BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Skizofernia

2.1.1 Pengertian Skizofernia

Skizofernia adalah gangguan psikotik dengan distorsi yang menyebabkan pola piker berbeda dari orang biasa, biasanya orang tersebut merasakan ada yang lagi mengawasi dia atau lagi mempermainkan badan dia, waham yang sering berbuda dengan yang lain, gangguan persepsi, efek abnormal yang membaur pada situasi nyata atau sebenarnya (Zahnia, S., & Sumekar, D. W, 2016).

Skizofernia merupakan penyakit yang sangat mempengaruhi kerja otak dan menimbulkan banyak pikiran, emosi, dan perilaku yang beda dari orang yang normal gejala – gejala yang sering muncul seperti halusinasi, waham, dan perilaku yang tidak teratur dari sudut pandang positif dan ada juga dari sudut pandang negative seperti tidak mau untuk cepat sembuh, menarik diri dari orang lain, dan sering marah – marah kepada orang sekitarnya (Retno Twistiandayani, 2013).

2.1.2 Faktor Penyebab Skizofernia

Faktor-faktor yang berperan terhadap timbulnya skizofrenia adalah sebagai berikut. (Zahnia, S., & Sumekar, D. W, 2016)

1. Umur sangat mempangaruhi dalam faktor yang menyebabkan skizofernia karena pada saat umur bertambah kewajiban yang harus dilaksanakan juga semakin bertambah sehingga jika seseorang mengalami tekanan yang bertubitubi maupun terus menerus bisa

mengakibatkan depresi dan halusinasi. Biasanya pada Umur 25-35 tahun kemungkinan berisiko 1,8 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan umur 17-24 tahun.

2. Jenis kelamin juga sangat mempengaruhi factor terjadinya skizofernia biasanya jenis kelamin Laki – laki lebih besar persentasenya sekitar 72% dengan 2,37 kali lebih besar dari pada kejadian yang dialami oleh perempuan. Laki – laki lebih besar kemungkinan terjadinya skizofernia karena laki – laki menjadi penompang utama dalam rumah tangga sehingga lebih besar dalam mengalami beban hidup yang akan dilaksanakan untuk menjalankan kewajibannya beda dengan perempuan lebih bisa menerima apa yang dirasakanya sekarang.
3. Pekerjaan juga sangat mempengaruhi factor untuk menyebabkan skizofernia jumlah yang tidak bekerja adalah 85% sehingga orang yang tidak bekerja lebih besar persentasenya terjadi gangguan skizofernia dari pada yang sudah mempunyai pekerjaan untuk kelangsungan hidupnya. Orang yang tidak bekerja lebih sering akan terjadinya depresi karena berhubungan dengan tingginya kadar hormonstress (kadar katekolamin) yang memikirkan bagaimana kehidupan dia selama tidak bekerja dan banyak yang harus kewajibanya dilakukan dengan menggunakan uang dari pekerjaan tersebut.
4. Status perkawinan juga sangat mempengaruhi seseorang dalam kesehatan mentalnya orang yang belum menikah tetapi usianya

sudah mendekati tua lebih besar terjadinya skizofernia karena pada umur tua seseorang pasti akan membutuhkan pendamping hidup untuk mengurangi beban/ kewajibannya sebagai seorang yang sudah dewasa untuk keberlangsungan hidupnya seperti bertukar ide – ide yang terpendam, masalah yang sedang dihadapi dan kebutuhan biologis manusia yang harus dipenuhi juga.

5. Konflik keluarga juga bisa menyebabkan skizofernia itu muncul sebab jika didalam keluarga tersebut tidak ada komunikasi yang baik dan rasa mengalah pada saat ada masalah dengan keluarga itu sendiri bisa juga menybabkan salah satu anggota keluarga tersebut saat tertekan berat dan banyak beban dalam pikiranya biasanya lebih besar terjadinya masalah skizofernia dan anggota keluarga sendiri yang akan mengalami kesusahan.
6. Status ekonomi adalah salah satu factor yang menybabkan terjadinya skizofernia karena status ekonomi yang rendak memiliki resiko 6.0 kali untuk mengalami masalah skizofernia karena perekonomian yang renda bisa menyebabkan seseorang depresi dengan keaadan yang dialaminya sekarng dan bingung untuk memenuhi kebutuhanya setiaphari maupun kewajibanya dengan anak istrinya yang perlu nafkah untuk kelangsungan hidupnya mendatang yang semakin hari semakin banyak tuntutan yang harus dipenuhinya.
7. Faktor genetik/ keturunan turut menetukannya terjadi skizofernia seperti penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofernia

dan terutama pada anak tiri lebih sering terkana penyakit skizofernia karena biasanya anak tiri lebih sering disepelekan beda dengan anak kandung yang semestinya apa saja yang diinginkan pasti selalu dipenuhi. Bila ada salah satu orang tuanya terkena skizofernia makan persentase anaknya mengalami skizofernia adalah 7-16%. Bila kedua orang tua tersebut mengalami skozofernia 40-68% anaknya pasti terjadi skizofernia. Diperkirakan bahwaketuranan adalahpotensi untuk mendapatkan skizofernia melalui genyang resesif. Potensi ini mungkin kuat terjadinya mungkinjuga lemah terjadinya tergantung pada lingkungan sekitar penderita itu sendiri.

2.1.3 Proses Terjadinya Skizofernia

Menurut hepotisis dopamin bahwa penyakit skizofernia itu disebabkan oleh aktivitas pada jaras dopamine mesolimbic yang berlebihan. Penemuan ini didukung juga dengan amfetamin yang kerjanya meningkat jika pelepasan dopamine, dapat menginduksi psikosis yang hamper seperti Skizofernia dan obat antipsikotik terutama generasi antipsikotik pertama antipsikotik klasik dengan bekerja memblok respotur dompamine terutama reseptor D2. Dua mekanisme neuroinflamasi berpengaruh dalam skizofernia termasuk glial (aktivitasi astroglial, aktivasi microglial), oksidatif dan imunologik. Seiring berjalannya waktu mekanisme ini yang akan menghasilkan disregulasi glutamatergik (hipofungsi) dan dopaminergic (hiperfungsi limbik, hopofungsi frontal). Terdapat juga

faktor somatik dengan kejadian penyakit skizofernia. Dan semakin tingginya persentase somatik yang muncul maka kejadian skizofernia akan semakin tinggi juga. (Zahnia, S., & Sumekar, D. W, 2016)

Terdapat banyak sambungan sel manusia diotaknya dan menghasilkan zat kimia neurotransmitters yang membawa reseptor dari ujung sambungan pada sel menuju satu ke satu ujungnya sel yang lain. Pada saat orang itu normal system pengirim ke otak bekerja dengan semestinya/normal. Sinyal-sinyal persepsi yang akan dating dikirim kembali dengan sempurna dan tidak ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran dan akhirnya melakukan kebutuhan saat itu. Pada otak seseorang penderita skizofernia, sinyal-sinyal yang akan dikirim mengalami sedikit hambatan sehingga tidak sampai mencapai sambungan sel yang dituju.(Maulana et al., 2019)

Terkadang penyakit skizofernia muncul dengan tiba-tiba. Biasanya gejala muncul munculnya tanda-tanda skizofernia terjadi dalam beberapa hari atau minggu, serangan yang tiba-tiba bisa menyebabkan terjadinya periode akut yang cepat. Beberapa klien bisa mengalami gangguan tersebut selama hidupnya,tetapi ada juga yang bisa hidup normal kembali seperti orang normal tapi masih dalam pantauan keluarga maupun perawat. Kebanyakan dari penderita pasti akan dikucilkan karena menderita depresi yang takutnya akan merugikan warga sekitarnya.

2.1.4 Gejala Klinis Skizofernia

Menurut (Zahnia, S., & Sumekar, D. W, 2016) Gejala-gejala klinis skizofernia yang dapat dialami antara lain :

1. Terapi Keluarga

   Suatu cara untuk menggali atau mencari sumber masalah yang dihadapi pasien dengan musyawarah bersama anggota keluarga, dalam hal ini setiap anggota keluarga diberikan kesempatan untuk peran serta dalam menyelesaikan masalah (Yusuf, Nihayati 2015). Terapi ini bertujuan untuk membantu keluarga supaya mengerti penyakit yang diderita pasien, serta terapi ini berfokus pada kemampuan komunikasi dan strategi pemecahan masalah.

