

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

1.1 Konsep Skizofrenia

1.1.1 Pengertian

Skizofrenia adalah gangguan yang terjadi pada fungsi otak, penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, Bahasa, emosi dan perilaku sosialnya (Yosep, 2011). Skizofrenia adalah kombinasi dari gangguan pemikiran, gangguan persepsi, kelainan perilaku, gangguan efektif, 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 di sebut kambuh yang di mana klien mengalami sensasi di samping perasaan biasa mereka. Sensasi tambahan ini di kenal sebagai gejala positif, meskipun mereka jauh dari positif yang di inginkan. Gejala positif itu sendiri adalah halusinasi, delusi dan pikiran bingung yang tampaknya Kembali secara berkala, kemungkinan besar di picu oleh berbagai

stressor. Mereka biasanya merespon dengan baik untuk rawat inap, pengobatan, dan terapi interaktif. Selama periode non – akut, klien sering mengalami gejala negative. Contoh gejala negative adalah sikap apatis, kurangnya motivasi, pengaruh yang tumpul dan hilangnya kehangatan. Gejala negative lebih kompleks dan sulit di obati (Katherine dan patricia, 2004).

1.1.2 Faktor Penyebab Skizofrenia

Membuat 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 dari pada sekitar 1 % populasi umum. Pewarisan genetika lebih besar menyebabkan resiko yang lebih besar. Oleh karena itu, resiko pada anak – anak lebih besar jika kedua orang tuanya menderita skizofrenia dari pada hanya salah satunya (Puri, 2011)

2. Faktor prenatal

Skizofrenia lebih sering terjadi pada mereka yang lahir di akhir musim dingin dari awal musim semi. Skizofrenia terutama sering di alami mereka yang saat prenatal terpajan dengan epidemi influenza anantara bulan ketiga dan ketujuh kehamilan. Di perkirakan penyebabnya mungkin adalah infeksi virus maternal.

3. Faktor perinatal

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

4. Kepribadian

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

5. Stressor psikososial

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

6. Stressor psikososial

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 kurang stimulasi dalam lingkungan sosial pasien dengan skizofrenia kronik, telah mengakibatkan peningkatan gejala – gejala negatif, terutama menarik diri secara sosial yang mempengaruhi penumpukan dan kemiskinan ide. Keadaan itu disebut kemiskinan pergaulan sosial.

8. Neurotransmitter

Sistem mesolimbic – mesokortikal adalah suatu dopaminergik yang berasal dari area tegmentum bagian ventral otak yang dapat di anggap tersusun atas dua system. Sistem limbik, sementara sistem *mesokorteks* mempersarafi *mesokorteks prefrontalis* media, entorinal dan cingulatum. Berdasarkan hipotesis dopamine skizofrenia, gambaran klinis gangguan ini di sebabkan oleh *hiperaktivitas dopaminergik* sentral dalam sistem *mesolimbic – mesokorteks*.

1.1.3 Proses Terjadinya Skizofrenia

Menurut (Yosep 2011), terdapat milyaran sambungan sel 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 di kirim 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 di kirim 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 akut. Periode skizofrenia akut adalah gangguan yang singkat dan kuat yang meliputi halusinasi, penyesatan fikiran (delusi) dan kegagalan berfikir.

Terkadang skizofrenia menyerang secara tiba – tiba. Perubahan perilaku terjadi dalam beberapa hari atau mingguan, serangan yang mendadak dapat memicu terjadi periode akut dengan cepat. Beberapa klien mengalami gangguan seumur hidup, tapi banyak juga yang dapat Kembali normal dalam periode akut tersebut. Kebanyakan di temukan mereka di kucilkan 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.

1.1.4 Gejala Klinis Skizofrenia

Gejala – gejala yang dapat di alami anatara lain (Puri, 2011) :

1. Waham menetap lain. Gejala ini mencangkup identitas keagamaan, politis atau kekuatan dan kemampuan (misalnya, mampu mengendalikan cuaca atau dapat berkomunikasi dengan makhluk asing dari planet lain)
2. Halusinasi menetap. Halusinasi ini penting pada setiap pemeriksaan, terutama bila di sertai waham yang mengembang atau tidak utuh atau isi efek yang jelas di sertai ide – ide berlebihan yang menetap atau bila terjadi setiap hari selama berminggu – minggu secara terus menerus. Ide berlebihan (*overvalued idea*) merupakan prekupasi yang menetap terus – menerus dan tidak beralasan dengan itensitas lebih rendah dari waham. Ide atau keyakinan tersebut merupakan kesalahan dan normalnya tidak di pegang oleh orang lain dalam subcultural pasien. Terdapat pengaruh emosional yang nyata akibat ide – ide berlebihan
3. Kerusakan atau penyisipan (*interpolasi*) dalam arus isi fikir. Gejala – gejala ini dapat menyebabkan bicara yang *inkoheren* atau tidak relevan. Keadaan tersebut dapat juga menyebabkan neurologisme, kata – kata baru yang dibentuk pasien atau kata – kata sehari – hari yang di gunakan 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 antar 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 Cere* yaitu keadaan Ketika ekstremitas pasien dapat di bentuk menjadi suatu posisi tersebut dalam waktu yang lama.

