sangat efektif dan terbukti mampu mengurangi penderitaan, meningkatkan proses adaptasi dan menyembuhkan dari penyakit kejiwaan. (Yosep, 2011). pembacaan Al Qur'an terbukti dapat mendatangkan ketenangan jiwa baik yang membaca maupun yang mendengarkannya. Peneliti menggunakan surat Al Fatihah karena surat Al Fatihah mampu menurunkan tingkat depresi dan membaca surat Al Fatihah sebanyak 70 kali dapat menyembuhkan tremor atau gemeteran (Wiradisuria, 2016).

Terapi yang digunakan pada penelitian ini adalah Terapi spiritual. Terapi spiritual dzikir sudah dibuktikan dapat menurunkan halusinasi pada pasien. Pada penelitian ini ingin dilakukan kombinasi terapi generalis individu dengan terapi spiritual yaitu dengan dzikir yang digabungkan dengan teknik distraksi menghardik yang mungkin diharapkan dapat mengefisienkan dan mengefektifkan tindakan keperawatan menurut (Hidayati et al 2014) dan (Gasril, 2015). Dan

terapi spiritual islam dikombinasikan dalam asuhan keperawatan walaupun sebenarnya pasien muslim hidup sebagai kaum minoritas (Rasool, 2018).

2.3 Konsep Mengontrol Haluisnasi dengan Terapi Psikoreligius

2.3.1 Definisi

Mengontrol halusinasi merupakan suatu upaya tindakan keperawatan untuk memutus halusinasi pada pasien skizofrenia. Salah satu cara mengontrol halusinasi untuk pasien halusinasi pendengaran adalah mengahrdik mengatakan tidak pada halusinasi jika halusinasi muncul. Minum obat secara teratur dapat mengontrol halusinasi sesuai dengan program terapi dokter. Bercakap-cakap dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain dapat mengontrol halusinasi, ketika pasien bercakap-cakap dengan orang lain akan terjadi distraksi, fokus pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan. Terakhir melakukan aktivitas terjadwal dengan beraktivitas dapat mengurangi resiko halusinasi yang muncul yaitu dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang sudah terjadwal. (Keliat & Akemat, 2012)

Walaupun terapi psikoreligius belum ada dalam standar asuhan keperawatan. Namun terapi pikoreligius sudah terbukti dapat menurunkan halusinasi pasien dan mampu dikombinasikan sebagai terapi tambahan sampai saat ini, itu termasuk cara untuk dapat memutus halusinasi dengan psikoreligius (Hidayat et al, 2014)

Terapi psikoreligius merupakan suatu pengobatan penyakit dengan kekuatan batin atau rohani, bukan pengobatan dengan obat-

obatan. Psikoreligius sendiri diambil dari kata *psyche* (inggris) dan *psuche* (yunani) yang artinya nafas, kehidupan, jiwa, roh, sukma, dan semangat. Jiwa sendiri merupakan sesuatu yang menyangkut batin dan watak manusia bukan bersifat badan, bukan juga fisiknya melainkan pembangunan psikis. Disini mental dihubungkan dengan akal, pikiran, dan ingatan (Suharso dan Ana Retnoningsih, 2013)

Terapi psikoreligius membaca al-fatihah lebih efektif karena dengan hasil penurunan yang signifikan perubahan dari 38,00 menjadi 17,00. Pemberian terapi psikoreligius akan membantu menurunkan skor halusinasi dengan cara membaca al-fatihah dilakukan selama satu minggu sebanyak 6 kali dengan tempo yang lambat (<60 ketukan/menit). Tindakan terapi psikoreligius merupakan tindakan yang dapat memberikan rasa nyaman dan tenang pada pasien. Al-fatihah juga dapat menurunkan depresi dengan menurunkan produksi hormon kortisol yang dipengaruhi oleh thalamus melalui *coliculus superior* dan *coliculus inferior* dan hypothalamus dengan merangsang system endokrin. Surat al-fatihah juga memiliki kedudukan yang tinggi dengan sebutan Ummul Kitab yang artinya induk dari seluruh Al-Quran. Surat al-fatihah ini terdiri dari 7 ayat dan merupakan surat paling populer dan paling dihafal oleh umat muslim (Julianto & Subandi, 2015)