2. Kerusakan atau penyisipan (interpolasi) dalam arus isi pikir, gejala – gejala ini biasanya dapat menyebabkan bicara yang inkoheren atau tidak relevan. Biasanya ditemukan juga sebagai abnormalitas dalam bahasa,keadaan tersebut dapat juga akan menyebabkan neologisme, kata-kata baru yang dibentukpasien atau kata-kata sehari-hari yang digunakan pada saat berbicara.

3. Halusinasi menetap. Halusinasi ini penting pada setiap pemeriksaan, terutama disertai dengan waham yang mengembang dan tidak utuh atau isi efek yang sangat tidak jelas disertai dengan ide-ide yang berlebihan dan menetap atau bila terjadi setiap saat selama berminggu-minggu secara terus menerus. Halusinasi auditorik terutama suara dan sensasi fisik bizar merupakan halusinasi yang sering ditemukan.

4. Perubahan perilaku personal. Gejala ini dapat ditandai sebagai perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan beberapa aspek perilaku personal yang bermanifestasi sebagai hilangnya minat, tak bertujuan, perilaku memedam masalah serta penarikan diri secara social.
5. Waham menetap lain. Gangguan ini memiliki gejala yang biasanya mencangkup politis atau kekuatan, keagamaan dan kemampuan "manusia super" (misalnya, mampu mengendalikan cuaca atau dapat berkomunikasi dengan makhluk asing dari planet lain).
6. Gejala-gejala "negative". Gejala-gelaja ini biasanya terjadi pada pasien skizofernia kronik, meluputi sikap apatis yang nyata, kurangnya dorongan, afek yang lambat dan tumpul atau tidak kongruen, dan biasanya menyebabkan penarikan diri secara social dan penurunan performa sosial. Dan ada juga gejala-gejala negatif, penyebab lainnya yang mungkin terhadap untuk gejala seperti itu (misalnya obat antipsikotik dan depresi) yang harus dihilangkan sedini mungkin pasien mengajami gejala. Untuk gejala positif misalnya halusinasi, waham dan interferensi pikiran.

2.1.5 Penatalaksanaan

Adapun penatalaksanaan pada gangguan skizofernia meliputi terapi keperawatan, aspek psikofarmarmakologis (terapi somati) dan aspek psikologis. Durand, menyatakan bahwa penatalaksanaan pada gangguan skizofernia berupa antara lain terapi biologis (obat anti psikosis, elektrokonvulsif) dan terapi psikososial. (Zahnia, S., &

Sumekar, D. W.2016)

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

1. Terapi Medis (psikofarmaka)

   Psikofarmaka merupakan bermacam-macam jenis obat yang bekerja pada susunan saraf pusat. Efek yang paling sering muncul adalah pada aktivitas mentalnya dan perilaku, yang biasanya digunakan untuk pengobatan gangguan kejiwaan. Ada banyak jenis obat psikofarmaka dengan farmakokinetik khusus untuk mengontrol dan mengendalikan perilaku pasien gangguan jiwa.

   Golongan dan jenis psikofarmaka ini perlu dipahami oleh tenaga medis untuk mengembangkan upaya kolaborasi pemberian psikofarmaka, mengedentifikasi dan mengantisipasi terjadinya efek samping dari obat tersebut supaya tidak merugikan pasien itu sendiri. Menurut efek klinik obat psikotropika dibagi menajdi golongan antiansietas, antipsikotik, antidepresan, dan antimanik (mood stabilizer).

2. Terapi Kejang listrik

   Suatu prosedeur tindakan untuk pengobatan pasien gangguan jiwa, dengan cara menggunakan aliran listrik untuk menimbulkan bangkitan kejang umum, berlangsung sekitar 25-150 detik dengan menggunakan alat khusus yang dirnacang aman untuk pasien.

Ada juga terapi kejang listrik yang menggunakan cara tradisional yaitu dengan cara aliran listrik diberikan pada otak dengan cara dua elektroda dan ditempatkan pada bagian pelipis kiri dan kanan dengan kekuatan aliran lisrik terapeutik untuk menimbulkan kejang.

3. Terapi aktifitas kelompok

   Terapi aktivitas kelompok (TAK) adalah terapi yang bertujuan untuk mengubah perilaku pasien maupun pemikiran pasien dengan cara memanfaatkan dinamika kelompok. Cara ini cukup efektif untuk dilaksanakan pada pasien gangguan jiwa karena pasien bisa langsung berinteraksi dengan orang lain untuk proses penyembuhannya, saling bergantung dan terjalin satu persetujuan normal yang diakui bersama, sehingga terbentuk suatu system social uang khass yang di dalamnya terdapat interaksi, interelasi dan interdependensi.

4. Terapi Kognitif

   Terapi kognitif merupakan terapi jangka pendek dan akan dilakukan secara teratur, yang memberikan dasar berpikir pada pasien untuk mengekspresikan perasaan yang negatifnya, mampu mengatasi perasaan negatifnya, serta mampu memecahkan masalah tersebut.

5. Terapi lingkungan

   Terapi lingkungan bertujuan untuk membuat lingkungan pasien harus dimodif baik segi fisik maupun social untuk membantu

penyembuhan dan pemulihan pasien. Terapi lingkungan adalah terapi yang diseting untuk tujuan terapi terapeutik. Konsep ini berkembang karena adanya efek negative perawat dirumah sakit berupa penurunan kemampuan berpikir, adopsi nilai-nilai dan kondisi rumah sakit yang tidak baik atau kurang sesuai, serta pasien akan mengalami kehilangan kontak dengan dunia luar.

6. Terapi Perilaku

Perilaku akan dianggap sebagai hal yang maladaktif saat perilaku tersebut kurang tepat, atau suatu perilaku tidak dapat diterima oleh budaya setempat karena bertentangan dengan norma yang berlaku. Terapi dengan pendekatan perilaku adalah suatu terapi yang membuat seseorang berperilaku seperti proses pembelajaran yang telah dilaluinya saat dia berinteraksi dengan lingkungan yang mendukungnya untuk berkembang demi kesembuhannya. (Yusuf, Nihayati, 2015).

7. Terapi rehabilitas

Untuk penderita pasien gangguan jiwa skizofernia maupun gangguan jiwa psikosis lainnya yang berulang kali kambuh dan berlanjut kronis selama program terapi, diperlukan program rehabilitasi sebagai persiapan penempatan kembali ke keluarga maupun sosialisasi ke masyarakat.

Rehabilitasi adalah segala tindakan fisik, latihan vocational untuk memperoleh fungsi dan penyesuaian diri secara

maksimal, serta menyembuhkan pasien secara fisik, mental dan vocational. Tujuan rehabilitasi ini untuk memperbaiki fisik, mental, dan vocational supaya pasien cepat sembuh dan bisa berkumpul pada keluarganya kembali dan bisa berguna untuk masyarakat sekitarnya.

2.2 Konsep gangguan persepsi sensori : halusinasi

2.2.1 Pengertian Halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan persepsi sensori yang biasanya dialami oleh orang yang terkena gangguan jiwa (Aldam & Wardani, 2019). Halusinasi merupakan distrosi persepsi palsu yang diderita pasien terjadi pada respon neurobiologis maladaptive. Klien sebenarnya mengalami distorsi persepsi sensori sebagai hal yang nyatadan meresponnya (Stuart, Keliat & Pasaribu, 2016).

Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori seperti suatu subjek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi ini bersumber dari semua panca indra, halusinasi juga suatu gejala yang mempengaruhi system persepsi sensori panca indra manusia seperti system penciman, pendengaran, penglihatan, perabaan yang sebelumnya belum pernah merasakanya Twistiandayani Retno & Widati Amila. 2013).

Halusinasi adalah suatu gangguan persepsi sensori yang biasanya dialami oleh seseorang yang menalami gangguan jiwa. Pasien merasakan suara, penglihatan, perabaan, pengecapan yang sebelumnya

tidak pernah dirasakan pada stimulusnya. Halusianasi adalah suatu keadaan seseorang kehilangan kemampuan dalam membedakan antara rangsangan dari pikiran dan rangsangan dari dunia luar. Pasien juga menjelaskan bahwa seperti ada orang didepannya padahal tidak ada seorangpun. (Keliat, 2012) dalam (Zwlika, 2015).

Halusiansi penglihatan merupakan halusinasi yang melibatkan indera penglihatan, seolah-olahnya seperti melihat sesuatu benda namun sebenarnya benda tersebut tidak ada didepanya. Halusinasi visual biasanya melihat berupa objek, pola visual, manusia yang telah tiada, atau cahaya yang melayang-melayang. Contohnya seperti klien melihat seseorang didalam ruangan sebenarnya seseorang itu tidak ada dalam ruangan tersebut, atau melihat lampu berkedip yang tidak dapat dilihat orang normal lain (Abdul, 2015).

