

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian

Skizofrenia merupakan penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku yang aneh dan terganggu. Skizofrenia secara etimologi berasal dari bahasa Yunani yaitu “*schizo*” yang berarti “terpotong” atau “terpecah” dan “*phren*” yang berarti “pikiran” (Videbeck, 2020). Maka *skizofrenia* adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (*splitting of personality*). 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 inkohereni (Pratiwi, 2023).

2. Etiologi

Menurut Videbeck (2020), terdapat dua faktor penyebab skizofrenia, yaitu :

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Biologis

a) Faktor genetik adalah faktor utama penyebab 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* (Agustriyani et al., 2024).

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* (CTScan) 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*. Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah sistem limbik dan ganglia basalis. 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. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada masa prenatal karena tidak ditemukannya sel glia, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir (Agustriyani et al., 2024).

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 (Agustriyani et al., 2024).

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 (Agustriyani *et al.*, 2024).

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 (Agustriyani *et al.*, 2024).

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia antara lain sebagai berikut: (Sitawati *et al.*, 2022)

- 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 merupakan prekursor dan stimulus yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

3. Manifestasi Klinis

Tanjung *et al.*, (2020) menyatakan tanda dan gejala pada klien skizofrenia dibedakan menjadi dua gejala, yaitu :

a. Gejala positif

- 1) Delusi atau waham adalah keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan, dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
 - 2) Halusinasi adalah gangguan penerimaan panca indra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, pembau, dan perabaan)
 - 3) Perubahan arus pikir
 - a) Arus pikir terputus adalah pembicaraan tiba-tiba dan tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
 - b) Inkohoren adalah berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicarakacau).
 - c) Neologisme adalah menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
 - 4) Perubahan perilaku seperti penampilan atau pakaian yang aneh, gerakan yang berulang atau stereotipik, tampaknya tanpa tujuan, dan perilaku sosial atau seksual yang tidak biasa.
- b. Gejala negatif
- 1) Alogia adalah kecenderungan untuk berbicara sedikit atau menyampaikansedikit substansi makna (*poverty of content*).
 - 2) Anhedonia adalah merasa tidak ada kegembiraan atau kesenangan dari hidup atau aktivitas atau hubungan apapun.
 - 3) Apatis adalah perasaan acuh tak acuh terhadap orang, aktivitas, dan peristiwa
 - 4) Asosialitas adalah penarikan sosial, sedikit atau tidak ada hubungan, dan kurangnya kedekatan.
 - 5) Efek tumpul adalah rentang perasaan, nada, atau suasana hati yang terbatas.
 - 6) Katatonia adalah imobilitas yang diinduksi secara psikologis kadang-kadang ditandai dengan periode agitasi atau kegembiraan, klien tampak tidak bergerak, dan seolah-olah dalam keadaan kesurupan.
 - 7) Efek datar adalah tidak adanya ekspresi wajah yang menunjukkan emosi atau suasana hati.

- 8) Kemauan atau kurangnya kemauan adalah tidak adanya kemauan, ambisi, atau dorongan untuk mengambil tindakan atau menyelesaikan tugas.
- 9) Kekurangan perhatian adalah ketidakmampuan untuk berkonsentrasi atau fokus pada suatu topik atau aktivitas dan terlepas dari kepentingannya.

4. Patofisiologi Skizofrenia

Patofisiologi skizofrenia disebabkan adanya ketidakseimbangan neurotransmitter di otak, terutama norepinefrin, serotonin, dan dopamine. Namun, proses patofisiologi skizofrenia masih belum diketahui secara pasti. Secara umum penelitian telah mendapatkan bahwa skizofrenia dikaitkan dengan penurunan volume otak, terutama bagian temporal (termasuk mediotemporal), bagian frontal, termasuk substansia alba dan grisea. Dari sejumlah penelitian ini, daerah otak yang secara konsisten menunjukkan kelainan yaitu daerah hipokampus dan parahipokampus (Sadock *et al.*, 2019).

Patofisiologi skizofrenia yang paling mendasar adalah teori mengenai abnormalitas neurotransmiter. Sebagian besar teori ini menyatakan adanya kekurangan ataupun kelebihan neurotransmiter, termasuk dopamin, serotonin dan glutamat. Teori lainnya melibatkan aspartat, glisin dan *gamma-aminobutyric acid* (GABA) sebagai bagian dari ketidakseimbangan neurokimia pada skizofrenia. Teori lainnya berhubungan dengan *lysergic acid diethylamide* (LSD) yang dapat meningkatkan kadar serotonin di otak. Rangsangan aktivitas glutamat juga dapat memicu terjadinya skizofrenia, hal ini diperoleh dari penemuan bahwa fenilkisid dan ketamin, dua antagonis N-methyl-D-aspartate (NMDA) atau glutamat nonkompetitif menginduksi gejala seperti skizofrenia (Patel *et al.*, 2019).

5. Klasifikasi Skizofrenia

Menurut Rokhmad *et al.*, (2021) terdapat 8 jenis skizofrenia yaitu:

a. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid adalah jenis skizofrenia yang paling umum, ini mungkin berkembang di kemudian hari daripada bentuk lain. Gejalanya

meliputi halusinasi atau delusi, tetapi ucapan dan emosi mungkin tidak terpengaruh.

b. Skizofrenia hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik juga dikenal sebagai *skizofrenia* tidak teratur, jenis *skizofrenia* ini biasanya berkembang saat berusia 15-25 tahun. Gejalanya meliputi perilaku dan pikiran yang tidak teratur, di samping delusi dan halusinasi yang berlangsung singkat. Klien mungkin memiliki pola bicara yang tidak teratur dan orang lain mungkin kesulitan untuk memahami. Orang yang hidup dengan *skizofrenia* tidak teratur sering menunjukkan sedikit atau tidak ada emosi dalam ekspresi wajah, nada suara, atau tingkah laku mereka.

c. Skizofrenia katatonik

Skizofrenia katatonik adalah diagnosis *skizofrenia* yang paling langka, ditandai dengan gerakan yang tidak biasa, terbatas, dan tiba-tiba. Klien mungkin sering beralih antara menjadi sangat aktif atau sangat diam. Klien mungkin tidak banyak bicara dan mungkin meniru ucapan atau gerakan orang lain.

