

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1 Definsi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang bersifat kronis ataupun kekambuhan yang ditandai adanya perpecahan antara pikiran, emosi, perilaku klien yang terserang. Disosiasi klien dapat dijelaskan dengan gejala dasar (mayor) tertentu, yaitu gangguan berpikir yang ditandai dengan gangguan asosiatif. Gejala lain yang mendasari adalah gangguan afektif, autisme, serta ketidaksukaan terhadap lingkungan, dan gejala sekunder adalah halusinasi dan waham (Stuart, 2013).

Skizofrenia merupakan gangguan terjadi pada fungsi otak atau penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi, pikiran, emosi, bahasa serta perilaku sosial klien (Yosep, 2011).

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang kronis, berulang dengan berbagai gejala dan tidak khas, penyesuaian pamotoit, gejala dan perjalanannya bermacam-macam. Skizofrenia terdapat gejala berat, ketidakmampuan klien merawat dirinya, ketidakinginan untuk bersosialisasi, halusinasi yang memunculkan tegangan, perilaku yang kacau, inkohorensi, agitasi, dan penelantaran (Keliat dkk, 2010).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Menurut NANDA, 2015 ada beberapa faktor penyebab *skizofrenia* :

1. Faktor genetic, dibuktikan penelitian bahwa saudara tiri 0,9-1,8%, saudara kandung 7-15%, jika salah satu orang tuanya menderita *skizofrenia* 7-16%, bila kedua orang tuanya menderita 40-68%.
2. Metabolisme, teori ini didasarkan pada kenyataan bahwa orang dengan skizofrenia terlihat pucat, kehilangan nafsu makan serta berat badan dan konsumsi zat asam menurun.
3. Endokrin, teori ini dikaitkan dengan skizofrenia, yang biasanya muncul selama masa pubertas atau selama kehamilan.
4. Susunan saraf pusat, penyebab skizofrenia pada kelainan susunan saraf pusat yaitu diensefalon atau korteks otak.
5. Teori Adolf Meyer, menyatakan bahwa skizofrenia ditimbulkan oleh penyakit badaniah hingga sekarang tidak ditemukannya kelainan dalam patologis anatomis ataupun fisiologis.
6. Teori Sigmund Freud, ada kelemahan dalam ego disebabkan oleh psikogenik ataupun somatic superego.

2.1.3 Tanda dan gejala

Menurut Azizah, 2016 gejala yang muncul pada klien *skizofrenia* :

1. Delusi atau waham yaitu pemikiran yang salah atau tidak sesuai dengan kenyataan atau tidaklah rasional.
2. Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa adanya rangsangan, misalnya penderita tampak berbicara sendiri, dia mempersepsikan bahwa dia sedang berbicara dengan orang lain.

3. Kehilangan energi dan minat dalam melakukan kegiatan sehari-hari.
4. Kekacauan alam pikiran.
5. Emosi berlebihan.
6. Menarik diri serta sering melamun.
7. Pikiran penuh kecurigaan dan seakan-akan mengancamnya.
8. Sulit berfikir positif.

2.1.4 Penatalaksanaan

Menurut Yusuf, Nihayati (2015) penatalaksanaan terdiri dari :

1. Terapi medis (*psikofarmaka*)

Psikofarmaka adalah obat yang bekerja pada sistem saraf pusat. Efek utamanya, pada kinerja dan perilaku mental dan biasanya digunakan untuk pengobatan gangguan mental. Banyak obat psikofarmaka farmakokinetik digunakan untuk memantau dan mengontrol perilaku pasien dengan psikosis. Kelompok dan kategori ini perlu diketahui perawat untuk mengembangkan upaya kolaborasi dalam pemberian psikofarmaka dan untuk mengidentifikasi dan memprediksi efek samping. Berdasarkan efek klinisnya obat psikofarmaka dibagi menjadi golongan atipsikotik, antidepresan, anti ansietas dan antimanik (*mood stabilizer*).

2. Terapi kejang listrik

Terapi ini digunakan sebagai pengobatan pada klien gangguan mental dengan menggunakan aliran listrik untuk meminduksi kejang, berlangsung 25 sampai 150 detik, menggunakan perangkat khusus untuk klien. Dalam prosedur tradisional, aliran listrik

dikirim ke otak melalui dua elektroda dan diberikan di pelipis kiri dan kanan.

3. Terapi aktivitas kelompok

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK), bertujuan untuk memanfaatkan dinamika kelompok untuk mengubah perilaku klien. Cara ini akan sangat efektif karena dalam kelompok terjadi interaksi dan akan saling mempengaruhi satu sama lain. TAK ini memberikan setiap anggota untuk menerima dan memberikan umpan balik terhadap anggota lain, mencoba cara baru untuk meningkatkan respon sosial serta harga dirinya.

4. Terapi kognitif

Terapi jangka pendek ini dilakukan secara rutin dan memberikan alasan kepada klien untuk menunjukkan emosi negatif, memahami masalah, mengatasi emosi negatif dan memberikan klien alasan untuk menyelesaikan masalah.

5. Terapi perilaku

Terapi pendekatan perilaku, terapi yang membuat seseorang berperilaku sesuai dengan proses belajar dimana mereka berinteraksi dengan lingkungan yang mendukungnya. Perilaku dianggap maladaptive jika tidak diterima oleh budaya setempat karena dianggap tidak pantas dan melanggar standar yang berlaku.