Tipe-tipe halusinasi tercantum pada table berikut ini :

Tipe halusinasi	**Data Objektif**	**Data Subjektif**
Halusinasi dengar *(Auditory-hearingicesor sounds)*	1. Bicara atau tertawa sendiri 2. Marah-marah tanpa sebab 3. Menyedengkan telinga kearah tertentu 4. Menutup telinga	1. Mendengar suara-suara atau kegaduan 2. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap 3. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
Halusinasi Penglihatan *(Visual-seeing persons or things)*	1. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu 2. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas	1. Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartoon, melihat hantu atau moster.

Halusinasi penghirupan *(Olfactory-smelling odors)*	1. Mengisap-isap seperti sedang membau bau-bauan tertentu 2. Menutup hidung	1. Membaui bauan-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
Halusinasi Perabaan *(Tarticle-feeling bodily sensations)*	1. Menggaruk-garuk permukaan kulit	1. Mengatakan ada serangga dipermukaan kulit 2. Merasa seperti tersengat listrik
Halusinasi pengecapan *(Gustatory-experiencing tastes).*	1. Sering meludah 2. Muntah	1. Merasakan rasa seperti darah, urine, dan feses

Tabel 2.1 Tipe Halusinasi
(Sumber: Nurhalimah, 2016)

2.2.2 Faktor dan gejala Penyebab Halusinasi

1. Menurut (Nurhalimah, 2016) Faktor dan gejala halusinasi :

a. Faktor Predisposisi

1) Fakor Biologis

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

2) Faktor Psikologis

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

3) Sosial-Budaya dan Lingkungan

Sebagian besar pasien halusinasi berasal dari kelurga dengan sosial ekonomi rendah, selain itu, pasien memilii riwayat penolakan dari lingkungan pada usia perkembangan anak, pasien halusinasi seringkali memiliki tingkat pendidikan yang rendah serta pernh mengalami kegagalan dalam hubungan sosial, serta tidak bekerja

b. Faktor Presipitasi

Stressor presipitasi pasien ganguaan persepsi sensori halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, adanya riwayat kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan di keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien serta konflik antar masyarakat.

2. Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Adapun tanda dan gejala pasien halusinasi adalah sebagai berikut:

a. Data subyektif, pasien mengatakan:

1) Mendengarkan suara-suara kegaduhan
2) Mendengar suara yang mengajak becakap-cakap
3) Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatau yang berbahaya

4) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk tidak teratur, melihat hantu atau monster
5) Mencium bau-bauan sepertit bau darah, urin, fese, kadang-kadang bau itu menyenangkan
6) Merasakan rasa seperti darah, urin, atau feses
7) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya

b. Data Obyektif:

1) Bicara atau tertawa sendiri
2) Marah-marah tanpa sebab
3) Mengarahkan telinga ke arah tertentu
4) Menutup telinga
5) Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu
6) Ketakutan pada seuatu yang tidak jelas
7) Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bau tertentu
8) Menutup hidung
9) Sering meludah
10) Muntah
11) Menggaruk-garuk permukaan kulit

2.2.3 Dimensi Halusinasi

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, gelisah dan bingung, perilaku merusak diri, tidak mampu mengambil keputusan seta tidakdapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Masalah halusinasi biasanya berdasarkan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagi makhluk yang dibangun atas dasr unsusr-unsur

bio-psiko-sosio-spriritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi (Muhith, 2015) :

1. Dimensi Fisik

   Manusia dibangun oleh sistem indra untuk menanggapi rangsangan eksternal yang diberikan oleh lingkungannya. Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik yang kelelahan, menggunakan obat-obat, demam tinggi sampai menyebabkan derilium, dan sulit untuk tidur dalam waktu yang lama.

2. Dimensi Emosional

   Perasaan gelisah yang sangat tinggi atas dasar masalah yang tidak bisa diatasinya sendiri adalah penyebab halusinasi muncul. Biasnya halusinasinya seperti perintah yang memaksa dan menakutkan. Pasien dipaksa terus menerus sampai menyebabkan pasien itu melawan dan melukai system sarafnya sendiri dan bisa merugikan orang lain.

3. Dimensi Intelektual

   Dalam hal ini pasien yang menderita halusinasi biasanya terdapat penurunan ego yang ada pada dirinya sendiri. Pada awalnya ego muncul karena klien terus menerus melawan halusinasinya dengan mengguanakan egonya yang ada dan dari situlah ego yang dimilikinya lama kelamaan menghilang. Namun merupakan suatu hal yang menyebabkan kewaspadaan yang dapat mengambil perhatian klien dan tak jarang akan mengontrol egonya semua perilaku klien.

4. Dimensi sosial

Klien terdapat gangguan dalam berinteraksi dlam fase awal dan comforting, klien merasa jika dia hidup didunia sosial nyata sangat membahayakan untuk dirinya sendiri. Klien sangat asik dengan dunia halusinasinya sendiri dan sangat tidak suka dunia luar yang bersosialisasi dengan orang-orang asli seperti pasien pengidap hargadiri yang tidak didapatkan didunia nyata. Isi halusinasi dijadikan system kontrol oleh individu tersebut sehingga perintah yang bersumber dari halusinasi berupa ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung untuk itu. Aspek pentingdalam penanganan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang mungkinmenimbulkan pengalaman interpersonal yang sangat memuaskan,juga mengusahakan klien tidak dalam kondisi sendiri dan ajak klien untuk bersosialisasi denganlingkungan sekitar klien berada utuk percepatan proses kesembuhannya.

5. Dimensi spiritual

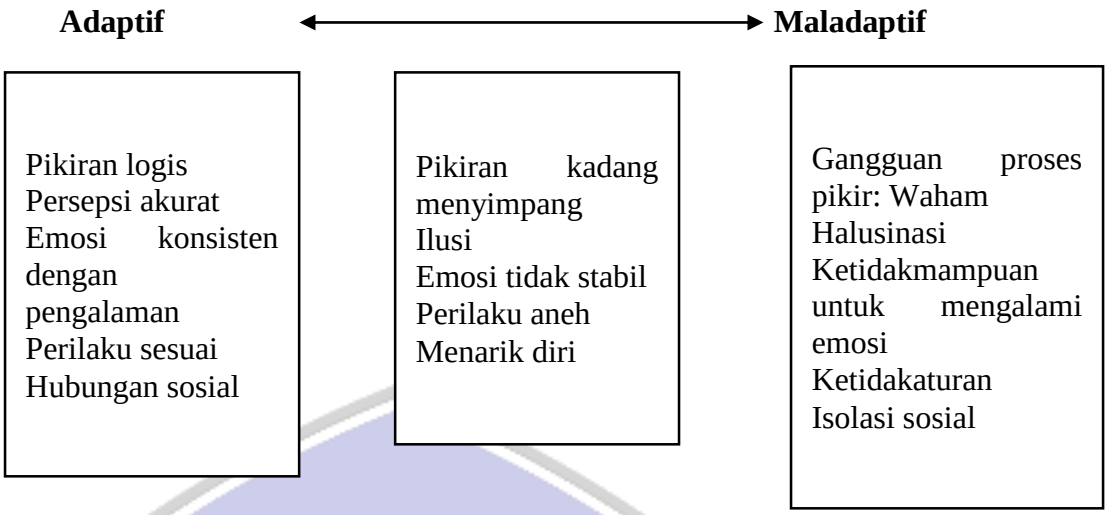
Secara spiritual klien halusinasi biasanya hidupnya tidak ada semnagat untuk mempertahankan hidup, rutinitas hidupnya terasa tidak bermakna dan tidak ada faedahnya, jarang juga dalam pelaksanaan ibadahnya untuk mensucikan dirinya sendiri karena klien berfikir hidupnya sudah tidak berguna lagi. Ada juga irama sirkardiannya terganggu, karena pasien pada sat malam kurang bisa tidur biasanya tidur larut malam dan bangun pada siang hari. Pada saat bangun merasakan bahwa hidupnya tidak bermaknalagi/tidak

mempunyai semnagat untuk hidup lagi. Serta klien merasakan bahwa rejekinya sudah tidak lancar lagi seperti sebelumnya, dan menyalahkan anggota keluarganya yang menyebabkan klien merasa begitu.

