

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. SKIZOFRENIA

1. Pengertian

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2018). Pengertian yang lebih ringkas diungkapkan oleh Hawari (2018), dimana skizofrenia berasal dari dua kata “*Skizo*” yang artinya retak atau pecah (*spilt*), dan “*frenia*” yang artinya jiwa. Dengan demikian skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (splitting of personality), sedangkan pengertian yang lebih lengkap diungkapkan oleh Direja (2016) bahwa skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek atau emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi, asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi.

2. Etiologi

Menurut Hawari (2018), gejala-gejala skizofrenia dapat dibagi dalam 2 (dua) kelompok yaitu gejala positif dan gejala negatif. seperti pada uraian berikut:

a. Gejala positif skizofrenia

Gejala positif merupakan gejala yang mencolok, mudah dikenali, mengganggu keluarga dan masyarakat serta merupakan salah satu

motivasi keluarga untuk membawa Klien berobat (Hawari, 2018).

Gejala-gejala positif yang diperlihatkan pada Klien skizofrenia yaitu:

- 1) Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinan itu tidak rasional, namun Klien tetap meyakini kebenarannya.
- 2) Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa rangsangan (stimulus). Misalnya Klien mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara atau bisikan itu.
- 3) Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Misalnya bicaranya kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
- 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 skizofrenia

Gejala negatif skizofrenia merupakan gejala yang ter-samar dan tidak mengganggu keluarga ataupun masyarakat, oleh karenanya pihak

keluarga seringkali terlambat membawa Klien berobat (Hawari, 2018).

Gejala-gejala negatif yang diperlihatkan pada Klien 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.

3. Faktor Penyebab Skizofrenia

Menurut Maramis (2016) faktor-faktor yang berisiko untuk terjadinya Skizofrenia adalah sebagai berikut :

a. Keturunan

Faktor keturunan menentukan timbulnya skizofrenia, dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia dan terutama anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri ialah 0,9 – 1,8%, bagi saudara kandung 7 – 15%, bagi anak dengan salah satu anggota keluarga yang menderita Skizofrenia 7 – 16%, bila kedua orang tua menderita Skizofrenia 40 – 68%, bagi kembar dua telur (heterozigot) 2 – 15%, bagi kembar satu telur (monozigot) 61 – 86%.

b. Endokrin

Skizofrenia mungkin disebabkan oleh suatu gangguan endokrin.

Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau peuerperium dan waktu klimakterium.

c. Metabolisme

Ada yang menyangka bahwa skizofrenia disebabkan oleh suatu gangguan metabolisme, karena penderita dengan skizofrenia tampak pucat dan tidak sehat.

d. Susunan saraf pusat

Ada yang berpendapat bahwa penyebab skizofrenia ke arah kelainan susunan saraf pusat, yaitu pada diensemalon atau *kortex* otak.

e. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh suatu penyakit badanah tetapi merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi. Oleh karena itu timbul suatu disorganisasi kepribadian dan lama-kelamaan orang itu menjauhkan diri dari kenyataan (*otisme*)

4. Klasifikasi

Skizofrenia dapat diklasifikasikan menjadi beberapa tipe menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III). Adapun klasifikasi skizofrenia sebagai berikut : Maslim R. (2013)

a. Skizofrenia paranoid

Pedoman diagnostik skizofrenia paranoid antara lain :

- 1) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia

- 2) Halusinasi dan atau yang menonjol
- 3) Gangguan *afektif*, dorongan kehendak dan pembicaraan, serta gejala
- 4) *katatonik* relatif tidak ada

b. Skizofrenia *hebefrenik*

Pedoman diagnostik skizofrenia *hebefrenik* antara lain :

- 1) Memenuhi kriteria umum skizofrenia
- 2) Diagnosis *hebefrenik* hanya ditegakkan pertama kali pada usia remaja atau
- 3) dewasa muda (15-25 tahun)
- 4) Gejala bertahan sampai 2-3 minggu

c. Skizofrenia katatonik

Pedoman diagnostik skizofrenia *katatonik* antara lain :

- 1) Memenuhi kriteria umum skizofrenia
- 2) *Stupor* (reaktifitas rendah dan tidak mau bicara)
- 3) Gaduh – gelisah (tampak aktivitas motorik yang tidak bertujuan untuk stimuli eksternal)
- 4) *Rigiditas* (kaku tubuh)
- 5) Diagnosis *katatonik* bisa tertunda apabila diagnosis skizofrenia belum tegak dikarenakan klien tidak komunikatif

d. Skizofrenia tak terinci

Pedoman diagnostik skizofrenia tak terinci antara lain :

- 1) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia
- 2) Tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia *paranoid*, *hebefrenik*, dan *katatonik*

- 3) Tidak memenuhi diagnosis skizofrenia residual atau depresi pasca skizofrenia

e. Skizofrenia pasca skizofrenia

Pedoman diagnostik skizofrenia pasca-skizofrenia antara lain :

- 1) Klien menderita skizofrenia 12 bulan terakhir
- 2) Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada namun tidak mendominasi
- 3) Gejala *depresif* menonjol dan mengganggu

f. Skizofrenia simpleks

Pedoman diagnostik skizofrenia simpleks antara lain :

- 1) Gejala negatif yang khas tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik
- 2) Disertai dengan perubahan perilaku pribadi yang bermakna

g. Skizofrenia tak spesifik

Skizofrenia tak spesifik tidak dapat diklasifikasikan ke dalam tipe yang telah disebutkan

5. Gejala Skizofrenia

Menurut Maramis (2016) gejala yang muncul pada klien skizofrenia digolongkan menjadi tiga gejala, yaitu :

a. Gejala positif

Gejala positif yang timbul pada klien skizofrenia adalah :

- 1) Delusi atau waham yaitu keyakinan yang tidak rasional, meskipun telah dibuktikan secara objektif bahwa keyakinan tersebut tidak rasional, namun penderita tetap meyakini kebenarannya.