6. Terapi rehabilitas

Selain program pengobatan, penderita skizofrenia yang berulang dan persisten atau kronis juga memerlukan program

rehabilitasi untuk mempersiapkan klien secara fisik dan mental. Rehabilitasi merupakan tindakan fisik, penyesuaian psikososial dan latihan vocational dalam penempatan keluarga dan lingkungan.

2.2 Konsep Dasar Halusinasi

2.2.1 Definisi Halusinasi

Halusinasi merupakan gejala penyakit jiwa, dimana seseorang mengalami perubahan persepsi sensorik, merasakan sensasi yang salah berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penciuman dan merasakan rangsangan yang sebenarnya tidak ada (April, 2014).

Halusinasi adalah persepsi sensorik dari suatu objek tanpa adanya rangsangan dari luar. Pasien akan merasakan rangsangan yang sebenarnya tidak ada (AH. Yusuf, Rsyki & Hanik, 2015).

Dari beberapa pengertian disimpulkan bahwa halusinasi merupakan suatu gangguan jiwa dimana klien mengalami gangguan persepsi sensorik tanpa adanya rangsangan dari luar.

2.2.2 Etiologi

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang melatarbelakangi terjadinya stress. Diperoleh baik dari klien maupun keluarga, mengenai faktor perkembangan, faktor sosiokultural, faktor biokimia, faktor psikologis dan faktor genetik ataupun pola asuh (Yosep, 2011). Faktor predisposisi yang

berkontribusi munculnya faktor neurobiology seperti halusinasi diantaranya:

- a. Faktor perkembangan, terjadinya gangguan hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stress serta kecemasan yang berakhir dengan gangguan persepsi. Klien akan lebih menekankan perasaannya sehingga terjadi ketidakstabilan emosi.
- b. Faktor sosiokultural, seseorang yang tidak diterima oleh lingkungan sejak usia dini akan merasa ditinggalkan, sendiri dan tidak percaya pada lingkungan.
- c. Faktor psikologis, peran ganda dan kontradiktif dalam menciptakan hubungan interpersonal yang tidak harmonis menyebabkan kecemasan yang parah, yang mengarah pada penolakan realitas dan halusinasi.
- d. Faktor genetic, disorientasi realitas termasuk halusinasi sering terjadi pada klien skizofrenia. Skizofrenia sering terjadi pada keluarga dimana salah satu anggota keluarga menderita skizofrenia, serta proporsinya lebih tinggi jika kedua orang tuanya menderita skizofrenia. Faktor biologis, mempengaruhi kelainan pada struktur otak, serta ditemukan atropik otak, pembesaran ventrikel, serta bentuk sel kortikal dan limbic (Stuart, 2007).
- e. Faktor biokimia, mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa, adanya stress yang berlebihan pada seseorang,

maka tubuh akan menghasilkan zat yang bersifat halusigenik neorokimia.

2. Faktor Presipitasi

Faktor pencetus terjadinya gangguan jiwa pada seseorang untuk kali pertama. Rangsangan lingkungan yang sering terjadi seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak berkomunikasi, dan suasana hening atau isolasi memicu terjadinya halusinasi yang akan meningkatkan stress dan kecemasan sehingga merangsang tubuh mengeluarkan zat halusigenik. Penghambatan dalam tranduksi impuls menyebabkan terjadinya penyimpangan sehingga faktor-faktor pencetus neurobiologis dapat diterangkan sebagai berikut:

- a. Berlebihnya proses informasi sistem syaraf yang menerima dan memproses informasi.
- b. Mekanisme penghantar listrik di saraf terganggu.
- c. Gejala pemicu seperti kondisi lingkungan, kesehatan, sikap serta perilaku.

2.2.3 Jenis Halusinasi

Menurut AH Yusuf, Ryski & Hanik (2015), Klasifikasi halusinasi meliputi :

Tabel 2.1 Jenis-jenis Halusinasi

Jenis Halusinasi	Data objektif	Data subjektif
Halusinasi Pendengaran	a. Bicara, tertawa sendiri.	a. Mendengar suara-suara

	<ul style="list-style-type: none"> b. Marah-marah tanpa sebab. c. Mengarahkan telinga kearah tertentu. d. Menutup telinga. 	<p>ataupun kegaduhan.</p> <ul style="list-style-type: none"> b. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap. c. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
Halusinasi Penglihatan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menunjuk-nunjuk kearah tertentu. b. Ketakutan pada suatu yang tidak jelas. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Melihat banyangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, hantu atau monster.
Halusinasi Penciuman	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencium seperti sedang membau-bau sesuatu. b. Menutup hidung. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Membau-bauan seperti bau darah, urine, feses dan kadang bau itu menyenangkan.
Halusinasi Pengecapan	<ul style="list-style-type: none"> a. Sering meludah b. Mutah 	<ul style="list-style-type: none"> a. Merasakan rasa seperti darah, urine, feses.
Halusinasi Perabaan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menggaruk-garuk permukaan kulit 	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengatakan ada serangga di permukaan kulit

		b. Merasakan seperti tersengat listrik.
--	--	---

2.2.4 Dimensi Halusinasi

Menurut Dermawan & Rusdi, 2013 dimensi halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi, yaitu:

1. Dimensi Fisik

Manusia memiliki sistem panca indera yang merespon rangsangan eksternal dari lingkungan. Halusinasi disebabkan oleh berbagai kondisi, termasuk kelelahan ekstrim, penggunaan obat-obatan, delirium hingga demam, mabuk serta gangguan untuk tidur berkepanjangan.