2.3.2 Tujuan Terapi Psikoreligius

Tujuan terapi psikoreligius untuk menjadikan manusia yang berakhlak mulia dan sempurna, guna terciptanya manusia yang taat kepada agama, dimana agama menjiwai dalam kehidupan, tingkah laku

dan perbuatan manusia, sehingga akan terciptanya manusia yang adil, tentram, aman demi mencapai kebahagiaan didunia maupun diakhirat. Hidup akan bermakna bila disertai dengan agama dan sebaliknya bila manusia tanpa agama hidup tidak akan merasa tenang, bahkan jiwanya akan terganggu yang selanjutnya dapat mengakibatkan timbulnya gangguan-gangguan kejiwaan (Amin Syukur, 2011)

2.3.3 Penatalaksanaan Terapi Psikoreligius

Penatalaksanaan terapi psikoreligius berbentuk berbagai ritual keagamaan, yang dalam agama islam seperti melaksanakan shalat, puasa, berdoa, membaca shalawat, berdzikir, mengaji, siraman rohani, dan membaca buku-buku keagamaan yang berkaitan dengan agama (Amin Syukur, 2011).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi Pendengaran

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian tahap awal merupakan tahap dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien (Damayanti & Iskandar, 2012).

Pengkajian Keperawatan sebagai berikut :

1. Identitas

- a. Identitas klien : yang perlu ditulis nama, jenis kelamin gejala skizofrenia muncul pada usia 15-25 tahun lebih banyak ditemukan pada laki-laki dibandingkan pada perempuan (Ashturkar & Dixit, 2013).
Umur (biasanya usia produktif), agama, pendidikan (segala jenis atau tingkat pendidikan beresiko terhadap halusinasi pendengaran),

pekerjaan (tingkat keseriusan atau tuntutan dalam pekerjaannya yang dapat menimbulkan masalah), ruang rawat dan alamat.

2. Alasan masuk dan faktor presipitasi

Faktor pencetus yaitu stres, sosial budaya dan biokimia. Stres dan serta kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dari orang yang penting atau disingkirkan dari kelompok atau bisa lingkungan. Faktor kesehatan juga bisa berpengaruh biasanya meliputi : kurang tidur dan kelelahan, lingkungan seperti kurang kebebasan dalam hidup, dukungan sosial, tekanan kerja. Faktor yang membuat klien melakukan halusinasi pendengaran (Damayanti & Iskandar, 2012).

3. Faktor Predisposisi

Faktor yang berhubungan terjadinya halusinasi bisa disebabkan karena faktor genetik, dimana sebagian besar pasien dengan halusinasi mempunyai riwayat keturunan dari keluarganya. Hal-hal yang menyebabkan perubahan halusinasi pendengaran klien, baik dari pasien, keluarga, maupun lingkungan

4. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan pada penderita dengan halusinasi dilakukan pendekatan persistem meliputi :

- a. Sistem integumen : gangguan kebersihan kulit, tampak kotor, bau badan
- b. Keadaan umum klien : klien dengan halusinasi pendengaran biasanya tersenyum sendiri, berbicara sendiri, gampang curiga, gelisah, berusaha menghindar dari orang lain yang menyebabkan perubahan memori, kognitif, alam perasaan dan kesadaran.

c. Pemeriksaan tanda vital klien

1. Tekanan darah : (hipertensi atau normal)
2. Nadi : normal atau tidak
3. Suhu : normal atau meningkat
4. Pernapasan : panjang atau pendek
5. Berat badan : mengalami penurunan akibat kurangnya nafsu makan
6. Keluhan fisik : gelisah, berbicara sendiri, gampang curiga

5. Aspek psikologis, sosial dan spiritual

a. Aspek psikologi

1. Genogram berisikan tentang struktur keluarga dengan minimal tiga generasi.

Menjelaskan : diturunkan, 1% populasi umum tetapi 10% pada masyarakat yang berkaitan dengan hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakak laki-laki atau perempuan dengan skizofrenia. Masyarakat yang berkaitan hubungan derajat kedua seperti paman, bibi, kakek atau nenek, dan sepupu dinyatakan lebih sering dibandingkan dengan populasi umum. Kembar identik 40% sampai 65% berpeluang menderita penyakit skizofrenia, sedangkan kembar dizigotik sebanyak 12%. Anak dan kedua orangtua yang skizofrenia berpeluang 40%, satu orang tua 12% Luana (dalam Prabowo, 2014).