Negativisme yaitu pahlawan 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, efek yang lambat dan tumpul atau tidak kongruen, dan biasanya menyebabkan penarikan diri secara sosial. Dalam mengidentifikasi aadanya gejala – gejala negative, penyebab lainnya yang mungkin terhadap gejala seperti itu (misalnya depresi dan obat – obat antipsikotik) pertama – tama harus di singkirkan. Sedangkan gejala psitif meliputi waham, halusinasi dan interfrensi pikiran.

6. Perubahan perilaku personal. Gejala ini dapat di tandai sebagai perubahan yang konsisten dan bermakana 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

1.1.5 Penatalaksanaan Skizofrenia

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

1. Terapi medis (psikofarmaka)

Psikofarmaka adalah berbagai jenis obat yang bekerja pada susunan syaraf pusat. Efek utamanya pada aktifitas 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 farmakomaka 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 di bagi menjadi golongan antipsikotik, antidepresan, antiansietas, dan antimanic (*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

pada prosedur tradisional, aliran listrik di berikan pada otak melalui elektroda dan di tempatkan pada bagian *temporan* kepala (pelipis kiri dan kanan) dengan kekuatan aliran terapeutik untuk menimbulkan kejang .

3. Terapi aktivitas kelompok

Terapi aktifitas kelompok (TAK) merupakan terapi yang berjuang mengubah perilaku pasien dengan memanfaatkan dinamika kelompok. Cara ini cukup efektif karena di dalam kelompok akan terjadi interaksi satu dengan yang lain, saling mengarungi, saling bergantung dan terjadi satu persetujuan norma yang di akui Bersama, sehingga terbentuk satu sistem sosial yang khas yang di dalamnya terdapat interaksi , interelaksi, dan interdependensi.

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

4. Terapi keluarga

Terapi keluarga adalah suatu cara untuk mengenali masalah emosi yang timbul kemudian di bahas atau di selesaikan bersama dengan anggota keluarga, dalam hal ini setiap anggota keluarga di beri kesempatan yang sama untuk berperan seta dalam menyelesaikan masalah (Yusuf, Nihayati 2015). Terapi

ini bertujuan mengurangi perasaan bermasalah keluarga dan membantu keluarga supaya mengerti penyakit di derita pasien. Serta terapi ini berfokus pada kemampuan komunikasi dan strategi pemecahan masalah

5. Terapi kognitif

Terapi kognitif adalah terapi jangka pendek dan di lakukan secara teratur, yang memberikan dasar berfikir pada pasien mengekspresikan perasaan negatifnya, memahami masalahnya, mampu mengatasi perasaan negatifnya, serta mampu memecahkan masalah tersebut

6. Terapi Lingkungannya

Terapi lingkungannya adalah lingkungan fisik dan sosial yang di tata agar dapat membantu menyembuhkan atau pemulihan pasien. Terapi lingkungan adalah sama dengan terapi suasana lingkungan yang di rancang untuk tujuan terapeutik. Konsep lingkungan yang terapeutik berkembang karena adanya efek negative perawatan di rumah sakit berupa penurunan kemampuan berfikir, *edopsi* nilai – nilai dan kondisi rumah sakit yang tidak baik atau kurang sesuai serta pasien akan kehilangan kontak dunia luar

7. Terapi Perilaku

Terapi perilaku akan di anggap sebagai hal yang meledaptif saat perilaku tersebut di rasa kurang tepat, mengaggu fungsi adaptif, atau suatau perilaku tidak dapat di terima oleh budaya

setempat karena bertentangan dengan norma yang berlaku. Terapi dengan pendekatan perilaku adalah suatu terapi yang dapat membuat seorang berperilaku suatu dengan proses belajar yang telah di lalukannya saat di berinteraksi dengan lingkungan yang mendukung (Yusuf, Nihayati, 2015)