2. Dimensi Emosional

Masalah yang tidak teratasi dan cemas yang berlebihan sebagai penyebab halusinasi, yang dapat berupa perintah yang tidak terkendali, gelisah, kompulsif dan menakutkan.

3. Dimensi Intelektual

Seseorang dengan halusinasi menunjukkan adanya penurunan fungsi ego. Awalnya, halusinasi merupakan upaya ego untuk melawan impuls yang menekan, namun menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil perhatian penuh klien dan mengendalikan semua perilaku.

4. Dimensi Sosial

Halusinasi disebabkan oleh hubungan interpersonal yang buruk, sehingga koping yang digunakan untuk mengurangi

kecemasan akan menyebabkan hilangnya kendali diri, harga diri, maupun interaksi sosial di dunia nyata. Klien akan lebih senang menyendiri dan hanya tertuju pada diri sendiri.

5. Dimensi Spiritual

Secara spiritual klien halusinasi mengalami kekosongan dalam hidup, kehidupan sehari-hari yang tidak berarti, dan hilangnya aktivitas ibadah, kegagalan dalam berinteraksi. Penurunan kemampuan untuk menghadapi stress dan kecemasan serta menurunnya kualitas untuk menilai lingkungan. Akibatnya, ketika halusinasi menguasainya, klien akan kehilangan kendali terhadap hidupnya .

2.2.5 Tahapan Halusinasi

Halusinasi memiliki beberapa fase, dipengaruhi oleh intensitas keparahannya serta respon individu dalam menanggapi rangsangan dari luar. Halusinasi terjadi dalam empat fase yaitu fase *comforting*, fase *condemning*, fase *controlling*, fase *consquering* (Depkes, 200 dalam Rusdi, 2013). Penjelasan mengenai keempat fase sebagai berikut:

1) Fase *Comforting*

Fase ini memberikan kenyamanan dan menyenangkan, tingkat ansietas sedang dan halusinasi umumnya menyenangkan.

Karakteristik : klien mengalami emos seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah, dan ketakutan, serta mencoba untuk fokus mengurangi kecemasan, individu mengetahui bahwa pikiran dan

sensori yang dialaminya dapat dikendalikan jika ansietas teratasi (Nonpsikotik). Perilaku yang muncul tersenyum dan tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa menimbulkan suara, respon verbal lambat, gerakan mata cepat.

2) Fase *Condemning*

Fase ansietas tingkat berat dan umumnya bersifat menjijikkan.

Karakteristik : klien mulai merasakan lepas kendali dan menarik diri dari lingkungan. Perilaku ansietas terjadi peningkatan tanda-tanda vital, hilangnya kemampuan dalam membedakan antara halusinasi dan kenyataan.

3) Fase *Controlling*

Fase ansietas yang berat, dimana halusinasi tidak dapat ditolak.

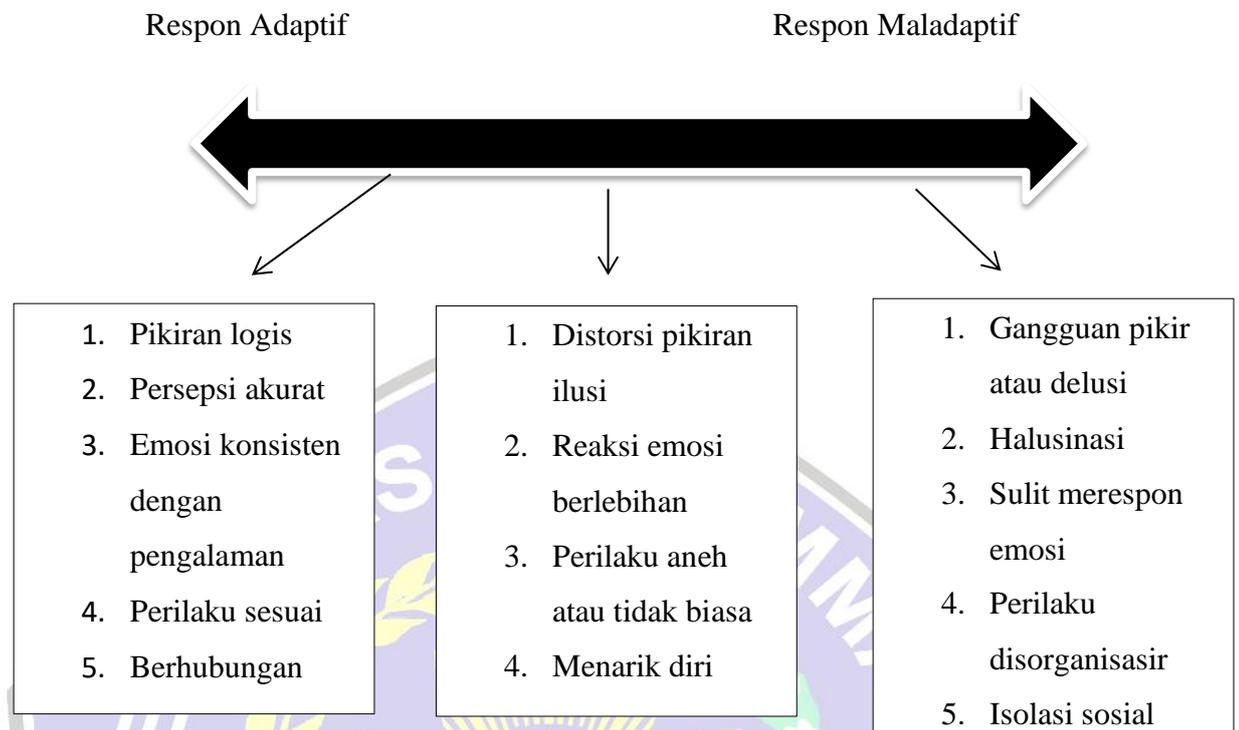
Karakteristik : klien berhenti melawan halusinasi serta membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Ketika sensori berhenti, klien mungkin merasa kesepian (psikotik). Perilaku yang terjadi mengikuti perintah yang diberikan halusinasi, kesulitan berhubungan dengan orang lain.