- 2) Halusinasi yaitu persepsi sensori yang palsu yang terjadi tanpa stimulus eksternal. Penderita skizofrenia merasa melihat, mendengar, mencium, meraba atau menyentuh sesuatu yang tidak ada.
- 3) Disorganisasi pikiran dan pembicaraan yang meliputi tidak runutnya pola pembicaraan dan penggunaan bahasa yang tidak lazim pada orang dengan skizofrenia.
- 4) Disorganisasi perilaku yang meliputi aktivitas motorik yang tidak biasa dilakukan orang normal, misalnya gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, dan agresif.
- 5) Gejala positif lain yang mungkin muncul pada orang dengan skizofrenia adalah pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya dan juga menyimpan rasa permusuhan.

b. Gejala negatif

Gejala negatif yang mungkin muncul pada penderita skizofrenia adalah :

- 1) *Affective flattening* adalah suatu gejala dimana seseorang hanya menampakkan sedikit reaksi emosi terhadap stimulus, sedikitnya bahasa tubuh dan sangat sedikit melakukan kontak mata. Dalam hal ini, bukan berarti orang dengan skizofrenia tidak mempunyai emosi. Orang dengan skizofrenia mempunyai dan merasakan emosi pada dirinya namun tidak mampu mengekspresikannya.
- 2) *Alogia* adalah kurangnya kata pada individu sehingga dianggap tidak responsif dalam suatu pembicaraan. Orang dengan skizofrenia

seringkali tidak mempunyai inisiatif untuk berbicara kepada orang lain bahkan merasa takut berinteraksi dengan orang lain sehingga sering menarik diri dari lingkungan sosial.

- 3) *Avolition* adalah kurangnya inisiatif pada seseorang seakan-akan orang tersebut kehilangan energi untuk melakukan sesuatu.

c. Gejala kognitif

Gejala kognitif yang muncul pada orang dengan skizofrenia melibatkan masalah memori dan perhatian. Gejala kognitif akan mempengaruhi orang dengan skizofrenia dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti bermasalah dalam memahami informasi, kesulitan menentukan pilihan, kesulitan dalam konsentrasi, dan kesulitan dalam mengingat (Maramis, 2016).

6. Penatalaksanaan

Tujuan utama dari penatalaksanaan skizofrenia adalah mengembalikan fungsi normal klien dan mencegah kekambuhannya. Belum ada pengobatan yang spesifik dalam masing-masing subtipe skizofrenia (Prabowo, 2014).

Menurut Maramis (2016) penatalaksanaan skizofrenia adalah :

a. Terapi Farmakologi

Obat-obatan yang digunakan dalam terapi farmakologi klien skizofrenia adalah golongan obat antipsikotik. Penggunaan obat antipsikotik digunakan dalam jangka waktu yang lama dikarenakan obat antipsikotik berfungsi untuk terapi pemeliharaan, pencegah kekambuhan, dan mengurangi gejala yang timbul pada orang dengan skizofrenia (Prabowo,

2014). Obat antipsikotik terdiri dari dua golongan yaitu :

1) Antipsikotik Tipikal

Antipsikotik tipikal merupakan antipsikotik generasi lama yang mempunyai aksi mengeblok reseptor dopamin. Antipsikotik ini lebih efektif untuk mengatasi gejala positif yang muncul pada klien skizofrenia.

2) Antipsikotik Atipikal

Antipsikotik atipikal merupakan antipsikotik generasi baru yang muncul pada tahun 1990-an. Aksi obat ini adalah mengeblok reseptor *dopamin* yang rendah. Antipsikotik atipikal merupakan pilihan pertama dalam terapi skizofrenia. Antipsikotik atipikal efektif dalam mengatasi gejala positif maupun negatif yang muncul pada orang dengan skizofrenia.

b. Terapi Non Farmakologi

Menurut Hawari (2016) terapi non farmakologi yang diberikan pada klien dengan skizofrenia antara lain :

1) Pendekatan psikososial

Pendekatan psikososial bertujuan memberikan dukungan emosional kepada klien sehingga klien mampu meningkatkan fungsi sosial dan pekerjaannya dengan maksimal.

2) Psikoterapi suportif

Psikoterapi suportif merupakan salah satu bentuk terapi yang bertujuan memberikan dorongan semangat dan motivasi agar penderita skizofrenia tidak merasa putus asa dan mempunyai

semangat juang dalam menghadapi hidup (Prabowo, 2014). Pada klien skizofrenia perlu adanya dorongan berjuang untuk pulih dan mampu mencegah adanya kekambuhan.

3) Psikoterapi re-educatif

Bentuk terapi ini dimaksudkan memberi pendidikan ulang untuk merubah pola pendidikan lama dengan yang baru sehingga penderita skizofrenia lebih adaptif terhadap dunia luar (Prabowo, 2014).

4) Psikoterapi rekonstruksi

Psikoterapi rekonstruksi bertujuan memperbaiki kembali kepribadian yang mengalami perubahan disebabkan adanya stressor yang klien tidak mampu menghadapinya (Ikwati, 2011)

5) Psikoterapi kognitif

Psikoterapi kognitif merupakan terapi pemulihan fungsi kognitif sehingga penderita skizofrenia mampu membedakan nilai-nilai sosial etika.

B. GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI

1. Pengertian

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu objek rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindera. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang Klien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Klien gangguan jiwa

mengalami perubahan dalam hal orientasi realitas (Yusuf, Rizky, & Nihayati, 2015).

Halusinasi adalah suatu keadaan di mana klien mengalami perubahan sensori persepsi yang disebabkan stimulus yang sebenarnya itu tidak ada (Sutejo, 2017). Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, sehingga klien menginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata tanpa stimulus atau rangsangan dari luar (Stuart dalam Azizah, 2016).

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara atau kebisingan, paling sering suara orang. Suara berbentuk kebisingan yang kurang jelas sampai kata-kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai pada percakapan lengkap antara dua orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang terdengar dimana klien mendengar perkataan bahwa klien disuruh untuk melakukan sesuatu kadang dapat membahayakan (Wulandari & Pardede 2022). Sedangkan halusinasi pendengaran menurut Damaiyanti (2014), merupakan suatu kondisi di mana klien mendengar suara-suara yang tidak berhubungan dengan stimulasi nyata yang orang lain tidak mendengarnya.

2. Etiologi

a. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi halusinasi menurut Yosep (2011) adalah sebagai berikut :

1) Faktor pengembangan

Perkembangan individu yang terganggu, misalnya kurangnya mengontrol emosi dan keharmonisan keluarga menyebabkan individu tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustasi dan hilang percaya diri.

2) Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak terima di lingkungan sejak bayi akan membekas di ingatannya sampai dewasa dan ia akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.

3) Faktor biokimia

Adanya stres yang berlebihan yang dialami oleh individu, maka di dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat *halusinogenik neurokimia* dan *metytranferase* sehingga terjadi ketidakseimbangan *asetil kolin* dan *dopamin*.

4) Faktor psikologis

Tipe kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab akan mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adaptif. Individu lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

5) Faktor genetik dan pola asuh

Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

b. Faktor Presipitasi

Penyebab halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi menurut Rawlins (1993 dalam Yosep, 2011) adalah 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 problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut sehingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

3) Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini merangsang bahwa 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 klien dan tidak jarang akan mengobrol semua perilaku klien.

4) Dimensi sosial

Klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan, klien asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak di dapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan sistem kontrol oleh individu tersebut,

sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, dirinya atau pun orang lain individu cenderung untuk itu. Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta menguasakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungan dan halusinasi tidak langsung.

5) Dimensi spiritual

Klien mulai dengan kemampuan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri. Ia sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rejeki, memyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

3. Klasifikasi Halusinasi

Klasifikasi halusinasi terbagi menjadi 5 jenis menurut Yusuf dan Rizky (2015).

a. Halusinasi Pendengaran

Halusinasi pendengaran adalah suara yang tidak nyata, mendengar suara yang membicarakan, mengejek, menertawakan, mengancam, memeritahkan untuk melakukan sesuatu yang berbahaya. (Muhammad Nur & Wahyuningsih, 2020). Dengan karakteristik bicara atau tertawa sendiri, marah tanpa sebab, mengarahkan telinga ke arah tertentu, klien menutup telinga, mendengarkan suara-suara atau kegaduhan, mendengarkan suara yang mengajak bercakap-cakap,

mendengarkan suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.

b. Halusinasi Penglihatan

Halusinasi penglihatan adalah di mana seseorang melihat suatu bayangan, cahaya, melihat makhluk yang mengejek, menertawakan, mengancam menyenangkan ataupun yang menakutkan seperti melihat monster. Kejadian tersebut dapat mengakibatkan ketakutan pada seseorang. Perilaku yang muncul seperti ketakutan dan menunjukkanjuk ke arah sesuatu (Nurarif & Kusuma, 2015). Dengan karakteristik menunjuk ke arah tertentu, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas, melihat bayangan, sinar, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.

c. Halusinasi Penciuman

Halusinasi penciuman adalah merasakan mencium aroma tertentu yang dirasa tidak enak, bau Halusinasi ini biasanya berupa mencium sesuatu bau tertentu dan dirasakan tidak enak, melambangkan rasa bersalah pada penderita (Mukhripah & Iskandar, 2012). Dengan karakteristik mencium seperti membau bau-bauan tertentu dan menutup hidung, mencium bau- bau seperti bau darah, feses, dan kadang-kadang bau itu menyenangkan.

d. Halusinasi Pengecapan

Halusinasi pengecapan adalah penderita seperti mengecap sesuatu (Mukhripah & Iskandar, 2012). Halusinasi ini biasanya terjadi

bersamaan dengan halusinasi penciuman. Dengan karakteristik sering meludah, muntah, merasakan seperti darah, feses, muntah.

e. Halusinasi Perabaan

Halusinasi perabaan adalah merasa ada seseorang yang meraba, meniup serta seperti ada sesuatu yang berjalan pada tubuhnya (Mukhripah & Iskandar, 2012). Dengan karakteristik menggaruk-garuk permukaan kulit, mengatakan ada serangga di permukaan kulit, merasa seperti tersengat listrik.

4. Rentang respon Halusinasi

Halusinasi adalah reaksi maladaptif individu yang berbeda Rentang respons *neurobiologis* (Stuart, Keliat & Pasaribu, 2016). Ini adalah perasaan maladaptasi. Jika pelanggan memiliki pandangan yang sehat Akurat, mampu mengenali dan menafsirkan rangsangan Menurut panca indera (pendengaran, Penglihatan, penciuman, rasa dan sentuhan) pelanggan halusinasi Bahkan jika stimulusnya di antara kedua tanggapan tersebut terdapat tanggapan yang terpisah Karena satu hal mengalami sosial yang abnormal, yaitu kesalahpahaman Stimulus yang diterimanya adalah ilusi. Pengalaman Klien yang luas Jika penjelasan untuk stimulasi sensorik tidak Menurut stimulus yang diterima, rentang responsnya adalah sebagai berikut:

RESPON ADAPTIF —————→ RESPON MALADATIF

Tabel 2.1 Rentang respon Halusinasi

1. Pikiran logis	1. Distorsi pikiran	1. Gangguan pikir
2. Persepsi akurat	2. Ilusi	2. Sulit merespon

3. Emosi konsisten dengan pengalaman	3. Reaksi emosional 4. Perilaku aneh/tidak biasa 5. Menarik diri	emosi 3. Perilaku disorganisasi 4. Isolasi sosial
--------------------------------------	--	---

5. Tahapan Terjadinya Halusinasi

Tahapan halusinasi menurut Azizah, Zainuri & Akbar (2016) anatara lain:

a. Tahap pertama (non-psikotik)

Pada tahap ini, halusinasi dapat membuat klien merasa nyaman dan orientasi sedang. Secara umum pada tahap ini merupakan hal yang menyenangkan bagi klien : Mengalami kecemasan, kesepian, batin dan ketakutan, Cobalah untuk social pada pikiran yang dapat menghilangkan kecemasan dan Pikiran dan pengalaman indrawi masih di bawah kendali sadar.

Perilaku yang muncul:

- 1) Tersenyumlah atau tertawakan diri Anda sendiri
- 2) Gerakkan bibir Anda dengan tenang
- 3) Gerakan mata yang cepat
- 4) Sebarkan respons verbal, diam dan konsentrasi

b. Fase 2 (Klien non-psikiatri)

Pada tahap ini, pelanggan biasanya menyalahkan diri sendiri dan merasakan kecemasan yang serius. Biasanya rasa haus yang ada social

menyebabkan rasa jijik klien: Pengalaman sensorik yang menakutkan atau terganggu oleh pengalaman, mulai merasa lepas kendali dan keluar dari orang lain.

