

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang paling umum dengan gejala klinis, perjalanan penyakit serta respon pengobatannya bervariasi. Diagnosis Skizofrenia didasarkan sepenuhnya pada riwayat psikiatri dan pemeriksaan status mental. Tidak ada tes laboratorium untuk Skizofrenia. Gangguan ini tidak hanya mempengaruhi individu tetapi keluarga, pengasuh, dan masyarakat secara keseluruhan (Fitrikasari, 2022).

Skizofrenia ialah gangguan jiwa berat yang dapat berpengaruh terhadap pikiran, perasaan dan perilaku individu. Skizofrenia yaitu bagian dari gangguan psikotik terutama ditandai dengan hilangnya daya tilik diri (Sadok et al., 2017). Gangguan ini biasanya dimulai pada masa awal dewasa atau remaja akhir. Derajat keparahannya ditentukan oleh tingkat, jumlah, durasi dan tanda gejala Skizofrenia (Mashudi, 2021).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Menurut Videbeck (2020), *skizofrenia* dapat disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu:

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Biologis

a) Faktor Genetik

Faktor genetik adalah faktor pencetus dari *Skizofrenia*.

Seorang anak memiliki orang tua biologis yang menderita

Skizofrenia namun diadopsi oleh orang lain tanpa riwayat *Skizofrenia* mereka masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologisnya untuk menderita *Skizofrenia*.

b) Faktor Neuroanatmi

Pada individu yang menderita *Skizofrenia* memiliki jaringan otak yang relatife lebih sedikit. Pada pemeriksaan CT Scan menunjukan pembesaran pada ventrikel otak dan pada atrofi korteks otak. Daerah otak yang berpengaruh pada psikotik seseorang adalah sistem limbik. Otak pada penderita *Skizofrenia* terlihat berbeda dengan orang normal pada umumnya. Ventrikel melebar dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan pada aktivitas metabolik.

c) Neurokimia

Adanya perubahan neurotransmitter otak pada individu penderita *Skizofrenia*. Pada orang normal system *neurotransmitter* bekerja dengan normal, sinyal dari persepsi sensori yang datang dikembalikan kembali dengan sempurna tanpa gangguan sehingga menghasilkan pemikiran, perasaan dan dapat melakukan tindakan sesuai dengan kebutuhan pada saat itu. Otak pada penderita *Skizofrenia* mengalami gangguan sehingga tidak dapat mencapai sel-sel yang dituju.

2) Faktor Psikologis

Skizefrenia dapat terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan masa perkembangan pada awal psikososial, contoh

anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya dapat menimbulkan konflik intrapsikis seumur hidup. Skizofrenia yang berat nampak pada ketidakmampuan untuk mengatasi masalah yang ada.

3) Faktor Sosiokultural dan lingkungan

Faktor ini menunjukkan jumlah penderita Skizofrenia banyak terjadi pada individu yang memiliki ekonomi lebih kecil dibandingkan dengan individu yang memiliki ekonomi tinggi. Faktor ini berhubungan dengan kemiskinan, penduduk yang padat, tidak adanya perawatan pada saat prenatal dan sumber daya untuk menghadapi stress dan keputusasaan.

b. Faktor Presipitasi

Beberapa faktor presipitasi dari Skizofrenia sebagai berikut:

1) Biologis

Stressor berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptive meliputi gangguan komunikasi dan pertukaran umpan balik otak yang mengatur proses informasi, abnormalitas pada mekanisme dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan menanggapi stimulus secara selektif.

2) Lingkungan

Toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis untuk berinteraksi dengan stressor lingkungan menentukan terjadinya gangguan pikiran.

3) Pemicu Gejala

Pemicu yang biasanya terjadi pada respon neurobiologis maladaptive yang berhubungan pada lingkungan, kesehatan, sikap dan perilaku individu.

2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Fitrikasari (2022) gejala Skizofrenia dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu:

- a. Gejala Positif: gejala yang terdapat pada pasien dan tidak ada pada orang normal biasanya dapat diamati. Ini merupakan gejala terkait dengan psikotik akut dan terutama pada gangguan pikiran, termasuk halusinasi, delusi dan perilaku aneh yang lainnya.
- b. Gejala Negatif: gejala ini bisa berada pada orang normal namun pada penderita Skizofrenia lebih berat termasuk tidak adanya pengaruh, pemikiran, motivasi, kesenangan, dan tidak adanya perhatian.
- c. Gejala Kognitif: gejala kognitif pada penderita Skizofrenia mungkin tidak terlihat terutama pada awal terjadinya proses penyakit namun dapat mengganggu dan menyebabkan kecacatan yang terkait dengan gangguan ini. Gejala kognitif antara lain: gangguan perhatian, memori kerja atau pemikiran, dan fungsi eksekutif.

2.1.4 Fase Perjalanan Penyakit Skizofrenia

a. Fase Pramorbid (sebelum sakit)

Tanda gejala premorbid muncul sebelum pada fase prodromal penyakit. Penderita Skizofrenia premorbid memiliki kepribadian yang schizoid dan skizotipal (pendiam, pasif, dan tertutup) sehingga pada masa anak mereka hanya memiliki sedikit teman. Pada masa remaja penderita Skizofrenia mungkin tidak memiliki teman dekat, teman kencan, dan menghindari tim atau sebuah kelompok. Mereka mungkin lebih menikmati menonton TV, film, mendengarkan musik, atau hanya bermain game komputer dengan mengesampingkan kegiatan sosial.