4) Fase *Consquering*

Fase ansietas tingkat panik dan umumnya halusinasi ini lebih rumit.

Karakteristik : pengalaman sensori terasa mengerikan bila tidak diikuti, berlangsung lebih lama dan lebih sering terjadi. Perilaku yang terjadi klien akan menyerang seperti sedang panic, tidak mampu berespon terhadap instruksi yang kompleks, amuk, dan tidak dapat berespon lebih dari satu orang.

2.2.6 Rentang Respon



2.1 Gambar rentang respon neurobiologis halusinasi (Stuart dan Laria, 2005)

Halusinasi dalam rentang respon neurobiologis dan salah satu respon dari maladaptif. Jika klien sehat, maka persepsi akan akurat dan mampu merasakan stimulus dengan benar yang diterima melalui panca indera, klien dengan halusinasi akan mempersepsikan suatu stimulus panca indera walaupun sebenarnya stimulus itu tidak ada. Keterangan rentang respon menurut Yusuf, Rizki & Hanik, 2015) :

a. Respon Adaptif

Norma budaya dan sosial dapat diterima dan diterapkan di lingkungan. Dengan kata lain, ketika menghadapi suatu masalah, individu dalam batas normal dan mampu memecahkan masalah tersebut. Respon adaptif :

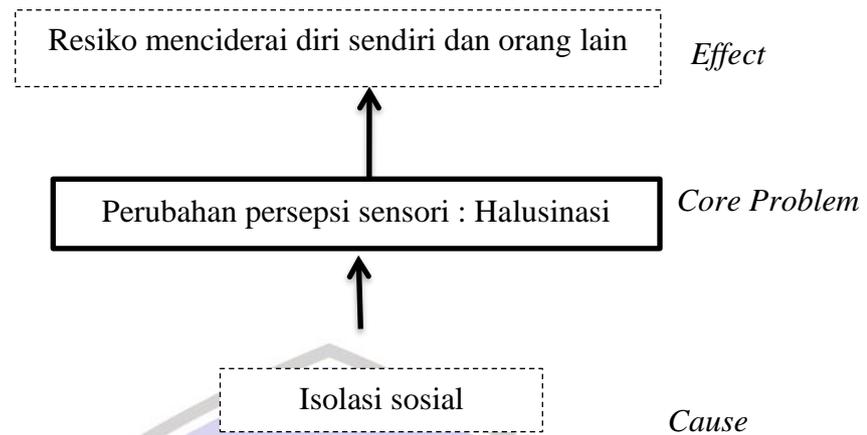
1. Pikiran logis berupa pendapat yang dapat diterima oleh akal.
2. Persepsi akurat berupa pandangan yang tepat dan sesuai kenyataan.
3. Emosi, konsisten dengan pengalaman berupa perasaan yang timbul sesuai dengan peristiwa yang pernah dihadapi.
4. Perilaku, sesuai berupa kegiatan individu yang diwujudkan dalam bentuk gerak ataupun ucapan yang tidak bertentangan dengan norma.
5. Hubungan sosial merupakan proses hubungan seseorang dengan orang lain dalam pergaulannya di masyarakat.

b. Respon Maladaptif

Individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan. Respon mal adaptif :

1. Kelainan pikiran adalah kelainan secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan realitas.
2. Halusinasi adalah gangguan yang timbul berupa persepsi yang salah atau tidak adanya rangsangan.
3. Tidak mampu mengontrol emosi adalah memanifestasi perasaan atau afek yang berlebihan.
4. Perilaku tidak terorganisir berupa ketidaksesuaian dalam berperilaku.
5. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami individu karena orang lain menyatakan sikap negative atau mengancam.

2.2.7 Pohon masalah



Keterangan :

- : Masalah utama
- : Tidak ditelaah dengan baik
- : Berpengaruh

2.2 Gambar Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi (Sumber : Fitria. 2011)

2.2.8 Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah perilaku yang menunjukkan upaya untuk melindungi diri dari pengalaman traumatis yang berhubungan dengan respon neurologis maladaptive (Stuart, 2006). Regresif adalah upaya untuk mengatasi cemas. Proyeksi sebagai upaya dalam menjelaskan kerancuan persepsi. Menarik diri yang berhubungan dengan masalah membangun rasa percaya dan perenungan terhadap pengalaman internal. Sumber koping berasal dari diri sendiri, orang terdekat, ataupun lingkungan. Koping yang efektif dapat membantu klien menyelesaikan masalah, seperti dukungan sosial, keyakinan

budaya, dapat membantu dalam mengumpulkan pengalaman yang menimbulkan stress.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Menurut AH.Yusuf, Rizky,Hanik (2015.122) :

a. Identitas klien

Perawat dan klien melakukan perkenalan dan kontrak, mengenai nama perawat, panggilan perawat, nama pasien, dan panggilan yang disukai klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan serta topik yang akan didiskusikan.