2.2.4 Rentang Respon halusinasi

Halusinasi merupakan respon mal adaktif individu yang terdapat pada respon neurobiologist. Jika klien sehat maka persepsinya pada respon akan akurat, mampu mengidentifikasi dirinya sendiri maupun sekitarnya, dan bisa mengolah apa saja yangditerima oleh respon panca indranya (pendengaran, penciuman, penglihatan, perabaan) beda dengan klien yang mengalami halusinasi akan mengalami penurunan panca indra atau bisa menyebabkan yang sebernarnya tidak dirasakan oleh pancaindra orang normal bisa dirasakan oleh klien dengan halusinasi seperti melihat ada bayangan didepannya padahal itu tidak ada sama sekali. (Muhith, 2015)

Rentang respons neurobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis, persepsi akurat, emosi yang konsisten dengan pengalaman, perilaku cocok, dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Sementara itu, respon maladaptif meliputi adanya waham, halusinasi, kesukaran proses emosi, perilku tidak terorganisasi, dan isolasi sosial: menarik diri. Berikut adalah gambaran rentang respons neurobiologi.



Gambar 2.2 Rentang respons neurobiologi
(Sumber: Stuart, 2013)

2.2.5 Fase-fase halusinasi

Intensitas dan keparahan halusinasi yang diderita klien biasanya berbeda-beda dari seorang dan orang lain. Untuk fase halusinadi dibagi menajdi tingkat ansietas yang akan dialami dalam klien menganali dirinya sendiri. Semakin tinggi fasenya makan semakin tinggi juga halusinasi itu dirasakannya. (Muhith,2015). Menurut (Yusuf Ah, dkk 2015) :

1. Tahap I (Non Psikotik)

   Halusinasi bersifat menenangkan, tingkat ansietas pasien sedang. Pada tahap ini halusinasi secara umum menyenangkan.

   Karakteristik: Karakteristik tahap ini ditandai dengan adanya perasaan bersalahdalam diripasien dan timbul perasaan takut. Pada tahap ini pasien mencoba menenangkan pikiran untuk mengurangi ansietas. Individu mengetahui bahwa pikiran dan sensori yang dialaminya dapat dikendalikan dan bisa diatasi (non psikotik).

Perilaku yang Teramati:

a. Menyeringai / tertawa yang tidak sesuai
b. Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara
c. Respon verbal yang lambat
d. Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengawasinya

2. Tahap II (psikotik ringan)

Halusinasi bersifat menyalahkan, pasien mengalami ansietas tingkat berat dan halusinasi bersifat menjijikkan untuk pasien.

Karakteristik: Pengalaman sensori yng dialami pasien bersifat menjiikkan dan menakutkan, pasien yang mengalami halusinasi mulai merasa kehilangan kendali, pasien berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang dipersepsikan, pasien merasa malu karena pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain (non psikotik).

Perilaku yang Teramati:

a. Peningkatan kerja susunan saraf otonom yang menunjukkan timbulnya ansietas seperti peningkatan nadi, tekanan darah, dan pernapasan
b. Kemampuan konsentrasi menyempit
c. Dipenuhi dengan pengalaman sensori, mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan anatara halusinasi dan realita

3. Tahap III (Psikotik)

Pada tahap ini halusinasi mulai mengendalikan perilaku pasien, pasien berada pada tingkat ansietas berat. Penggalaman sensori menjadi menguasai pasien

Karakteristik: Pasien yang berhalusinasi pada tahap ini menyerah untuk melawan pengalaman halusnasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Isi halusinasi dapat berupa permohonan individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman tersebut berakhir (psikotik).

Perilaku yang Teramati:

a. Perintah halusinasi ditaati
b. Sulit berhubungan dengan orang lain
c. Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik
d. Gejala fisik ansietas bert, berkeringat, tremor, dan tidak mamu mengikuti perintah

4. Tahap IV (Psikotik berat)

Pada tingkat ini, halusinasi sudah sangat menaklukkan dan tingkat ansietas berada pada tingkat panic secara umum halusinasi menjadi lebih rumit dan saling terkait dengan delusi

Karakteristik: pengalaman sensori menakutkan jika individu tidak mengikuti perinth halusinasinya. Halsinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak diintervensi (psikotik).

Perilaku yang Teramati:

a. Perilaku panik

b. Berpotensi untuk membunuh atau bunuh diri

c. Tindakan kekerasan agitasi, menarik diri, atau katatonia

d. Tidak mampu merespons pperintah yang kompleks

e. Tidakmampu merespons terhadap lebih dari satu orang

2.2.6 Sumber Koping

Menurut Wahyuni (2017) dalam (Yuanita, 2019)., sumber koping diantaranya:

1. *Personal Ability* : klien tidak mampu untuk memecahkan masalahnya sendiri, ada juga gangguan dari kesehatan pada fisiknya yang mengakibatkan halusinasinya, ketidak mampuan bersosialisasi kepada masyarakat sekitarnya, pengetahuan tentang penyakitnya yang rendah tanpa ada sosialisasi dari tim kesehatan.
2. *Social support* : hubungan seseorang dengan orang lain, kelompok masyarakat dan keluarga kurangnya kekompakan sehingga menyebabkan tidak adekuat dalam menyelesaikan masalahnya.
3. *Material asset* : seorang klien tidak mampu dalam mengelola hartanya seperti boros dalam berbelanja, sampai tidak ada uang untuk berobat, tidak ada tabungan untuk kebutuhan hidupnya, dan jauhnya pelayanan kesehatan yang ada.
4. *Positif belief* : distress spiritual, kurangnya motivasi yang dia miliki, penanggapan yang bersifat negative terhadap pelayanan kesehatan, tidak menganggap suatu gangguan.

2.2.7 Mekanisme koping

Data yang didapatkan melalui wawancara pada klien/keluarga, bagaimana cara klien dalam menendalikan dirinya sendiri ketika menghadapi sebuah masalah yang ada :

1. Koping adiktif : berbicara dengan orang asing yang kita tidak kenal, mampunya dalam memecahkan masalah yang sedang dihadapinya sendiri.
2. Koping Maladaptif : dengan minum-minuman yang memabukkan, mengancam orang lain, dan bisa juga mengancam dirinya sendiri seperti melukai dengan senjata tajam.

Wahyuni (2017) dalam (Yuanita, 2019).

2.2.8 Validasi informasi tentang halusinasi

Pengalaman halusinasi yang sekarang inilah menjadikan masalah yang sering dibicarakan dengan orang banyak. Kemampuan untuk bersosialisasi tentang masalah halusinasi yang dialami oleh seorang klien sangat penting diperhatikan untuk perkembangan klien tersebut dalam proses penyembuhannya. Perawat harus mempunyai ketulusa dan perhatian kepada klien halusinasi untuyk membantu memfasilitasi klien untuk bisa bercakap-cakapan tentang halusinasiyang dia rasakan.(Muhith, 2015). Perilaku pasien yang mengalami halusinasi tergantung jenis dan tingkat halusinasi yang dia miliki itu sendiri dan bagaimana cara penanganinya pada saat kambuh. Menurut (Muhith, 2015) Validasi informasi tentang halusinasi yang diperlukan yaitu :

1. Isi halusinasi yang sering dirasakn oleh klien. Isi halusinasi dapat dijaki dengan menanyakan kepada klien contohnya suara apa yang biasanya sering terdenagar (halusinasi pendengaran), bayangan apa saja yang biasanya dilihat pada saat halusinasi timbul (halusinasi penglihatan), bau apa saja yang sering dihirup oleh klien (halusinasi penghirupan), rasa apa saja yang biasnya muncul pada lidah saat halusinasi itu kambuh (halusinasi pengecapan), apa saja yang dirasakan pada kulit klien pada saat halusinasi muncul (halusinasi perabaan).
2. Waktu dan frekuensi timbulnya halusinasi dapat dikaji dengan menanyakan kepada klien kapan saja halusinasinya yang muncul. Berapa lama halusnasi itu bertahan saat muncul, berapa hari sekali halusinasi itu muncul, seminggu atau sebulan gangguan halusinasi itu muncul. Informasi ini sangat penting untuk mencari penyebab halusinasi itu muncul.
3. Situasi pencetus halusinasi dapat dikaji dengan perawat mengidentifikasi situasi yang dialami oleh klien sebelum mengalami halusinasi terjadi. Menanyakan kepada klien peristiwa atau kejadian yang dialami klien sehingga menyebabkan halusinasi itu muncul. Selain itu perawat harus mengobservasikan apa yang menjadikan ciri jika halusiansi itu akan muncul.
4. Respon klien dikaji untuk sejauh mana halusinasi itu mempengaruhi klien tersebut bisa dikaji dengan menanyakan apa yang dilakukan klien saat mengalami kambuh gangguan halusinasi tersebut. Dan

Tanya apakah klien bisa mengkontrol halusinasinya sendiri atau sudah tidak sangguap lagi untuk mengkontrol halusinasi tersebut. (Stuart, Laraia, 2005).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Halusinasi Penglihatan

2.3.1 Pengkajian

Proses keperawatan adalah suatu metode dalam pemberian asuhan keperawatan secara sistematis, profesional dan terorganisir, yang difokuskan pada respon antar individu maupun kelompok terhadap gangguan kesehatan yang dialami. Proses keperawatan terdiri atas lima tahapan yaitu pegkajian, diagnosa keperawatan, intervensi (perencanaan), implementasi (penatalaksanaan) dan evaluasi (Deswani, 2011).