Gejala premorbid mungkin merupakan bukti penyakit meskipun biasanya diketahui secara retrospektif. Tanda-tandanya biasanya dimulai dengan munculnya gejala somatik seperti: sakit kepala, nyeri punggung dan otot, kelemahan, dan masalah pada pencernaan. Beberapa fase perjalanan gangguan Skizofrenia yaitu: fase *prodromal*, aktif, *residual*, dan *recovery*.

b. Fase Prodromal

Tanda dan gejala prodromal adalah bagian dari gangguan yang berkembang. Pada fase prodromal ini terdapat gejala-gejala negatif. Tanda dan gejala prodromal mencakup perilaku yang sangat aneh, afek abnormal, bicara yang tidak biasa, ide-ide aneh, dan pengalaman persepsi yang aneh. Timbulnya gejala dimulai pada masa remaja dan

diikuti dengan perkembangan gejala prodromal dalam beberapa hari hingga beberapa bulan. Perubahan sosial atau lingkungan, seperti pergi ke perguruan tinggi, menggunakan zat, atau kematian kerabat, dapat memicu gejala yang mengganggu, dan sindrom prodromal dapat berlangsung satu tahun atau lebih sebelum timbulnya gejala psikotik yang nyata atau lebih singkat.

c. Fase Aktif

Ditandai dengan munculnya gejala-gejala positif dan memberatnya gejala negatif.

d. Fase Residual

Ditandai dengan mulai berkurang sampai hilangnya gejala positif tetapi masih ada gejala negatif.

e. Fase Remisi

Fase remisi ditentukan dengan menggunakan kriteria delapan butir PANSS (*Positive and Negative Symptoms Scale*) yang nilainya tidak lebih dari tiga dan bertahan selama enam bulan. Fungsi pekerjaan dan sosial tidak menjadi kriteria pada remisi. Kedelapan simptom tersebut adalah:

- 1) P1 (Waham)
- 2) P2 (Kekacauan proses pikir)
- 3) P3 (Perilaku halusinasi)

- 4) G9 (Isi pikir tidak biasa)
- 5) G5 (Menerisme dan postur tubuh)
- 6) N1 (Penumpulan afek)
- 7) N4 (Penarikan diri secara sosial)
- 8) N6 (Kurangnya spontanitas dan arus percakapan)

f. Fase Recovery

Penderita dinyatakan pulih (*recovery*) jika penderita bebas dari simptom skizofrenia dan membaiknya fungsi sosial serta pekerjaan pasien yang berlangsung minimal selama dua tahun. Pasien tetap dalam pengobatan.

2.1.5 Klasifikasi Skizofrenia

Beberapa jenis penyakit Skizofrenia menurut Istichomah & Fatihatur (2019) antara lain:

a. Skizofrenia Paranoid

Gejala utama yang dialami oleh penderita Skizofrenia paranoid antara lain kecurigaan, halusinasi, marah, dan delusi. Menurut pemeriksaan yang lebih lanjut terdapat bahwa ada masalah dengan proses piker dan emosi.

b. Skizofrenia Hebefrenia

Penderita Skizofrenia hebefrenia biasanya dialami pada usia muda. Penderita tersebut mungkin kesulitan untuk berkonsentrasi,

bertidak dengan tidak tepat tidak sesuai dengan arahan, merasa memiliki sedikit motivasi dan emosi yang tinggi.

c. Skizofrenia Katatonia

Penderita Skizofrenia katatonia kebanyakan pada usia 15-30 tahun. Gejala penyakit ini antara lain kurangnya aktivitas dengan lingkungan, gerakan, postur kaku, dan resistensi terhadap instruksi. Selain itu penderita juga mengalami aktivitas yang spontan (stupor).

d. Skizofrenia Akut

Mendiagnosis penderita dengan Skizofrenia akut memiliki karakteristik umum tidak termasuk Skizofrenia delusi, hebefrenik, katatonik, dll.

e. Skizofrenia Residual

Untuk memastikan penderita mengalami Skizofrenia residual gejala dari penyakit ini adalah Skizofrenia bleular primer, tetapi Skizofrenia ini tidak jelas dengan gejala sekundernya. Kemungkinan besar Skizofrenia ini terjadi setelah beberapa episode Skizofrenia.

f. Skizofrenia Simpleks

Untuk mendiagnosis Skizofrenia kompleks sering timbul pada usia pubertas, karena tergandung dengan perkembangan dari gejala Skizofrenia “negative” tanpa riwayat halusinasi dan waham serta timbul secara berlahan.

2.1.6 Penatalaksanaan Skizofrenia

a. Farmakologi Psikotik

Pengobatan farmakologi yang digunakan penderita Skizofrenia merupakan antipsikotik yang digunakan dalam jangka waktu panjang dan mampu untuk mencegah kemampuan, terapi pemeliharaan, mengurangi efek samping penderita Skizofrenia.

b. Terapi Mordalitas

Terapi mordalitas adalah terapi yang paling utama dalam keperawatan untuk pencegahan pasien dengan Skizofrenia. Tujuan dari terapi ini adalah mengubah perilaku pasien dari sikap yang maladaptive menjadi adaptif yang dapat mempertinggi kemampuan yang dimiliki pasien. Beberapa macam terapi mordalitas antara lain:

1) Perawatan individu

Membina hubungan saling percaya antar pasien dan perawatan dapat mengubah cara pasien untuk berperilaku. Tujuan dari pengobatan ini dilakukan secara tertib (terorganisir) sehingga melalui hubungan ini dapat menyesuaikan perilaku pasien sesuai dengan tujuan. Selain itu pasien diharapkan memiliki pilihan untuk mengurangi masalah dan mampu memenuhi kebutuhan dasar mereka.

2) Perawatan lingkungan

Suatu pengobatan yang berencana dilakukan dilingkungan sehingga dapat terjadi perubahan perilaku pasien yang maladaptive menjadi perilaku yang serba bisa. Dengan lingkungan perbaikan akan membuka pintu bagi klien untuk mengubah perilaku dan sikap dengan memusatkan perhatian pada nilai bermanfaat dalam latihan dan kolaborasi.

3) Perawatan kognitif

Perawatan mental merupakan suatu system untuk mengubah keyakinan dan perspektif yang dapat mempengaruhi perasaan dan perilaku pasien untuk membantu stresor yang menyebabkan masalah mental.