2. Konsep diri

- a. Citra tubuh : klien dengan halusinasi masih dapat memperhatikan penampilan tubuhnya, namun jika karena harga diri rendah biasanya klien tidak memperhatikan penampilannya

- b. Identitas diri : meliputi posisi pasien di keluarga, status dan kepuasan klien sebagai perempuan maupun laki-laki
- c. Peran diri : dikatakan peran yang diemban oleh klien di lingkungan dan keluarga
- d. Ideal diri : persepsi seseorang tentang bagaimana dia harus berperilaku sesuai standar diri
- e. Harga diri : penilaian kepribadian terhadap hasil yang dicapainya dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal sebagai manusia

b. Aspek sosial

Klien *skizofrenia* dengan halusinasi biasanya menunjukkan sifat curiga dan bermusuhan, menarik diri, menghindar dari orang lain. Sangat mudah tersinggung sehingga klien mengalami kesukaran untuk berinteraksi dengan lingkungan dan orang lain.

c. Aspek spiritual

Meliputi keyakinan dan nilai yaitu pandangan dan keyakinan pasien terhadap gangguan jiwa, pandangan orang lain tentang gangguan jiwa

6. Status mental

- a. Penampilan : pada klien dengan masalah halusinasi biasanya tidak terlihat menyimpang pada penampilannya, dan tidak terlihat seperti orang gangguan jiwa, sebab halusinasi tidak setiap saat muncul
- b. Pembicaraan : klien biasanya berbicara dengan cepat dan inkoherensi
- c. Aktivitas motorik : klien dengan masalah halusinasi biasanya tampak terlihat lesu, sering murung di tempat tidur, gelisa dan menatap kosong.

- d. Alam perasaan : apakah klien tampak terlihat sedih, gembira berlebihan, putus asa, ketakutan, khawatir.
- e. Afek : apakah klien datar saja, tumpul labil atau tidak sesuai dengan semestinya klien dengan *skizofrenia*, afek klien labil dan tidak sesuai
- f. Interaksi selama wawancara : bagaimana klien kooperatif, bermusuhan, kontak mata kurang
- g. Persepsi : meliputi persepsi mengenai tentang halusinasi pendengaran.
Klien dengan halusinasi perlu dikaji lebih dalam tentang halusinasinya mengenai isi, jenis halusinasi, frekuensi, waktu, situasi dan respon klien saat halusinasi datang.
- h. Isi pikir : kadang didapati ada ide yang tidak realistis seperti waham
- i. Proses pikir : apakah pembicara klien akan mengalami *sirkumstansial*, kehilangan *asosiasi*, *tangensial*, *flight of idea* dan *blocking*
- j. Tingkat kesadaran : apakah pasien dapat mengingat kejadian saat ini, selanjutnya kejadian yang baru saja terjadi serta kejadian masa lalu.
Pasien dengan masalah halusinasi biasanya sadar, tak mengalami gangguan tingkat kesadaran
- k. Tingkat konsentrasi dan berhitung
Klien kurang memusatkan perhatian dan konsentrasi mungkin karena tenggelam dalam halusinasinya. Umumnya kemampuan berhitung pasien halusinasi masih baik
- l. Kemampuan penilaian : klien dengan masalah halusinasi tidak ada kesulitan dalam menyelesaikan masalah, klien juga mampu mengambil keputusan dengan tepat

m. Daya tarik diri : klien dengan masalah halusinasi biasanya mengetahui kenapa dia bisa masuk ke rumah sakit

7. Kebutuhan persiapan pulang

Meliputi dengan siapa klien tinggal sepulang dari rumah sakit, rencana untuk lanjut minum obat dan kontrol, pekerjaan yang dilakukan, aktivitas untuk mengisi waktu kosong dan sumber biaya, dan disertai juga orang-orang yang dapat mensupport sistem bagi klien terakhir tempat rujukan perawat atau pengobatan (Damayanti & Iskandar, 2012).