b. Alasan masuk dan faktor presipitasi

Keluhan utama klien halusinasi penglihatan yaitu melihat seseorang yang sudah meninggal, melihat makhluk tertentu, melihat bayangan hantu atau sesuatu yang menakutkan, cahaya, monster.

c. Faktor Presipitasi

Stresor yang terjadi pada pasien halusinasi ditemukan adanya riwayat infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam keluarga, atau kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan dalam keluarga atau masyarakat yang seringkali tidak sesuai dengan klien serta konflik antar masyarakat.

d. Faktor predisposisi

1) Riwayat Kesehatan Dahulu

a) Adanya riwayat gangguan pada klien atau keluarga

b) Adanya gangguan fisik atau penyakit lain termasuk gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

2) Riwayat Psikososial

a) Pasien halusinasi penglihatan memiliki riwayat psikososial yang perlu diketahui adalah pernah atau tidak mengalami kekerasan fisik, pelecehan seksual, penolakan atau kekerasan dalam keluarga.

b) Merasakan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan seperti kegagalan, perpisahan, kehilangan, kematian ataupun trauma saat tumbuh kembang.

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit keluarga perlu dikaji adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa atau tidak dan bagaimana hubungan antara pasien dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

e. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan yang didapatkan klien dengan gangguan jiwa yaitu peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernafasan jika terjadi kecemasan. Ukur tinggi badan dan berat badan klien. Ada tidaknya keluhan fisik seperti kelemahan otot, kekakuan sendi dan kecacatan. Penampilan umumnya kotor dan tidak teratur serta penampilan kurang terawat (Herman, 2011).

f. Psikososial

a) Genogram

Pada genogram biasanya akan terlihat ada anggota keluarga yang mengalami kelainan jiwa, pola komunikasi klien akan terganggu begitupun dengan pengambilan keputusan serta pola asuh.

b) Konsep diri

1. Gambaran klien, persepsi klien tentang dirinya dan bagian tubuh yang disukai ataupun tidak disukainya.
2. Identitas diri, kaji status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya baik sekolah, tempat kerja maupun kelompok, kepuasan klien terhadap jenis kelaminnya.
3. Peran diri, meliputi tugas atau peran klien dalam keluarga, pekerjaan atau kelompok serta masyarakat, kemampuan dalam melaksanakan fungsi perannya, perubahan yang terjadi saat klien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan klien akibat perubahan itu.
4. Ideal diri, harapan klien terhadap penyakitnya, harapan klien terhadap dirinya, posisi, status, tugas dan peran serta harapan klien terhadap lingkungannya.
5. Harga diri, mengkaji tentang hubungan klien dengan orang lain, dampak klien dalam berhubungan dengan oranglain, fungsi peran tidak sesuai harapan, penilaian pasien terhadap pandangan atau penghargaan oranglain.

c) Hubungan sosial

Dalam hubungan sosial, kaji orang yang sangat berarti dalam hidup klien, kelompok apa saja yang di ikuti klien serta sejauh mana klien terlibat dalam kegiatan kelompok masyarakat.

d) Spiritual

Nilai dan keyakinan, keyakinan terhadap agama klien terganggu, karena tidak menghiraukan dirinya lagi. Kegiatan ibadah klien tidak dilakukan ketika klien mengalami gangguan jiwa.

g. Status Mental

a) Penampilan

Lihat penampilan klien rapi atau tidak. Biasanya rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, baju terbalik atau baju tidak ganti-ganti,

b) Pembicaraan

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

c) Aktivitas motorik

1. Lesu, gelisah, tegang.
2. Agitasi, gerak motorik yang menunjukkan kegelisahan.
3. Kompulsif, kegiatan motorik yang dilakukan berulang-ulang, seperti berulang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan.
4. Tremor, jari-jari gemetar

5. Grimasen, gerakan otot muka berubah-ubah dan tidak dapat dikontrol klien.

d) Alam perasaan

Kondisi klien biasanya tampak sedih, putus asa, menurunnya kualitas kehidupan, ketidakmampuan dalam mengatasi stress dan kecemasan.

e) Afek

Terkadang afek klien tampak datar (tidak menunjukkan roman muka dan ekspresi wajah), tumpul (klien hanya memberikan respon jika diberi rangsangan), misal tepuk bahu atau memberikan pertanyaan dengan intonasi keras), emosi cepat berubah-ubah, malu, sikap negatif, bermusuhan, cemas berat ataupun panik.

f) Interaksi selama wawancara

1. Bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung sudah tampak jelas.
2. Kontak mata kurang, tidak mau mentap lawan bicara.
3. Defensif, berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya.
4. Sikap curiga menunjukkan sikap/perasaan tidak percaya orang lain.

g) Persepsi

Gangguan persepsi halusinasi yang dialami klien harus dijelaskan seperti jenis halusinasi, isi, situasi saat timbulnya halusinasi, waktu

terjadinya halusinasi, frekuensi halusinasi, perasaan dan respon klien saat halusinasi itu muncul kembali (Nurhalimah, 2016).