8. Terapi Rehabilitas

Bagi penderita gangguan jiwa skizofrenia dan juga gangguan jiwa psikosis lainnya yang berulang kali kambuh dan berlanjut kronis / menahun selain program terapi, di perlukan program rehabilitasi sebagai persiapan penempatan kembali keluarga dan masyarakat. Rehabilitasi adalah segala tindakan fisik, penyesuaian psikososial, dan Latihan *vocational* sebagai usaha untuk memperoleh fungsi dan penyesuaian diri secara maksimal, serta untuk mempersiapkan pasien secara fisik, mental, dan *vocational*. Terapi rehabilitasi ini di tujukan 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

1.2 Konsep Halusinasi

1.2.1 Pengertian Halusinasi

Perubahan sensori : halusinasi merupakan gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami gangguan sensori, seperti merasakan

sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, dan penciuman. Stimulus yang sebenarnya tidak ada, di rasakan oleh klien (Fitria, 2009). Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan suatu yang sebenarnya tidak terjadi suatu penerapan panca indra tanpa ada rasangan dari luar (Muhith, 2015)

Halusinasi adalah satu gejala gangguan jiwa seorang yang di tandai dengan perusahan persepsi, klien merasa sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduhan (Keliat, Akemat, 2010).

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu objek tanpa adanya rangsangan dari luar, ganggaun persepsi sensori ini meliputi seluruh panca indra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan persepsi sensori, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapapan, perabaan atau penciuman. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Yusuf, Nihayati, 2015).

Tabel 2.1 Tipe halusinasi

Tipe Halusinasi	Data Subjektif	Data objektif
Halusinasi Dengar (<i>Audiotory hearing voices or sounds</i>)	Mendengar suara menyeluruh melakukan suatu yang berbahaya . Mendengar suara atau bunyi. Mendengar suara yang mengajak bercakap – cakap. Mendengar suara orang yang sudah meninggal. Mendengar suara 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 thing</i>)	Melihat seseorang sudah meninggal, melihat makhluk tertentu, melihat bayangan, hantu atau sesuatu yang menyangkut cahaya.	Tatapan mata pada tempat tertentu. Menunjuk ke arah tertent. Ketakutan pada objek yang di lihat.
Halusinasi Penghinda (<i>Olfactory smelling odors</i>)	Mencium sesuatu seperti bau mayat, darah bayi, feses, atau bau masakan, farfum yang menyenangkan. Klien sering mengatakan mencium bau sesuatu. Tipe halusinasi ini sering menyertai klien demensia, kejang atau penyakit serebrovaskuler.	Ekspresi wajah seperti mencium sesuatu dengan Gerakan cuping hidung, mengarahkan hidung ke tempat tertentu
Halusinasi perabaan (<i>Tarticle feeling bodily sensations</i>)	Klien mengatakan ada sesuatu yang menyerangyangi tubuh seperti tangan, binatang kecil, makhluk halus. Merasakan sesuatu di permukaan kulit, merasakan	Mengusa, menggaruk – garuk, meraba – raba permukaan kulit, Terlihat

	sangat panas atau dingin, merasakan tersengat aliran listrik	menggerak – Gerakan badan seperti merasakan sesuatu rabaan.
Halusinasi Pengecapan (<i>Gustatory – experiencingt astes</i>)	Klien seperti sedang merasakan makanan tertentu, rasa tertentu atau menguyah sesuatu.	Seperti mengecap sesuatu. Gerakan menguyah, meludah atau muntah

Sumber : Yosep 2011

1.2.2 Faktor Penyebab Halusinasi

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

1. Predisposisi

a. Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya control dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil. Mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

b. Faktor Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak di terima di lingkungan sejak bayi (*Unwanted Child*) akan merasa di singkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

c. Faktor Biokimia

Adanya stress yang berlebihan di alami seseorang maka di dalam tubuh akan di hasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti *Buffofenon* dan **Dimetyranferase** (DMP). Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidak seimbangan *acetylcholine* dan dopamine.

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 menunjukan bahwa anak sehat yang di asuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2. Faktor Presipitasi

Menurut Muhith (2015). Yaitu stimulus yang di presepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman /

tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk koping. Adanya rangsangan lingkungan yang sering yaitu seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama di ajak komunikasi dan suasana sepi / isolasi sering sebagai pencetus terjadinya halusinasi karena tersebut dapat meningkatkan stres dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik. Di samping itu, karena proses penghambatan dalam proses transduksi dari suatu implus yang menyebabkan terjadinya penyimpangan dalam proses interpretasi dan interkoneksi, sehingga dengan demikian faktor – faktor pencetus respon *neuro* biologis dapat di jabarkan sebagai berikut.