8. Mekanisme koping

Klien dengan *skizofrenia* dengan masalah halusinasi perlu dikaji mekanisme koping yang dibuat untuk klien sebelum pasien masuk rumah sakit maupun saat mekanisme koping pasien selama dalam masalah di rumah sakit jiwa

9. Masalah psikososial dan lingkungan

Harus dikaji seperti apa masalah psikososialnya dan masalah klien di lingkungan, apakah klien bermasalah dengan orang-orang di sekitarnya

10. Pengetahuan klien

Pengetahuan klien dengan masalah halusinasi perlu juga dikaji untuk mengetahui seberapa jauh klien mengenal tentang penyakitnya. Hal ini digunakan untuk merencanakan tindakan dan kegiatan selanjutnya

11. Aspek medik

Klien *skizofrenia* dengan masalah halusinasi biasanya mendapatkan obat-obatan anti psikosis meliputi : Haloperidol, Chlorpromazine, dan

antikolinergik seperti : Triheksifenidil serta juga *Electroconvulsive Therapy* (ECT) (Damayanti & Iskandar, 2012)

2.4.2 Diagnosis Keperawatan

Menurut (Yosep, 2011) mungkin diagnosa yang muncul diantaranya :

Gangguan persepsi sensorik : Halusinasi pendengaran

2.4.3 Intervensi

Dx : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran

1. Tujuan umum

Klien dapat mengontrol halusinasinya yang dialaminya

2. Tujuan khusus

1. Klien dapat membina hubungan saling percaya
2. Klien dapat mengenal halusinasi
3. Klien dapat mengontrol halusinasi
4. Klien memilih cara mengatasi seperti yang sudah didiskusikan
5. Klien juga harus ada dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi
6. Klien dapat memanfaatkan obat secara teratur

3. Intervensi

1. Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik
2. Sapa klien dengan sopan
3. Perkenalkan diri dengan baik dan sopan
4. Tanyakan kepada klien nama lengkap (nama kesukaan)
5. Jelaskan tujuan diadakannya pertemuan

6. Tunjukkan sikap empati
7. Beri perhatian kepada klien
8. Observasi tingkah laku klien tertarik dengan halusinasi
9. Membantu klien mengenal halusinasinya
10. Diskusikan dengan klien situasi yang menimbulkan halusinasi
11. Mengidentifikasi bersama klien cara tindakan yang akan dilakukan jika halusinasi muncul
12. Diskusikan manfaat yang dilakukan klien dan beri pujian pada klien
13. Diskusikan cara klien untuk memutuskan mengontrol halusinasi
14. Membantu klien memutuskan halusinasi
15. Memberi kesempatan untuk melakukan cara yang dilatih
16. Anjurkan klien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi
17. Diskusikan dengan keluarga saat berkunjung tentang gejala halusinasi yang dialami oleh klien
18. Cara yang dapat dilakukan klien untuk memutuskan halusinasi
19. Cara merawat halusinasi di rumah, jangan biarkan klien sendirian beri klien kegiatan
20. Beri *reinforcement* karena sudah berinteraksi
21. Diskusikan kepada klien keluarga tentang dosis, frekuensi, dan manfaat obat
22. Ajarkan klien minta obat sendiri kepada perawat dan dapat merasakan manfaat

23. Anjurkan klien bicara minta kepada dokter tentang manfaat, efek samping obat
24. Bantu klien minum obat (Yosep, 2011)

2.4.4 Hasil Analisis

Hasil dari 3 artikel jurnal yaitu sebagai berikut :

1. Artikel Jurnal 1

- a. Jurnal : Jurnal Media Publikasi Penelitian;2017: Vol 15;No 1.
- b. ISSN : -
- c. Judul : Pengaruh Terapi Psikoreligius: Dzikir Pada Pasien Halusinasi Pendengaran di RSJD dr. Arif Zainudin
- d. Penulis : Deden Dermawan
- e. Tujuan : Penelitian ini untuk mengetahui pengaruh dzikir untuk mengatasi pasien yang halusinasi pendengaran.
- f. Desain : Deskriptif kualitatif dengan pendekatan proses keperawatan (*nursing proces*)
- g. Populasi : Pasien dengan halusinasi pendengaran sebanyak 8 pasien
- h. Hasil : Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa hasil perbandingan tersebut mendapatkan hasil dari 8 responden sebanyak 5 responden merasakan ada tanda dan gejala halusinasi berkurang, merasa bahwa dirinya lebih tenang. Sebanyak 3 responden tidak mengalami perubahan pelaksanaan keperawatan dilakukan 3-8 hari sejak 30 Maret-15 April. Implementasi yang dilakukan oleh 8