4) Perawatan keluarga

Perawatan yang diberikan kepada semua keluarga baik dalam inspirasi, jiwa dan lebih lanjut dari satu kesatuan pengobatan. Tujuannya adalah untuk menghadapi kehancuran dan memenuhi kapasitas sebuah keluarga dan bekerja sama untuk memungkinkan paling ideal.

2.2 Konsep Dasar Halusinasi Pendengaran

2.2.1 Pengertian

Definisi gangguan persepsi sensori menurut SDKI (2017) adalah perubahan stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi. Halusinasi merupakan

distorsi persepsi dan sensori palsu yang terjadi pada respon neurologis maladaptive dan penderita mengalami distorsi sensori sebagai hal yang nyata dan meresponya (Anugrah, 2021). Halusinasi pendengaran yaitu pasien mendengarkan suara yang tidak berwujud. Suara itu biasanya berisi hal-hal yang menyenangkan bahkan sesuatu yang dibenci oleh klien seperti hinaan dan cacian atau suara yang memberikan perintah untuk melakukan sesuatu namun tergantung dengan tingkat level halusinasinya (Ikhwanudin, 2021).

2.2.2 Tanda dan Gejala Halusinasi Pendengaran

Menurut (SDKI, 2017) tanda dan gejala halusinasi terbagi menjadi:

a. Gejala dan tanda mayor

1) Subjektif

a) Mendengar suara bisikan.

2) Objektif

Distorsi sensori (kedaan dimana salah tafsiran pancaindra akibat penyimpangan dalam menangkap rangsangan sensorik).

a) Respon tidak sesuai.

b) Bersikap seolah mendengar sesuatu.

b. Gejala dan tanda minor

1) Subjektif

a) Menyatakan kesal

2) Objektif

a) Menyendiri

- b) Melamun
- c) Konsetrasi buruk
- d) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
- e) Curiga
- f) Mondar-mandir
- g) Bicara sendiri

Tanda dan gejala menurut Anugrah (2021) terbagi menjadi:

- a) Berbicara, tertawa dan tersenyum sendiri.
- b) Bersikap seperti mendengarkan sesuatu.
- c) Berhenti berbicara sesaat ditengah-tengah kaimat untuk mendengarkan sesuatu.
- d) Disorientasi.
- e) Tidak mampu atau kurang konsentrasi.
- f) Cepat berubah pikiran.
- g) Alur Social kacau.
- h) Respon yang tidak sesuai.
- i) Menarik diri.
- j) Sering melamun.

2.2.3 Faktor Penyebab Halusinasi Pendengaran

Faktor penyebab halusinasi dibagi menjadi dua, yaitu:

- a. Faktor predisposisi: perkembangan, sosiokultural, biokimia, perkembangan syaraf abnormal, psikologis, genetik.
- b. Faktor perkembangan: Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri, dan lebih rentan terhadap stress.
- c. Faktor sosiokultural: Seseorang yang merasa tidak diterima oleh lingkungan nya sejak bayi (unwanted child) akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.
- d. Faktor biokimia: Mempunyai pengaruh terhadap gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Buffofenon dan Dimetrytranferase (DMP). Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi tidak keseimbangan acetylcholin dan dopamin.
- e. Faktor psikologis: Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penggunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depan nya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.
- f. Faktor genetik dan pola asuh: Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofernia cenderung mengalami

skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini (Farida et al, 2018).

- g. Faktor presipitasi: adanya gejala pemicu proses pengolahan informasi yang berlebihan, mekanisme penghantaran listrik yang abnormal.

2.2.4 Tahap Halusinasi Pendengaran

Beberapa tahapan halusinasi menurut Anugrah (2021) antara lain:

a. Tahap pertama (non-psikotik)

Pada tahapan ini, halusinasi dapat membuat individu merasa nyaman dan orientasi sedang. Pada tahap ini merupakan hal yang paling menyenangkan bagi individu karena mengalami kecemasan, mengalami kesepian, mengalami ketakutan tetapi pikiran dan pengalaman masih dibawah kendali sadar. Beberapa perilaku yang mungkin muncul antara lain:

- 1) Tersenyum dan menertawakan diri sendiri.
- 2) Gerakan bibir dengan tenang.
- 3) Gerakan mata yang cepat
- 4) Menyebarkan respon verbal, diam, atau berkonsentrasi.

b. Tahap kedua (non-psikiatri)

Pada tahap ini biasanya individu menyalahkan diri sendiri dan merasakan kecemasan dengan serius. Individu mengalami pengalaman sensorik yang menakutkan dan mengganggu, mulai merasa lepas

kendali dan keluar dari sosial. Perilaku yang mungkin muncul antara lain:

- 1) Detak jantung yang meningkat.
- 2) Mengurangi kepedulian terhadap lingkungan.
- 3) Berfokus pada pengurangan pengalaman sensorik.
- 4) Hilangnya kemampuan untuk membedakan antara ilusi dan kenyataan.

c. Tahap ketiga (penyakit mental)

Pada tahap ini biasanya klien tidak mampu mengontrol diri sendiri, kecemasan semakin parah, dan halusinasi sangat menarik bagi klien: Pasien menerima pengalaman sensorik dan jika selesai pasien menjadi kesepian. Perilaku yang mungkin muncul antara lain:

- 1) Individu mengikuti perintah dari halusinasi.
- 2) Individu kesulitan untuk berhubungan dengan orang lain.
- 3) Perhatian terhadap lingkungan seakan sedikit.
- 4) Individu tidak mampu melakukan perintah yang sebenarnya.
- 5) Individu terlihat panas dan berkeringat.

d. Tahap keempat (penyakit mental mudah dikendalikan oleh halusinasi dan mulai panik). Perilaku yang mungkin muncul:

- 1) Risiko menciderai tinggi
- 2) Ketidakmampuan untuk merespon rangsangan yang ada.