- a. Berlebihnya proses informasi pada sistem syaraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak.
- b. Mekanisme penghantaran listrik di syarf terganggu (mekanisme fatting abnormal)
- c. Gejala – gejala pemicu seperti (Muhith, 2015):

1. Kondisi Kesehatan :

Nutrisi kurang, kurang tidur, ketidak seimbangan irama sirkadian, kelelahan, infeksi, obat – obat system syaraf pusat, kurang Latihan hambatan untuk menjangkau pelayanan Kesehatan.

2. Lingkungan yang memusuhi, masalah di rumah tangga, kehilangan kebebasan hidup, perubahan kebiasaan hidup, pola aktifitas sehari – hari, kesukaran dalam hubungan orang lain, isolasi sosial, kurangnya dukungan sosial, tekanan kerja (keterampilan 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 keterampilan diri), kehilangan kendali diri (demoralisasi), merasa punya kekuatan berlebihan dengan gejala tersebut, merasa malang (tidak memenuhi kebutuhan spiritual), bertindak – tindak seperti orang lain dari segi usia maupun kebudayaan, rendahnya kemampuan sosialisasi, ketidakadekuatan pengobatan, perilaku agresif, perilaku kekerasan ketidakadekuatan penanganan gejala.

1.2.3 Dimensi Halusinasi

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

Menurut Rawlins dan Heacock, 1993 dalam Yosep (2011). Mencoba memecahkan masalah halusinasi berdasarkan atas hakikat keberadaan seseorang individu sebagai makhluk yang di bangun atas dasar unsur – unsur bio- psiko- sosio – spiritual sehingga halusinasi dapat di lihat dari 5 dimensi yaitu :

1. Dimensi Fisik

Halusinasi dapat di timbulkan 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 di atasi 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 kekuatan tersebut.

3. Dimensi Intelektual

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

4. Dimensi social

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fisik awal comforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya, seolah – olah iya merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, control diri dan harga diri yang tidak di dapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi di jadikan sistem control oleh individu tersebut, sehingga perintah halusinasi berupa ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung untuk itu. Untuk karena itu aspek penting dalam menjalankan dan 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 aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk mensucikan diri. Irama sirkadianya terganggu, karena iya sering tidur larut malam dan bangun saat siang. Saat terbangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Ia sering memakai takdir tetapi lama dalam upaya menjemput rezeki ; menyalahkan

1.2.5 Fase – fase Halusinasi

Halusinasi yang di alami klien bisa berbeda intensitas dan keparahannya. Fase halusinasi di bagi berdasarkan tingkat ansietas yang di alami dan kemampuan klien mengendalikan dirinya. Semakin berat fase halusinasinya, klien semakin berat mengalami ansietas dan makin dikendalikan oleh halusinasinya (Yosep, 2011):

Tabel 2.2 Fase – Fase Halusinasi

Fase Halusinasi	Respon
Stage 1 : <i>Sleep Disorder</i> fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi	Klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut di ketahuai orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah mungkin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, di hianati kekasih, masalah di kampus, PHK di tempat kerja, pemyakit, hutang, nilai kampus dsb. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support system kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur, berlangsung terus – menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan – lamunan awal tersebut sebagai pemecah masalah.
Stage II : <i>Comforting Moderate Level of anxiety</i> Halusinasi secara umum ia terima sebagai suatu yang alami	Pasien mengalami emosi yang berlanjut se[pwrti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia

	beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensori dapat ia control bahwa kecemasan di atur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya.
Stage III : <i>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 dengan objek yang di persepsikan. Klien mulai menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama. PSIKOTIK RINGAN
Stage IV : <i>Controlling severe level of anxiety</i> Fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan	Klien mencoba melawan suara – suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakir. Dari sini lah melalui fase gangguan psikotik. PSIKOTIK
Stage V : <i>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 Stresor

Penilaian Terhadap Stresor meliputi (Wahyudi, 2007) :

1. *Kognitif* : tidak dapat berfikir logis, inkoheren, disoritasi, gangguan memori jangka pendek maupun jangka Panjang, konsentra rendah, kekacauan alur piker, ketidak mampuan mengambil keputusan, gangguan berbicara dan prubahan isi pikir.
2. *Afektif* : tidak spesifik, reaksi kecemasan secara umum, kegembiraan yang berlebihan, kesedihan yang berlarut dan takut berlebihan, curiga berlebihan dan defensive sensitive.
3. Fisiologis : pusing, kelelahan, denyut jantung meningkat, keringat dingin, gangguan tidur, muka merah / tegang, frekuensi nafas meningkat, ketidak seimbangan *neuotromasmitter dopamine dan serottonine*.
4. Perilaku : perilaku aneh sesuai dengan isi halusinasi, berbicara dan tertawa sendiri, daya tilik diri kurang, kurang dapat mengontrol diri, penampilan tidak sesuai, perilaku yang di ulang – ulang menjadi agresif, gelisah, negatifisme, melakukan pekerjaan yang tidak tuntas, Gerakan katatoniak, kaku, gangguan ekstrapiramidal, Gerakan mata abnormal, gaya berjalan abnormal, komat – kamit, menggerakkan bibir tanpa adanya suara yang keluar
5. Sosial : ketidak mampuan 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 sosial dan menarik diri.