responden dengan melakukan dzikir setiap waktu luang, ketika klien sedang mendengar suara-suara palsu dan ketika sholat. Responden mengucapkan lafaz zikir: *Subhanallah, Alhamdulillah, Allahuakbar, Lailahailallah, Bismillahirrohmanirohim*. Perkembangan 8 responden setelah diberikan tindakan selama 2 minggu sebagai evaluasi sebanyak 5 responden mengatakan bahwa halusinasi berkurang setelah melakukan dzikir, dan 3 responden lainnya belum mengalami perubahan.

2. Artikel Jurnal 2

- a. Jurnal : Jurnal Ners Indonesia, Vol.8 No.1 , September 2017
- b. ISSN : -
- c. Judul : Pengaruh Terapi Psikoreligius: Membaca Al Fatihah Terhadap Skor Halusinasi Pasien Skizofrenia
- d. Penulis : Sri Mardiaty, Veny Elita, Febriana Sabrian
- e. Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi psikoreligius: membaca Al Fatihah terhadap skor halusinasi pasien skizofrenia
- f. Desain : *Quasi experiment dengan pendekatan pretest-posttest design with control group*
- g. Populasi : Pasien halusinasi pendengaran sebanyak 34
- h. Hasil : Hasil sebagai berikut responden berusia antara 17-69 tahun dengan mayoritas jenis kelaminnya adalah laki-laki (73,5%) dan paling banyak berpendidikan SD (44,1%). Mayoritas

pekerjaan responden merupakan yang tidak bekerja (35,5%) dan status pernikahan yang paling banyak adalah belum menikah (70,6%). Hasil penelitian ini juga didapatkan rata-rata lama dirawat pasien adalah < 6 bulan (91,2%). Penelitian dapat disimpulkan bahwa hasil tersebut statistik menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna antara skor halusinasi setelah diberikan terapi psikoreligius : membaca al fatihah pada kelompok eksperimen dan pada kelompok kontrol dengan p value $(0,019) < \alpha (0,05)$, dengan tempo yang lambat (<60 ketukan/menit) selama 1 minggu sebanyak 6 kali dilakukan saat waktu luang dan pada saat sholat terapi psikoreligius: membaca al fatihah efektif terhadap penurunan skor halusinasi. Penurunan skor halusinasi pada responden menunjukkan bahwa responden dengan pemberian terapi ini mampu mengontrol halusinasi. Skor halusinasi pada kelompok eksperimen didapatkan nilai yang signifikansi (p value) $0,019 < \alpha (0,05)$, maka dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak. Hal ini bisa dikatakan ada perbedaan antara pretest dan posttest dan terjadi penurunan nilai median pretest dan posttest diberikan terapi psikoreligius : membaca al fatihah itu dari 38,00 menjadi 17,00 berarti dapat disimpulkan bahwa adanya penurunan skor halusinasi pada kelompok eksperimen yang sudah diberikan terapi psikoreligius: membaca al fatihah. Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terapi ini berpengaruh terhadap

penurunan skor halusinasi pasien skizofrenia yang dilakukan di RSJ Tampan Provinsi Riau.

3. Artikel Jurnal 3

- a. Jurnal : Jurnal Keperawatan Vol. 11 No. 3 September 2019, hal 177- 190
- b. ISSN : p-ISSN 2085-1049, e-ISSN 2549-8118
- c. Judul : Pengaruh Teknik Distraksi Menghardik dengan Spiritual Terhadap Halusinasi Pasien
- d. Penulis : Nurlaili, Adnil Edwin Nurdin, Dewi Eka Putri
- e. Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh teknik distraksi menghardik dengan spiritual terhadap halusinasi pasien
- f. Desain : *Quasi experimental pre-post test with control group*
- g. Populasi : 94 pasien halusinasi pendengaran
- h. Hasil : Hasil Penelitian dapat disimpulkan bahwa hasil dari penelitian ini membuktikan dengan modifikasi asuhan keperawatan antara teknik distraksi menghardik dengan terapi spiritual terdapat adanya perbedaan halusinasi pasien secara bermakna antara kelompok intervensi yang dibandingkan dengan kelompok kontrol dengan nilai p value 0.000. halusinasi pasien di kelompok intervensi pada saat pretest adalah 28,30 dan pada saat posttest adalah 17,91. Hasil uji paired t-test didapatkan p-value 0,000 ($p < 0,05$) yang berarti menunjukkan hasil yang signifikan