Perilaku yang muncul:

- 1) Meningkatnya detak jantung, pernapasan, dan tekanan darah
- 2) Mengurangi kepedulian terhadap lingkungan
- 3) Fokus pada pengurangan pengalaman sensorik
- 4) Hilangnya kemampuan membedakan antara ilusi dan kenyataan

c. Tahap ketiga (penyakit mental)

Klien biasanya tidak dapat mengontrol diri mereka sendiri, kecemasan mereka parah, dan halusinasi sangat menarik klien : Klien menyerah dan menerima pengalaman sensorik, isi ilusi menjadi menarik dan ketika pengalaman selesai Klien menjadi kesepian.

Perilaku yang muncul:

- 1) Klien mematuhi instruksi halusinasi
- 2) Kesulitan berhubungan dengan orang lain
- 3) Sedikit atau perhatian sementara terhadap lingkungan
- 4) Tidak dapat mengikuti perintah sebenarnya
- 5) Klien terlihat panas dan berkeringat

d. Tahap keempat (penyakit mental klien mudah dikendalikan oleh halusinasi, dan mereka biasanya panik).

Perilaku yang muncul:

- 1) Risiko cedera tinggi
- 2) Pengadukan

3) Ketidakmampuan merespon rangsangan yang ada

6. Manifestasi Klinis

Tanda-tanda halusinasi menurut Fajariyah (2012) adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2 Tanda-tanda Halusinasi

Jenis Halusinasi	Data Subjektif	Data Obyektif
Halusinasi Pendengaran (<i>Auditory-hearing voices or sounds</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mendengar suara atau kegaduhan. 2. Klien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya untuk bercakap-cakap. 3. Klien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu yang berbahaya. 4. Klien mengatakan mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak bicara sendiri. 2. Klien tampak tertawa sendiri. 3. Klien tampak marah-marah tanpa sebab. 4. Klien tampak mengarahkan telinga ke arah tertentu. 5. Klien tampak menutup telinga. 6. Klien tampak menunjuk-nunjuk ke arah tertentu. 7. Klien tampak mulutnya komat-kamat.
Halusinasi Penglihatan (<i>Visual-seeing persons or things</i>)	Klien mengatakan melihat seseorang yang sudah meninggal, melihat makhluk tertentu, melihat bayangan hantu atau sesuatu yang menakutkan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak tatapan mata pada tempat tertentu. 2. Klien tampak menunjuk-nunjuk ke arah tertentu. 3. Klien tampak ketakutan pada objek tertentu yang dilihat.
Halusinasi Penghidu (<i>Olfactory-smelling odors</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mencium sesuatu seperti : bau mayat, bau darah, bau bayi bau feses, atau bau masakan, parfum yang menyenangkan. 2. Klien mengatakan sering mencium bau sesuatu. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak mengarahkan hidung pada tempat tertentu. 2. Ekspresi wajah klien tampak seperti mencium sesuatu dengan gerakan cuping hidung.

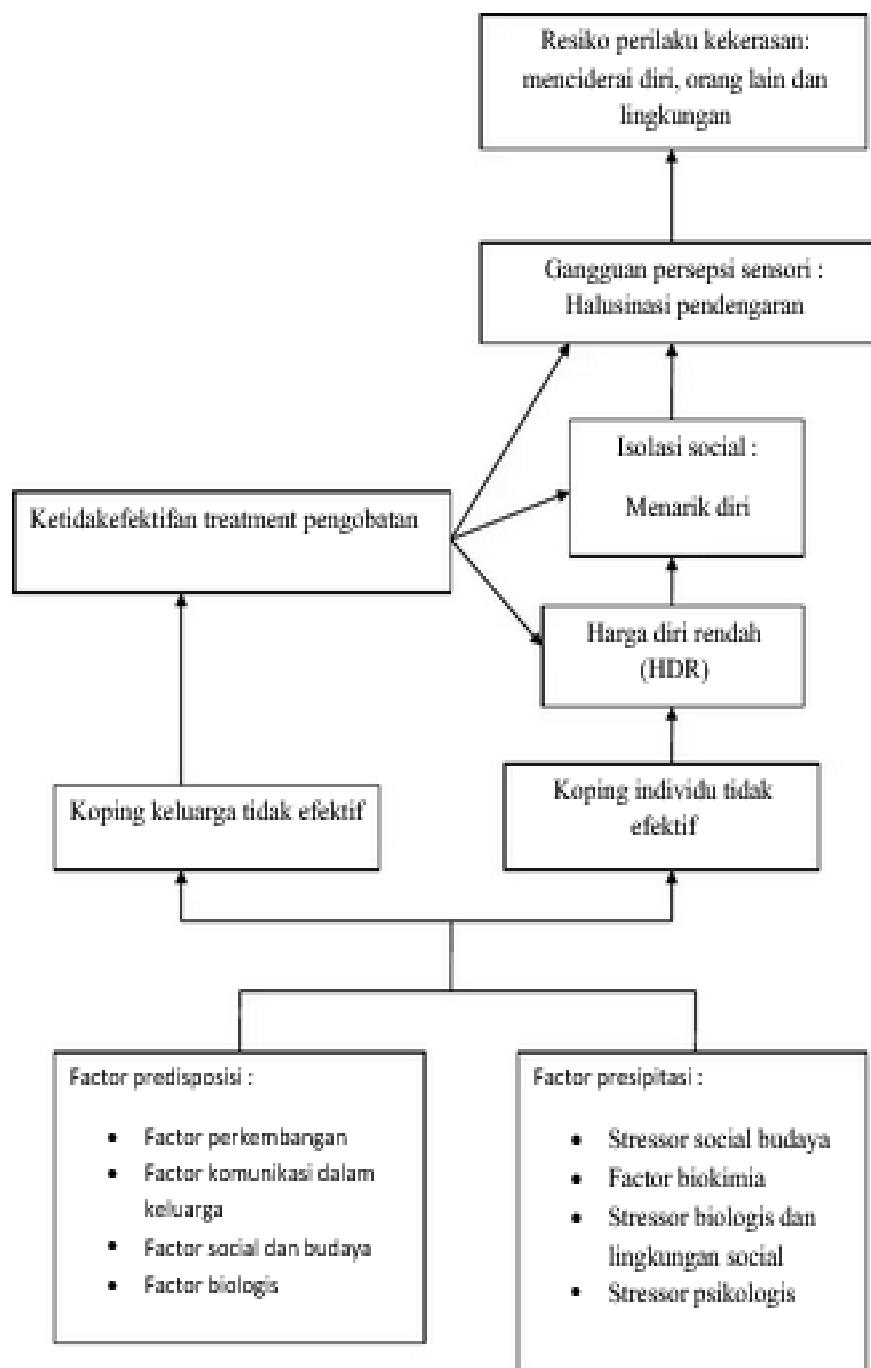
Halusinasi Perabaan (<i>Tactile-feeling bodily sensations</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan ada sesuatu yang menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil, atau makhluk halus. 2. Klien mengatakan merasakan sesuatu di permukaan kulitnya seperti merasakan sangat panas atau dingin, merasakan tersengat aliran listrik, dan sebagainya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak mengusap, menggaruk garuk, meraba-raba permukaan kulitnya. 2. Klien tampak menggerak-gerakkan tubuhnya seperti merasakan sesuatu merabanya.
Halusinasi Pengecapan (<i>Gustatory-experiencing tastes</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan merasakan makanan tertentu, rasa tertentu, atau mengunyah tertentu padahal tidak ada yang sedang dimakannya. 2. Klien mengatakan merasakan minum darah, nanah. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak seperti mengecap sesuatu. 2. Klien tampak sering meludah. 3. Klien tampak mual atau muntah.