1.2.6 Sumber Koping

Menurut Wahyudi (2017), sumber koping di antaranya adalah :

1. *Personal Ability* : ketidakmampuan memecahkan masalah, ada gangguan dari Kesehatan fisiknya, ketidakmampuan beorganisasi, pengetahuan tentang penyakit dan intelegensi yang rendah, identitas ego yang tidak adekuat.
2. *Sosial support* : hubungan anatar individu, kelompok, keluarga, masyarakat tidak adekuat, komitmen dengan jaringan sosial tidak adekuat.
3. *Material asset* : ketidak mampuan 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, tidak menganggap itu gangguan.

1.2.7 Mekanisme Koping

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

1. *Regresi* : menjadi malah beraktifitas sehari – hari
2. *Proyeksi* : mencoba mejelaskan gangguan presepsi 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 di alami oleh klien

1.2.8 Validasi Informasi Tentang Halusinasi

Pengalaman halusinasi menjadi masalah untuk di bicarakan dengan orang lain. Kemampuan untuk becakap – cakap tentang masalah halusinasi yang di alami 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 di perlukan meliputi (Muhith, 2015) :

1. Isi halusinasi yang di alami oleh klien. Ini dapat di kaji dengan menanyakan suara siapa yang di dengar dan apa yang di katakan (jika halusinasi dengan). Bentuk bayangan bagaimana bayang di lihat klien (jenis halusinasi penglihatan), bau apa yang tercium (halusinasi penghidu) , rasa apa yang di kecap (halusinasi pengecapan), atau merasa apa di permukaan tubuh (halusinasi perabaan)
2. Waktu dan Frekuensi halusinasi. Ini dapat di kaji dengan menanyakan kepada klien kapan pengalaman halusinasi muncul. Berapa hari sekali, seminggu atau bulana pengalaman halusinasi itu muncul. Informasi ini penting untuk

pengidentifikasi pencetus halusinasi dan menentukan bagaimana klien perlu di perhatikan saat mengalami halusinasi