yaitu terdapat pengaruh perlakuan teknik distraksi menghardik dengan spiritual terhadap halusinasi pasien pada kelompok intervensi. Teknik distraksi menghardik dengan spiritual zikir terbukti mampu menurunkan halusinasi pasien pada seluruh karakteristik. Evaluasi penurunan halusinasi terjadi penurunan poin yang bervariasi dimulai dari 2 poin sampai 19 poin. Adanya pengaruh yang sangat signifikan dari penerapan teknik distraksi menghardik dengan spiritual penurunan halusinasi pasien dengan nilai p value 0,000 yang artinya hipotesis Ha pada penelitian ini diterima. Penelitian ini pada bulan April-Mei 2019. Ruang intermediate Rumah Sakit Jiwa Aceh.

2.4.5 Kajian Intervensi Dalam Al-Quran

Riwayat ala- Tarmizi (2988) dan Ibu Hibban (993). Kata Imam ala-Tarmizi Hadis ini adalah Hadis oleh Hasan Ghaib

عَنْ أَنَسِ بْنِ مَالِكٍ يَقُولُ قَالَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ لِأَبِي طَلْحَةَ التَّمِيسِ غُلَامًا مِنْ غِلْمَانِكُمْ بِخُدْمِي فَخَرَجَ بِي أَبُو طَلْحَةَ يُرِدْفِينِي وَرَاءَهُ فَكُنْتُ أَخْدُمُ رَسُولَ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ كُلَّمَا نَزَلَ فَكُنْتُ أَسْمَعُهُ يُكْتَبِرُ أَنْ يَقُولَ اللَّهُمَّ إِنِّي أَعُوذُ بِكَ مِنَ الْهَمِّ وَالْحَزَنِ وَالْعَجْزِ وَالْكَسَلِ (وَالْبُخْلِ وَالْجُبْنِ وَضَلَعِ الدِّينِ وَغَلْبَةِ الرَّجَالِ) (رواه البخارى)

“Dari Anas bin Malik bahawa Nabi Sawa bersabda kepada Abu Talhah : Carilah seorang anak kecil dari milikmu untuk melayaniku (selama kepergianku ke Khabar). Abu Talhah keluar bersamaku dengan memboncengku. Saat itu aku hanya seorang anak kecil yang hamper baligh. Aku melayani Rasulullah SAWA saat beliau singgah dan aku selalu mendengar kan Nabi banyak memohon doa : Ya Allah, aku

berlindung kepadamu-Mu dari sifat (Jiwa) gelisah, sedih, lemas, malas berfikir, mengecut, terlilit hutang, dan dikuasai manusia” (DR ala Bukhari)

2.4.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Tindakan yang akan dilakukan bertujuan untuk membantu klien dalam memenuhi kebutuhan yang tidak bisa dipenuhi oleh diri sendiri. Mengarahkan /membantu mengatasi permasalahan yang sedang dihadapinya (Herman, 2011). Sebelumnya perawat melakukan tindakan yang sudah direncanakan, perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan sudah sesuai dan dibutuhkan oleh klien saat ini.

Menurut Dermawan & Rusdi (2013) tindakan keperawatan pada klien halusinasi terdiri dari tindakan keperawatan untuk klien dan tindakan keperawatan pada keluarga

b. Tindakan keperawatan untuk klien meliputi :

1. Tujuan tindakan klien mampu mengenali halusinasi yang sedang dialaminya, klien dapat mengontrol halusinasinya, klien harus mengikuti program pengobatan secara optimal

2. Tindakan keperawatan meliputi :

- a. Membantu klien untuk mengenali halusinasi

Untuk membantu klien mengenal halusinasi, dapat dilakukan dengan cara diskusi dengan klien tentang isi halusinasi (apa yang sedang didengar), waktu terjadinya halusinasi, frekuensi,

keadaan atau situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan respon klien saat halusinasi muncul

b. Melatih klien mengontrol halusinasinya

Membantu untuk klien agar mampu mengontrol halusinasi, dapat melatih pasien dengan 4 cara yang dapat mengendalikan halusinasinya, yaitu :