h) Proses pikir

Mengobservasi pembicaraan klien saat wawancara

1. Sirkumtansial : pembicaraan yang berbelit-belit tetapi sampai pada tujuan pembicaraan.
2. Tangensial : pembicaraan berbelit-belit tetapi tidak sampai pada tujuan pembicaraan.
3. Koheren : pembicaraan dipahami dengan baik.
4. Inkoheren : kalimat tidak berbentuk dan kata-kata sulit dipahami.
5. Kehilangan asosiasi : pembicaraan tidak berhubungan kalimat satu dengan kalimat lain dan klien tidak menyadari.
6. *Flight of ideas* : pembicaraan melompat-lompat dari satu topik ke topik yang lainnya, masih ada hubungan tetapi tidak logis dan tidak sampai pada tujuan pembicaraan.
7. *Bloking* : pembicaraan terhenti tiba-tiba namun kemudian dilanjutkan lagi.
8. Neologisme : menciptakan kata-kata baru yang tidak dipahami umum.
9. Perseverasi : pembicaraan diulang berkali-kali.

i) Isi pikir

1. Obsesi : pikiran yang selalu muncul meskipun sudah berusaha untuk menghilangkannya.

2. Phobia : ketakutan yang tidak logis terhadap situasi tertentu.
3. Hypokondria : keyakinan adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak terjadi.
4. Pikiran magis : keyakinan klien yang menuju hal-hal tidak logis atau masuk akal.
5. Pesimisme : pandangan negative mengenai kehidupannya.
6. Fantasi : isi pikiran klien mengenai suatu keadaan atau kejadian yang diinginkan.

Waham

1. Agama : keyakinan terhadap suatu agama yang berlebihan dan diucapkan secara berulang-ulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
2. Somatik : keyakinan tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.
3. Kebesaran : klien mempunyai keyakinan berlebihan terhadap kemampuan yang disampaikan secara berulang.
4. Curiga : keyakinan ada yang berusaha untuk mencederai dirinya.
5. Nihilistik : keyakinan bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia.

j) Tingkat kesadaran

1. Bingung: tampak bingung serta kacau.
2. Sedasi: merasa melayang-layang diantara sadar atau tidak sadar.

3. Stupor: gangguan motorik seperti kelakuan, gerakan yang diulang- ulang.
4. Jelaskan data objektif dan subjektif yang terkait.

k) Memori

Menanyakan pada klien tanggal dan jam saat ini, klien harus bisa menjawab dengan tepat. Klien juga harus menyebutkan nama orang sekitar.

l) Tingkat konsentrasi berhitung

1. Perhatian klien mudah beralih dari satu obyek ke obyek lainnya atau tidak
2. Tidak mampu berkonsentrasi
3. Tidak mampu berhitung

m) Kemampuan penilaian

1. Gangguan ringan : dapat mengambil yang sederhana dengan bantuan orang lain.
2. Gangguan makna : tidak mampu mengambil suatu keputusan walaupun dibantu orang lain.

n) Daya tilik diri

1. Mengingkari penyakit yang diderita
2. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya.

2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis dari respon aktual atau potensial dari individu, keluarga ataupun masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan. Rumusan diagnosis yaitu permasalahan (P)

berhubungan dengan etilogi (E) dan keduanya memiliki hubungan sebab akibat secara ilmiah (Carpenito dalam Yusuf, dkk, 2015). Pada studi kasus ini diagnosa keperawatan yang diambil adalah perubahan persepsi sensori : halusinasi penglihatan.

2.3.3 Intervensi Klien dengan Halusinasi

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

Tabel 2.2 Intervensi Klien dengan Halusinasi Penglihatan

Tujuan Khusus	Kriteria evaluasi	Intervensi
<p>TUK 1</p> <p>Klien tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan serta dapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebut nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat dan mau mengutarakan masalah</p>	<p>Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal. b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai d. Jelaskan tujuan pertemuan e. Jujur dan menepati janji

		<p>f. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya</p> <p>g. Beri perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.</p>
<p>TUK 2</p> <p>Klien dapat mengenal halusinasinya.</p>	<p>1. Klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi timbulnya halusinasi.</p> <p>2. Klien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya</p>	<p>a. Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap.</p> <p>b. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya : bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang ke kiri/kanan/depan seolah-olah ada teman bicara</p> <p>c. Bantu klien mengenal halusinasinya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jika menemukan klien yang sedang halusinasi. tanyakan apakah ada yang dilihatnya. 2. Jika klien menjawab ada, lanjutkan dengan menanyakan apa yang dilihat. 3. Katakan bahwa perawat percaya

		<p>klien melihat hal itu, namun perawat sendiri tidak melihatnya (dengan nada bersahabat dan tanpa menuduh).</p> <p>4. Katakan bahwa klien lain juga ada seperti klien.</p> <p>5. Katakan bahwa perawat akan membantu klien.</p> <p>d. Diskusikan dengan klien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Situasi yang dapat menimbulkan/tidak menimbulkan halusinasi. 2. Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, malam atau jika sendiri, jengkel/sedih). <p>e. Diskusikan dengan klien yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah/takut, sedih, senang) dan beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya.</p>
--	--	--

		<p>f. Diskusikan dengan klien hal apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut</p> <p>g. Diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya bila klien terus menikmati halusinasinya.</p>
<p>TUK 3</p> <p>Klien dapat mengontrol halusinasinya</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menyebutkan tindakan yang bisa 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, sois dan efek samping obat. 	<ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi bersama klien yang dirasakan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri, dll). b. Diskusikan manfaat serta cara yang digunakan klien, jika yang bermanfaat berikan pujian, bila cara yang digunakan maladaptif, diskusikan kerugian cara tersebut. c. Diskusikan cara baru memutus/mengontrol timbulnya halusinasi, antara lain : <ol style="list-style-type: none"> 1. Katakan : saya tidak melihat kamu, kamu bayangan palsu (pada saat