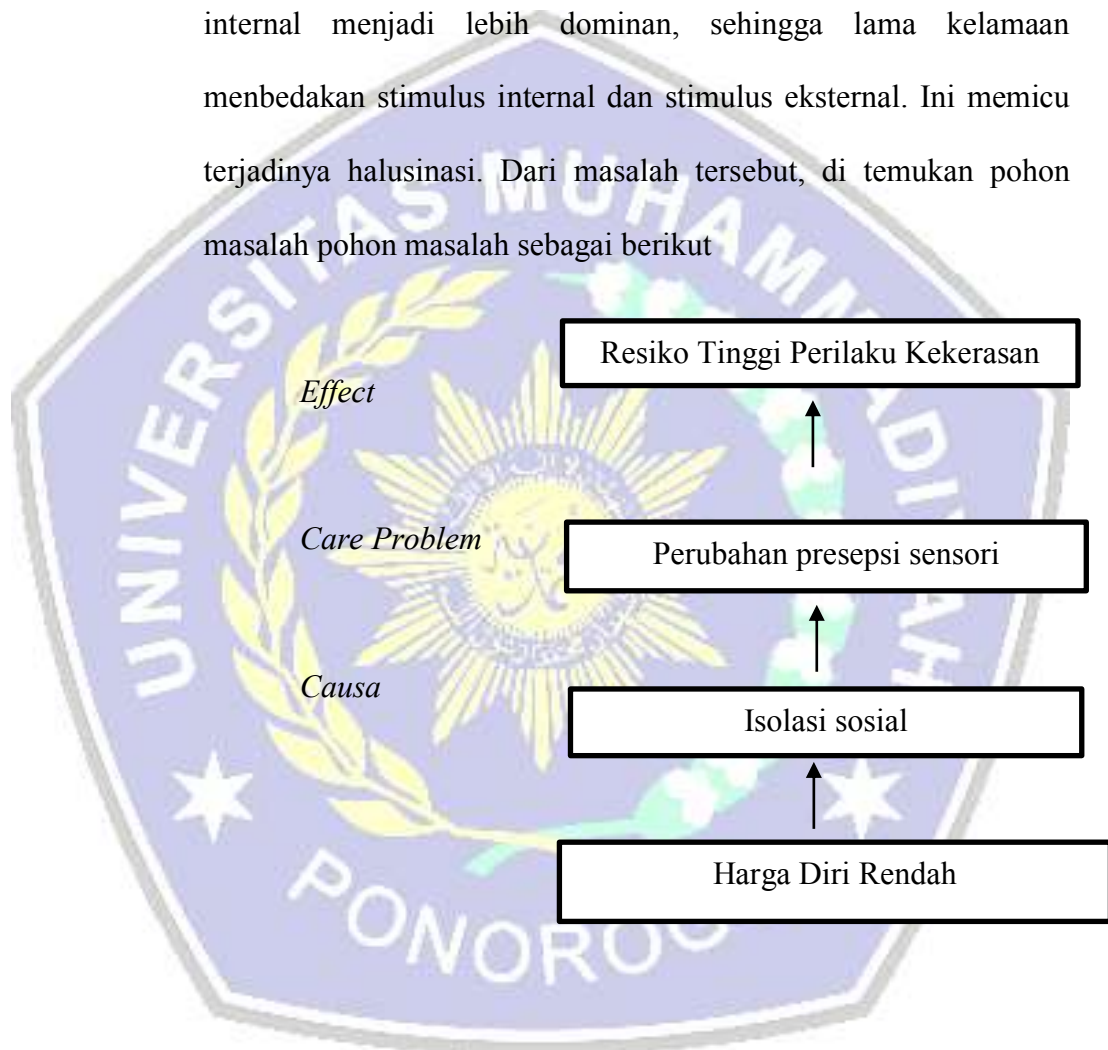
3. Situasi pencetus halusinansi. Perawat perlu mengidentifikasi situasi yang di alami klien sebelum mengalami halusinasi. Ini dapat di kaji dengan menanyakan kepada klien peristiwa atau kejadian yang di alami sebelum halusinasi itu muncul. Selain itu. Perawat juga bisa mengobsevasi apa yang di alami klien menjelang muncul halusinasi untuk memfaldasi pernyataan klien
4. Respon klien. Untuk menentukan sejauh mana halusinasi telah menmpengaruhi klien, bisa di kaji dengan menanyakan apa yang di lakukan klien saat mengalami pengalaman halusinasi. Apakah klien masih bisa mengontrol stimulus halusinasi atau sudah tidak berdaya lagi terhadap halusinasi (Muhith, 2015).

1.2.9 Pohon Masalah

Klien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan control firinya sehingga bisa membahayakan dirinya maupun orang lain, pada fase berat klien di kendalikan oleh isi halusinasi sehingga kehilangan kemampuan penilaian realitas terhadap lingkungan. Dalam situasi ini, klien dapat melakukan bunuh diri (*Suicide*) membunuh orang lain (*Homicide*), dan bahwa merusak lingkungan selain masalah yang di akaibatkan oleh halusinasi, klien biasanya juga mengalami masalah – masalah keperawatan yang menjadi

penyebab (*trigger*) munculnya halusinasi. Masalah – masalah itu antara lain harga diri rendah dan isolasi sosial (Muhid 2015)

Akibat rendah diri dan kiurangnya keterampilan berhubungan sosial, klien menjadi menarik diri dari lingkungan. Dampak selanjutnya klien akan lebih terfokus pada dirinya. Stimulus internal menjadi lebih dominan, sehingga lama kelamaan membedakan stimulus internal dan stimulus eksternal. Ini memicu terjadinya halusinasi. Dari masalah tersebut, di temukan pohon masalah pohon masalah sebagai berikut



Gambar 2.2 Pohon masalah perubahan resepsi sensori :

halusinasi (sumber : Vitria, 2011)

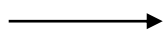
Keterangan :

: Masalah utama (konsep utama yang

ditelaah)



: Tidak ditelaah dengan baik



: Berpengaruh

1.3 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi

Proses keperawatan merupakan sarana kerja dengan klien, yang umumnya pada tahap awal peran perawat lebih besar di banding peran klien, namun pada proses ahirnya di harapkan peran klien lebih besar dari peran perawat ,sehingga kemandirian klien , dapat dicapai (Direja 2011). Tahap keperawata meliputi : Pengkajian ,Diagnosa keperawatan, rencana tindak keperawatan ,implementasi dan evaluasi.

1.3.1 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: nma klien, umur jenis kelamin,alamat, agama, pekerjaan,tanggal masuk, nomor rkan 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 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 usia bayi tidak terpenuhi kebutuhan makanan, minum,dan rasa aman. Usia balita, tidak dipenuhi kebutuhan otonom. Usia sekolah, mengalami peristiwa yang tidak terselesaikan. Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stres dan ansietas yang dapat berahir 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 asietas berat terakir dengan peningkatan 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 ventikal, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbik.