1. Menghardik halusinasi

Dapat diartikan sebagai upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan menolak halusinasi yang muncul. Klien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang didengar atau tidak memperdulikan halusinasi. Jika dapat dilakukan oleh klien, ini akan mampu mengendalikan dan tidak mengikuti halusinasi saat muncul. Kemungkinan halusinasi yang akan muncul kembali tetap ada, namun dengan kemampuan ini klien tidak larut untuk mengikuti apa yang ada di halusinasinya. Tahap tindakan keperawatan meliputi menjelaskan cara menghardik, memperagakan cara menghardik, meminta klien untuk memperagakan ulang, dan memantau menerapkan cara ini, menguatkan perilaku klien.

2. Menggunakan obat secara teratur

Cara untuk menghindari kekambuhan atau muncul kembali halusinasi tersebut, klien perlu mengonsumsi obat secara teratur dengan menjelaskan manfaat minum obat,

menjelaskan akibat jika nanti putus obat, menjelaskan bagaimana mendapatkan obat, dan juga jelaskan cara menggunakan dengan 5 benar (benar obat, benar klien, benar cara, benar waktu, dan benar dosis)

3. Bercakap-cakap dengan orang lain

Cara untuk mengontrol halusinasi dapat juga dengan bercakap-cakap dengan teman atau orang lain. Ketika klien bercakap-cakap dengan temannya maka terjadi distraksi. Fokus perhatikan klien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan temannya tersebut. Sehingga salah satu cara efektif untuk mengontrol halusinasi itu adalah dengan menganjurkan klien untuk bercakap-cakap terhadap temannya atau orang lain.

4. Melakukan aktivitas terjadwal

Dengan melakukan cara beraktivitas terjadwal, klien tidak akan memiliki banyak waktu luang sendiri yang dapat mencetuskan halusinasi. Klien dapat menyusun jadwal dari bangun pagi hingga menjelang tidur malam. Tahapannya adalah menjelaskan kepada klien pentingnya beraktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi, mendiskusikan aktivitas yang biasanya dilakukan oleh klien, melatih melakukan aktivitas, menyusun aktivitas sehari-harinya, membantu melaksanakan jadwal kegiatan, dan juga memberi penguatan pada klien yang sifatnya membangun dan positif.

a) SP 1 Pasien : membantu klien mengenal halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan bagaimana klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

b) SP 2 Pasien : melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan teman atau orang lain.

c) SP 3 Pasien : melatih klien mengontrol halusinasi dengan melaksanakan aktivitas terjadwal

d) SP 4 Pasien : melatih klien menggunakan obat secara teratur

c. Tindakan keperawatan untuk keluarga meliputi :

Tujuan dari tindakan keperawatan keluarga agar keluarga dapat terlibat dalam perawatan klien baik di rumah sakit atau saat sudah pulang serta keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif untuk klien.

1. Tindakan keperawatan

Keluarga merupakan faktor terpenting yang menentukan keberhasilan asuhan keperawatan pada klien halusinasi.

Dukungan keluarga selama klien dirawat di rumah sakit sangat dibutuhkan sehingga klien termotivasi untuk cepat sembuh. Perawat memberikan pendidikan kesehatan terhadap keluarga klien agar menjadi pendukung yang efektif.

2. Tindakan keperawatan untuk keluarga dengan pendekatan strategi pelaksanaan (SP)

SP 1 Keluarga : pendidikan kesehatan tentang gangguan halusinasi

SP 2 Keluarga : melatih keluarga untuk praktek merawat klien langsung dihadapan klien dan berikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien dengan halusinasi langsung di hadapan klien

SP 3 Keluarga : membuat perencanaan pulang bersama dengan keluarga. Dermawan & Rusdi (2013)

2.4.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk bisa menilai afek dari tindakan keperawatan pada klien. Hal tersebut terus dilakukan menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dibagi dua yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melakukan tindakan kepada klien, evaluasi hasil/sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon klien dan tujuan khususnya dan serta umumnya telah ditentukan (Herman, 2011). Bisa dengan SOAP sebagai pola pikir