Menurut Wahyuni, (2017) dalam (Yuanita, 2019). pengkajian pada Halusinasi Penglihatan meliputi :

1. Identitas
   a. Perawat yang sedang jaga dan bertepatan merawat pasien memperkenalkan dirinya dan melakukan kontrak dengan pasien tentang : nama klien, nama perawat, tujuan, waktu, topik yang akan dibicarakan dan tempat pertemuan selanjutnya senyaman klien.
   b. nomor rekam medik dan usia klien
2. Alasan masuk

   Yang menyebabkan pasien skizofrenia dengan halusinasi pendengaran biasnya ditandai dengan gejala, bicara / tertawa

sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas, pada penderita halusinasi penglihatan biasanya melihat bayangan, sianr, bentuk geometris, bentuk kartoon, melihat hantu atau monster. Pada penderita halusinasi penghidu biasanya membau-bau seperti bauan darah, urine, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan. Untuk halusinasi pengecapan biasanya yang sering merasakan rasa seperti darah, urine feses, sering juga klien meludah, dan untuk halusinasi perabaan biasanya merasakan ada serangga di permukaan kulit, merasakan seperti ada aliran lsiatrik, sering menggaruk-garuk kulit (Nurhalimah, 2016).

3. Faktor Presipitasi

   Stressor presipitasi pasien ganguaan persepsi sensori halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, adanya riwayat kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan-kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan di keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien serta konflik antar masyarakat. (Nurhalimah, 2016)

4. Faktor Predisposisi

   a. Fakor Biologis

      Adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (herediter), riwayat penyakit trauma kepala,

dan riwayat penggunaan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lain (NAPZA).

b. Faktor Psikologis

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

c. Sosial-Budaya dan Lingkungan

Sebagian besar pasien halusinasi berasal dari kelurga dengan sosial ekonomi rendah, selain itu, pasien memiliki riwayat penolakan dari lingkungan pada usia perkembangan anak, pasien halusinasi seringkali memiliki tingkat pendidikan yang rendah serta pernah mengalami kegagalan dalam hubungan sosial, serta tidak bekerja.

(Nurhalimah, 2016)

5. Penilaian terhadap stressor

Penilaian terhadap stressor dapat dilihat menggunakan cara kognitif (tidak dapat berfikir logis, disorientasi, gangguan memori jangka pendek, dsb), Afektif (reaksi kecemasa seseorang secara umum, kebahagiaan yang tinggi, kesedihan yang terus menerus), Fisiologis (kelelahan, denyut jantung meningkat, gangguan pada tidur, muka merah/terang), Perilaku (berperilaku tidak normal dari orang biasanya, suka berbicara sendiri dan ketawa-ketawa sendiri, kurangnya mengontrol diri

sendiri), sosial (ketidak mampuan untuk melakukan komunikasi, acuh dengan lingkungan sekitarnya, penburunan kemampuan yang dilakukannya) (Wahyuni, 2017) dalam (Yuanita, 2019).

6. Sumber koping

   Sumber koping merupakan suatu evaluasi terhadap plihan koping dan strategi untuk kesembuha klien. Seperti klien nanti bisa mengatasi stressnya dan ansietasnya dengan menggunakan sumber koping yang ada dilingkungannya. Sumber koping bias juga untuk memecahkan masalah yang dihadapi klien untuk menuju kesembuhannya. (Wahyuni, 2017) dalam (Yuanita, 2019)

7. Mekanisme koping

   Koping mekanisme adalah suatu usaha langsung dalam manajemen stress. Ada tiga jenis mekanisme koping, yaitu:

   a. Mekanisme koping *problem focus*

   Mekanisme ini terdiri atas tugas dan usaha langsung untuk mengatasi ancaman diri. Contoh: negoisasi, konfrontasi, dan mencari nasehat

   b. Mekanisme koping *cognitively focus*

   Mekanisme ini dapat berupa seseorang dapat megontrol masalah dan menetralisasinya.

   Contoh: perbandingan positif, *selective ignorance*, *substitution of rewards*, dan *devaluation of desired objects*.

c. Mekanisme koping *emoticon focus*

Pasien menyesuaikan diri terhadap distress emosional secara tidak belebihan.

Contoh: menggunakan mekanisme pertahanan ego seperti *denial*, supresi, atau proyeksi.

(Yusuf dkk, 2017)

8. Pemeriksa fisik

Pada pasien gangguan jiwa dengan halusinasi pendengaran juga perlu pemeriksaan fisik penderita meliputi ukur TTV, ukur BB dan TB, tanyakan apakah berat badan naik atau turun, tanyakan adanya keluhan fisik pada pasien dan keluarganya, lakukan pemeriksaan fisik kepala sampai ujung kaki, jika dijumpai adanya yang abnormal, maka dilanjutkan dengan pengkajian tiap sistem. Dan tanyakan riwayat pengobatan penyakit pasien yang pernah ata sedang dijalani oleh pasien dan keluarga (Yuanita, 2019).

9. Pengkajian Psikososial Menurut Tim Kesehatan Jiwa (2020) :

a. Genogram

1) Genogram dibuat 3 generasi
2) Gambarkan adanya riwayat penceraian
3) Gambarkan adanya anggota keluarga yang meninggal dan penyebab memninggal
4) Gambarkan pasien tinggal dengan siapa?

5) Bagaiaman pola komunikasi antar anggota keluarga yang dilakukan dalam keluarga?
6) Pengambilan keputusan dalam keluarga oleh siapa?
7) Tanyakan pola asuh orang tua terhadap anak terutama pada pasien?
8) Genogram mencakup situasi lingkunganrumah (posisi kamar tidur pasien dengan anggota keluarga yang lain).

b. Konsep diri

1) Gambaan diri atau citra tubuh

a) Bagaimanakah persepsi pasien terhadap bentuk dan fungsi tubuhnya?
b) Menurut pasien, apakah ada bagian dari tubuh pasien yang tidak atau kurang disukai oleh pasien?
c) Menurut pasien, apakah ada bagian dari tubuh pasien yang mengalami kehilangan atau penururnan fungsi?
d) Bila tidak ada bagian tubuh yang bentuk tidak diuskai dan fungsinya tidak mneurun, apakah pasien mampu menerima keadaan fisiknya tersebut?
e) Jika ada bagian tubuh yang bentuknya tidak disukai dan fungsinya menurun, bagaimana perasaan pasien terkait dengan perubahan tersebut, apakah

sampai mempengaruhi dalam berhubungan sosial dengan orang lain?

Biasanya gambaran diri klien dengan perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengepal dan muka merah.

c. Identitas diri

1) Berisi status dan posisi sebelum dirawat
2) Bagaimana kepuasan pasien terhadapterhadap sekolahnya, tempat kerjanya dan kelompoknya?
3) Tanyakan jenis kelamin pasien, apakah merasa puas dengan jenis kelaminnya dan apakah perilakunya sesuai dengan jenis kelaminnya
4) Tanyakan pada pasien bagaimana kepuasannya terhadap sekolah, pekerjaan dan kelompoknya serta jenis kelaminnya. Apakah mempengaruhi hubungan sosial dengan orang lain?
5) Bila pasien puas dalam posisinya dalam sekolah, pekerjaan, kelompok dan jenis kelaminnya, apakah pasien mampu menerima keadaan tersebut?

d. Identitas diri klien dengan PK baisanya identitas dirinya ialah moral yang kurang karena menujukkan pendendam, pemarah dan bermusuhan

e. Peran diri

1) Peran terkait dengan tugas dan peran pasien sebagai individu, anggota keluarga, anggota kelompok dan anggota masyarakat?
2) Apakah pasien dalam menjalankan perannya dari segi individu, keluarga dan masyarakat?
3) Sebagai individu sekarang usiannya berapa (sesuai SP perkembangan) pasien dapat menjalankan perannya atau tidak. Misalnya pasien berusia 35 tahun termasuk usia dewasa, sudah bekerja atau menikah atau belum, jika belum apakah kondisi ini mempengaruhi hubungannya dengan orang lain?
4) Sebagai anggota keluarganya, apakah sudah menikah atau belum, jika belum apakah pasien dapat membantu pekerjaan orang tua dirumah? Misalnya sebagai seorang laki-laki: apabila sudah apakah ada hambatan menjalankan peran sebagai ayah, sebagai suami, sebgai pencari nafkah? Jika ada hambatan dalam menjalankan peran sebagai anggota keluarga apa sampai mengganggu hubungan dengan orang lain?
5) Sebagai anggota masyarkat, apakah pasien dapat mengikuti kegiatan kemasyarakatan yang ada di masyarakat (misalnya gotong royong, pengajian,

arisan)? Jika tidak dapat mengikkuti kegiatan-kegiatan tersebut, apakah mempengaruhhi hubungannya dengan orang lain.