2.2.5 Dimensi Halusinasi Pendengaran

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa keraguan, ketakutan, kecemasan dan kebingungan, perilaku merusak diri, ketidakmampuan mengambil keputusan, serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Permasalahan halusinasi seringkali didasari oleh hakikat keberadaan individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar faktor bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dalam lima dimensi (Muhith, 2015) :

1) Dimensi Fisik

Manusia dibangun oleh sistem sensorik untuk merespon rangsangan eksternal yang diberikan oleh lingkungannya. Halusinasi dapat disebabkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan, menggunakan obat-obat, demam tinggi yang menyebabkan delirium, dan sulit tidur dalam jangka waktu yang lama.

2) Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang tinggi terhadap masalah yang tidak dapat diselesaikan sendiri menyebabkan munculnya halusinasi. Seringkali halusinasi tampak seperti perintah yang memaksa dan menakutkan.

Pasien dipaksa terus menerus sampai menyebabkan pasien itu melawan dan melukai sistem 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 menggunakan 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 mengalami kesulitan dalam berinteraksi dalam fase awal dan comforting, klien merasa hidup didunia sosial nyata sangat berbahaya baginya. Klien sangat asik dengan dunia halusinasinya sendiri dan sangat tidak menyukai dunia luar yang bersosialisasi dengan orang-orang asli seperti pasien pengidap harga diri 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 penting dalam penanganan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang mungkin menimbulkan pengalaman interpersonal yang sangat memuaskan, juga mengusahakan klien tidak dalam kondisi sendiri dan ajak klien untuk bersosialisasi dengan lingkungan sekitar klien berada untuk percepatan proses kesembuhannya.

5) Dimensi spiritual

Secara spiritual, klien dengan halusinasi seringkali tidak memiliki semangat untuk mempertahankan hidup, kebiasaan hidup yang terkesan sia-sia dan tidak bermakna, serta jarang melaksanakan ibadahnya untuk mensucikan dirinya sendiri karena klien berfikir hidupnya sudah tidak berguna lagi. Ada juga irama sirkadiannya terganggu, karena pasien pada saat malam kurang bisa tidur biasanya tidur larut malam dan bangun pada siang hari. Pada saat bangun merasakan bahwa hidupnya tidak bermakna lagi atau tidak mempunyai semangat untuk hidup lagi. Serta klien merasakan bahwa rejekinya sudah tidak lancar lagi seperti sebelumnya, dan menyalahkan anggota keluarganya.

2.2.6 Rentan Respon

Halusinasi adalah suatu reaksi maladaptif individu yang berbeda dari rentang respon neurobiologis (Stuart, 2016). Jika klien memiliki pandangan yang sehat pasti akan mampu mengenali dan menafsirkan rangsangan Menurut panca indera (pendengaran, Penglihatan, penciuman, rasa dan sentuhan) klien halusinasi stimulusnya di antara kedua tanggapan yang terpisah, Karena mengalami sosial yang abnormal, yaitu Stimulus yang diterimanya adalah ilusi. Rentang responsnya adalah sebagai berikut:

RESPON ADAPTIF	➔	RESPON MALADAPTIF
1. Pikiran logis	1. Distorsi pikiran	1. Gangguan piker
2. Persepsi akurat	2. Ilusi	2. Berhalusinasi
3. Emosi konsisten dengan pengalaman	3. Reaksi emosional	3. Terganggunya emosi
4. Perilaku sesuai	4. Perilaku aneh atau tidak biasa	4. Tingkah laku tidak terorganisir
5. Berhubungan sosial	5. Menarik diri	5. Menarik diri

Gambar 2. 1 Rentan Respon Halusinasi (Sumber : Anugrah, (2021))

Rentang respon

Keterangan:

- a. Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma-norma social budaya yang berlaku. Individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi sesuatu akan dapat memecahkan masalah tersebut.

Meliputi:

- 1) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- 2) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- 4) Perilaku sesuai adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- 5) Hubungan social adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

b. Respon Psikososial

- 1) Pemikiran kacau adalah suatu pemikiran yang abnormal sehingga munculah suatu masalah.
- 2) Ilusi adalah kegagalan untuk merespon suatu obyek yang nyata karena stimulus.
- 3) Emosi yang fluktuatif.
- 4) Perilaku yang abnormal adalah perilaku yang lebih dari normal atau lebih dari wajar.
- 5) Mengisolasi diri adalah suatu usaha untuk menolak berinteraksi dengan orang lain.

c. Respon Maladaptif

Yaitu umpan balik untuk menanggapi sesuatu dengan penyimpangan.

- 1) Gangguan piker adalah persepsi yang dilakukan meskipun tidak diakui oleh individu lain serta bertolak belakang dengan kenyataan.
- 2) Berhalusinasi adalah gangguan stimulus pada otak ketika mempersepsikan sesuatu.
- 3) Terganggunya emosi adalah kerusakan sifat dari hati.
- 4) Tingkah laku tidak terorganisir adalah tidak sesuai dengan perilaku atau tingkah laku.
- 5) Menarik diri adalah keinginan individu menolak komunikasi dan senang dengan kesendirian yang dialami oleh individu.

2.2.7 Sumber Koping

Sumber koping dapat mempengaruhi individu saat merespon atau menanggapi stress (Prabowo, 2014) :

- a. Personal ability: Pasien tidak mampu memecahkan masalah, ada gangguan dari aktifitas fisik, pasien tidak mampu berhubungan dengan orang lain, tidak mengetahui penyakitnya kemiskina intelektual, emosi yang tidak adekuat.
- b. Sosial support : hubungan individu dengan keluarga, teman, masyarakat tidak adekuat, komitmen dengan jaringan sosial kurang adekuat.
- c. Material asset : Ketidakmampuan mengelola keuangan, contohnya boros atau pelit, ketidakmampuan uang untuk berobat, tidak memiliki tabungan, tidak memiliki kekayaan/kemiskinan.dan tidak mampu mengatasi masalah keuangan.
- d. Berfikir positif : kurangnya spiritual, tidak memiliki motivasi, penilaian yang negative terhadap pelayanan kesehatan, tidak menganggap adanya suatu gangguan.

2.2.8 Mekanisme Koping

Menurut Muhith (2015) mekanisme koping yang sering digunakan klien dengan halusinasi meliputi:

- a. Regresi : menjadi malas beraktifitas sehari-hari, tidak mau berkerja.
- b. Proyeksi : mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.
- c. Menarik diri : sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal.

- d. Keluarga mengingkari atau tidak menanggapi masalah yang terjadi pada klien.

2.2.9 Pohon Masalah

Klien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakan dirinya maupun orang lain, pada fase berat klien di kendalikan oleh isi halusinasi sehingga kehilangan kemampuan penilaian realitas terhadap lingkungan. Dalam situasi ini, klien dapat melakukan bunuh diri (*Suicide*) membunuh orang lain (*Homicide*), dan bahwa merusak lingkungan selain masalah yang diakibatkan oleh halusinasi, klien biasanya juga mengalami masalah – masalah keperawatan yang menjadi penyebab (*triger*) munculnya halusinasi. Masalah – masalah itu antara lain harga diri rendah dan isolasi sosial (Muhith, 2015). Dari masalah tersebut, di temukan pohon masalah pohon masalah sebagai berikut:

Efek

Resiko mencederai diri sendiri atau orang lain atau Resiko perilaku kekerasan.

Core Problem

Gangguan persepsi sensori (pendengaran)

Causa

Isolasi sosial

Gambar 2. 2 Pohon Masalah

2.2.10 Penatalaksanaan

a. Mencari permasalahan yang dihadapi

Tenaga medis mampu menjalin hubungan kepercayaan antara klien Disamping itu tenaga medis dapat mencari masalah-masalah yang dihadapi yang menyebabkan timbul gangguan tersebut dan menyelesaikannya Sumber-sumber diperoleh dari teman dekat maupun keluarga.

b. Terciptanya lingkungan terapeutik

Guna mengatasi tingkat cemas individu, panik, serta ketakutan, sebaiknya melakukan pendekatan secara individu agar hubungan bisa terjalin. Sebaiknya mungkin klien jangan di isolasi guna meyakinkan kita dapat membantu masalahnya. Setiap mendekati dan meninggalkan usahakan untuk memberitahu Disamping itu, pada ruangan sebaiknya diberikan fasilitas guna menstimulus individu untuk melakukan hubungan saling percaya dengan realistis. misalnya hiasan dinding, gambar, maupun permainan.

c. Memberi aktivitas

Sebaiknya perawat mengajak klien untuk mengaktifkan kondisi tubuh seperti olahraga, permainan, atau aktifitas lainnya. Hal tersebut bisa membuat arah menuju kehidupan yang sebenarnya serta membina komunikasi baik.

d. Mengikutsertakan pihak tertentu ketika proses keperawatan

Orang tua, saudara serta tenaga medis perlu memperoleh informasi terkait individu guna opini yang ada dapat berjalan dengan

berkesinambungan dalam proses keperawatan. Sebaiknya perawat menyarankan klien untuk tidak sendirian, ajarkan untuk melakukan aktivitas atau permainan yang disukai.

e. Melakukan program terapi dari dokter

Tidak jarang klien menolak jika diberikan obat oleh dokter. Jadi lakukan pendekatan yang optimal secara persuasif. Sebaiknya mungkin perawat mengamati apakah obat yang diberikan benar-benar ditelan atau tidak. Amati juga reaksi obat yang diberikan.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan merupakan sarana kerja dengan klien, pada tahap awal seringkali peran perawat lebih besar dibandingkan dengan klien, namun pada proses akhir diharapkan peran klien lebih besar dari peran perawat, sehingga kemandirian klien dapat dicapai. Tahap keperawatan meliputi: Pengkajian, Diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi (Muhith, 2015).

2.3.1 Pengkajian

Menurut Muhith (2015), pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien.

a. Identitas pasien

Meliputi nama inisial pasien (Ny.X/Tn.X), jenis kelamin laki laki atau perempuan biasanya Skizofrenia banyak terjadi pada laki-laki (Hermawati, 2022). Usia dihitung sejak pasien dilahirkan jika diketahui

atau ulang tahun terakhir, biasanya terjadi pada rentan usia 24-40 th (Hapsari, 2019). Alamat cukup ditulis dengan nama kota tempat pasien tinggal, agama, pekerjaan atau jenis pekerjaan terakhir yang dilakukan oleh pasien yang menghasilkan uang atau pendapatan, tanggal atau hari pertama pasien dirawat dirumah sakit saat ini, nomor rekam medis yang tertera pada buku catatan medik pasien, keluarga yang dapat dihubungi.

b. Keluhan utama

Apa yang menyebabkan pasien atau keluarga datang, atau dirawat dirumah sakit. Biasanya masalah yang dialami pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi yaitu berbicara sendiri, berbicara kacau dan kadang tidak masuk akal, tertawa atau menangis atau menangis tanpa sebab, tidak bisa membedakan hal yang nyata dan tidak nyata, menarik diri dan menghindari orang lain, perasaan curiga, cemas, takut, bingung, dan kontak mata kosong.

c. Faktor predisposisi

1) Faktor perkembangan

Terlambat seperti pada usia bayi tidak terpenuhi kebutuhan makanan, minum, dan rasa aman. Usia balita, tidak dipenuhi kebutuhan otonom. Usia sekolah, mengalami peristiwa yang tidak terselesaikan. Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stres dan ansietas yang dapat berakibat dengan gangguan persepsi. Pasien mungkin menekan perasaannya sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif (Rahmawati, 2020).

2) Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas berat terakir dengan peningkatan terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi (Rahmawati, 2020).

3) Faktor sosial budaya

Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul akibat berat seperti delusi dan halusinasi (Rahmawati, 2020).

4) Faktor biologis

Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realitas,serta dapat ditemukan atropik otak, pembesaran ventikal, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbik.

5) Faktor genetik

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

d. Pemeriksaan fisik

Meliputi tekanan darah, nadi, suhu dan RR pemeriksaan secara keseluruhan tubuh yaitu pemeriksaan head to toe yang biasanya penampilam klien yang kotor dan acak-acakan serta penampilan tidak terawat.

e. Psikososial

1) Genogram

Menggambarkan pasien dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

2) Konsep diri

a. Citra tubuh

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

b. Identitas diri

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

3) Peran diri

Meliputi tugas atau peran pasien dan keluarga/ pekerjaan/ kelompok/ masyarakat, kemampuan pasien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat pasien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut (Rahmawati, 2020).

4) Ideal diri

Berisi harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan pasien terhadap lingkungan sekitar serta harapan pasien terhadap penyakitnya (Rahmawati, 2020).

5) Harga diri

Mengkaji tentang hubungan pasien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada pasien berhubungan dengan orang lain fungsi peran tidak sesuai dengan harapan, penilaian pasien terhadap pandang atau penghargaan orang lain (Ikhwanudin, 2021).

6) Hubungan sosial

Adanya hambatan dalam hubungan dengan orang lain, minat berinteraksi dengan orang lain.

7) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Nilai dan keyakinan terhadap agama pasien terganggu, karena tidak menghiraukan lagi dirinya.

b) Kegiatan ibadah

Kegiatan ibadah pasien tidak dilakukan Ketika pasien mengalami gangguan jiwa.

8) Status mental

Menurut Rahmawati (2020).

a) Penampilan

Terkadang penampilan pasien sangat tidak rapi, tidak tahu cara berpakaian, dan penggunaan tidak sesuai.

b) Cara bicara / pembicaraan

Sering kali pasien berbicara ngelantur dan tidak terkontrol. Terkadang cara bicara pasien lambat, gagap, sering berhenti atau boking.

c) Aktivitas motorik

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

d) Alam perasaan

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

e) Afek

Afek pasien tampak datar (tidak menunjukkan roman dan ekspresi wajah) tumpul (pasien hanya mau memberikan pertanyaan dengan intonasi keras) , emosi pasien berubah – ubah, malu, sikap negatif dan bermusuhan, kecemasan berat atau panik.

f) Interaksi selama wawancara

Respon pasien saat wawancara tidak kooperatif berbicara ngelantur, mudah tersigung, kontak kurang serta curiga yng menunjukan sikap atau peran tidak percaya kepada wawancara atau orang lain.

g) Persepsi

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

h) Proses pikir

Biasanya pembicaraan pasien terbelit – belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan, namun tidak sampai pada tujuan yang di

inginkan perawat kehilangan asosiasi pembicaraan meloncat dari topik satu ke topik lainnya dan kadang pembicaraan berhenti tiba – tiba.

9) Kebutuhan pasien pulang

a) Makan

Klien mampu menyiapkan dan membersihkan alat makan.

b) Berpakaian

Klien mampu berpakaian, memilih pakaian dan frekuensi ganti pakaian

c) Mandi

Klien mampu mandi dan membersihkan diri dengan baik.

d) BAB/BAK

Klien mampu BAB, BAK, menggunakan dan membersihkan WC.

e) Istirahat

Klien dapat melakukan istirahat dan tidur tanpa kesulitan.

f) Penggunaan obat

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

g) Aktivitas dalam rumah

Klien dapat melakukan aktivitas dalam dan di luar rumah.

10) Mekanisme koping.

a) Adaptif

Biasanya pasien tidak mau berbicara dengan orang lain, tidak bisa menyelesaikan masalah yang ada, pasien tidak mampu berolahraga karena pasien selalu malas.

b) Maldaptif

Biasanya pasien bereaksi sangat lambat atau kadang berlebihan, pasien tidak mau bekerja sama sekali, selalu menghindari orang lain dan mencederai diri.

11) Masalah psikososial dan lingkungan

Biasanya pasien mengalami masalah psikososial seperti berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan, biasanya disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga, Pendidikan, masalah dengan ekonomi dan pelayanan Kesehatan.

12) Pengetahuan

Pada pasien halusinasi. Mengalami gangguan kognitif sehingga tidak mengambil keputusan.

13) Sumber koping

Sumber koping merupakan suatu evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggunakan sumber koping yang ada di lingkungannya. Sumber koping tersebut dijadikan sebagai modal untuk menyelesaikan masalah. Dukungan sosial dan keyakinan budaya

dapat membantu seseorang mengintegrasikan pengalaman yang menibukan stress dan mengadopsi strategi koping yang efektif.

2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau respon 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, 2017). Pada studi kasus ini diagnosis keperawatan yang diambil antara lain gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

Tabel 2. 1 Gangguan Persepsi Sensori

Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif	Objektif
1. Mendengar suara bisikan	1. Distorsi sensori 2. Respons tidak sesuai 3. Bersikap seolah mendengar sesuatu
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif	Objektif
1. Menyatakan kesal	1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi 5. Curiga 6. melihat ke satu arah 7. Mondar-mandir

Sumber : SDKI (2017)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (SIKI, 2018).

Tabel 2. 2 Intervensi keperawatan menurut SDKI, SLKI, SIKI

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi keperawatan indonesia (SIKI)
D.0085 Gangguan Sensori: Pendengaran	L.09083 Persepsi Sensori Definisi : Persepsi-realitas terhadap stimulus baik internal maupun eksternal Ekspektasi : Membaik Kriteria Hasil : 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun 6. Distorsi Sensori menurun 7. Perilaku Halusinasi menurun 8. Menarik diri menurun 9. Melamun menurun 10. Curiga menurun 11. Mondar-mandir menurun	1.09288 Manajemen Halusinasi Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan keamanan, kenyamanan dan orientasi realita. Tindakan : <i>Observasi</i> 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri) <i>Terapeutik</i> 4. Pertahankan lingkungan yang aman 5. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik) 6. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi 7. Hindari perdebatan tentang validitas

12. Respons sesuai stimulus membaik	halusinasi	
13. Konsentrasi orientasi membaik	<i>Edukasi</i>	
	8. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi	
	9. Anjurkan bicara pada orang yang percaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi	
	10. Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi).	
	11. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi	
	<i>Kolaborasi</i>	
	12. Kolaborasi pemberian antipsikotik antiansietas.	obat dan

Tabel 2. 3 Intervensi keperawatan menurut NANDA, NIC, NOC

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi
Gangguan persepsi sensori halusinasi	TUM: Pasien mampu mengontrol halusinasi yang di alaminya. TUK 1: Klien dapat membina hubungan saling percaya TUK 2: Klien dapat mengenal halusinasinya	Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat mau menyebut nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat dan mau mengutarakan masalah yang dihadapi 1. Klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi, timbulnya halusinasi 2. Klien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. 1. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 2. Perkenalkan diri dengan sopan 3. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang di sukai 4. Jelaskan tujuan pertemuan 5. Jujur dan menepati janji 6. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya 7. Beri perhatian kepada klien dan pastikan kebutuhan dasar klien. a. Adanya kontak sering dan singkat secara bertahap b. Observasi tingkah lakulien dengan halusinasinya bicara dan tertawa tanpa stimulus memandang ke kiri kanan/ depan seolah-olah ada teman bicara



-
- c. Bantu klien mengenal halusinasi:
 - 1. Jika menemukan klien yang sedang halusinasi tanyakan apakah ada sesuatu yang di lihat
 - 2. Jika klien menjawab ada, lanjutkan dengan menanyakan apa yang di lihat.
 - 3. Katakan bahwa perawat percaya klien melihat hal itu, namun perawal sendiri tidak melihatnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh dan menghakimi).
 - 4. Katakana bahwa klien lain juga ada yang seperti klien
 - 5. Katakana bahwa perawat akan membantu klien.
 - d. Diskusikan dengan ken
 - 1. Suasi yang menimbulkan / tidak menimbulkan halusinasi.
 - 2. Waktu dan terjadinya halusinasi 9 pagi, siang, malam atau, atau jika sendiri, jengkel/ sedih).
 - e. Diskusikan dengan klien apa yang di rasakan jika terjadi halusinasi (marah/ takut, sedih, senang) beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya.
 - f. Diskusikan dengan klien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut.
 - g. Diskusikan tentang dampak yang akan di alaminya bila klien menikmati halusinasinya.
-

TUK 3: Klien dapat mengontrol halusinasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1-2 hari klien mengetahui cara-cara mengontrol halusinasi	Sp1
a. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.	Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Klien mampu menirukan perawat saat diajarkan menghardik.	1. Identifikasi halusinasi: isi halusinasi, frekuensi, waktu terjadinya halusinasi, situasi, pencetus halusinasi, perasaan klien bila halusinasi itu muncul, respon klien terhadap halusinasi. 2. Jelaskan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, meminum obat, bercakap-cakap, serta melakukan aktivitas terjadwal. 3. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk menghardik.
b. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat dengan benar	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1-2 hari klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara minum obat dengan benar: 1. Klien mampu menyebutkan manfaat, dosis, dan efek samping obat. 2. Klien mendemonstrasikan penggunaan obat. 3. Klien mendapat informasi tentang manfaat dan efek samping obat. 4. Klien dapat memahami akibat dari berhetinya meminum	SP 2 1. Evaluasi kegiatan menghardik dan beri pujian. 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat (jelaskan 6 benar cara meminum obat: 3. Masukkan pada jadwal kegiatan menghardik dan meminum obat.

- obat tanpa konsultasi terlebih dahulu.
5. Klien dapat menyebutkan prinsip 6 benar penggunaan obat.
- c. Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1-2 hari klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap. Klien mampu menirukan perawat saat diajarkan bercakap-cakap. SP 3
1. Evaluasi kegiatan menghardik dan meminum obat serta berikan pujian.
 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap.
 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk menghardik, meminum obat dan bercakap-cakap.
- d. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas yang terjadwal. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1-2 hari klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara beraktivitas yang terjadwal. Klien mampu menirukan perawat saat diajarkan aktivitas yang terjadwal. SP 4
1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, meminum obat dan bercakap cakap serta berikan pujian.
 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas yang terjadwal dan beri pujian.
 3. Masukkan pada jadwal kegiatan harian untuk latihan menghardik, meminum obat, bercakap-cakap, dan aktivitas yang terjadwal.

TUK 4:

Klien mendapatkan dukungan dari keluarga untuk mengontrol halusinasinya.

1. Keluarga dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.
2. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan tindakan untuk mengendalikan halusinasinya.

- a. Ajurkan klien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi.
 - b. Diskusikan dengan keluarga (pada saat keluarga berkunjung:
 1. Gejala halusinasi yang alami klien
 2. Cara yang di lakukan klien dengan keluarga untuk memutus halusinasi
 3. Cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi di rumah beri kegiatan, jangan biarkan sendiri makan bersama, bepergian bersama.
 4. Beri informasi waktu follow up atau kapan perlu mendapat bantuan halusinasi tidak terkontrol dan resiko mencederai orang lain.
-

Sumber: SIKI (2018), SDKI (2017), SLKI (2019), NANDA-I (2020), Moorhead (2018), Butcher (2018)

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tindakan atau aktivitas spesifik yang dilakukan perawat berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien (SIKI, 2018). Implementasi keperawatan jiwa biasanya diwujudkan melalui strategi pelaksanaan (SP). Tujuan dilaksanakannya implementasi untuk membantu klien mencapai kesembuhannya, pemulihan kesehatan yang lebih kompleks, pencegahan penyakit tambah banyak, memfasilitasi coping. Adapun strategi pelaksanaan pada halusinasi adalah sebagai berikut:

PASIEN

SP 1	Membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama : menghardik halusinasi.
SP 2	Membantu pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua: menggunakan obat secara teratur.
SP 3	Membantu pasien untuk melatih mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: bercakap-cakap dengan orang lain.
SP 4	Membantu pasien mengontrol halusinasi dengan cara keempat: melakukan aktivitas terjadwal.