	<p>5. Klien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar.</p> <p>6. Klien memahami akibat berhentinya minum obat tanpa konsultasi.</p> <p>7. Klien dapat melaksanakan cara untuk mengendalikan halusinasi</p> <p>8. Klien dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok</p>	<p>halusinasi terjadi).</p> <p>2. Menemui anggota keluarga (perawat, teman, anggota keluarga) untuk bercakap cakap atau mengatakan halusinasi yang dilihat.</p> <p>3. Membuat jadwal kegiatan yang sehari-hari agar halusinasi tidak muncul.</p> <p>4. Meminta keluarga/perawat/teman menyapa jika tampak bicara sendiri.</p> <p>d. Diskusikan dengan klien tentang nama, warna, dosis, frekuensi, manfaat dan kerugian tidak minum obat serta efek samping obat.</p> <p>e. Lakukan pemeriksaan TTV klien, pantau klien saat penggunaan obat serta beri pujian jika klien menggunakan obat dengan benar.</p>
--	---	--

		<p>f. Diskusikan akibat jika berhentinya mengonsumsi obat-obatan tanpa konsultasi serta anjurkan klien bicara dengan dokter manfaat dan efek samping obat yang dirasakan.</p> <p>g. Bantu klien untuk memilih dan berlatih cara memutuskan halusinasinya secara bertahap.</p> <p>h. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang telah dipilih, evaluasi hasilnya, dan beri pujian jika berhasil.</p> <p>i. Anjurkan klien untuk mengikuti aktivitas kelompok, orientasi, realita stimulasi persepsi.</p>
<p>TUK 4</p> <p>Klien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasinya.</p>	<p>1. Keluarga dapat membina hubungan saling percaya dan setuju untuk mengikuti pertemuan dengan perawat.</p> <p>2. Keluarga dapat</p>	<p>a. Anjurkan klien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi</p> <p>b. Diskusikan dengan keluarga (saat keluarga berkunjung):</p>

	<p>menyebutkan pengertian, gejala, tanda gejala, proses terjadinya halusinasi dan tindakan untuk mengendalikan halusinasinya.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian halusinasi 2. Tanda dan gejala halusinasi yang dialami klien 3. Proses terjadinya halusinasi 4. Cara yang dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi. 5. Cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi di rumah: jangan biarkan sendiri, beri aktivitas, makan bersama, bepergian bersama. 6. Beri informasi waktu follow up atau kapan perlu mendapatkan bantuan halusinasi tidak terkontrol dan resiko mencederai orang lain.
--	---	---

(Sumber : Muhit, 2015)

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan (SIKI)
<p>D.0085 Gangguan Persepsi Sensori : Halusinsi Penglihatan,</p> <p>Definisi : Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau distorsi.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan atau pengecapan. <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai 3. Bersikap seolah 	<p>L. 09083 Persepsi Sensori</p> <p>Ekspetasi membaik</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan meningkat 2. Verbalisasi melihat bayangan meningkat 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan meningkat 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman meningkat 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan meningkat 6. Distorsi sensori meningkat 7. Perilaku halusinasi 	<p>I.09288 Manajemen Halusinasi</p> <p>Tindakan</p> <p>Obeservasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi. 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan. 3. Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan yang aman. 2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. <i>limit setting</i>, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi). 3. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi

<p>melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu.</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif</p> <p>1. Menyatakan kesal.</p> <p>Objektif</p> <p>1. Menyendiri</p> <p>2. Melamun</p> <p>3. Konsentrasi buruk</p> <p>4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situais</p> <p>5. Curiga</p> <p>6. Melihat ke satu arah</p> <p>7. Mondar-mandir</p> <p>8. Bicara sendiri</p>	<p>meningkat</p> <p>8. Menarik diri meningkat</p> <p>9. Melamun meningkat</p> <p>10. Curiga meningkat</p> <p>11. Mondar mandir meningkat</p> <p>12. Respon sesuai stimulus membaik</p> <p>13. Konsentrasi membaik</p> <p>14. Orientasi membaik.</p>	<p>4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi.</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi</p> <p>2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi.</p> <p>3. Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan music, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi).</p> <p>4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontorl halusinasi.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan anti ansietas, jika perlu</p>
---	---	--

(Sumber : SDKI,SLKI,SIKI, 2018)

2.3.4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah tahap mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan yang berguna membantu klien mencapai tujuan yang sudah ditetapkan. Tetapi sebelum tindakan keperawatan di implementasikan, perawat juga perlu untuk memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini atau tidak (AH. Yusuf, dkk, 2015).