S : Respon subyektif terhadap intervensi yang dilakukan

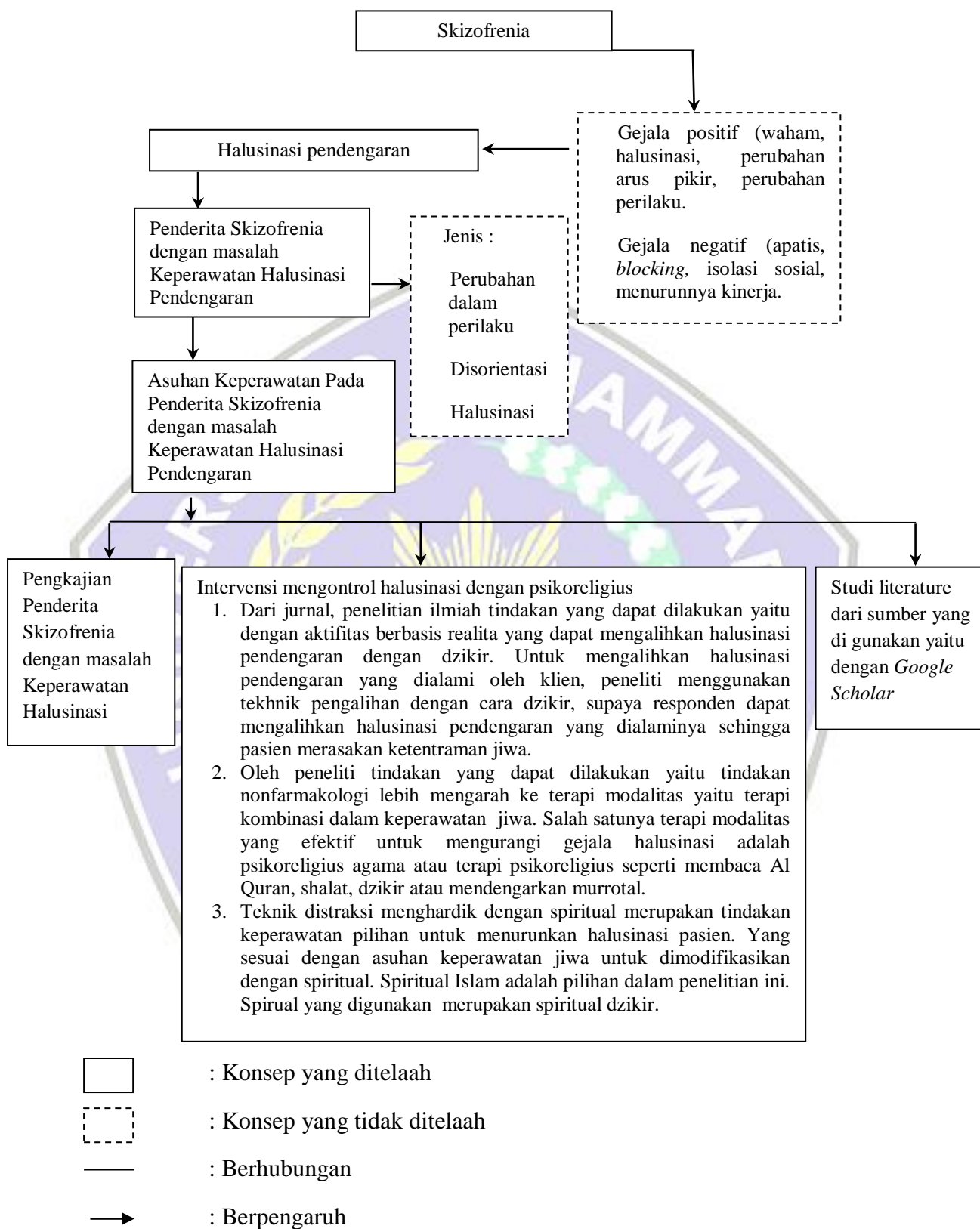
O : Respon objektif terhadap intervensi yang dilakukan

A :Analisa ulang atas data subjektif serta objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap, sudah teratasi, atau ada masalah baru serta data yang kontradiksi dengan masalahnya

P : Perencanaan/tindak lanjut berdasarkan hasil dari analisa pada respon klien.



2.5 Hubungan Anta Konsep



Gambar 2.4.8 Hubungan Antar Konsep Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Penderita Skizofrenia dengan masalah Keperawatan Halusinasi Pendengaran