- Menurut Azizah (2016) tanda dan gejala yang perlu diketahui agar dapat menetapkan masalah halusinasi, antara lain :
- a. Berbicara, tertawa, dan tersenyum sendiri
 - b. Bersikap seperti mendengarkan sesuatu
 - c. Berhenti berbicara sesaat di tengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu
 - d. Disorientasi
 - e. Tidak mampu atau kurang konsentrasi
 - f. Cepat berubah pikiran
 - g. Alur pikiran kacau
 - h. Respon yang tidak sesuai

- i. Menarik diri
- j. Sering melamun
- k. Marah-marah tanpa sebab
- l. Mengarahkan telinga ke arah tertentu atau menutup telinga
- m. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu
- n. Mulutnya komat-kamit sendiri
- o. Mengatakan mendengar suara atau kegaduhan
- p. Mengatakan mendengar suara yang mengajaknya untuk bercakap-cakap
- q. Mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu yang berbahaya
- r. Mengatakan mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain

7. Pohon Masalah

Menurut Keliat (2012), pohon masalah pada Klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi adalah :



Bagan 2.1 Pohon Masalah Halusinasi

8. Penatalaksanaan

a. Psikofarmakoterapi

Terapi dengan menggunakan obat bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa. Klien dengan halusinasi perlu mendapatkan perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun obatnya menurut Yosep (2016) adalah :

- 1) Golongan *butirefenon*: *haloperidol* (HLP), *serenace*, *ludomer*. Pada kondisi akut biasanya diberikan dalam bentuk injeksi 3 x 5 mg (IM), pemberian injeksi biasanya cukup 3 x 24 jam. Setelahnya klien biasanya diberikan obat per oral 3 x 1,5 mg. Atau sesuai dengan advis dokter. Indikasi penatalaksanaan pada psikosis kronik dan akut, pengendalian hiperaktivitas dan masalah perilaku berat.
- 2) Golongan *fenotiazine*: *chlorpromazine* (CPZ), *largactile*, *promactile*. Pada kondisi akut biasanya diberikan per oral 3 x 100 mg, apabila kondisi sudah stabil dosis dapat dikurangi menjadi 1 x 100 mg pada malam hari saja, atau sesuai dengan advis dokter. Indikasi penanganan gangguan psikotik seperti skizofrenia, fase mania pada gangguan bipolar, gangguan skizofrenia, ansietas dan agitasi, anak hiperaktif yang menunjukkan aktivitas motorik berlebih.

b. Terapi *Somatis*

Terapi *somatis* adalah terapi yang diberikan kepada klien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang mal adaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditujukan pada kondisi fisik Klien walaupun yang diberi perlakuan adalah fisik

klien, tetapi target terapi adalah perilaku pasien. Jenis terapi somatis adalah meliputi pengikatan, ECT, isolasi dan fototerapi (Kusumawati & Hartono, 2011).

- 1) Pengikatan adalah terapi menggunakan alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik klien yang bertujuan untuk melindungi cedera fisik pada klien sendiri atau orang lain.
- 2) Terapi kejang listrik adalah bentuk terapi kepada Klien dengan menimbulkan kejang (*grandmal*) dengan mengalirkan arus listrik kekuatan rendah (2-3 joule) melalui elektrode yang ditempelkan beberapa detik pada pelipis kiri/kanan (*lobus frontalis*) klien.
- 3) Isolasi adalah bentuk terapi dengan menempatkan klien sendiri di ruangan tersendiri untuk mengendalikan perilakunya dan melindungi klien, orang lain, dan lingkungan dari bahaya potensial yang mungkin terjadi. akan tetapi tidak dianjurkan pada klien dengan risiko bunuh diri, klien agitasi yang disertai dengan gangguan pengaturan suhu tubuh akibat obat, serta perilaku yang menyimpang.
- 4) Terapi *deprivasi* tidur adalah terapi yang diberikan kepada klien dengan mengurangi jumlah jam tidur klien sebanyak 3,5 jam. cocok diberikan pada klien dengan depresi

c. Terapi Generalis halusinasi

Tindakan keperawatan pada klien dengan halusinasi bertujuan membantu klien mengontrol halusinasinya. Menurut Kanine (2012). diperlukan beberapa tindakan keperawatan yang dapat dilakukan perawat dalam upaya meningkatkan kemampuan untuk mengontrol

halusinasinya yaitu dengan tindakan keperawatan generalis. Tindakan keperawatan generalis dapat dilaksanakan secara individu dan Terapi Aktifitas Kelompok (TAK)

1) Tindakan keperawatan generalis individu

Tindakan generalis halusinasi adalah terapi umum yang diberikan untuk membantu Klien mengenal halusinasi, melatih, menghardik halusinasi, minum obat secara teratur, bercakap-cakap dengan orang lain, serta melatih melakukan aktivitas yang terjadwal, (Kelialat dan Akemat, 2010).

1) Terapi Aktifitas Kelompok (TAK)

Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) yang dilakukan pada klien skizofrenia dengan halusinasi adalah TAK Stimulasi Persepsi yang terdiri dari 5 sesi yaitu :

- a) Sesi pertama mengenal halusinasi
- b) Sesi kedua mengontrol halusinasi dengan menghardik
- c) Sesi ketiga dengan patuh minum obat.
- d) Sesi keempat mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap
- e) Sesi kelima dengan melakukan aktifitas sehari-hari

Mekanisme pelaksanaan implementasi keperawatan sebagai berikut : langkah awal sebelum dilakukan terapi generalis adalah mengelompokkan klien skizofrenia dengan halusinasi. Setelah dikelompokkan, selanjutnya semua klien akan diberikan terapi generalis mulai dari terapi generalis individu untuk menilai kemampuan klien skizofrenia dengan halusinasi. Langkah berikutnya adalah mengikutkan

klien pada terapi generalis kelompok yaitu TAK Stimulasi Persepsi Sensori Halusinasi.

Keluarga juga dilibatkan dalam terapi keluarga, bertujuan agar keluarga tahu cara merawat klien skizofrenia dengan halusinasi di rumah. Terapi keluarga dilakukan pada setiap anggota keluarga yang datang mengunjungi klien. Terapi spesialis keluarga yaitu psiko-edukasi keluarga yang diberikan pada keluarga klien skizofrenia dengan halusinasi adalah *Family Psycho Education* (FPE) yang terdiri dari lima sesi yaitu sesi I adalah identifikasi masalah keluarga dalam merawat klien skizofrenia dengan halusinasi, sesi II adalah latihan cara merawat klien halusinasi di rumah, sesi III latihan manajemen stres oleh keluarga, sesi IV untuk latihan manajemen beban dan sesi V terkait pemberdayaan komunitas membantu keluarga.

C. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Identitas ditulis lengkap meliputi nama (inisial), usia dalam tahun, alamat, pendidikan, agama, status perkawinan, pekerjaan, jenis kelamin, nomor rekam medis dan diagnosa medisnya.

b. Alasan Masuk/Keluhan utama

Menanyakan kepada klien/keluarga/pihak yang berkaitan dan tulis hasilnya, apa yang menyebabkan klien datang ke rumah sakit, apa yang sudah dilakukan oleh klien/keluarga sebelumnya atau di rumah untuk mengatasi masalah ini dan bagaimana hasilnya. Klien dengan halusinasi

biasanya dilaporkan oleh keluarga bahwa klien sering melamun, menyendiri dan terlihat berbicara sendiri, tertawa sendiri.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Menanyakan riwayat timbulnya gejala gangguan jiwa saat ini, penyebab munculnya gejala, upaya yang dilakukan keluarga untuk mengatasi dan bagaimana hasilnya.

d. Faktor Predisposisi

Menanyakan apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, pengobatan yang pernah dilakukan sebelumnya, adanya trauma masa lalu, faktor genetik dan silsilah orang tuanya dan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan.

e. Faktor Presipitasi

Kaji asal mula stressor terdiri dari internal dan eksternal. Stressor internal atau yang berasal dari diri sendiri seperti persepsi individu yang tidak baik tentang dirinya, orang lain dan lingkungannya, merasa tidak mampu, ketidakberdayaan. Stressor eksternal atau berasal dari luar diri seperti kurangnya dukungan keluarga, dukungan masyarakat, dukungan kelompok/teman sebaya, dan lain-lain. Waktu dilihat sebagai dimensi kapan stressor mulai terjadi dan berapa lama terpapar stressor sehingga menyebabkan munculnya gejala. Lama dan jumlah stressor yaitu terkait dengan sejak kapan, sudah berapa lama, berapa kali kejadiannya (frekuensi) serta jumlah stressor.

f. Pemeriksaan Fisik

Mengkaji keadaan umum klien, tanda-tanda vital, tinggi badan/ berat badan, ada/tidak keluhan fisik seperti nyeri dan lain-lain.

g. Pengkajian Psikososial

1) Genogram

Membuat genogram beserta keterangannya untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat genetik yang menyebabkan menurunkan gangguan jiwa.

2) Konsep Diri

- a) Citra tubuh, bagaimana persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuhnya yang paling/tidak disukai.
- b) Identitas diri, bagaimana persepsi tentang status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap suatu/posisi tersebut, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan.
- c) Peran, bagaimana harapan klien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas/peran yang harapannya dalam keluarga, kelompok, masyarakat dan bagaimana kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/peran tersebut.
- d) Ideal diri, bagaimana harapan klien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas/peran dan harapan klien terhadap lingkungan.
- e) Harga diri, bagaimana persepsi klien terhadap dirinya dalam hubungannya dengan orang lain sesuai dengan kondisi dan bagaimana penilaian/ penghargaan orang lain terhadap diri dan lingkungan klien.

3) Hubungan Sosial

Mengkaji siapa orang yang berarti/terdekat dengan klien, bagaimana peran serta dalam kegiatan dalam kelompok/masyarakat serta ada/tidak hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

4) Spiritual

Apa agama/keyakinan klien. Bagaimana persepsi, nilai, norma, pandangan dan keyakinan diri klien, keluarga dan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut.

5) Status Mental

a) Penampilan

Observasi penampilan umum klien yaitu penampilan usia, cara berpakaian, kebersihan, sikap tubuh, cara berjalan, ekspresi wajah, kontak mata.

b) Pembicaraan

Bagaimana pembicaraan yang didapatkan pada klien, apakah cepat, keras. Gagap, inkoheren, apatis, lambat, membisu dan lain-lain.

c) Aktivitas motorik (psikomotor)

Aktivitas motorik berkenaan dengan gerakan fisik perlu dicatat dalam hal tingkat aktivitas (*latergik*, tegang, gelisah, agitasi), jenis (TIK, tremor) dan isyarat tubuh yang tidak wajar.

d) Afek dan emosi

Afek merupakan nada perasaan yang menyenangkan atau tidak menyenangkan yang menyertai suatu pikiran dan berlangsung relatif lama dan dengan sedikit komponen fisiologis/fisik serta bangga, kecewa. Emosi merupakan manifestasi afek yang ditampilkan/diekspresikan keluar, disertai banyak komponen fisiologis dan berlangsung relatif lebih singkat/spontan seperti sedih, ketakutan, putus asa, khawatir atau gembira berlebihan.

e) Interaksi selama wawancara

Bagaimana respon klien saat wawancara, kooperatif/tidak, bagaimana kontak mata dengan perawat dan lain-lain.

f) Persepsi sensori

Memberikan pertanyaan kepada klien seperti “apakah anda sering mendengar suara saat tidak ada orang? Apa anda mendengar suara yang tidak dapat anda lihat?”. “Apakah anda sering melihat bayangan orang atau gambar padahal tidak ada siapapun?”. “Apakah anda sering mencium bau-bauan padahal tidak ada benda apapun dihadapan anda?”. “Apakah anda sering merasakan seperti sedang memakan sesuatu yang tidak enak, padahal anda sedang tidak makan?”. “Apakah anda sering merasakan sesuatu dikulit anda seperti ada binatang yang sedang berjalan-jalan di kulit anda, padahal tidak ada apapun di kulit anda?”. Mengobservasi ada/tidak halusinasi. Menanyakan isi, waktu,

frekuensi dan durasi halusinasi. Menanyakan situasi munculnya halusinasi dan respons Klien saat halusinasi muncul.

g) Proses pikir

Bagaimana proses pikir klien, bagaimana alur pikirnya (koheren/inkoheren), bagaimana isi pikirannya realitas/tidak.

h) Kesadaran

Bagaimana tingkat kesadaran klien menurun atau meninggi.

i) Orientasi.

Bagaimana orientasi klien terhadap waktu, tempat dan orang.

j) Memori

Apakah klien mengalami gangguan daya ingat, seperti: efek samping dari obat dan dari psikologis.

k) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Apakah klien mengalami kesulitan saat berkonsentrasi, bagaimana kemampuan berhitung klien, seperti: di saat ditanya apakah klien menjawab pertanyaan sesuai dengan yang ditanyakan oleh observer.

l) Daya tilik diri

Apakah klien mengingakari penyakit yang diderita, apakah klien menyalahkan hal-hal di luar dirinya.

m) Mekanisme Koping

Perilaku yang mewakili upaya melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologik.

n) Masalah Psikososial dan Lingkungan

Setiap perubahan dalam kehidupan individu baik yang bersifat psikologis atau social yang memberikan pengaruh timbal balik dan dianggap berpotensi cukup besar sebagai faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa atau gangguan kesehatan secara nyata atau sebaliknya masalah kesehatan jiwa yang berdampak pada lingkungan sosial.

o) Pengaruh kurang pengetahuan

Suatu keadaan di mana seorang individu atau kelompok mengalami defisiensi pengetahuan kognitif atau ketrampilan-ketrampilan psikomotor berkenaan dengan kondisi atau rencana pengobatan.

p) Pohon Masalah

Risiko Perilaku kekerasan pada diri sendiri,
orang lain dan lingkungan



Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran,
Penglihatan, Penciuman, Perabaan, Perasa



Isolasi Sosial

Bagan 2.2 Pohon Masalah Halusinasi

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan persepsi sensori : halusinasi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan, atau terdistorsi dan penyebab dari gangguan persepsi sensori halusinasi adalah isolasi sosial (PPNI, 2016). Untuk dapat mengangkat diagnosis gangguan persepsi sensori : halusinasi, perawat harus memastikan bahwa minimal 80% dari tanda dan gejala di bawah ini muncul pada pasien, yaitu: Klien mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indera penciuman, perabaan, atau pengecapan, distorsi sensori, respons tidak sesuai, bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu.

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), bahwa luaran utama untuk diagnosis gangguan persepsi sensori halusinasi adalah persepsi sensori membaik. Persepsi sensori membaik berarti membaiknya persepsi realitas terhadap stimulus baik internal maupun eksternal. Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa persepsi sensori membaik menurut PPNI (2016) adalah:

- a. Verbalisasi mendengar bisikan menurun
- b. Verbalisasi melihat bayangan menurun
- c. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan menurun
- d. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera penciuman menurun
- e. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera pengecapan menurun

- f. Distorsi sensori menurun
- g. Perilaku halusinasi menurun
- h. Respons sesuai stimulus membaik

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada Klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi menurut Keliat (2014) adalah sebagai berikut:

- a. Menghardik halusinasi.

Halusinasi berasal dari stimulus internal. Untuk mengatasinya, klien harus berusaha melawan halusinasi yang dialaminya secara internal juga. Klien dilatih untuk mengatakan, "tidak mau dengar..., tidak mau lihat". Ini dianjurkan untuk dilakukan bila halusinasi muncul setiap saat. Bantu Klien mengenal halusinasi, jelaskan cara-cara kontrol halusinasi, ajarkan Klien mengontrol halusinasi dengan cara pertama yaitu menghardik halusinasi.

- b. Menggunakan obat.

Salah satu penyebab munculnya halusinasi adalah akibat ketidakseimbangan *neurotransmiter* di syaraf (*dopamin, serotonin*). Untuk itu, klien perlu diberi penjelasan bagaimana kerja obat dapat mengatasi halusinasi, serta bagaimana mengkonsumsi obat secara tepat sehingga tujuan pengobatan tercapai secara optimal. Pendidikan kesehatan dapat dilakukan dengan materi yang benar dalam pemberian obat agar klien patuh untuk menjalankan pengobatan secara tuntas dan teratur. Keluarga klien perlu diberi penjelasan tentang bagaimana penanganan klien yang mengalami halusinasi sesuai dengan kemampuan keluarga. Hal ini penting dilakukan dengan dua alasan.

Pertama keluarga adalah sistem di mana klien berasal. Pengaruh sikap keluarga akan sangat menentukan kesehatan jiwa klien. Klien mungkin sudah mampu mengatasi masalahnya, tetapi jika tidak didukung secara kuat, klien bisa mengalami kegagalan, dan halusinasi bisa kambuh lagi. Alasan kedua, halusinasi sebagai salah satu gejala *psikosis* bisa berlangsung lama (kronis), sekalipun klien pulang ke rumah, mungkin masih mengalami halusinasi. Dengan mendidik keluarga tentang cara penanganan halusinasi, diharapkan keluarga dapat menjadi terapis begitu klien kembali ke rumah.

c. Berinteraksi dengan orang lain.

Klien dianjurkan meningkatkan keterampilan hubungan sosialnya. Dengan meningkatkan intensitas interaksi sosialnya, klien akan dapat memvalidasi persepsiya pada orang lain. Klien juga mengalami peningkatan stimulus eksternal jika berhubungan dengan orang lain. Dua hal ini akan mengurangi fokus perhatian klien terhadap stimulus internal yang menjadi sumber halusinasinya. Latih Klien mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain.

d. Beraktivitas secara teratur dengan menyusun kegiatan harian.

Kebanyakan halusinasi muncul akibat banyaknya waktu luang yang tidak dimanfaatkan dengan baik oleh klien. Klien akhirnya asyik dengan halusinasinya. Untuk itu, klien perlu dilatih menyusun rencana kegiatan dari pagi sejak bangun pagi sampai malam menjelang tidur dengan kegiatan yang bermanfaat. Perawat harus selalu memonitor pelaksanaan kegiatan tersebut sehingga klien betul-betul tidak ada

waktu lagi untuk melamun tak terarah. Latih Klien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga, yaitu melaksanakan aktivitas terjadwal.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa menurut Livana (2020) untuk meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor Klien dalam mengontrol halusinasi dengan memberikan standar asuhan keperawatan yaitu melatih ingatan dan kemampuan Klien untuk mengontrol halusinasi dengan membantu Klien mengenal halusinasi yang dialaminya, menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi, melatih Klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap bersama orang lain, melatih Klien mengontrol halusinasi dengan melaksanakan aktivitas terjadwal dan melatih Klien minum obat secara teratur.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai, kemampuan Klien meliputi :

- a. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien
- b. Mengidentifikasi isi halusinasi pasien
- c. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien
- d. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien
- e. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi

- f. Mengidentifikasi respon Klien terhadap halusinasi
- g. Melatih Klien cara mengontrol halusinasi dengan menghindari, patuh minum obat, bercakap-cakap dengan orang lain dan melaksanakan aktivitas sehari-hari
- h. Membimbing Klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

D. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

Tabel 2.3 *Evidence Base Practice (EBP)*

JUDUL, NAMA PENULIS, TAHUN	Penerapan Terapi Generalis Halusinasi untuk Menurunkan Tingkat Halusinasi pada Klien Skizofrenia di RSJD Dr.RM. Soedjarwadi Klaten. Penulis: Fadhilah Intan Pratiwi, Sitti Rahma Soleman, Wahyu Reknongsih	Peningkatan Kemampuan Mengontrol Halusinasi Melalui Terapi Generalis Halusinasi di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta. Penulis: Avica Miftakhul Jannah, Norman Wijaya Gati	Penerapan Terapi Generalis Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Penulis: Bunga Permata Wenny, Isra Rizantiva, Rika Sarfika, Mahathir
POPULATION / PROBLEM	Responden I dengan Tn.A usia 33 tahun dengan halusinasi berat dan Responden II dengan Tn.P usia 41 tahun dengan halusinasi sedang. Studi Kasus dilakukan di bangsal Flamboyan RSJD Dr.RM Soedjarwadi Klaten Jawa Tengah.	Dalam studi kasus ini menggunakan subjek pada Klien halusinasi di Bangsal Larasati RSJD Dr. ARIF ZAINUDIN SURAKARTA. Subjek penelitian akan melibatkan 2 Klien dan peneliti memberikan terapi generalisasi	Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni 2022 terhadap 9 responden yang mengalami halusinasi di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kota Padang

INTERVENTION	Intervensi yang dilakukan yaitu dengan pelaksanaan terapi generalis untuk Klien dengan halusinasi dengan mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, selanjutnya mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan minum obat, mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain dan melakukan aktifitas terjadwal. Sebelum melaksanakan terapi generalis Klien dilakukan observasi menggunakan lembar observasi AHRS, kemudian setelah dilakukan terapi generalis halusinasi dilakukan observasi kembali menggunakan lembar observasi AHRS.	Penerapan terapi generalis dilakukan dengan metode deskriptif studi kasus kepada 2 responden selama 2 hari berturut-turut. Instrument yang digunakan adalah <i>Auditory Hallucinations Rating Scale</i> (AHRS)	Pemberian asuhan keperawatan berupa terapi generalis dilakukan kepada 9 responden selama 4 hari. Instrument yang digunakan adalah <i>Auditory Hallucinations Rating Scale</i> (AHRS)
COMPARATION	Setelah dilakukan terapi generalis selama 3 kali pertemuan terdapat penurunan tingkat halusinasi pada Tn.A dari halusinasi berat menjadi halusinasi sedang, sedangkan Tn.P dari halusinasi sedang menjadi halusinasi ringan.	Hasil yang diperoleh dari pemaparan di atas dapat dideskripsikan bahwa setelah dilakukan intervensi selama 2 hari pada kedua responden Ny.T dan Ny.M masing masing yaitu 29:34, dengan demikian terjadi penurunan skor halusinasi pendengaran yang	Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum diberikan intervensi skor 14-27 dan setelah diberikan intervensi skor 4-8 dengan menggunakan kuisioner AHRS (<i>Auditory Hallucination Rating Scale</i>)

		cukup signifikan artinya terdapat penurunan tanda dan gejala halusinasi pendengaran pada Ny.T dan Ny.M.	
OUTCOME	Terdapat pengaruh tingkat kemampuan Klien halusinasi sebelum dan sesudah diberikan terapi generalis di Dr.Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah dengan nilai $p = 0,003$ (p value<0,05).	Terjadi penurunan skor halusinasi pendengaran yang cukup signifikan artinya terdapat penurunan tanda dan gejala halusinasi pendengaran pada Ny.T dan Ny.M.	Terapi generalis yang diberikan telah memenuhi standar asuhan keperawatan dan mampu meningkatkan kemampuan Klien dalam mengontrol halusinasi yang dialaminya.
KESIMPULAN	Dari ketiga jurnal di atas yang dijadikan sebagai referensi dapat disimpulkan terapi generalis dapat digunakan dan berpengaruh dalam mengurangi halusinasi pasien.		