Dalam asuhan keperawatan jiwa, untuk mempermudah tindakan keperawatan, perawat perlu membuat strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang meliputi Strategi Pelaksanaan (SP) klien. SP dibuat menggunakan komunikasi terapeutik terdiri dari fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi (AH. Yusuf, dkk, 2015). SP 1 pada klien yaitu membantu mengenal halusinasi dan menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi. SP 2, melatih mengontrol halusinasi dengan minum obat secara teratur. SP 3, melatih klien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap. SP 4, melatih klien melakukan aktivitas terjadwal. SP 1 pada keluarga yaitu pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi dan cara-cara merawat pasien halusinasi. SP 2, melatih keluarga praktek merawat pasien langsung dihadapan pasien. SP 3, membuat perencanaan pulang bersama keluarga (AH. Yusuf, dkk, 2015).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah fase akhir dari proses keperawatan. Hal yang dievaluasi merupakan keakuratan, kelengkapan, kualitas data yang teratasi, pencapaian tujuan serta ketepatan intervensi. Pengumpulan informasi perlu dilihat kembali untuk menentukan kecukupan data yang telah dikumpulkan dan kesesuaian perilaku yang telah di observasi (Nursalam, 2008).

Menurut Direja (2011), evaluasi dilakukan melalui pendekatan SOAP seperti berikut :

S : Respon subjektif terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

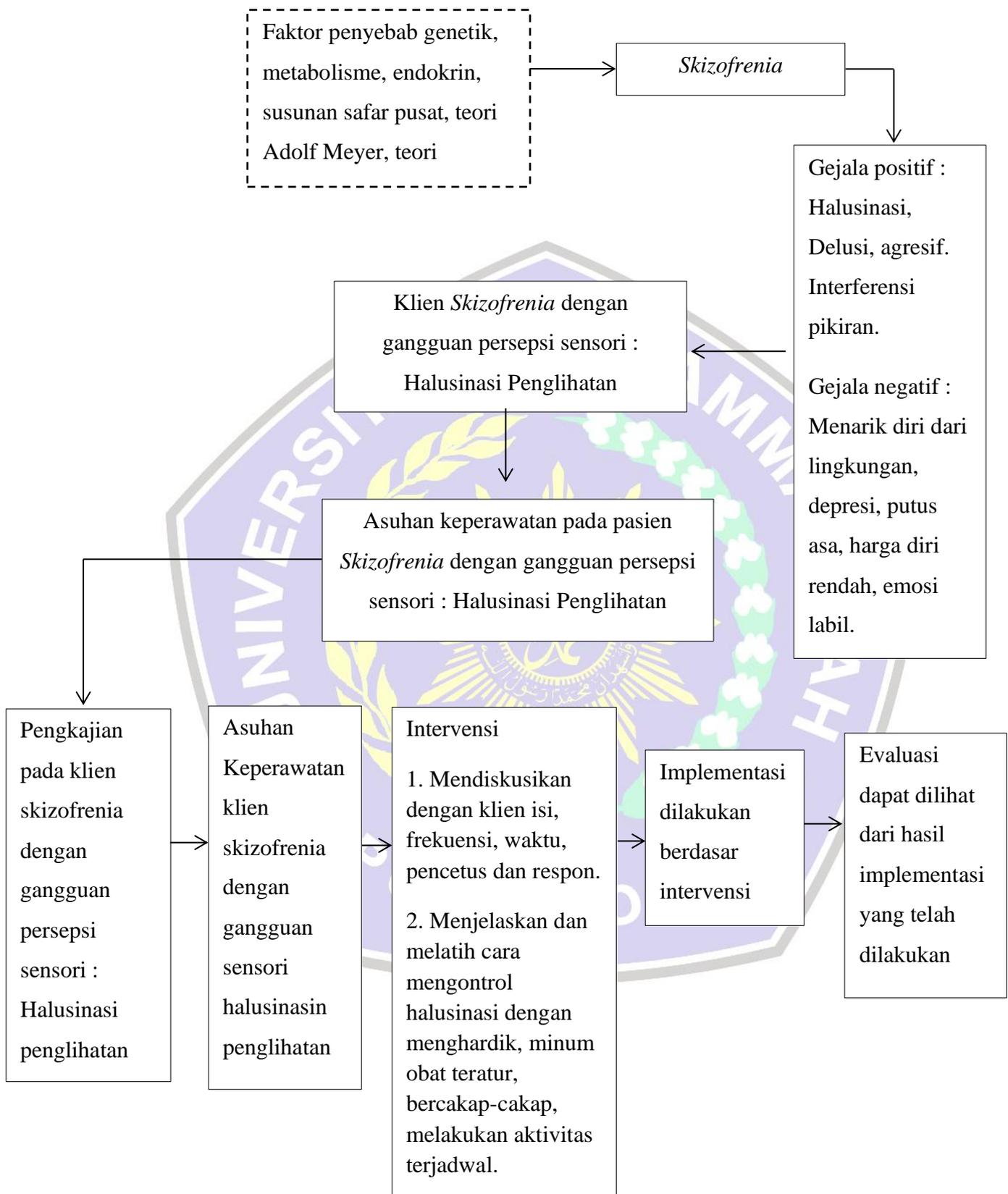
Dengan menanyakan “Bagaimana perasaan bapak setelah dilakukan latihan seperti tadi?”

O : Respon objektif dengan mengobservasi perilaku klien disaat tindakan dilakukan, atau dapat dengan menanyakan kembali apa yang pernah diajarkan.

A : Analisis ulang tentang data subjektif dan data objektif digunakan untuk menyimpulkan masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau terdapat data yang terkontraindikasi dengan masalah yang ada. Dapat pula dengan membandingkan hasil dengan tujuan.

P : Perencanaan tindak lanjut berdasar hasil analisis respon klien terdiri dari tindak lanjut klien ataupun tindak lanjut perawat.

2.4 Hubungan antar konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep Gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi