

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. SKIZOFRENIA

1. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia yang berasal dari bahasa Yunani yakni "*Skhizein*" yang dapat diartikan retak atau pecah (split), dan "*phren*" yang berarti pikiran, yang selalu dihubungkan dengan fungsi emosi. Dengan demikian seseorang yang mengalami skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau bisa dikatakan juga keretakan kepribadian serta emosi (Astari, 2020). Skizofrenia adalah penyakit mental serius yang ditandai oleh pikiran yang tidak koheren, perilaku aneh, ucapan aneh, dan halusinasi, seperti mendengar suara (APA, 2020). Skizofrenia merupakan gangguan mental berat yang dapat memengaruhi tingkah laku, emosi, dan komunikasi. Penderita skizofrenia bisa mengalami halusinasi, delusi, kekacauan berpikir, dan perubahan perilaku (WHO, 2022).

2. Etiologi

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

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Biologis

(a) Faktor Genetik

Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki risiko genetik dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki risiko 15%, angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

(b) Faktor Neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia

memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya. *Computerized Tomography* (CT-Scan) menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Pemeriksaan *Positron Emission Tomography* (PET) menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Riset menunjukkan bahwa penurunan volume otak dan fungsi otak yang abnormal pada area temporal dan frontal individu penderita skizofrenia. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu, dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik.

(c) Neurokimia

Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitters otak pada individu penderita skizofrenia. Pada orang normal, sistem *switch* pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak penderita skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

2) Faktor Psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial, sebagai contoh seorang anak yang tidak mampu membentuk hubungan saling percaya yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup. Skizofrenia yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada. Gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah pencitraan, dan ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri juga merupakan kunci dari teori ini.

3) Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress, dan perasaan putus asa.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia antara lain sebagai berikut:

1) Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptif meliputi: gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur proses balik informasi dan abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

2) Lingkungan

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

3) Pemicu gejala

Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan seperti gizi buruk, infeksi. Berhubungan dengan lingkungan seperti lingkungan rasa bermusuhan atau lingkungan yang penuh kritik. Berhubungan dengan sikap dan perilaku keputusan dan kegagalan.

3. Manifestasi Klinis

Menurut Mashudi (2021) manifestasi klinis skizofrenia dibagi menjadi dua yaitu gejala positif dan negatif. Selengkapnya seperti pada uraian berikut:

a. Gejala Positif

Gejala positif skizofrenia merupakan gejala yang mencolok, mudah

dikenali, mengganggu keluarga dan masyarakat serta merupakan salah satu motivasi keluarga untuk membawa pasien berobat. Gejala-gejala positif yang diperlihatkan pasien skizofrenia yaitu :

- 1) Waham : merupakan keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
 - 2) Halusinasi adalah gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, pembau dan perabaan).
 - 3) Perubahan arus pikir, meliputi :
 - a) Arus pikir terputus : dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
 - b) Inkoheren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).
 - c) Neologisme : menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
 - 4) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan.
 - 5) Merasa dirinya orang besar, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya
 - 6) Pikiran penuh dengan ketakutan sampai kecurigaan atau seakan- akan ada ancaman terhadap dirinya.
 - 7) Menyimpan rasa permusuhan.
- b. Gejala Negatif

Gejala negatif skizofrenia merupakan gejala yang tersamar dan tidak mengganggu keluarga ataupun masyarakat, oleh karenanya pihak keluarga seringkali terlambat membawa pasien berobat. Gejala-gejala negatif yang diperlihatkan pada pasien skizofrenia yaitu :

- 1) Alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.

- 2) Isolasi sosial atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*).
- 3) Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.
- 4) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- 5) Sulit dalam berpikir abstrak.
- 6) Pola pikir stereotip.

4. Klasifikasi

Menurut PPDGJ III (Utami, 2023), Skizofrenia dapat diklasifikasikan menjadi:

a. Skizofrenia Paranoid, Kode Diagnosis: F20.0

Pedoman dalam menegakkan diagnosis skizofrenia paranoid (F20.0) yaitu:

- 1) Memenuhi kriteria umum diagnosis
- 2) Pengalaman halusinasi yang dominan
- 3) Terdapat gangguan afek, dorongan pembicaraan, relatif tidak ada gejala katatonik yang muncul

b. Skizofrenia Hebefrenik, Kode Diagnosis: F20.1

Pedoman dalam menegakkan diagnosis skizofrenia hebefrenik (F20.1) yaitu :

- 1) Hanya ditegakkan pertama kali saat usia remaja atau dewasa muda (rentang usia 15 – 25 tahun)
- 2) Ciri khas pemalu dan senang menyendiri
- 3) Gejala dialami 2 – 3 minggu

c. Skizofrenia Katatonik, Kode Diagnosis: F20.2

Pedoman dalam menegakkan diagnosis skizofrenia katatonik (F20.2) yaitu:

- 1) Stupor (reaktifitas rendah, tidak ada keinginan untuk berbicara)
- 2) Gaduh Gelisah
- 3) Diagnosis dapat tertunda apabila diagnosis utama skizofrenia belum tegak dikarenakan klien tidak kooperatif dalam komunikasi

d. Skizofrenia Tak Terinci, Kode Diagnosis: F20.3 Pedoman dalam menegakkan diagnosis skizofrenia tak terinci (F20.3) yaitu :

- 1) Memenuhi kriteria umum diagnosa skizofrenia

- 2) Tidak adanya kriteria yang mengarah pada skizofrenia F20.0 – F20.2
- 3) Tidak mampu memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia residual atau pasca skizofrenia
- 4) Mempunyai halusinasi, waham dan gejala psikosis aktif yang menonjol

e. Skizofrenia Pasca-skizofrenia, Kode Diagnosis: F20.4

Pedoman dalam menegakkan diagnosis skizofrenia pasca skizofrenia (F20.4) yaitu:

- 1) Beberapa gejala skizofrenia masih muncul, tetapi tidak mendominasi
- 2) Depresi masih menonjol serta mengganggu

f. Skizofrenia Residual, Kode Diagnosis: F20.5

Pedoman dalam menegakkan diagnosis skizofrenia residual (F20.5) yaitu:

- 1) Terdapat riwayat psikotik sebelumnya
- 2) Tidak mengalami demensia atau gangguan otak organik lain.

g. Skizofrenia Simpleks, Kode Diagnosis: F20.6

- 1) Pedoman dalam menegakkan diagnosis skizofrenia simplek (F20.6) yaitu: Munculnya gejala negatif yang tidak didahului oleh riwayat seperti halusinasi, waham, atau tanda dan gejala lainnya.
- 2) Terdapat perubahan perilaku yang bermakna

5. Fase Skizofrenia

Frysh (2022) menyatakan bahwa ada tiga fase terjadinya skizofrenia yaitu :

a. Prodromal

Fase ini bisa berlangsung dari berminggu-minggu hingga bertahun-tahun. Beberapa orang dengan skizofrenia tidak pernah melewati titik ini, namun sebagian besar berhasil.

b. Fase Aktif

Fase ini dapat menyebabkan gejala psikosis seperti delusi, halusinasi, dan ucapan serta pikiran yang campur aduk. Terkadang, fase ini muncul secara tiba-tiba tanpa tahap prodromal.

c. Fase Sisa

Gejala yang lebih intens, seperti halusinasi, mulai memudar.

Namun, masih memiliki keyakinan yang aneh. Cenderung menarik diri dan lebih sedikit bicara, kesulitan berkonsentrasi atau menjaga pikiran tetap lurus. Dan dapat menjadi depresi.

6. Psikopatologi

Skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Yang termasuk faktor predisposisi ialah : faktor genetik, faktor neuroanatomi, faktor neurokimia, faktor psikososial, dan faktor sosiokulturan dan lingkungan. Sedangkan yang termasuk faktor presipitasi adalah biologis, lingkungan dan pemicu gejala. Faktor-faktor tersebut baik faktor predisposisi maupun faktor presipitasi dapat menjadi penyebab seseorang berespon yang maladaptif. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya gangguan penilaian individu, kurang dukungan, dan mekanisme koping yang tidak efektif yang akan menyebabkan masalah keperawatan ketidakefektifan koping individu (Hawari, 2014).

Skizofrenia dapat menimbulkan gejala positif maupun gejala negatif. Gejala positif seperti waham, halusinasi, perubahan arus pikir dan perubahan perilaku. Sedangkan gejala negatif seperti sikap masa bodoh (apati), pembicaraan terhenti tiba-tiba (*blocking*), menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi sosial), dan menurunnya kinerja atau aktivitas sosial sehari-hari. Dari gejala-gejala negatif tersebut dapat memicu adanya perasaan hilang percaya diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri dapat menyebabkan harga diri rendah (Keliat & Hamid, 2019).

7. Penatalaksanaan

Tujuan utama dari penatalaksanaan skizofrenia adalah mengembalikan fungsi normal klien dan mencegah kekambuhannya. Belum ada pengobatan yang spesifik dalam masing-masing subtype skizofrenia (Prabowo, 2014). Obat-obatan yang digunakan dalam terapi farmakologi skizofrenia yaitu golongan obat antipsikotik. Obat antipsikotik terbagi menjadi dua golongan, yaitu :

a. Antipsikotik tipikal

Merupakan antipsikotik generasi lama yang mempunyai aksi seperti dopamin. Antipsikoti ini lebih efektif untuk mengatasi gejala positif pada klien skizofrenia. berikut ini yang termasuk golongan obat antipsikotik tipikal :

- 1) Chlorpromazine dengan dosis harian 30-800 mg/hari
- 2) Flupenthixol dengan dosis harian 12-64 mg/hari
- 3) Fluphenazine dengan dosis harian 2-40 mg/hari
- 4) Haloperidol dengan dosis harian 1-100 mg/hari

b. Antipsikotik Atipikal

Aksi obat ini adalah mengeblok reseptor dopamin yang rendah. Antipsikotik atipikal ini merupakan pilihan dalam terapi skizofrenia karena mampu mengatasi gejala positif maupun negatif pada pasien skizofrenia. berikut ini adalah daftar obat yang termasuk golongan obat antipsikotik atipikal :

- 1) Clozapine dosis harian 300-900 mg/hari.
- 2) Risperidone dosis harian 1-40 mg/hari
- 3) Losapin dosis harian 20-150 mg/hari
- 4) Melindone dosis harian 225 mg/hari.

B. GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN

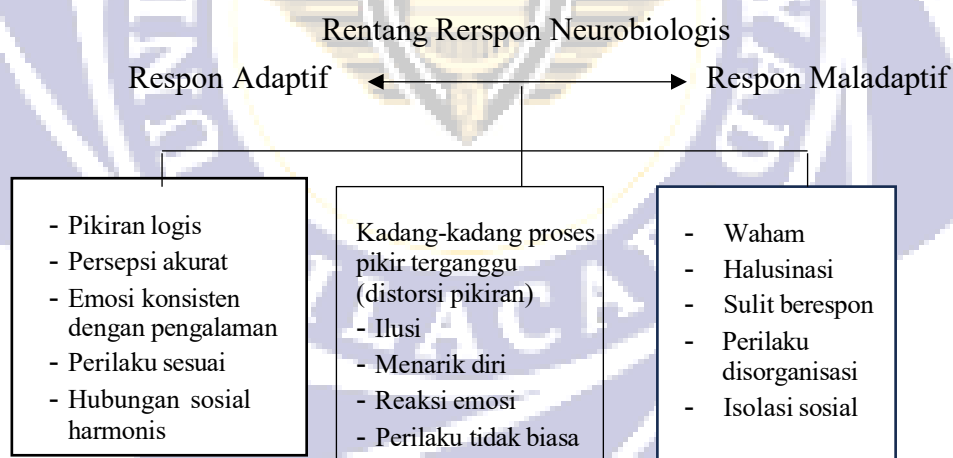
1. Pengertian

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori tentang suatu objek atau gambaran dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem penginderaan dan hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberikan persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa adanya objek atau rangsangan yang nyata (Hafizuddin, 2021). Menurut Keliat (2014) halusinasi adalah salah satu gejala gangguan sensori persepsi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa, klien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus nyata.

Halunisasi yang sering terjadi yakni halusinasi pendengaran. Halusinasi pendengaran merupakan gangguan halusinasi yang diiringi dengan mendengar suara-suara dari peristiwa yang mengingatkan seseorang pada pengalaman traumatis dimasa lampau. Pengalaman ini menjadi sebab munculnya rasa gagal dalam dirinya yang mempengaruhi pembentukan beliefs seseorang. Kemudian mengipretasikan sisipan (*intrusion*) sebagai bagian dari kesadaran (*awereness*). Dampak yang muncul akibat gangguan halusinasi adalah hilangnya kontrol diri yang menyebabkan seseorang menjadi panik dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasi (Syahdi & Pardede, 2022).

2. Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori, sehingga halusinasi merupakan gangguan dari respon neurobiologi. Oleh karenanya, secara keseluruhan, rentang respon halusinasi mengikuti kaidah rentang respon neurobiologi. Berikut adalah gambaran rentang respon neurobiologi (Struart, 2014).



Bagan 2.1 Rentang Respon Neurobiologis

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

penjelasannya (Fatimah & Nuryaningsih, 2018) :

a. Respon Adaptif :

- 1) Pikiran logis : Pikiran logis adalah pendapat atau pertimbangan yang dapat diterima akal.
- 2) Persepsi akurat : Persepsi akurat adalah pandangan dari seseorang tentang suatu peristiwa secara cermat
- 3) Emosi yang konsisten dengan pengalaman : Emosi konsisten dengan pengalaman adalah kemantapan perasaan jiwa sesuai dengan peristiwa yang pernah dialami.
- 4) Perilaku sesuai : Perilaku sesuai adalah kegiatan individu atau sesuatu yang berkaitan dengan individu tersebut diwujudkan dalam bentuk gerak atau ucapan yang tidak bertentangan dengan moral.
- 5) Hubungan sosial yang harmonis : Hubungan sosial adalah hubungan seseorang dengan orang lain dalam pergaulan di tengah-tengah masyarakat.

b. Distorsi pikiran :

- 1) Ilusi : ilusi adalah persepsi atau respon yang salah terhadap stimulus sensori.
- 2) Menarik diri : menarik diri adalah perilaku menghindari dari orang lain
- 3) Reaksi emosi : Reaksi emosi berlebihan atau berkurang adalah emosi yang diekspresikan dengan sikap yang tidak sesuai.
- 4) Perilaku tidak biasa : Perilaku aneh atau tak lazim adalah perilaku aneh yang tidak enak dipandang, membingungkan, kesukaran mengolah dan tidak kenal orang lain.

c. Respon maladaptif :

- 1) Waham : Gangguan pikiran atau waham adalah keyakinan yang salah yang secara kokoh dipertahankan walau tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan realita sosial.
- 2) Halusinasi : Halusinasi adalah persepsi yang salah terhadap rangsang.
- 3) Kesukaran proses emosi : Ketidakmampuan untuk kontrol emosi adalah ketidakmampuan atau menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan, kebahagiaan, keakraban dan kedekatan.

- 4) Perilaku tidak terorganisir : Perilaku tidak terorganisir adalah ketidakselarasan antara perilaku dan gerakan yang ditimbulkan.
- 5) Isolasi sosial: menarik diri : Isolasi sosial adalah perilaku yang menutup diri dari lingkungan ataupun orang-orang disekitarnya

3. Mekanisme terjadinya Halusinasi

Setiap pasien memiliki perbedaan dan halusinasi yang dideritanya. Menurut Widiyawati (2020) terdapat 4 tahapan halusinasi sebagai berikut :

a. Tahap I : rasa nyaman (*Comforting*)

Comforting merupakan fase menyenangkan dengan karakteristik nonpsikotik. Pada fase ini pasien merasakan perasaan yang mendalam rasa cemas yang berlebihan, perasaan bersalah pada orang lain, dan rasa takut yang berlebih pada sesuatu hal. Sehingga menyebabkan pasien mengalihkan pikirannya ke hal-hal yang menyenangkan untuk mengontrol kesepian, kecemasan, takut, dan rasa bersalah. Pasien mengetahui pemikiran dan pengalamannya dan masih dapat dikontrol kondisinya. Ciri-cirinya yaitu:

- 1) Tertawa, terbahak-bahak dan tersenyum tanpa sebab.
- 2) Mulut komat-kamit tanpa adanya suara.
- 3) Pergerakan mata yang beralih dengan cepat.
- 4) Berbicara dengan suara lambat.
- 5) Diam dan asyik sendiri

b. Tahap II : Menyalahkan (*Condemning*)

Condemning merupakan fase yang menjijikan dengan karakteristik psikotik ringan, dimana pasien menyikapi suatu hal yang menjijikan dan menakutkan sehingga mulai lepas kendali atau kemungkinan menjauh dan menarik diri lingkungannya, serta tingkat kecemasan mulai memberat yang mengakibatkan antisipasi. Ciri-ciri fase ini yaitu:

- 1) Peningkatan saraf otonom, seperti meningkatnya nadi.
- 2) Perhatian menyempit.
- 3) Keasyikan dengan dunianya dan kehilangan mengontrol halusinasinya, hingga individu tersebut tidak dapat mengetahui perbedaan antara dunia nyata dan dunia fantasinya sendiri.

- 4) Menyalahkan orang lain.
- 5) Isolasi.

c. Tahap III : Mengontrol (*Controlling*)

Controlling merupakan fase ansietas berat dimana pengalaman sensori lebih berkuasa dengan karakteristik psikotik, dimana pasien mulai lelah dan berhenti melawan halusinasinya, menjadikan halusinasinya menjadi hal menarik dan kemungkinan jika halusinasinya berhenti akan mengalami kesepian. Ciri-cirinya adalah :

- 1) Mengikuti perintah dari halusinasinya dan halusinasi menjadi atraktif.
- 2) Sukar berhubungan dengan orang lain.
- 3) Sedikit perhatian kepada orang lain/objek lain.
- 4) Terlihatnya tanda-tanda kecemasan berat seperti berkeringat dingin, tremor, dan tidak mau mengikuti arahan dari orang lain.
- 5) Perilaku menolak dan tidak mau mengikuti intruksi dari perawat maupun dari orang lain.

d. Tahap IV : Menguasai (*Conquering*)

Conquering merupakan fase panik, pasien sudah melebur kedalam dunia halusinasinya, dengan karakteristik psikotik berat dimana pemikirannya mulai berbahaya dan jika tidak diatasi halusinasinya akan hilang beberapa jam atau hari. Ciri-cirinya adalah :

- 1) Berperilaku yang tidak wajar.
- 2) Perilaku kekerasan dan berpotensi kuat *suicide* atau *homicide*.
- 3) Tidak bisa mengikuti perintah dari orang lain

4. Jenis Halusinasi

Menurut Pardede, Mahbengi & Amidos,(2021), jenis-jenis halusinaasi antara lainnya yaitu :

a. Halusinasi pendengaran (*auditorik*)

Yaitu persepsi bunyi yang palsu, biasanya suara tetapi juga bunyi-bunyi lain seperti musik. Karakteristiknya ditandai dengan mendengar suara, terutama suara-suara orang, biasanya klien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

b. Halusinasi penglihatan (*visual*)

Yaitu persepsi palsu tentang penglihatan, karakteristik ditandai dengan adanya stimulus penglihatan, bisa dalam bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartun dan / atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan tersebut dapat menyenangkan atau menakutkan. Karakteristiknya dengan adanya stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartun dan / atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan bisa menyenangkan atau menakutkan.

c. Halusinasi penghidung (*olfactory*)

Yaitu persepsi membau yang palsu, paling sering pada gangguan organik. Karakteristiknya ditandai dengan adanya bau busuk, amis dan bau yang menjijikkan seperti: darah, urine atau feses. Kadang-kadang terhirup bau harum. Biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang.

d. Halusinasi peraba (*tactile*)

Yaitu persepsi palsu tentang perabaan atau sensasi permukaan. Karakteristik ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, contoh merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

e. Halusinasi pengecap (*gustatory*)

Yaitu persepsi tentang rasa kecap yang palsu. Karakteristik ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikkan, merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin atau feses.

f. Halusinasi *cenesthetik*

Yaitu persepsi palsu tentang fungsi alat tubuh bagian dalam. Karakteristik ditandai dengan seolah-olah ada perasaan tertentu yang timbul seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, merasakan makanan dicerna atau merasakan pembentukan urine.

g. Halusinasi *kinesthetic*

Yaitu apabila pasien merasakan dirinya bergerak padahal posisinya saat itu tidak bergerak sama sekali. Karakteristiknya klien tidak bergerak namun melaporkan sensasi gerakan tubuh, gerakan tubuh yang tidak lazim seperti melayang diatas tanah. Sensasi gerakan sambil berdiri tak bergerak.

5. Penyebab

Menurut Dwi (2020) terdapat dua penyebab terjadinya halusinasi sebagai berikut :

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor perkembangan

Tugas perkembangan pasien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan pasien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri.

2) Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima di lingkungan sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungan.

3) Faktor biologis

Faktor biologis mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogen neurokimia. Akibat stres berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya neurotransmitter otak.

4) Faktor psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggungjawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan pasien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya, pasien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

5) Faktor sosial budaya

Meliputi pasien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan *comforting*, pasien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Pasien asik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang dipersepsikan oleh

individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk menghadapinya. Seperti adanya rangsangan dari lingkungan, misalnya partisipasi pasien dalam kelompok, terlalu lama tidak diajak komunikasi, objek yang ada dilingkungan dan juga suasana sepi atau terisolasi, sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi. Hal tersebut dapat meningkatkan stres dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik. Penyebab halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi (Dwi, 2020) sebagai berikut :

1) Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

2) Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar masalah yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Pasien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut pasien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

3) Dimensi Intelektual

Individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian pasien dan tidak jarang akan mengontrol semua perilaku pasien

4) Dimensi Sosial

Pasien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan *comforting*, pasien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Pasien asik dengan halusinasinya, seolah-olah merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia

nyata.

5) Dimensi spiritual

Secara spiritual pasien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri. Saat bangun tidur pasien merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Individu sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rezeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

6. Tanda dan gejala

Menurut Nurhalimah (2018) terdapat dua data tanda gejala halusinasi pendengaran yaitu subjektif dan objektif :

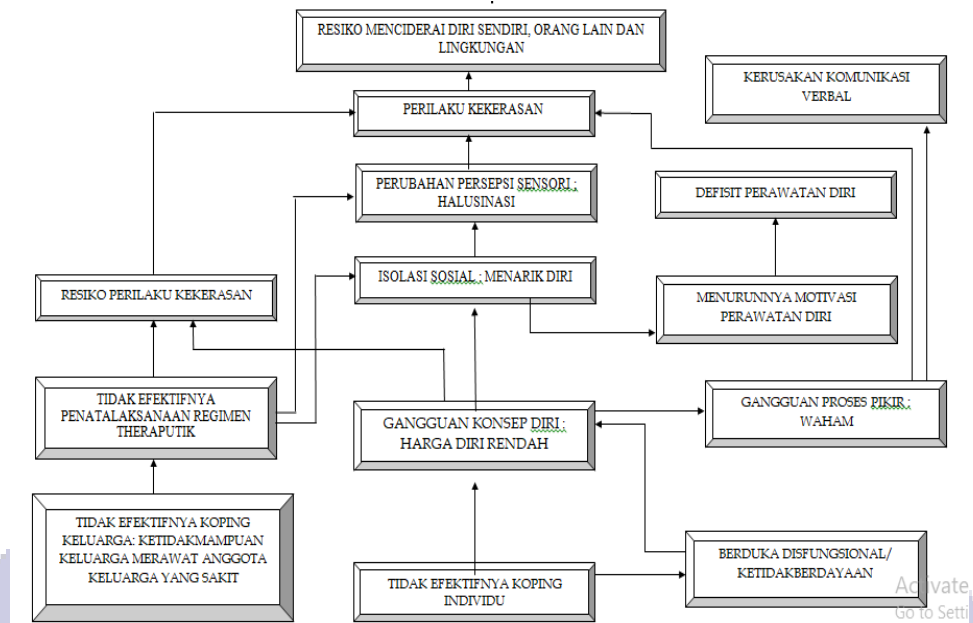
1) Data Subjektif :

- a) Pasien mendengar sesuatu yang menyuruh pasien melakukan sesuatu yang mengancam jiwa.
- b) Pasien mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
- c) Mendengar suara atau bunyi.
- d) Pasien mendengar suara meminta tolong atau menyuruhnya melakukan sesuatu, padahal orang tersebut sudah meninggal.
- e) Pasien mendengar suara untuk menyakiti dirinya sendiri maupun menyakiti orang lain.

2) Data Objektif:

- a) Mendekat pada sumber suara yang di dengarnya.
- b) Tertawa, berbicara, tersenyum sendiri.
- c) Berteriak dan marah tanpa sebab.
- d) Menutup telinga sambil mulut bergerak dengan cepat tanpa suara.
- e) Pergerakan tangan yang tiba-tiba.

7. Pohon Masalah



Bagan 2.2 Pohon Masalah Keperawatan

8. Penatalaksanaan Halusinasi

Menurut Lase & Pardede (2022) pengobatan harus secepat mungkin diberikan, disini peran keluarga sangat penting karena setelah mendapat perawatan di rumah sakit pasien dinyatakan boleh pulang sehingga keluarga mempunyai peranan yang sangat penting didalam hal merawat pasien, menciptakan lingkungan keluarga yang kondusif dan sebagai pengawas minum obat.

a. Farmakoterapi

Neuroleptika dengan dosis efektif bermanfaat pada penderita skizoprenia yang menahun, hasilnya lebih banyak jika mulai diberidalam dua tahun penyakit. Neuroleptika dengan dosis efektif tinggibermanfaat pada penderita dengan psikomotorik yang meningkat, obat- obatnya adalah sebagai berikut :

1) Haloperidol (HLD)

Obat yang dianggap sangat efektif dalam pengelolaan hiperaktivitas, gelisah, agresif, waham, dan halusinasi.

- (a)Indikasi : manifestasi dari gangguan psikosis, *sindroma gilies de la tourette* pada anak-anak dan dewasa maupun pada gangguan perilaku yang berat pada anak-anak.
- (b)Kontra indikasi : depresi sistem syaraf pusat atau keadaan koma, penyakit parkinson, hipersensitif terhadap haloperidol.
- (c)Efek samping : mengantuk, kaku, tremor, lesu, letih, gelisah, gejala ekstrapiramidal atau pseudoparkinson. Efek samping yang jarang adalah nausea diare, konstipasi, hipersalivasi, hipotensi, gejala gangguan otonomik. Efek samping yang sangat jarang yaitu alergi, reaksi hematologis. Intoksikasinya adalah bila pasien memakai dalam dosis melebihi dosis terapeutik dapat timbul kelemahan otot atau kekakuan, tremor, hipotensi, sedasi, koma, depresi pernapasan.

2) Chlorpromazine (CPZ)

Obat yang digunakan untuk gangguan psikosis yang terkait skizofrenia dan gangguan perilaku yang tidak terkontrol.

- (a)Indikasi untuk mensupresi gejala-gejala psikosis, seperti agitasi, ansietas, ketegangan, kebingungan, insomnia, halusinasi, waham, dan gejala-gejala lain yang biasanya terdapat pada penderita skizofrenia, manik depresi, gangguan personalitas, psikosa involution, psikosis masa kecil.
- (b)Kontra indikasi : sebaiknya tidak diberikan kepada pasien dengan keadaan koma, keracunan alkohol, barbiturate atau narkotika, dan penderita yang hipersensitif terhadap derivat fenothiazine.
- (c)Efek samping : lesu dan mengantuk, hipotensi orthostatik, mulut kering, hidung tersumbat, konstipasi, amenore pada wanita, hiperpireksia atau hipopireksia, gejala ekstrapiramida. Intoksikasinya untuk penderita non psikosis dengan dosis yang tinggi menyebabkan gejala penurunan kesadaran karena depresi susunan syaraf pusat, hipotensi, ekstrapiramidal, agitasi, konvulsi, dan perubahan gambaran irama EKG.

3) Trihexilpenidyl (THP)

Obat yang digunakan untuk mengobati semua jenis parkinson dan pengendalian gejala ekstrapiramidal akibat terapi obat

- (a)Indikasi ntuk penatalaksanaan manifestasi psikosis khususnya

gejala skizofrenia.

- (b) Kontra indikasi : pada depresi susunan syaraf pusat yang hebat, hipersensitif terhadap fluphenazine atau ada riwayat sensitif terhadap phenotiazine. Intoksikasi biasanya terjadi gejala- gejala sesuai dengan efek samping yang hebat. Pengobatan over dosis: hentikan obat berikan terapi simptomatis dan suportif, atasi hipotensi dengan levarteronol hindari menggunakan ephineprine.
- (c) Efek samping : penglihatan buram, kulit memerah (*flushing*), pusing atau sakit kepala, mulut kering, mual atau muntah, konstipasi, kantuk, kelelahan, rasa cemas atau gugup.

b. Terapi Non Farmakologi

1) Kejang Listrik (*Electro Compulsive Therapy*)

Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmal secara artifisial dengan melewati aliran listrik melalui elektrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik dapat diberikan pada skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 jole/detik.

2) Psikoterapi dan Rehabilitasi

Psikoterapi suportif individual atau kelompok sangat membantu karena berhubungan dengan praktis dengan maksud mempersiapkan pasien kembali ke masyarakat, selain itu terapi kerja sangat baik untuk mendorong pasien bergaul dengan orang lain, pasien lain, perawat dan dokter. Maksudnya supaya pasien tidak mengasingkan diri karena dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik, dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama, seperti terapi modalitas yang terdiri dari :

- a) Terapi Musik : Fokus mendengar, memainkan alat musik, bernyanyi, yaitu menikmati dengan relaksasi musik yang disukai pasien
- b) Terapi seni : fokus untuk mengekspresikan perasaan melalui berbagai perasaan melalui berbagai pekerja seni.
- c) Terapi menari : fokus untuk mengekspresikan perasaan melalui

gerakan tubuh).

- d) Terapi relaksasi, belajar dan praktek relaksasi dalam kelompok yang terdiri dari beberapa orang dapat untuk coping/perilaku maladaptif/deskriptif, meningkatkan partisipasi dan kesenangan pasien dalam kehidupan.
- e) Terapi sosial, pasien belajar bersosialisasi dengan pasien lain.
- f) Terapi kelompok, yaitu TAK stimulus persepsi : Halusinasi
- g) Terapi lingkungan, suasana di rumah sakit dibuat seperti suasana di dalam keluarga (*home like atmosphere*).

3) Terapi Generalis

Menurut Keliat & Akemat (2016), terapi generalis merupakan tindakan generalis halusinasi yang terdiri atas 4 strategi pelaksanaan (SP), yaitu membantu pasien mengenal halusinasi dan melatih menghardik halusinasi, minum obat teratur, bercakap-cakap dengan orang lain, serta melakukan kegiatan terjadwal, dimana pasien melakukan aktivitas sehari-hari yang biasa dilakukan oleh pasien untuk membantu pasien menyibukkan diri dan mengabaikan halusinasinya. Tahapan terapi generalis halusinasi adalah sebagai berikut :

a) Strategi Pelaksanaan (SP) 1 :

Membantu pasien mengenali halusinasi. Perawat mencoba menanyakan pada pasien tentang isi halusinasi (apa yang ingin didengar atau dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan perasaan pasien saat halusinasi muncul serta melatih pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik. Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya. Kalau ini bisa dilakukan, pasien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul. Mungkin halusinasi tetap ada namun dengan kemampuan ini pasien tidak akan larut untuk menuruti apa yang ada dalam halusinasinya.

Tahapan ini meliputi:

- (1) Menjelaskan cara menghardik halusinasi.
- (2) Memperagakan cara menghardik.
- (3) Meminta pasien memperagakan ulang.
- (4) Memantau penerapan cara ini, menguatkan perilaku pasien.

b) Strategi Pelaksanaan (SP) 2 : Melatih pasien menggunakan obat secara teratur

Agar pasien mampu mengontrol halusinasi maka perlu dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Klien gangguan jiwa yang dirawat di rumah seringkali mengalami putus obat sehingga akibatnya pasien mengalami kekambuhan. Bila kekambuhan terjadi maka untuk mencapai kondisiseperti semula akan lebih sulit. Berikut inisindakan keperawatan agar klien patuh menggunakan obat:

- (1) Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa.
- (2) Jelaskan akibat bila obat tidak digunakan.
- (3) Jelaskan akibat bila putus obat.
- (4) Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat.
- (5) Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 8 benar.

c) Strategi Pelaksanaan (SP) 3 : Melatih bercakap-cakap dengan orang lain.

Mengontrol halusinasi dapat juga dengan bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi, fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain, sehingga pasien tidak akan memiliki banyak waktu luang yang seringkali mencetuskan halusinasi. Tahap intervensinya sebagai berikut :

- (1) Menjelaskan pentingnya bercakap-cakap dengan orang lain.
- (2) Melatih pasien melakukan percakapan dengan orang lain.
- (3) Memantau pelaksanaan bercakap-cakap dengan orang lain, memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif, sehingga salah satu cara yang efektif untuk mengontrol

halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

d) Strategi Pelaksanaan (SP 4) : Melatih pasien beraktivitas secara terjadwal.

Libatkan pasien dalam terapi modalitas untuk mengurangi risiko halusinasi yang muncul lagi adalah dengan menyibukan diri dengan bimbingan klien membuat jadwal yang teratur, dengan beraktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan memiliki banyak waktu luang yang seringkali mencetuskan halusinasi. Oleh sebab itu, pasien yang mengalami halusinasi bisa dibantu untuk mengatasi halusinasinya dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu. Tahap intervensinya sebagai berikut :

- (1) Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.
- (2) Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien.
- (3) Melatih pasien melakukan aktivitas.
- (4) Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan klien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu.
- (5) Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan, memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif

C. ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN HALUSINASI

1. Pengkajian

Wulandari & Pardede (2022) menjelaskan pengkajian adalah proses untuk tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Pengelompokkan data pengkajian kesehatan jiwa, berupa faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan kemampuan yang dimiliki. Pengkajian pada pasien gangguan persepsi halusinasi pendengaran adalah sebagai berikut :

a. Identitas Klien

Identitas klien terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, tanggal masuk dan nomor rekam medik, informan, tanggal pengkajian, dan alamat.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yaitu biasanya berupa senyum sendiri, bicara sendiri, tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, menarik diri dari orang lain, ekspresi muka tegang mudah tersinggung tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata, jengkel, marah dan ketakutan, biasa terdapat disorientasi waktu tempat dan orang.

c. Faktor Predisposisi

Faktor ini beresiko dan dapat mempengaruhi individu untuk meningkatkan stres. Stres yang didapat dari individu itu sendiri maupun dari orang sekitarnya.

- 1) Faktor Perkembangan terkadang menjadi faktor pemicu terjadinya stres, seperti tidak dapat berinteraksi dengan orang lain karena kecacatan mental.
- 2) Faktor sosiokultural, berbagai faktor di masyarakat dapat menyebabkan seseorang merasa terasingkan oleh lingkungan sekitar akibat dari sosiokultural yang berbeda.
- 3) Faktor biokimia, merasakan stres yang berlebihan dialami seseorang sehingga tubuh menghasilkan zat biokimia yang mengakibatkan terjadinya halusinogenik neurokimia.
- 4) Faktor psikologis, hubungan dari lingkungan sekitarnya yang tidak baik, adanya peran ganda yang bertentangan dan tidak diterima oleh anak akan mengakibatkan stres dan kecemasan yang tinggi dan berakhir dengan gangguan orientasi realitas seperti halusinasi.
- 5) Faktor genetik, pengaruh dari keturunan merupakan salah satu faktor resiko terjadinya penyakit.

d. Faktor Presipitasi

Rangsangan lingkungan yang sering misalnya adanya pemicu dalam kelompok sehingga pasien mengalami stress, terlalu sering diajak

berkomunikasi oleh hal yang tidak nyata yang berada di lingkungan, juga lingkungan sunyi atau isolasi sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi karena hal tersebut dapat meningkatkan stres dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat.

e. Konsep Diri

- 1) Citra tubuh yaitu menolak dan tidak menerima perubahan tubuh yang terjadi, menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah, menolak penjelasan perubahan tubuh, persepsi negatif tentang tubuh. Preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang, mengungkapkan ketakutan akibat perubahan dan merasa putus asa.
- 2) Identitas diri yaitu ketidakpastian memandang diri, sukar menetapkan keinginan dan tidak mampu mengambil keputusan.
- 3) Peran berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, proses menua putus sekolah dan PHK.
- 4) Identitas diri yaitu mengungkapkan keputusasaan karena penyakitnya dan mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi.
- 5) Harga diri yaitu perasaan malu terhadap diri sendiri, kurang percaya diri, gangguan hubungan sosial, rasa bersalah terhadap diri sendiri, mencederai diri, dan merendahkan martabat.

f. Status Mental

- 1) Penampilan, biasanya penampilan diri yang tidak rapi, tidak serasi atau cocok dan berubah dari biasanya.
- 2) Pembicaraan, tidak terorganisir dan bentuk yang maladaptif seperti kehilangan, tidak logis, berbelit-belit.
- 3) Aktifitas motorik, meningkat atau menurun, impulsif, kataton dan beberapa gerakanyang abnormal.
- 4) Alam, perasaan, berupa suasana emosi yang memanjang akibat dari faktor presipitasi misalnya sedih dan putus asa disertai apatis.
- 5) Afek, biasanya tumpul, datar, tidak sesuai dan ambivalen.
- 6) Interaksi selama wawancara, selama berinteraksi dapat dideteksi sikap pasien yang tampak komat-kamit, tertawa sendiri, tidak terkait dengan pembicaraan.

7) Persepsi, Halusinasi apa yang terjadi pada pasien

- (a) Data yang terkait tentang halusinasi lainnya yaitu berbicara sendiri dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindari dari orang lain, tidak dapat membedakan nyata atau tidak nyata, tidak dapat memusatkan perhatian, curiga, bermusuhan, merusak, takut, ekspresi mukategang, dan mudah tersinggung.
- (b) Kaji waktu munculnya halusinasi yang dialami pasien, kapan halusinasi terjadi ? muncul pukul berapa ?
- (c) Kaji frekuensi terjadinya apakah terus menerus atau hanya sekali-kali, kadang-kadang, jarang atau sudah tidak muncul lagi. Dengan mengetahui frekuensi terjadinya halusinasi dapat direncanakan frekuensi tindakan untuk mencegah terjadinya halusinasi. Pada pasien halusinasi sering kali halusinasi pada saat pasien tidak memiliki kegiatan atau pada saat melamun maupun duduk sendiri.
- (d) Kaji situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi, situasi terjadinya apakah ketika sendiri, atau setelah terjadi kegiatan tertentu. Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadi halusinasi, menghindari situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi, sehingga pasien tidak larut dengan halusinasinya.
- (e) Kaji respon pasien saat halusinasi muncul, untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul. Perawat dapat menanyakan kepada pasien hal yang dirasakan atau yang dilakaukan saat halusinasi itu timbul. Perawat juga dapat menanyakan kepada keluarganya atau orang terdekat pasien. Selain itu, dapat juga dengan mengobservasi perilaku pasien saat halusinasi timbul. Pada pasien halusinasi sering kali marah, mudah tersinggung, merasa curiga pada orang lain.

8) Proses pikir, biasanya pasien tidak mampu mengorganisir dan menyusun pembicaraan logis dan koheren, tidak berhubungan, berbelit. Ketidakmampuan pasien ini sering membuat lingkungan takut dan merasa aneh terhadap pasien.

- 9) Isi pikir, selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersonalisasi yaitu perasaan yang aneh atau asing terhadap diri sendiri, orang lain, lingkungan sekitar, berisikan keyakinan berdasarkan penilaian non realistis.
- 10) Tingkat Kesadaran, biasanya pasien akan mengalami disorientasi terhadap orang, tempat dan waktu.
- 11) Memori
 - (a) Daya ingat jangka panjang : mengingat kejadian masa lalu lebih dari satu bulan.
 - (b) Daya ingat jangka menengah : dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir.
 - (c) Daya ingat jangka pendek : dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini
- 12) Kemampuan penilaian, pasien mengalami ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, menilai, dan mengevaluasi diri sendiri dan juga tidak mampu melaksanakan keputusan yang telah disepakati. Sering tidak merasa yang dipikirkan dan diucapkan adalah salah
- 13) Daya tilik diri, pada pasien halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang diderita: pasien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan atau pasien menyangkal keadaan penyakitnya, pasien tidak mau bercerita tentang penyakitnya
- 14) Mekanisme koping yaitu jika mendapatkan masalah, pasien merasa takut berlebihan, dan tidak mau menceritakan kepada orang lain. Mekanisme koping yang digunakan pasien sebagai usaha mengatasi kecemasan yang merupakan suatu kesepian nyata yang mengancam dirinya. Mekanisme koping yang sering digunakan pada halusinasi adalah :
 - (a) Regresi : Tidak adanya keinginan beraktivitas bahkan berhari-hari.
 - (b) Menarik diri : lebih nyaman dengan dunianya sendiri dan sulit mempercayai orang lain.
 - (c) Proyeksi : Mengalihkan tanggung jawab pada orang lain

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan masalah keperawatan klien yang mencakup respon sehat adaptif atau maladaptif serta stressor yang menunjang (Kusumawati & Hartono, 2011). Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis gangguan persepsi sensori merupakan jenis diagnosis negatif yang menunjukkan bahwa pasien dalam keadaan sakit sehingga penegakkan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan. Gangguan persepsi sensori termasuk kategori diagnosis aktual yang terdiri dari *problem* (masalah) dan *sign and symptom* atau tanda dan gejala (PPNI, 2018).

Tanda dan gejala gangguan persepsi sensori *auditory* dilihat dari tanda dan gejala mayor berupa data subjektif yaitu pasien mendengar suara bisikan, sedangkan data objektif yaitu distorsi sensori, respons tidak sesuai, dan bersikap seolah mendengar sesuatu. Tanda dan gejala minor, data subjektif yaitu pasien mengatakan kesal, sedangkan data objektif yaitu menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi, cuitan, melihat ke satu arah, mondar-mandir, dan berbicara sendiri. Diagnosis keperawatan dapat ditegakkan apabila data yang dikaji mencakup minimal 80% dari data mayor (PPNI, 2018).

3. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perawat dapat memberikan alasan ilmiah terbaru dari tindakan yang diberikan. Alasan ilmiah merupakan pengetahuan yang berdasarkan pada literatur, hasil penelitian atau pengalaman praktik. Rencana tindakan disesuaikan dengan standart asuhan keperawatan jiwa Indonesia (Keliat & Hamid, 2019). Menurut Oktaviani (2020) rencana tindakan keperawatan meliputi pemberian tindakan keperawatan berupa terapi generalis yaitu :

- a. Bantu pasien mengenal halusinasinya meliputi isi, waktu terjadi halusinasi, frekuensi, perasaan saat terjadi halusinasi, respon pasien

terhadap halusinasi, mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

- b. Meminum obat secara teratur.
- c. Melatih bercakap-cakap dengan orang lain.
- d. Menyusun kegiatan terjadwal dan dengan aktivitas

Adapun intervensi yang dilakukan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi tercantum dalam tabel dibawah ini:



Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

| DIAGNOSA KEPERAWATAN | TUJUAN | KRITERIA HASIL | INTERVENSI |
|---|--|--|---|
| Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran | <p>TUM : Pasien dapat mengontrol /mengendalikan halusinasi yang dialaminya.</p> <p>TUK :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya. 2. Pasien dapat mengenal halusinasinya. 3. Pasien dapat mengontrol halusinasinya. 4. Pasien dapat dukungan keluarga untuk mengontrol halusinasinya. | <p>Pasien mampu mengontrol halusinasi yang dialaminya.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu menjelaskan halusinasinya kepada perawat (jenis halusinasi, isi halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi yang dapat menimbulkan halusinasi). 2. Pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik. 3. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat dan kegunaan. 4. Pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. 5. Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan rutinitas terjadwal. | <p>SP 1 : Membina hubungan saling percaya (BHSP), membantu pasien mengenali halusinasinya, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, melatih cara ke-1: menghardik.</p> <p>SP 2 : Melatih pasien melakukan cara mengontrol halusinasi cara ke-2: patuh minum obat.</p> <p>SP 3 : Melatih pasien melakukan cara mengontrol halusinasi cara ke-3: bercakap-cakap dengan orang lain.</p> <p>SP 4 : Melatih pasien melakukan cara mengontrol halusinasi cara ke-4: melakukan aktivitas terjadwal.</p> |

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahapan ketika perawat mengaplikasikan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan saling percaya dan saling membantu, kemampuan melakukan teknik, psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistemis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan kemampuan evaluasi (Titania, 2021).

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Adapun pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing-masing masalah utama. Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan pasien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan, dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan serta respon klien (Gasril *et al.*, 2021). Menurut Oktaviani (2020) rencana tindakan keperawatan pemberian terapi generalis yaitu : SP 1 adalah bantu pasien mengenal halusinasinya meliputi isi, waktu terjadi halusinasi, frekuensi, perasaan saat terjadi halusinasi, respon pasien terhadap halusinasi, mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. SP 2 adalah mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat secara teratur. SP 3 adalah mengontrol halusinasi dengan cara melatih bercakap-cakap dengan orang lain. SP 4 mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan aktivitas kegiatan terjadwal.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan, dimana kegiatan ini dilakukan terus menerus untuk menentukan apakah rencana efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan (Manurung, 2011). Evaluasi meliputi respon perilaku dan emosi lebih terkendali yang sudah tidak mengamuk lagi, bicara dan tertawa sendiri, sikap curiga, perasaan cemas dan berat, serta pasien mempercayai perawatnya, pasien menyadari bahwa yang dialaminya tidak ada objeknya, pasien dapat mengontrol halusinasi,

sehingga, persepsi pasien mulai membaik, pasien dapat menjelaskan hal yang nyata dan tidak nyata. Pada keluarga mampu menjelaskan masalah halusinasi yang nyata dan tidak nyata. Pada keluarga mampu menjelaskan masalah halusinasi yang dialami oleh pasien, mampu menjelaskan cara merawat pasien, mampu memperagakan cara bersikap terhadap pasien (Yusuf *et al.*, 2015).

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir, dimana masing-masing huruf tersebut akan diuraikan sebagai berikut :

- a. Data Subyektif (S) : Respon subyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- b. Data Obyektif (O) : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- c. Analisa (A) : Analisa ulang terhadap data subyektif untuk menyimpulkan apakah masalah baru atau ada yang kontraindikasi dengan masalah yang ada.
- d. *Planning* (P) : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.

Tabel 2.2
Evaluasi Kemampuan Pasien dan Frekuensi Halusinasi

| No | Kemampuan | Pasien | | |
|-----------------------------|--|--------|----|----|
| | | H1 | H2 | H3 |
| 1. | Mengenal jenis halusinasi | | | |
| 2. | Mengenal isi halusinasi | | | |
| 3. | Mengenal waktu halusinasi | | | |
| 4. | Mengenal frekuensi halusinasi | | | |
| 5. | Mengenal situasi yang menimbulkan halusinasi | | | |
| 6. | Menjelaskan respon terhadap halusinasi | | | |
| 7. | Mampu menghardik halusinasi | | | |
| 8. | Patuh minum obat | | | |
| 9. | Melakukan bercakap-cakap jika terjadi halusinasi | | | |
| 10. | Membuat jadwal kegiatan harian | | | |
| 11. | Melakukan kegiatan sesuai jadwal | | | |
| Jumlah frekuensi halusinasi | | | | |

D. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

Tabel 2.3 Artikel dan Jurnal Pendukung

| No | Penulis/Tahun | Judul Penelitian | Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis) | Hasil |
|----|--------------------------------|---|---|--|
| 1. | (Tangahu <i>et al.</i> , 2023) | Pengaruh Tindakan Generalis terhadap penurunan frekuensi gangguan persepsi sensori Halusinasi Di Ruang Rawat Inap Jiwa RSUD Tombulilato | Jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan <i>quasi experiment onegrou (pretest-posttest)</i> dengan jumlah sampel 18 responden, <i>Variable Independent</i> tindakan generalis dan <i>Variable Dependent</i> Penurunan Frekuensi Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi. Instrumen yang digunakan lembar observasi dan analisis data menggunakan uji <i>wilcoxon</i> | Hasil penelitian terdapat hubungan antara tindakan terapi generalis dengan penurunan frekuensi gangguan persepsi sensori halusinasi di Ruang Rawat Inap RSUD Tombulilato ($p \text{ value} = 0,000 < \alpha 0.005$) yang |
| 2. | (Pratiwi <i>et al.</i> , 2023) | Penerapan Terapi Generalis Halusinasi Untuk Menurunkan Tingkat Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia di RSJD Dr. RM Soejarwadi Klaten | Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan metode deskriptif pendekatan proses keperawatan dengan jumlah sampel sebanyak 2 Responden dengan halusinasi pendengaran yang terdapat risiko perilaku kekerasan. <i>Variable Independent</i> dalam penelitian ini adalah Terapi Generalis Halusinasi dan <i>Variable Dependent</i> adalah Tingkat Halusinasi. Instrumen dalam penelitian ini menggunakan lembar observasi <i>Audiotory Hallucinations Rating Scale (AHRS)</i> Analisa data menggunakan uji content Analysis | Hasil studi kasus: berdasarkan hasil studi kasus tentang penerapah terap generalis pada pasien skizofrenia dengan masalah halusinasi pendengaran bahwa terdapa penurunan tingkat halusinasi dari kategori sedang kedalam kategori Ringan |

-
- | | | | | |
|----|-----------------------|---|--|---|
| 3. | (Livana et al., 2020) | Peningkatan Kemampuan Mengontrol Halusinasi Melalui Terapi Generalis Halusinasi | Penelitian ini menggunakan desain penelitian quasi experiment dengan pendekatan one group pretest- posttest dengan jumlah sampel sebanyak 39 Responden dengan gangguan halusinasi pendengaran. Variable Independen dalam penelitian ini adalah Terapi Generalis dan Halusinasi. Variable Dependen adalah Peningkatan Kemampuan Mengontrol. Instrumen dalam penelitian ini adalah kuesioner. Analisa data menggunakan uji <i>chi-square</i> | Hasil penelitian menunjukkan ada peningkatan kemampuan pasien halusinasi sebesar 64% sebelum dan sesudah diberikan terapi generalis dengan cara melatih ingatan dan kemampuan pasien untuk mengontrol halusinasinya. Hasil analisis bivariat menunjukkan ada pengaruh pemberian terapi generalis terhadap tingkat kemampuan pasien halusinasi dengan nilai $p=0.03$ (P value < 0.05). |
|----|-----------------------|---|--|---|
-