6) Fungsi peran pada klien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

f. Ideal diri

1) Bagaimanakah harapan pasien tentang tubuh, posisi, status, tugas dan fungsi?

2) Bagaimanakah harapan pasien terkait dengan sekolahnya, pekerjaanya, keluarganya, terhadap penyakitnya dan cita-citanya?

3) Apakah pasien tidak mampu mencapai harapanya tersebut, apa yang dirasakan?

4) Ideal diri klien dengan perilaku kekerasan jika kenyataannya tidak sesuai dengan harapan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya.

g. Harga diri

1) Bagaimana hubungan pasien dengan orang lain terkait kondisi gambaran diri, identitas diri, peran, ideal diri

2) Bagaimana pandangan pasien tentang penilaian atau penghargaan orang lain terhadap dirinya dan kehidupannya.

3) Pengkajian konsep diri tidak dapat dilakukan pada pasien yang masih agitasi/gaduh, gelisah, bicaranya kacau, ada gangguan memori, pasien yang autistik dan mutisme.

4) Harga diri yang dimiliki oleh klien perilaku kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal PK marah yang tidak biasa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga.

h. Hubungan sosial

1) Dirumah

Ketika dirumah, tanyakan orang yang paling dekat dengan pasiien, misalnya tempat mengadu, tempat berbicara, tempat minta bantuan? Dikaji: pengambilan keputusan di dalam rumah, pada komunikasi antar angggota keluarga, posisi kamar tidur pasien pasien dengan ruang lain (ruang tamu, ruang keluarga, ruang makan dan ruang tidur anggota keluarga yang lain).

2) Di Rumah Sakit

Ketika di rumah sakit, tamyakan orang yang paling dekat dengan pasien, makanya sebagai tempat mengadu, tempat berbicara, tempat minta bantuan?

3) Tanyakan kegiatan kelompok apa saja yang diikuti pasien dalam masyarakat?

4) Tanyakan kegiatan kelompok apa saja yang diikuti pasien dirumah sakit?

5) Apakah ada ketergantungan pasien terhadap seseorang atau orang lain yang mempengaruhi hubungan pasien dengan kelompok dan masyarakat?

Pengkajian hubungan sosial tidak dapat dilakukan pada pasien yang masih agitasi/gaduh, gelisah, bicaranya kacau, ada gangguan memori, pasien yang austik dan mutisme.

Hubungan sosial pada perilaku kekerasan terganggu karena adanya resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak dapat terkontrol.

i.Spiritual

1) Nilai dan keyakinan: Tanyakan pandangan dan keyakinan pasien tentang gangguan jiwa sesuai dengan budaya dan agama yang dianut? Pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa?

2) Kegiatan ibadah: Tanyakan kegiatan ibadah yang diikuti secara individu atau kelompok, misalnya berdoa, sholat, kebaktian dll?

3) Tanyakan kepada pasien dan keluarga pandangannya tentang kegiatan ibadah?

Pengkajian hubungan sosial tidak dapat dilakukan pada pasien yang masih agitasi/gaduh gelisah, bicaranya kacau, ada gangguan memori, pasien yang autistic dan mutisme.

Spiritual nilai dan kenyakinan dan ibadah pada pasien perilaku kekerasan mengangap tidak ada gunanya menjalankan ibadah.

j. Fungsi mental

1) Penampilan fisik

Dalam penampilan cara berpakaian kurang rapi, rambut ikal apabila rambut panjang, kebersihan gigi, kuku, dan kulit kurang (Keliat, 2017).

2) Cara bicara / pembicaraan

Pada pasien penderita halusinasi penglihatan, biasanya dalam bicaranya intonasinya kurang jelas dan pelan, sering ngelantur apa yang dilihat didepanya (Wahyuni, 2017) dalam (Yuanita, 2019).

3) Aktivitas motorik

Pada pasien penderita halusinasi penglihatan, pasien tampak lesu, pasif, tegang, gelisah, gerakan-gerakan kecil pada muka yang tidak terkontrol, kegelisahan motoric, tremor dengan jari-jari yang tampak gemetar ketika pasien menjulurkan tangannya untuk merentangkn jari-jarinya.

4) Alam perasaan

Pada pasien halusinasi pendengaran biasanya mendengar suara-suara bisikan yang menggangunya, pasien sedih dengan keadaan sekarang (Keliat, 2017).

5) Afek

Saat diwawancarai pasien terkadang menunjukkan ekspresi mendengar sesuatu, disertai distorsi dan gangguan espon terhadap stimulus tersebut, baik respon yang berlebihan maupun respon yang kurang memadahi (Townsend, 2010) dalam (Yuanita, 2019).

6) Interaksi selama wawancara

Pada pasien penderita halusinasi, selama berinteraksi pasien menjawab dengan baik, kontak mata pasien mudah teralih, kadang pasien terdiam sebentar seperti melihat sesuatu, pasien menunjukan ekspresi keheranan saat ditanya (Keliat, 2017) dalam (Yuanita, 2019).

7) Persepsi sensori

Terkadang klien yang mengalami halusinasi sering menghayal tentang ketakutan yang dia rasakan padahal itu sebenarnya tidak ada, baik itu halusiansi pendengaran, penglihatan, perabaan pengecapan.

8) Proses pikir

Biasanya klien berbicara dengan tidak jelas dan pembicaraan itu berbelit-belit pada satu topic yang

menurutnya dia anggap menyenagkan untuk dibahas tetapi tujuan itu tidak bisa diolah oleh perawat yang bertugas karena pembicaraanya terbelit-belit. Seperti satu topi belum selesai loncat ke topi lain dan seterusnya hingga perawatnya sendiri pusing.

9) Isi pikir

Pada pasien halusinasi mengalami hipokondria, yaitu keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada. Misalnya menderita penyakit tertentu (Keliat, 2017) dalam (Yuanita, 2019).

10) Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran diperoleh selama pasien menjalani wawancara dengan perawat, macam-macam kesadaran pada pasien yaitu, bingung, sedasi, stupor. Biasanya mengalami gangguan orientasi, waktu dan tempat diperoleh pada saat wawancara (Keliat, 2017) dalam (Yuanita, 2019).

11) Memori

Daya ingat pasien apakah ada gangguan mengenai jangka panjang (tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan), jangka pendek (tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir), jangka saat ini (tidakdapat mengingat kejadian yang baru

saja terjadi), konfabulasi yaitu pembicaraan yang tidak sesuai kenyataan (Keliat, 2017) dalam (Yuanita, 2019).

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pada pasien halusinasi, perhatian pasien mudah berganti dari satu objek ke objek yang lain (keliat, 2017) dalam (Yuanita, 2019).

13) Kemampuan penilaian

Pada paisen halusinasi, pasien mampu mengambil keputusan sederhana missal pasien memutuskan untuk menggosok gigi setelah makan (Keliat, 2017) dalam (Yuanita, 2019).

14) Daya Tilik Diri

Pada pasien penderita halusinasi pendengaran, pasien mengatakan menyadari bahwa dirinya sakit (Keliat, 2017) dalam (Yuanita, 2019).