5. Faktor genetik

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

d. Pemeriksaan fisik

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 penampilan tidak terawat.

e. Psikososial

1. Genogram

Menggambarkan pasien dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

2. Konsep diri

a. Citra tubuh

Presepsi pasien tentang tubuhnya, bagian tubuh yang di sukai dan tidak disukai

b. Identitas diri

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

c. Peran diri

Meliputi tugas atau peran pasien dan 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 dengan harapan, penilaian pasien terhadap pandang atau penghargaan orang lain

3. Hubungan sosial

Adanya hambatan dalam hubungan 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 tidak sesuai.

2. Cara bicara / pembicaraan

Sering kali pasien berbicara ngelantur dan tidak terkontrol.

Terkadang cara bicara pasien lambat, gagap, sering berhenti / boking.

3. Aktivitas motoric

Biasanya klien tampak lesu, gelisah, tremor dan komplusif atau kegiatan yang di lakukan berulang – ulang.

4. Alam perasaan

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

5. Afek

Afek pasien tampak datar (tidak menunjukkan roman dan ekspresi wajah) tumpul (pasien hanya mau 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 tersigung, kontak kurang serta curiga yng menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada wawancara atau orang lain.

7. Persepsi

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

8. Proses piker

Biasanya pembicaraan pasien terbelit – belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan, namun tidak sampai pada tujuan yang di inginkan 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 frekuensi ganti pakaian

3. Mandi

Klien mampu berpakaian dengan baik dan benar

4. BAB / BAK

Klien mampu BAB, BAK, menggunakan dan membersihkan WC

5. Istirahat

Klien dapat melakukan istirahat dan tidur tanpa kesulitan.

6. Penggunaan obat

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

7. Aktivitas dalam rumah

Klien dapat melakukan aktivitas dalam dan di luar 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. Maldaktif

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, masalah dengan ekonomi dan pelayanan Kesehatan.

j. Pengetahuan

Pada pasien halusinasi. Mengalami gangguan kognitif sehingga tidak 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 seseorang

mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stress dan mengadopsi strategi koping yang efektif.

1.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status Kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individual 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 diagnose keperawatan meliputi :

1. Klasifikasi dan Analisa data

Data – data klien yang telah di peroleh dari proses pengumpulan data di kelompokkan berdasarkan masalah Kesehatan yang di alami klien dan sesuai dengan kriteria permasalahannya. Setelah data di kelompokkan maka perawat dapat mengidentifikasi masalah kesehatan klien dan dapat mulai menegakkan diagnose keperawatannya. Pengelompokkan data dapat disusun menggunakan pola respon manusia menurut SDKI atau menggunakan pola fungsi Kesehatan (Nursalam, 2009).

Langkah – Langkah menegakkan diagnose keperawatan meliputi :

1. Klasifikasi dan Analisa data

Data – data klien yang telah di peroleh dari proses pengumpulan data di kelompokkan berdasarkan masalah Kesehatan yang di alami klien dan sesuai dengan kriteria permasalahannya. Setelah data di kelompokkan maka perawat dapat mengidentifikasi masalah Kesehatan klien dan dapat mulai menegakkan diagnosis keperawatannya.

Pengelompokan data dapat di susun menggunakan pola respon manusia menurut taksonomi SDKI 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 gambaran 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 tau gejala (*sign/ symptom*), merupakan kajian sebagai bukti adanya masalah Kesehatan.

3. Merumuskan diagnose 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 diagnose keperawatam yang di ambil adalah perubahan presepsi sensori : Halusinasi (Fitria 2009).

1.3.3 Intervensi klien dengan Halusinasi

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

Tujuan khusus	Kriteria evaluasi	Intervensi
TUK 1 Klien tidak mencederai diri sendiri orang lain dan lingkungan serta dapat membina hubungan saling percaya	Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebut nama, mau menjabat salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat dan mau mengutarakan masalah yang di hadapi	Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik. 1. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 2. Perkenalkan diri dengan sopan 3. Tanya nama lengkap klien 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
TUK 2 Klien dapat mengenal halusinasinya	1. Klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi timbulnya halusinasi 2. Klien dapat mengungkapkan perasaan terhadap	a. Adakah 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 –

	halusinasinya	<p>olah ada teman bicara</p> <p>c. Bantu klien mengenal halusinasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jika menemukan klien yang sedang halusinasi, tanyakan apakah ada sesuatu yang di lihat 2. Jika klien menjawab ada, lanjutkan menanyakan apa yang di lihat 3. Katakan bahwa perawat percaya klien mengenal hal itu namun perawat sendiri tidak melihatnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh dan menghakimi) 4. Katakan bahwa klien lain juga da yang seperti klien 5. Katakan bahwa perawat akan membantu klien <p>d. Diskusikan dengan klien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Situasi yang menimbulkan / tidak menimbulkan halusinasi 2. Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, malam, atau jika sendiri, jengkel/ sedih) <p>e. Diskusikan dengan klien apa yang di rasakan jika terjadi halusinasi (marah/</p>
--	---------------	---

		<p>takut, sedih, senang) beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya</p> <p>f. Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut.</p> <p>g. Diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya bila klien menikmati halusinasinya</p>
TUK 3 Klien dapat mengontrol halusinasinya	<ol style="list-style-type: none"> 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 dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping 	<ol style="list-style-type: none"> 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 digunakan maldaftif, diskusikan kerugian cara tersebut. c. Diskusikan cara baru untuk memutus/ mengontrol timbulnya halusinasi, antara lain : <ol style="list-style-type: none"> 1. Katakan saya tidak melihat kamu, kamu

	<p>obat</p> <p>5. Klien dapat mendenmons trasikan penggunaan obat dengan benar</p> <p>6. Klien memahami akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi</p> <p>7. Klien dapat melaksanakan n cara yang telah di pilih untuk mengendalikan halusinasinya</p> <p>8. Klien dapat mengikuti terapi aktifitas kelompok</p>	<p>adalah bayangan palsu (pada saat halusinasi terjadi)</p> <p>2. Menemui orang lain (perawat, teman, anggota keluarga) untuk bercakap – cakap atau mengatakan halusinasinya yang di lihat</p> <p>3. Membuat jadwal kegiatan sehari – hari agar halusinasi tidak muncul</p> <p>4. Meminta keluarga / perawat teman menyapa jika tanpak 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 fital klien, pantau klien saat penggunaan obat jika beri pujian jika klien</p>
--	---	---

		<p>menggunakan obat dengan benar.</p> <p>f. Diskusikan akibat berhentinya obat-obatan tanpa konsumsi 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 mengikuti aktifitas kelompok, orientasi realita stimulus persepsi</p>
<p>TUK 4</p> <p>Klien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasinya</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga dapat membina hubungan saling percaya dan setuju untuk mengikuti pertemuan dengan perawat 2. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan 	<ol style="list-style-type: none"> a. Ajarkan klien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi b. Diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung): <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian halusinasi 2. Tanda dan gejala halusinasi 3. Proses

	<p>gejala, proses halusinasi dan tindakan untuk mengendalikan halusinasinya</p>	<p>gerjadinya halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Cara yang dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi 5. Cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi di rumah : beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan Bersama berpegian Bersama 6. Beri informasi waktu follow up atau kapan perlu mendapat bantuan halusinasi tidak terkontrol dan resiko mencederai orang lain
--	---	---

- a. Halusinasi dengar : Bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang kekanan/ kekiri/ kedepan seolah – olah ada teman bicara.
- b. Hlusinasi lihat : Menyatakan melihat sesuatu, terlihat ketakutan

- c. Halusinasi penghindu : Menyatakan mencium sesuatu, terlihat mengendus
- d. Halusinasi raba : Menyatakan ada sesuatu berjalan di kulitnya, menggosok – gosok tangan / kaki / wajah. dll
- e. Halusinasi kecap : Menyatakan ada sesuatu di lidahnya, sering mengulum lidah

1.3.4 Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari perencanaan keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan (Stuart dan Sundeen, 2006 dalam Muhith 2015). Implementasi dalam keperawatan jiwa di wujudkan melalui strategi pelaksanaan (SP). Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah di tetapkan yang mencakup peningkatan Kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan Kesehatan, dan manifestasi koping. Pelaksanaan asuhan keperawatan akan dapat di laksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi asuhan keperawatan, selama tahap implementasi perawat terus melakukan pengumpulan data dalam memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien. Semua intervensi keperawatan di dokumentasikan ke dalam format yang telah di tetapkan oleh instansi (Nursalam, 2008)

1.3.5 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 dan mencapai tujuan sesuai rencana yang telah ditetapkan dan merevisi data dasar perencanaan (Muhith, 2015)

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

S = Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

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

A = Analisa perawat setelah mengetahui respon subjek dan objek yang di bandingkan dengan kriteria dan standar yang telah ditentukan

P = Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis, apakah di hentikan apa tetap di lanjutkan intervensinya.

1.4 Hubungan Antar Konsep