KELUARGA

SP 1	Memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian, jenis halusinasi, tanda dan gejala halusinasi yang dialami pasien serta cara merawat pasien dengan halusinasi.
SP 2	Melatih keluarga secara langsung merawat pasien dengan halusinasi.
SP 3	Membuat perencanaan pulang bersama keluarga.

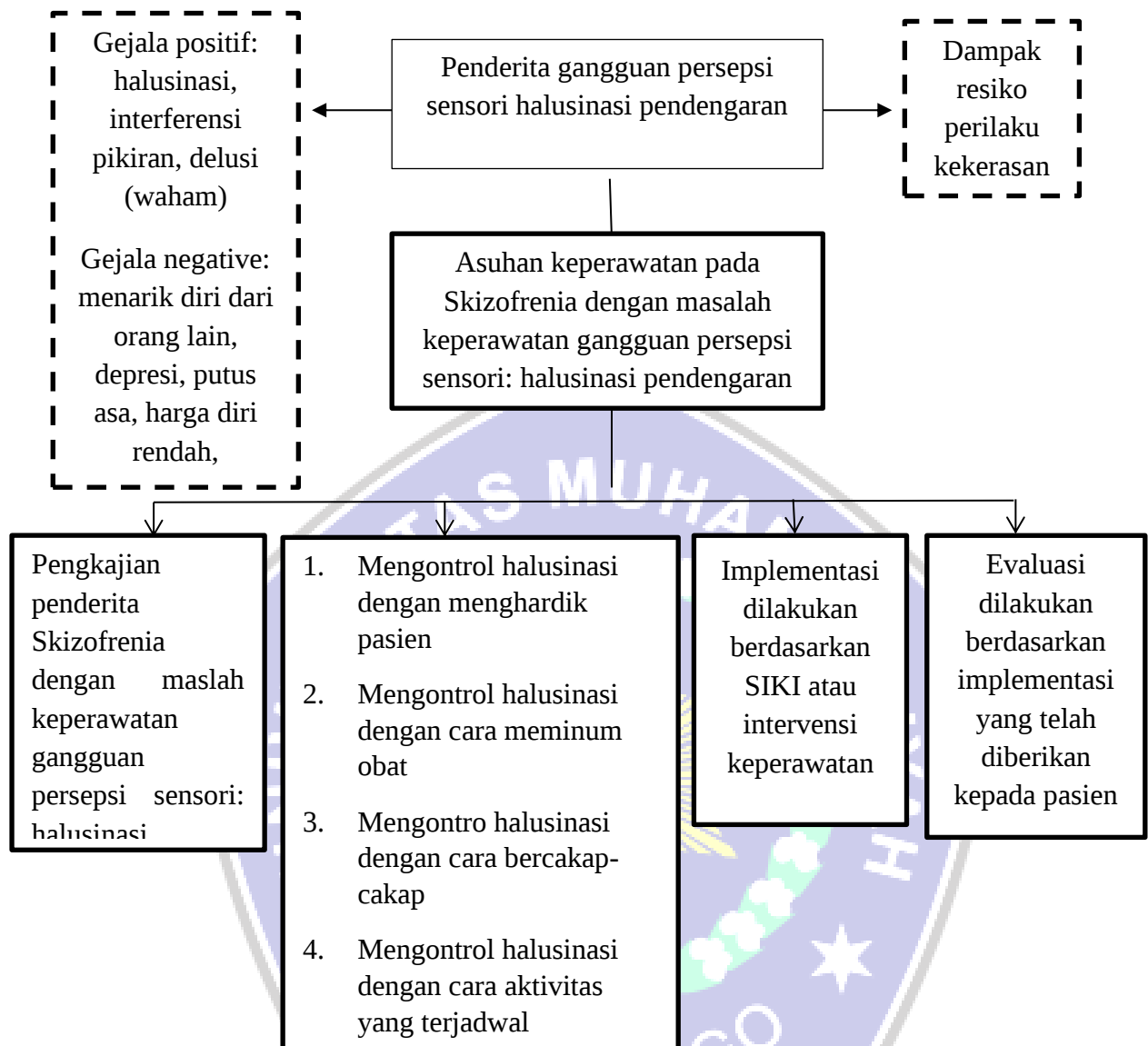
(Sumber: Keliat & Akemat (2015))

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan selalu melibatkan klien dan keluarga agar dapat melihat perubahan dan berupaya mempertahankan dan memelihara, diperlukan reinforcement untuk menguatkan perubahan yang positif. Perawat mengevaluasi perkembangan Kesehatan terhadap tindakan dan mencapai tujuan sesuai rencana yang telah ditetapkan dan merevisi data dasar perencanaan (Muhith, 2015). Hasil evaluasi keperawatan menurut SLKI (2012) yang diharapkan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran antara lain:

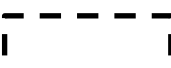
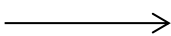
1. Verbalisasi mendengar suara atau bisikan menurun
2. Distorsi sensori menurun
3. Perilaku halusinasi menurun
4. Menarik diri menurun
5. Melamun menurun
6. Curiga menurun
7. Mondar-mandir menurun
8. Respon sesuai dengan stimulus membaik
9. Konsentrasi dan orientasi membaik

2.4 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2. 3 Hubungan Antar Konsep

Keterangan:

-  : Konsep utama ditelaah
 : Tidak ditelaah dengan baik
 : Berpengaruh
 : Berhubung