15) Kebutuhan pasien pulang

a) Makan

Klien mampu untuk membersihkan dan menyiapkan makanannya sendiri pada saat dirumah

b) BAB/BAK

Klien mampu BAB, BAK menggunakan fasilitas Wc dirumahnya dengan benar

c) Mandi

Klien mampu mandi dengan bersih dan benar untuk terlihat bahwa klien bersih

d) Berpakaian

Klien mampu mengenakan pakaina sendiri dank klien dapat memilh pakaian yang menurutnya cukup kepadanya dan layak untuk dipakai

e) Istirahat

Klien dapat melakukan istirahat dan tidur tanpa ada kesulitan tidur pada saat malam hari maupun istirahat untuk peregangan otot-otot badan

f) Penggunaan obat

Apabila klien mendapatkan obat biasanya pasien minum obat secara teratur dan paham kapan saja obat itu harusnya dimakan

g) Pemeliharaan kesehatan

Klien melanjutkan berobat untuk terapinya dengan dukungan keluarga dan petugas kesehatan serta orang yang ada disekitarnya

h) Kegiatan di dalam rumah

Klien dengan melakukan kegiatan sehari-hari seperti merapikan kamar tidurnya sendiri, mencuci baju sendiri, menyiapkan makanan sendiri, pengaturan keuangan sendiri.

i) Kegiatan diluar rumah

Klien dengan melakukan aktivitas diluar rumah secara mandiri

k. Pengetahuan kurang tentang halusinasi

Pada seorang yang mengalami halusinasi gangguan kognitifnya tidak mampu mengambil keputusan sehingga klien biasnya sering kali kebingungan dengan dirinya sendiri.

l. Pemeriksaan penunjang

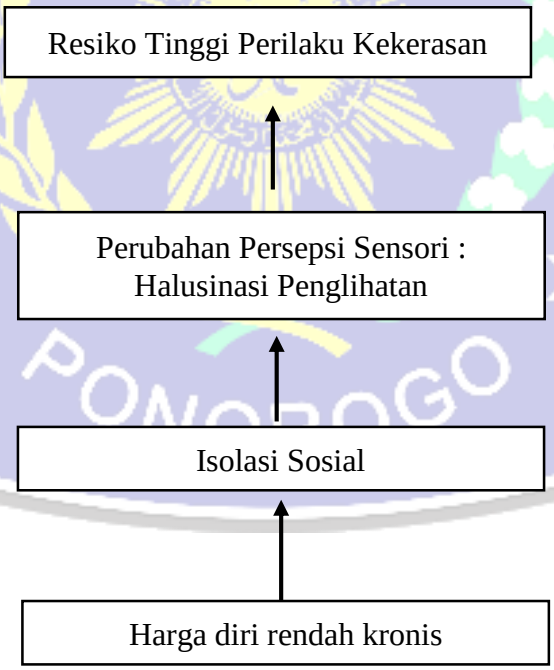
Untuk kepentingan diagnosis, beberapa pemeriksaan penunjang diperlukan, baik pemeriksaan laboratorium maupun pemeriksaan penunjang lainnya. Namun pemerikasaan tersebut diperlukan terutama pada kasus berat.

2.3.2 Patway

Klien yang mengalami gangguan halusinasi pasti akan kehilangan kontrol dirinya sehinggga akan menyebakan dirinya maupun orang lain akan mendapatkan kerugian dari gangguan tersebut. Pada saat halusinasi itu berat pasti klien akan dikendalikan oleh halusinasi tersesehingga kehilangan kemampuan penilaian realitas terhadap lingkungan yang dijalankanya. Dalam keadaan seperti ini klien akan lebih condong untuk melukai dirinya sendiri seperti percobaan bunuh diri (*Suicide*), membunuh orang lain (*Homicide*), dan bahkan merusak apa saja yang disekitar klien. Selain masalah yang diakibatkan oleh

halusinasi klien biasanya juga mengalami masalah-masalah keperawatan yang biasanya muncul terus menjadikan penyebab (*trigger*) munculnya seperti masalah-masalah harga diri rendah dan isolasi sosial. (Muhith, 2015)

Akibat jika klien memiliki harga diri rendah maupun isolasi social klien akan meri dari lingkungan. Dampak selanjutnya akan lebih terfokus pada dirinya sendiri dan tidak mau mengenal orang sekitarnya bahkan takut kepada keluarganya sendiri. Stimulus internal akan menjadi lebih dominan, sehingga lama kelamaan kehilamngan dalam kemampuan membedakan stimulus internal dan stimulus eksternal. Ini memicu terjadinya halusinasi pada seseorang. Dari masalah diatas ditemukan pohon masalah :



Gambar 2.1 Pathways Perubahan Persepsi Sensosri : Halusinasi (Fitria, 2011)

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2016). Diagnosis keperawatan Gangguan persepsi sensori: halusinasi (pendengaran, penglihtan, penghirupan, dan peraba).

Penyebab gangguan persepsi sensori :

1. Gangguan penglihatan
2. Gangguan pendengaran
3. Gangguan penghirupan
4. Gangguan perabaan
5. Hipksia serebal
6. Penyalah gunaan zat
7. Usia lanjut
8. Pemajanan toksin lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif	Objektif
1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera peraba, penciuman, penglihatan atau pengecapan	1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu

Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif	Objektif
Menyatakan kesal	1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi 5. Curiga 6. Melihat sesuatu kearah 7. Mondar-mandir 8. Bicara sendiri

Tabel Gambar 2.3 SDKI Gangguan Persepsi Sensori
Sumber : Tim Pokja DPP PPNI SDKI (2017), SLKI (2019), SIKI (2018)

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi adalah segala treatmen yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI, 2018). Setelah dilakukan pengkajian dari penegakan diagnosis maka langkah selanjutnya adalah merencanakan tindakan keperawatan atau yang disebut dengan interveni keperawatan. Intervensi keperawatan dibuat perawat untuk mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan kesehatan lain (Muhith, 2015). Perencanaan tindakan keperawatan terdiri dari tiga aspek, yaitu tujuan umum, tujuan kusus, dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan (P) dari diagnosis tertentu. Tujuan khusus berfokus pada penyelesaian etiologi (E) dari diagnosis tertentu. Tujuan khusus merupakan rumusan kemampuan yang perlu

dicapai atau dimiliki pasien (Direja, 2011). Berikut adalah intervensi pada pasien halusinasi menurut (Muhith Abdul, 2015) :

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan (TUM / TUK)	Kriteria Evaluasi	Intervensi
Gangguan perubahan persepsi sensori: Halusinasi penglihatan	TUM: Pasien tidak mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungannya TUK 1: Pasien tidak mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan	Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, pasien mau duduk berdampingan denggan perawat,mau mengutarakan masalah yang dihadapinya.	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: 1. Sapa pasien dengan ramah 2. Perkenalkan diri dengan sopan 3. Tanyakan nama lengkap, dan nama panggilan yang disukai pasien 4. Jelaskan tujuan pertemuan 5. Tunjukkan sikap empati 6. Beri perhatian kepada pasien
	TUK 2: Pasien dapat mengenal halusinasinya	1. Pasien dapat menyebutkan waktu, isi, dan frekuensi timbulnya halusinasi. 2. Pasien dapat mengucapkan perasaan terhadap halusinasinya	1. Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap 2. Observasi tingkah laku pasien terkait dengan halusinasinya : bicara dan ketawa tanpa stimulus, memandang ke kiri/ kekanan/ kedepan seolah-olah ada teman bicara 3. Bantu pasien mengenal halusinasinya dengan cara: a. Jika menemukan pasien sedang berhalusinasi, tanyakan apakah ada bayangan, cahaya, benda

			apa sosok yang dilihatnya b. Jika pasien menjawab ada, lanjutkan, apa yang dilihat itu. Katakan bahwa perawat percaya pasien melihat itu, namun perawat sendiri tak melihatnya c. Katakan bahwa pasien lain juga mengalami hal yang sama d. Katakana bahwa perawat akan membantu pasien. 4. Diskusikan dengan pasien: a. Situasi yang menimbulkan halusinasi b. Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi 5. Diskusikan dengan pasien tentang apa yang diraskannya jika terjadi halusinasi. Beri kesempatan pasien untuk mengungapkan perasaannya.
	TUK 3: Pasien dapat mengontrol halusinasinya	1. Pasien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya 2. Pasien dapat menyebutkan	1. Bersama pasien, identifikasi tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri, dan lain-lain). 2. Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan pasien.

		cara baru mengontrol halusinasi 3. Pasien dapat mendemonstrasikan cara menghardik / mengusir halusinasinya 4. Pasien dapat mengikuti aktivitas kelompok 5. Pasien dapat mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah halusinasi	Jika bermanfaat berikan pujian pada pasien 3. Identifikasi bersama pasien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri dan lain-lain) 4. Diskusikan dengan pasien tentang cara baru mengontrol halusinasinya: a. Menghardik/ mengusir halusinasi b. Bercakap-cakap dengan orang lain jika halusinasinya muncul c. Melakukan kegiatan sehari-hari d. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari agar halusinasi itu tidak muncul lagi 5. Bantu pasien memilih dana melatih cara memutus halusinasi secara bertahap 6. Beri pujian atas keberhasilan pasien 7. Minta pasien untuk mengikuti contoh yang diberikan dan mengulanginya lagi 8. Susun jadwal latihan pasien dan minta pasien untuk mengisi jadwal kegiatan 9. Anjurkan pasien untuk mengikuti

			terapi aktivitas kelompok
	TUK 4: Pasien dapat dukungan keluarga dalam mengkontrol halusinasinya	1. Keluarga dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda, dan tindakan untuk mengendalikan halusinasi	1. Anjurkan pasien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi 2. Diskusikan dengan keluarga: a. Gejala halusinasi yang dialami pasien b. Cara yang dapat dilakukan pasien dan keluarga untuk memutuskan halusinasi c. Cara merawat anggota keluarga denggan gangguan halusinasi di rumah:beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergianbersa ma) d. Beri infomasi tentan tindak lanjut atau kapan perlu mendapatkan bantuan
	TUK 5 : Pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik	1. Pasien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis, dan efek samping obat 2. Pasien dapat mendemosntra sikan penggunana obat 3. Pasien dapat informasi	1. Diskusikan dengan keluarga tentang jenis, dosis, waktu pemberian, manfaat,dan efek samping obat. 2. Anjurkan kepada keluarga untuk berdiskusi dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat.

		tentang manfaat dan efek samping obat 4. Keluarga dapat menyebutkan jenis, dosis, waktu pemberian, manfaat,serta efek samping obat 5. Pasien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat	3. Pasien dapat menyebutkan jenis, dosis, dan waktu, serta manfaat obat tersebut 4. Diskusikan dengan pasien tentang jenis obat yang diminum 5. Diskusikan proses minum obat: 6. Pasien meminta obat kepada perawat 7. Pasien memeriksa obat sesuai dosisnya 8. Pasien meminum obat pada waktu yang tepat

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tindakan atau aktivitas spesifik yang dilakukan perawat berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien (Tim Pokja SIKI SPP PPNI, 2018). Implementasi keperawatan jiwa biasanya diwujudkan melalui strategi pelaksannan (SP). Tujuan dilaksanakanya impementasi untuk membatu klien mencapai kesembuhannya, pemulihan kesehatanyang lebih kompleks, pencegahan penyakit tambah banyak, menfasilitasi koping. Adapun strategi pelaksanaan pada Halusinasi adalah sebagai berikut:

SP 1 Pasien	Membatu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama: menghardik halusinasi.
SP 2 Pasien	Membatu pasien untuk melatih mengontrol halusinasi dengan cara kedua: bercakap-cakap dengan orang lain.

SP 3 Pasien	Membantu pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: melakukan aktivitas terjadwal.
SP 4 Pasien	Membatu pasein mengontrol halusinasi dengan cara keempat: menggunakan obat secara teratur.
SP 1 Keluarga	Pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi dan cara-cara merawat pasien halusinasi
SP 2 Keluarga	Melatih keluarga praktek merawat pasien langsung dihadapan pasien
SP 3 Keluarga	Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

Gambar 2.2 Pedoman SP Halusinasi *(Sumber: Ah. Yusuf, 2015)*

2.2.6 Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelajutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan dengan terus menerus pada respon yang dimilikin klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Tidak lupa juga kita harus mengajak salah satu anggota keluarga agar dapat melihat perkembangan yang dirasakan klien dalam proses penyembuhan. Perawat mengefaluasi perkembangan kesehatan klien mencapai tujuan sesuai rencana tindakan yang telah ditetapkan dan merevisi data dasar dan perencanaan(Muhith, 2015).

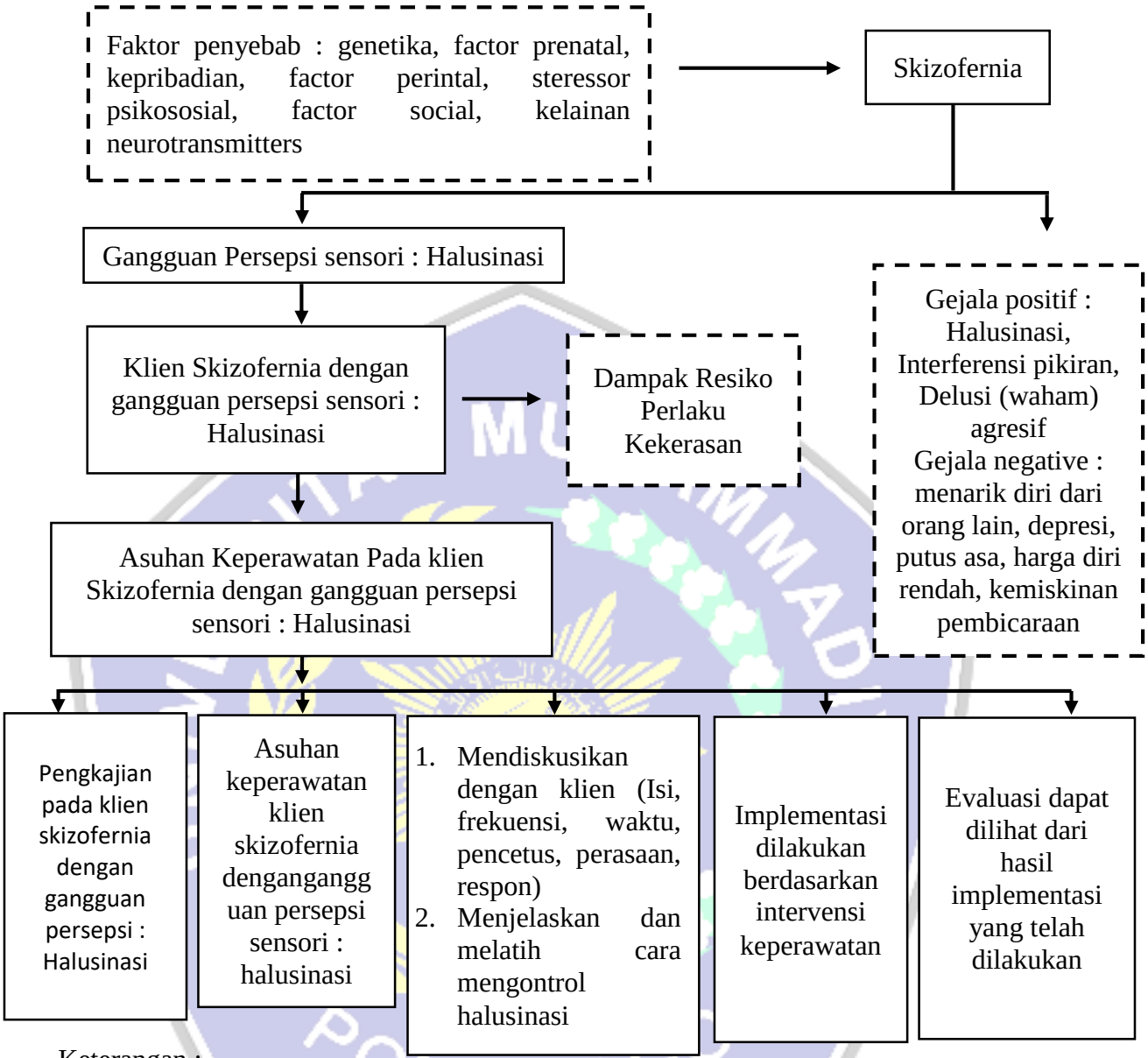
Evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan untuk pasien gangguan persepsi sensori halusinasi adalah sebagai berikut,

Pasien mampu:

1) Mengungkapkan isi halusinasi yang dialaminya
2) Menjelaskan waktu dan frekuensi halusinasi yang dialami
3) Menjelaskan situasi yang mencetuskan halusinasi\
4) Menjelaskan prasaannya ketika mengalami halusinasi
5) Menerapkan 4 cara mengontrol halusinasi:
   a) Menghardik halusinasi
   b) Mematuhi program pengobatan
   c) Bercakap dengan orang lain di sekitarnya bila timbul halusinasi
   d) Menyusun jadwal kegiatan dari bangun tidur di pagi hari sampai akan tidur pada malam hari selama 7 hari dan melaksanakan jadwal tersebut secara mandiri.

\

2.4 Hubungan Antar Konsep



Keterangan :

: Konsep yang utama ditelaah

: Tidak ditelaah dengan baik

: Berhubungan

: Berpengaruh

: Sebab akibat