d. Skizofrenia tak terdiferensiasi

Diagnosis klien mungkin memiliki beberapa tanda *skizofrenia* paranoid, hebefrenik, atau katatonik, tetapi tidak cocok dengan salah satu dari jenis ini saja.

e. Skizofrenia residual

Klien mungkin didiagnosis dengan skizofrenia residual jika memiliki riwayat psikosis tetapi hanya mengalami gejala negatif (seperti gerakan lambat, ingatan buruk, kurang konsentrasi, dan kebersihan yang buruk).

f. Skizofrenia sederhana

Skizofrenia sederhana jarang didiagnosis. Gejala negatif (seperti gerakan lambat, ingatan buruk, kurang konsentrasi, dan kebersihan yang buruk) paling menonjol lebih awal dan memburuk, sedangkan gejala positif (seperti halusinasi, delusi, pemikiran tidak teratur) jarang dialami.

g. Skizofrenia senestopatik

Skizofrenia senestopatik yang mana orang dengan skizofrenia

senestopatik mengalami sensasi tubuh yang tidak biasa.

h. Skizofrenia tidak spesifik

Skizofrenia tidak spesifik yaitu gejala memenuhi kondisi umum untuk diagnosis tetapi tidak sesuai dengan salah satu kategori di atas.

6. Tahapan Skizofrenia

Menurut Bahari *et al.*, (2024), terdapat tiga tahapan terjadinya skizofrenia yaitu:

a. Prodromal

Prodromal merupakan tahap pertama *skizofrenia*, terjadi sebelum gejala psikotik yang nyata muncul. Selama tahap ini, seseorang mengalami perubahan perilaku dan kognitif yang pada waktunya dapat berkembang menjadi psikosis. Tahap prodromal awal tidak selalu melibatkan gejala perilaku atau kognitif yang jelas. Tahap awal skizofrenia biasanya melibatkan gejala non-spesifik yang juga terjadi pada penyakit mental lainnya seperti depresi. Gejala skizofrenia prodromal meliputi, yaitu: isolasi sosial, kurang motivasi, kecemasan, sifat lekas marah, kesulitan berkonsentrasi, perubahan rutinitas normal seseorang, masalah tidur, mengabaikan kebersihan pribadi, perilaku tidak menentu, halusinasi ringan atau buruk terbentuk.

b. Aktif

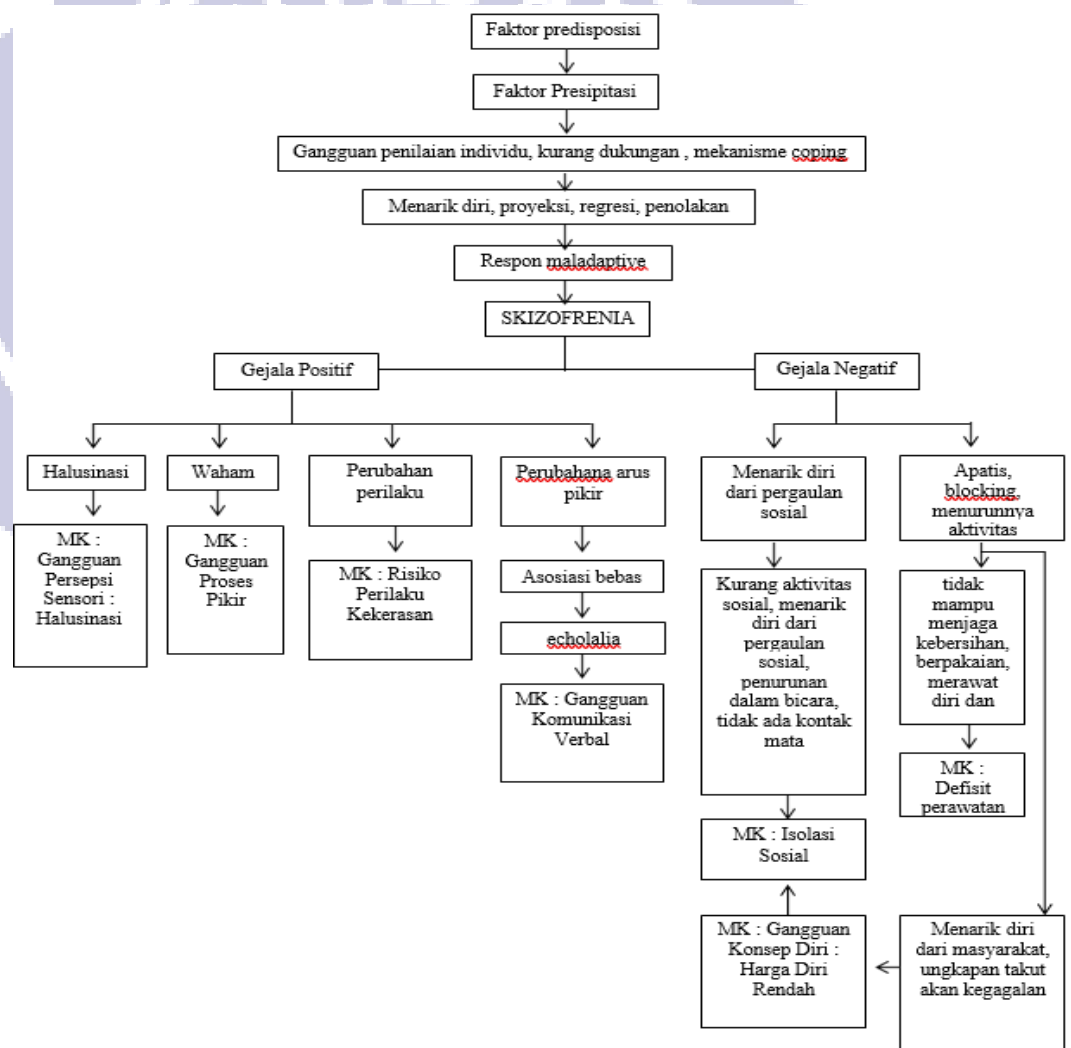
Pada tahap ini, orang dengan skizofrenia menunjukkan gejala khas psikosis, termasuk halusinasi, delusi, dan paranoid. Gejala skizofrenia aktif melibatkan gejala yang jelas meliputi, yaitu : Halusinasi (melihat, mendengar, mencium, atau merasakan hal-hal yang tidak dimiliki orang lain), delusi (merupakan gagasan atau ide palsu yang diyakini seseorang bahkan ketika disajikan dengan bukti yang bertentangan), pikiran bingung dan tidak teratur, bicara tidak teratur atau campur aduk, gerakan yang berlebihan atau tidak berguna, bergumam, tertawa sendiri dan apatis atau mati rasa emosi

c. Residual

Residual merupakan tahap terakhir, ini terjadi ketika seseorang mengalami gejala skizofrenia aktif yang lebih sedikit dan tidak terlalu

parah. Biasanya, orang dalam tahap ini tidak mengalami gejala positif, seperti halusinasi atau delusi. Tahap residual mirip dengan tahap prodromal. Orang mungkin mengalami gejala negatif, seperti kurangnya motivasi, energi rendah atau suasana hati yang tertekan. Gejala skizofrenia residual meliputi, yaitu : penarikan sosial, kesulitan berkonsentrasi, kesulitan merencanakan dan berpartisipasi, ekspresi wajah berkurang atau tidak ada, datar dan suara monoton dan ketidaktertarikan umum.

7. Pathway Skizofrenia



8. Penatalaksanaan

Agustriyani *et al.*, (2024) menyatakan skizofrenia merupakan kondisi seumur hidup dan termasuk penyakit dapat diobati. Melakukan pengobatan yang tepat waktu dan efektif dapat membantu mengelola gejala dan mencegah kekambuhan. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada klien skizofrenia yaitu :

a. Psikofarma

Obat psikofarmaka ditujukan pada gangguan fungsi neurotransmitter sehingga gejala-gejala klinis dapat dihilangkan. Obat psikofarmaka lebih berkhasiat menghasilkan gejala negatif skizofrenia daripada gejala positif skizofrenia atau sebaliknya, ada juga yang lebih cepat menimbulkan efek samping dan lain sebagainya. Beberapa contoh obat psikofarmaka yang beredar di Indonesia yang termasuk golongan generasi pertama yaitu Chlorpromazine HCl, Trifluoperazine HCL, Thioridazine HCl, dan Haloperidol. Golongan generasi kedua yaitu Risperidone, Paliperidone, Clozapine, Quetiapine, Olanzapine, dan Aripiprazole.

Golongan obat anti skizofrenia baik generasi pertama (typical) maupun generasi kedua (atypical) pada pemakaian jangka panjang umumnya menyebabkan penambahan berat badan. Obat golongan typical khususnya berkhasiat dalam mengatasi gejala-gejala positif skizofrenia, sehingga meninggalkan gejala-gejala negatif skizofrenia. Sementara itu pada penderita skizofrenia dengan gejala negatif pemakaian golongan typical kurang memberikan respon. Selain itu obat golongan typical tidak memberikan efek yang baik pada pemulihan fungsi kognitif penderita. Obat golongan typical sering menimbulkan efek samping berupa gejala Ekstra Piramidal Sindrom (EPS).

b. Psikoterapi

1) *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT)

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) atau terapi perilaku kognitif merupakan bentuk perawatan yang dapat membantu orang mengembangkan keterampilan dan strategi yang berguna untuk mengatasi pikiran yang mengganggu, salah satunya yaitu dengan

pemberian *Thought Stopping Therapy*.

2) *Psychodynamic therapy*

Psychodynamic therapy atau terapi psikodinamik yang dikenal juga sebagai terapi psikoanalitik, terapi psikodinamik melibatkan percakapan antara psikolog dan klien mereka. Percakapan ini berusaha mengungkap pengalaman emosional dan proses bawah sadar yang berkontribusi pada kondisi mental seseorang saat ini.

3) *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) atau terapi penerimaan dan komitmen adalah jenis terapi perilaku yang mendorong orang untuk menerima, daripada menantang perasaan mendalam mereka. ACT juga berfokus pada komitmen terhadap tujuan dan nilai pribadi serta meningkatkan kualitas hidup seseorang secara keseluruhan. Terakhir, ACT mengajarkan keterampilan *mindfulness* yang dapat membantu seseorang tetap fokus pada momen saat ini daripada termakan oleh pikiran atau pengalaman negatif. Menggabungkan ketiga kondisi ini (misalnya, penerimaan, komitmen, dan perhatian), seseorang dapat mengubah perilakunya dengan terlebih dahulu mengubah sikapnya terhadap dirinya sendiri.

4) *Family therapy*

Family therapy atau terapi keluarga merupakan bentuk psikoterapi yang melibatkan keluarga dan orang-orang penting lainnya dari penderita *skizofrenia* dan kondisi kesehatan mental lainnya. Berfokus pada pendidikan, pengurangan stres, dan pemrosesan emosional. Membantu anggota keluarga berkomunikasi dengan lebih baik dan menyelesaikan konflik satu sama lain.

5) *Coordinated Specialty Care (CSC)*

Coordinated Specialty Care (CSC) atau perawatan khusus terkoordinasi melibatkan tim profesional kesehatan yang mengelola pengobatan, memberikan psikoterapi, dan memberikan dukungan pendidikan dan pekerjaan.

B. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

1. Pengertian

Halusinasi adalah bentuk gangguan orientasi realita yang ditandai dengan seseorang memberikan tanggapan atau penilaian tanpa adanya stimulus yang diterima oleh panca indera, dan merupakan suatu bentuk dampak dari gangguan persepsi (Kusuma *et al.*, 2024). Halusinasi adalah menghilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan dari internal yaitu pikiran dan eksternal yaitu dunia luar sehingga pada penderita ini tidak dapat membedakan apakah itu nyata atau tidak nyata (Akbar & Rahayu, 2021). Halusinasi adalah suatu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi; merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan atau penghiduan. Klien seakan merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Nurarif & Kusuma, 2015). Halusinasi adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

2. Penyebab

Penyebab terjadinya halusinasi menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017) antara lain:

- a. Gangguan penglihatan
- b. Gangguan pendengaran
- c. Gangguan penghiduan
- d. Gangguan perabaan
- e. Hipoksia serebal
- f. Penyalahgunaan zat
- g. Usia lanjut
- h. Pemajanan toksin lingkungan

Menurut Refnandes (2023), terdapat dua penyebab terjadinya halusinasi adalah sebagai berikut :

a. Faktor Predisposisi

- 1) Faktor psikologis yaitu hubungan antara manusia tidak terjalin dengan baik, tekanan dari orang lain, serta peran ganda yang dilakukan secara

terpaksa sehingga dapat menimbulkan terjadinya peningkatan kecemasan yang dapat mengakibatkan halusinasi

- 2) Faktor perkembangan yaitu terjadinya hambatan dalam perkembangan sehingga dapat mengganggu hubungan dalam berinteraksi yang ini dapat meningkatkan stres dan kecemasan sehingga menjadi gangguan persepsi.
- 3) Faktor sosial budaya yaitu dimasyarakat karena perbedaan budaya sehingga seseorang dapat merasa diasingkan dan dijauhi yang dampaknya dapat menimbulkan gangguan seperti stress dan halusinasi.
- 4) Faktor genetik yaitu keturunan dimana penderita yang mengidap penyakit gangguan jiwa dapat pula berisiko pada anggota keluarga lainnya.

b. Faktor Presipitasi

Pada umumnya stressor yang berlebihan dapat mengakibatkan terjadinya berbagai gangguan persepsi, diakibatkan oleh berbagai keadaan yang terjadi didalam ruang lingkup klien, misalnya terjadi kemiskinan, terjadi kekerasan dalam rumah tangga, mengalami kegagalan, terdapat penyakit yang mematikan, dan terdapat konflik yang tak kunjung redah.

Wenny (2023) menyatakan jika faktor presipitasi penyebab halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi:

1) Dimensi Fisik

Halusinasi dapat timbul pada kondisi fisik yang mengalami kelelahan yang luar biasa, konsumsi obat-obatan tertentu, demam, delirium, intoksikasi minuman beralkohol serta gangguan tidur dalam jangka waktu yang lama.

2) Dimensi Emosional.

Klien yang merasakan kecemasan yang berlebihan atas dasar masalah yang tidak dapat diatasi, dapat menyebabkan terjadinya halusinasi. Halusinasi ini dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien kadang tidak sanggup lagi menentang perintah dari halusinasi tersebut sehingga klien akan berbuat sesuatu untuk menghadapi ketakutan tersebut.

3) Dimensi Intelektual

Pada dimensi intelektual ini akan merangsang klien yang dengan halusinasi memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Halusinasi pada awalnya adalah upaya ego sendiri untuk melawan impuls represif, tetapi itu adalah sesuatu yang meningkatkan kewaspadaan, yang dapat mengambil alih seluruh perhatian klien dan seringkali akan mengontrol seluruh perilaku klien.

4) Dimensi Sosial

Klien merasa kehidupan sosial di dunia nyata sangat berbahaya, klien sangat menikmati halusinasinya seolah-olah sebagai tempat untuk memenuhi kebutuhan interaksi sosial, pengendalian diri dan harga diri yang tidak terpenuhi di dunia nyata. Individu menggunakan kandungan halusinasi sebagai sistem kontrol sehingga ketika perintah halusinasi berupa ancaman, orang atau orang lain akan mencarinya. Oleh karena itu, aspek penting intervensi keperawatan klien harus mengupayakan proses interaktif yang menciptakan pengalaman interpersonal yang memuaskan dan memungkinkan klien untuk tidak menyendiri, sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungan dan halusinasi tidak langsung.

5) Dimensi Spiritual

Klien mulai dengan kemampuan hidup, rutinitas yang tidak masuk akal, kehilangan aktivitas ibadah, dan jarang upaya penyucian diri secara spiritual. Dia sering mengutuk nasib, tetapi lemah ketika mencoba mengumpulkan harta, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang membuat nasibnya semakin buruk.

3. Jenis Halusinasi

Menurut Anipah *et al.*, (2024) ada beberapa jenis halusinasi, yaitu:

- 1) Halusinasi pendengaran yaitu biasanya seseorang yang menderita halusinasi jenis ini terkadang mendengar suara-suara yang tidak terlihat wujudnya dan tidak di dengar oleh orang lain.
- 2) Halusinasi penglihatan yaitu halusinasi yang penglihatannya dapat melihat orang, bentuk, warna, atau suatu hal yang tidak nyata yang dapat

wujud fisiknya, serta kemenyan.

5) Halusinasi pengecapan yaitu penderita halusinasi yang memiliki rasa di mulutnya yang tidak ada penyebabnya.

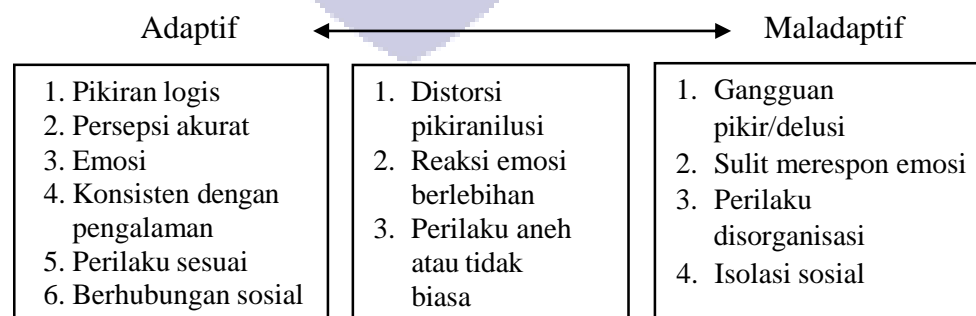
4. Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi ialah kondisi seseorang yang mengalami respon maladaptif. Kondisi maladaptif ini disebut dengan rentan respon neurobiologis. Pemikiran respon pada halusinasi akan mengakibatkan maladaptif. Apabila seseorang memiliki pemikiran yang sehat maka mampu mengenal dan dapat merasakan stimulus-stimulus berdasarkan informasi yang diterima oleh panca indra yakni pendengaran, penglihatan, pengecapan, peraba serta penciuman. namun berbanding terbalik dengan seseorang yang mempunyai gangguan halusinasi (Wahyuni *et al.*, 2024).

Penderita halusinasi biasanya tidak mampu memersepsikan stimulus yang diterima melalui pancaindra sehingga menganggap bahwa apa yang dilihat, didengar, dicium, dirasa, dan diraba adalah hal yang nyata dan benar terjadi, walaupun pada kenyataannya rangsangan tersebut tidak nyata. Biasanya stimulus-stimulus halusinasi tidak langsung menguasai diri seseorang itu sendiri, tergantung dari respon yang menyikapi masalah tersebut (Wahyuni *et al.*, 2024).

Halusinasi ialah kondisi seseorang yang mengalami respon maladaptif. Kondisi maladaptif ini disebut dengan rentan respon neurobiologis. Pemikiran respon pada halusinasi akan mengakibatkan maladaptif. Apabila seseorang memiliki pemikiran yang sehat maka mampu mengenal dan dapat merasakan stimulus-stimulus berdasarkan informasi yang diterima oleh panca indra yakni pendengaran, penglihatan, pengecap, peraba serta penciuman. namun berbanding terbalik dengan seseorang yang mempunyai gangguan halusinasi (Wahyuni *et al.*, 2024).

Penderita halusinasi biasanya tidak mampu memersepsikan stimulus yang diterima melalui pancaindra sehingga menganggap bahwa apa yang dilihat, didengar, dicium, dirasa, dan diraba adalah hal yang nyata dan benar terjadi, walaupun pada kenyataannya rangsangan tersebut tidak nyata. Biasanya stimulus-stimulus halusinasi tidak langsung menguasai diri seseorang itu sendiri, tergantung dari respon yang menyikapi masalah tersebut (Wahyuni *et al.*, 2024).



Tabel 2.1 Rentang Respon Halusinasi

a. Adaptif

Respon perilaku yang dapat diterima oleh norma sosial dan budaya disebut dengan respon adaptif. Perilaku tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah tersebut dapat diselesaikan dengan baik.

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

b. Maladaptif

Respon individu dalam menyelesaikan suatu masalah terjadi karena perilaku yang menyimpang dari norma dan keyakinan, sosial budaya dan lingkungan, respon individu ini disebut dengan respon maladaptif.

- 1) Gangguan pikiran adalah individu yang selalu mempertahankan pendapat dan keyakinannya, Dalam keadaan ini orang tersebut tidak mempermasalahkan, apakah pendapatnya salah atau benar. Kelainan pikiran tetap menegakkan keyakinannya sesuai apa yang ada dalam pikirannya, tanpa memandang pendapat dari orang lain.
- 2) Halusinasi ialah persepsi yang salah, karena tidak adanya sebab akibat dari rangsangan eksternal yang tidak realita atau tidak nyata.
- 3) Sulit Mengendalikan Emosi ialah suatu keadaan yang membuat seseorang menjadi emosi yang tertimbun dari hatinya, Misalnya iri dandengki pada orang lain.
- 4) Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.

Isolasi sosial merupakan perilaku yang menyimpan yang merasa kesendirian adalah sesuatu hal yang menyenangkan atau membuat dirinya lebih tenang, sehingga pada keadaan ini seseorang tersebut, lebih menyukai menyendiri dibandingkan bergaul dengan orang yang beradadi lingkungannya.

5. Tahapan Halusinasi

Menurut Refnandes (2023), setiap orang memiliki perbedaan dan keparahan halusinasi yang dideritanya. Terdapat 4 tahapan halusinasi yaitu:

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

Comforting merupakan fase menyenangkan dengan karakteristik nonpsikotik. Pada fase ini klien merasakan perasaan yang mendalam rasa cemas yang berlebihan, perasaan bersalah pada orang lain, dan rasa takut yang berlebih pada sesuatu hal. Sehingga menyebabkan klien mengalihkan pikirannya ke hal-hal yang menyenangkan untuk mengontrol kesepian, kecemasan, takut, dan rasa bersalah. Klien mengetahui pemikiran dan mengalaminya 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 menjijikkan dengan karakteristik psikotik ringan, dimana klien menyikapi suatu hal yang menjijikkan 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 dunianya 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 klien mulai lelah dan berhenti melawan halusinasinya, menjadikan halusinasinya menjadi hal menarik dan kemungkinan jika halusinasinya berhenti akan mengalami kesepian. Ciri-cirinya :

- 1) Mengikuti perintah dari halusinasinya
- 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) Halusinasinya menjadi atraktif
- 6) Perilaku menolak dan tidak mau mengikuti intruksi dari perawat maupun dari orang lain.

d. Tahap IV : Menguasai (*Conquering*)

Conquering merupakan fase panik, klien 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 :

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

6. Tanda dan Gejala

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) menyatakan tanda dan gejala halusinasi yaitu mayor dan minor sebagai berikut:

a. Gejala dan Tanda Mayor

- 1) Subjektif
 - a) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
 - b) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan

2) Objektif

- a) Distorsi sensori
- b) Respons tidak sesuai
- c) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu

b. Gejala dan Tanda Minor

1) Subjektif

Menyatakan kesal

2) Objektif

- a) Menyendiri
- b) Melamun
- c) Konsentrasi buruk
- d) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
- e) Curiga
- f) Melihat ke satu arah
- g) Mondar-mandir
- h) Bicara sendir

Terdapat dua data manifestasi klinis halusinasi atau tanda dan gejala halusinasi yaitu subjektif dan objektif (Wuryaningsih & Windarwati, 2018) adalah sebagai berikut :

a. Halusinasi Pendengaran

1) Data Subjektif :

- a) Klien mendengar sesuatu yang menyuruh klien melakukan sesuatu yang mengancam jiwa
- b) Klien mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
- c) Mendengar suara atau bunyi
- d) Klien mendengar suara meminta tolong atau menyuruhnya melakukan sesuatu, padahal orang tersebut sudah meninggal.
- e) Klien 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 dengancepat tanpa suara
- e) Pergerakan tangan yang tiba-tiba

b. Halusinasi Penglihatan

1) Data Subyektif :

- a) Dapat melihat orang yang sudah lama meninggal
- b) Dapat melihat makhluk gaib
- c) Dapat melihat bayangan yang tak kasat mata
- d) Dapat melihat hal yang menakutkan seperti moster, makhluk metodologi atau makhluk legenda pada zaman dahulu.
- e) Melihat cahaya yang sangat terang

2) Data obyektif :

- a) Tatapan mata yang tertuju pada suatu tempat tanpa ingin mengalihkan pandangan.
- b) Menunjuk ke arah tempat tersebut
- c) Ketakutan pada objek yang dilihat

c. Halusinasi Penciuman

1) Data Subyektif :

- a) Mencium bau yang menyengat seperti bau harum atau busuk yang tidak tertahankan.
- b) Klien mengatakan sering mencium bau sesuatu

2) Data obyektif :

- a) Ekspresi wajah tegang atau gelisah seperti sedang mencium
- b) Adanya gerakan hidung yang kempas-kempes atau cuping hidung
- c) Mengarahkan hidung ke tempat tertentu

d. Halusinasi Peraba

1) Data Subyektif :

- a) Klien merasakan seperti ada yang merayap dalam tubuhnya

- b) Merasakan ada sesuatu yang menggelitik, mencubit, atau mencakar tubuhnya
- c) Merasakan ada sesuatu di bawah kulit
- d) Merasakan terpaan panas dan dingin tanpa adanya rangsangan
- e) Merasa seperti tersengat aliran listrik yang tiba-tiba

2) Data Obyektif :

- a) Meraba permukaan kulit, mengusap atau menggaruk
- b) Tiba-tiba menggerakkan badannya
- c) Terus memegang area pada tubuhnya

e. Halusinasi Pengecap

1) Data Subyektif :

- a) Merasakan seperti sedang memakan atau meminum sesuatu
- b) Merasakan seperti ada makanan di dalam mulutnya sehingga orang tersebut mengunyah terus-menerus

2) Data obyektif :

- a) Seperti mengecap rasa sesuatu
- b) Mulutnya seperti mengunyah
- c) Terkadang meludah atau muntah

7. Patofisiologi

Proses halusinasi dibagi menjadi empat tahapan, yaitu memberikan rasa tenang, kecemasan sedang. Halusinasi umumnya merupakan sensasi yang menyenangkan dengan ciri-ciri yang menyebabkan klien merasa cemas, kesepian, bersalah, takut, dan berusaha memusatkan perhatian pada pikiran yang menimbulkan rasa takut atau pikiran tersebut. dihilangkan, pengalaman tersebut masih dalam kendali sadar (Wahyuni *et al.*, 2024).

Perilaku klien yang menjadi ciri Tingkat I (*Comforting*) adalah tersenyum atau tertawa, gerakan bibir pelan, gerakan mata cepat, respon verbal lambat, diam, dan konsentrasi. Menyalahkan, cemas berat, umumnya halusinasi, rasa antisipasi dengan ciri-ciri pengalaman indra yang menakutkan, perasaan dihantui oleh pengalaman indra tersebut, seseorang mulai merasa kehilangan kendali, dari orang lain menyebabkan penarikan diri (Wahyuni *et al.*, 2024).

Perilaku klien yang menjadi ciri Stadium II adalah peningkatan denyut jantung, laju pernapasan, dan tekanan darah, penurunan perhatian terhadap lingkungan sekitar, konsentrasi pada pengalaman sensorik, dan hilangnya kemampuan membedakan halusinasi dan kenyataan. Tingkat kendali dan kecemasan sangat berat, klien tidak mampu menyangkal pengalaman halusinasi, klien menyerah terhadap pengalaman indra (halusinasi) dan menerimanya, dan isi halusinasinya adalah menarik. Ketika pengalaman indra menyendiri berakhir (Wahyuni *et al.*, 2024).

Perilaku klien stadium III dapat berupa mengikuti perintah halusinasi, kesulitan berinteraksi dengan orang lain, berkurangnya perhatian terhadap lingkungan sekitar hanya beberapa detik, tidak mematuhi perintah perawat, dan terlihat gemetar serta berkeringat. Klien sangat dikendalikan oleh halusinasi dan tampak panik. Hal ini ditandai dengan suara dan pikiran yang terkesan mengancam jika tidak dipatuhi. Perilaku klien pada tahap ini antara lain perilaku panik, risiko cedera yang tinggi, kegelisahan atau katatonia, dan ketidakmampuan bereaksi terhadap lingkungan (Wahyuni *et al.*, 2024).

8. Pohon Masalah



Gambar 2.1 Pohon Masalah Halusinasi
Sumber: Wahyuni *et al.*, (2024)

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis menurut Refnandes (2023) pada klien halusinasi terbagi menjadi 2 yaitu terapi farmakologi dan terapi nonfarmakologi :

a. Terapi farmakologi

- 1) *Clorpromazin* yaitu sebagai antipsikotik dan antiemetik.

Obat ini digunakan untuk gangguan psikotik seperti *skizofrenia* dan pemakaian fase mania pada gangguan bipolar, gangguan ansietas, agitasi, anak yang terlalu aktif dalam melakukan aktivitasnya, serta gangguan *skizofrenia*. Efek yang kadang di timbulkan mulai dari hipertensi, hipotensi, kejang, sakit kepala, mual dan muntah serta mulut kering.

- 2) Haloperidol yaitu sebagai antipsikotik, butirofenon, neuroleptic. Obat ini digunakan untuk penanganan psikosis akut atau kronik bertujuan untuk pengendalian aktivitas yang berlebihan yang dilakukan oleh anak serta masalah perilaku yang menyimpang pada anak. Efek yang terkadang ditimbulkan dari obat ini adalah merasa pusing, mual-muntah, sakit kepala, kejang, anoreksia, mulut kering serta insomnia.

- 3) *Trihexypenidil* yaitu obat ini sebagai antiparkinson. Obat ini digunakan pada penyakit parkinson yang bertujuan untuk mengontrol kelebihan asetilkolin dan menyeimbangkan kadar defisiensi dopamine yang diikat oleh sinaps untuk mengurangi efek kolinergik berlebihan. Efek yang di timbulkan berupa perasaan pusing, mual atau muntah, mulut kering serta terjadinya hipotensi.

b. Terapi Nonfarmakologi

- 1) Terapi aktivitas kelompok yang sesuai dengan gangguan persepsi sensori halusinasi adalah kegiatan kelompok yang bertujuan untuk merangsang/menstimulus persepsi itu sendiri.

- 2) *Elektro Convulsif Therapy* (ECT), yaitu terapi listrik merupakan penanganan secara fisik dengan menggunakan arus listrik yang berkekuatan 75-100 volt, penanganan ini dapat meringankan gejala *skizofrenia* sehingga dengan cara ini penderita *skizofrenia* dapat kontak dengan orang lain.

- 3) Terapi Generalis

General Therapy atau terapi generalis adalah kemampuan mengontrol halusinasi sebagai upaya klien untuk mengenali

halusinasinya seperti isi halusinasi, waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi dan perasaan klien saat halusinasi muncul sehingga klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik, bersikap cuek, bercakap-cakap, melakukan kegiatan secara teratur serta minum obat dengan prinsip 8 benar (Keliat *et al.*, 2015).

Menurut Mundakir (2022) tujuan dilakukan terapi generalis adalah sebagai berikut :

- a) Membantu klien mengidentifikasi halusinasinya
- b) Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- c) Melatih klien mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek
- d) Melatih klien mengalihkan halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan secara teratur

Standar Operasional Prosedur (SOP) terapi generalis adalah sebagai berikut :

- a) Fase Prainteraksi
 - (1)Evaluasi mental perawat
 - (2)Mengumpulkan data tentang klien
- b) Fase Orientasi
 - (1)Membina hubungan saling percaya dengan klien
 - (2)Menanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai
 - (3)Menanyakan kabar dan keluhan klien
 - (4)Kontrak waktu tempat dan waktu
- c) Fase Kerja
 - (1)SP 1 : membina hubungan saling percaya, membantu klien mengenali halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi dan melatih cara ke 1: menghardik
 - (a) Membantu klien mengenali halusinasi

Perawat mencoba menanyakan pada klien tentang isi halusinasi (apa yang ingin didengar atau dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan perasaan klien

saat halusinasi muncul.

- (b) Melatih klien mengontrol halusinasi dan melatih klien melawan halusinasi dengan menghardik

Untuk membantu klien agar mampu mengontrol halusinasi perawat dapat mendiskusikan cara mengontrol halusinasi pada klien dengan menghardik. Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Klien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya. Kalau ini bisa dilakukan, klien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul. Mungkin halusinasi tetap ada namun dengan kemampuan ini klien tidak akan larut untuk menuruti apa yang ada dalam halusinasinya. Tahapan ini meliputi: menjelaskan cara menghardik halusinasi, memperagakan cara menghardik, meminta klien memperagakan ulang, memantau penerapan cara ini dan menguatkan perilaku klien

- (2)SP 2 : melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat

Melatih klien menggunakan obat secara teratur, agar klien 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 klien mengalami kekambuhan. Bila kekambuhan terjadi maka untuk mencapai kondisi seperti semula akan lebih sulit. Berikut ini tindakan keperawatan agar klien patuh menggunakan obat :

- (a) Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa
- (b) Jelaskan akibat bila obat tidak digunakan
- (c) Jelaskan akibat bila putus obat
- (d) Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat

- (e) Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 8 benar
- (3) SP 3: melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menemui orang lain dan bercakap-cakap

Mengontrol halusinasi dapat juga dengan bercakap- cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi fokus perhatian klien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut sehingga salah satu cara yang efektif untuk mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain

- (4) SP 4 : melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan aktivitas terjadwal

Libatkan klien dalam terapi modalitas untuk mengurangi risiko halusinasi yang muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan bimbingan klien membuat jadwal yang teratur, dengan beraktivitas secara terjadwal, klien tidak akan memiliki banyak waktu luang yang seringkali mencetuskan halusinasi. Oleh sebab itu, klien 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 :

- (a) Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi
- (b) Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh klien
- (c) Melatih klien melakukan aktivitas
- (d) 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
- (e) Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan, memberikan penguatan terhadap perilaku klien yang positif

C. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan jiwa yaitu mengumpulkan data objektif dan data subjektif dengan cara yang sistematis, dan bertujuan membuat penentuan tindakan keperawatan bagi individu, keluarga dan komunitas (Mukhrifah & Iskandar, 2014). Pengkajian pada klien gangguan persepsi halusinasi pendengaran adalah sebagai berikut :

a. Identitas Klien

Identitas Klien terdiri dari atas nama klien, umur, jenis kelamin, status perkawinan, Agama, tanggal masuk dan nomor rekam medik, informan, tanggal pengkajian, nomor rumah klien, dan serta alamat klien

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 dan marah ketakutan biasa terdapat disorientasi waktu tempat dan orang, tidak dapat mengurus diri dan tidak dapat melakukan kegiatan sehari-hari.

c. Faktor Predisposisi

Faktor ini berisiko dan dapat mempengaruhi individu untuk meningkatkan stres. Stres yang didapat dari individu itu sendiri maupun dari orang sekitarnya dan mengenai keturunan, perkembangan sosial kultural serta biokimia psikologis.

- 1) Faktor Perkembangan : Perkembangan terkadang menjadi faktor pemicu terjadinya stress, 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 klien mengalami stress, terlalu sering diajak berkomunikasi oleh hal yang tidak nyata yang berada di lingkungan, juga lingkungan sunyi/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, dari pengkajian ini pada gangguan halusinasi terkadang dapat ditemukan data berupa senyum sendiri, tertawa sendiri, bicara sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, menggerakkan mata dengan cepat, berbicara yang sangat pelan dan lambat, berusaha untuk

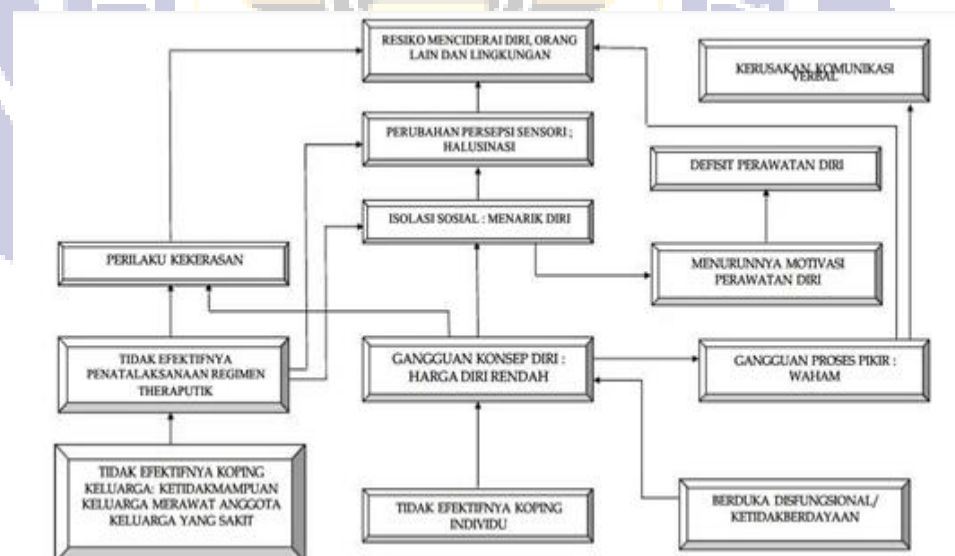
menghindari orang lain, menarik diri dari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata.

g. Mekanisme koping yaitu jika mendapatkan masalah, klien merasa takut berlebihan, dan tidak mau menceritakan kepada orang lain. Mekanisme koping yang digunakan klien sebagai usaha mengatasi kecemasan yang merupakan suatu kesepian nyata yang mengancam dirinya. Mekanisme koping yang sering digunakan pada halusinasi adalah :

- 1) Regresi : Tidak adanya keinginan beraktivitas bahkan berhari-hari.
- 2) Menarik diri : lebih nyaman dengan dunianya sendiri dan Sulit mempercayai orang lain.
- 3) Proyeksi : Mengalihkan tanggung jawab pada orang lain ketika terjadi perubahan persepsi

h. Aspek medik yaitu terapi yang diberikan klien untuk upaya penyembuhan bisa berupa terapi farmakologi psikomotor, terapi okupasional, TAK dan rehabilitas.

i. Pohon masalah



Bagan 2. 1 Pohon Masalah Keperawatan Jiwa

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis

keperawatan dibagi menjadi dua jenis yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis gangguan persepsi sensori merupakan jenis diagnosis negatif yang menunjukkan bahwa klien dalam keadaan sakit sehingga penegakkan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan. Diagnosis keperawatan dapat ditegakkan apabila data yang dikaji mencakup minimal 80% dari data mayor (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yaitu bagian dari proses keperawatan yang memuat berbagai intervensi untuk mengatasi pokok masalah dan mengupayakan meningkatkan derajat kesehatan klien. Adapun intervensi yang dilakukan pada klien 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 : Klien dapat mengontrol /mengendalikan halusinasi yang di alaminya.</p> <p>TUK :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya 2. Klien dapat mengenal halusinasinya 3. Klien dapat mengontrol halusinasinya 4. Klien dapat dukungan untuk mengontrol halusinasinya 	<p>Klien mampu mengontrol halusinasi yangdialaminya.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu menjelaskan halusinasinya kepada perawat (jenis, isi, frekuensi, situasi yang dapat menimbulkan halusinasi) 2. Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik 3. Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 4. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat dan kegunaan 5. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan rutinitas terjadwal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SP 1 : Membina hubungan saling percaya (BHSP), membantu klien mengenali halusinasinya, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, melatih cara ke-1 : menghardik. 2. SP 2 : Melatih klien melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat. 3. SP 3 : Melatih klien melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara menemui orang lain dan bercakap-cakap. 4. SP 4 : Melatih klien melakukan cara mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan aktivitas terjadwal.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa yang sesuai dengan yang diberikan pada masing-masing pokok permasalahan. Strategi pelaksanaan (SP) tindakan tersebut dimulai dari kontrak langsung kepada klien untuk membina hubungan saling percaya, kemudian melaksanakan tindakan keperawatan terapi generalis halusinasi (SP 1-4) yang meliputi pelaksanaan (SP 1) menghardik halusinasi, SP 2 melatih klien menggunakan obat secara teratur, SP 3 melatih bercakap-cakap dengan orang lain, SP 4 melatih klien beraktivitas secara terjadwal. Lakukan pendokumentasian pada semua tindakan yang dilakukan, kemudian tanyakan dan lihat respon klien (Nurfadilah, 2022).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah hasil dari tindakan yang telah dilakukan dan melihat perbandingan repon klien sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan, yaitu klien sudah dapat mengontrol halusinasinya, tidak terjadinya perilaku kekerasan (Nurfadilah, 2022), sehingga frekuensi halusinasi mengalami penurunan dan halusinasi terkontrol sesuai dengan penelitian Samal *et al.*, (2018). Evaluasi dapat dilakukan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir yaitu :

- a. Data Subyektif (S) : Respon subyektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- b. Data Obyektif (O) : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan atau menanyakan kembali apa yang telah diajarkan atau memberi umpan balik sesuai dengan hasil observasi.
- c. Analisa (A) : Analis ulang atas data subyektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.
- d. Planing (P) : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon klien terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut perawat.

Tabel 2.3
Kemampuan Klien terkait Halusinasi

Aspek	Keterangan
Mengenal Halusinasi	Klien dapat belajar untuk mengenali ciri-ciri halusinasi yang dialaminya, seperti jenis halusinasi (pendengaran, penglihatan, dll.), frekuensi, intensitas, dan faktor-faktor yang memicu atau memperburuknya
Mengontrol Halusinasi	Klien dapat mengembangkan berbagai strategi untuk mengontrol halusinasi, seperti menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas terjadwal, dan mengelola stres
Beradaptasi dengan Halusinasi	Klien dapat belajar untuk beradaptasi dengan halusinasi, seperti mencari cara untuk mengurangi dampaknya, menghindari situasi yang memicu halusinasi, dan mengembangkan kemampuan untuk menolak perintah halusinasi
Mencari Bantuan	Klien dapat belajar untuk meminta bantuan dari orang lain, seperti keluarga, teman, atau profesional kesehatan, ketika halusinasi menjadi terlalu mengganggu atau berbahaya
Menerapkan Strategi Pelaksanaan	Klien dapat mengikuti strategi pelaksanaan yang dirancang untuk membantu mereka mengontrol halusinasi, seperti strategi pelaksanaan 1-4 yang meliputi mengenali halusinasi, menghardik, minum obat teratur, dan aktivitas terjadwal.

D. Evident Base Practise (EBP)

Beberapa hasil penelitian sebelumnya yang digunakan oleh peneliti sebagai dasar melakukan tindakan.

Tabel 2.4.
Evidence Base Prattice (EBP)

Nama (Tahun)	Judul	Metodologi	Hasil Penelitian
Samal & Ahmad, (2018)	Pengaruh Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Klien Halusinasi Terhadap Kemampuan Klien Mengontrol Halusinasi Di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan	Jenis penelitian menggunakan penelitian pra-eksperimental : one- group pra-posttest design. 14 Responden Variabel Independen : Penerapan Asuhan Keperawatan Klien Halusinasi. Variabel Dependen : Kemampuan Mengontrol Halusinasi. Analisa data menggunakan uji T- Test dan Paired T Test	Berdasarkan uji paired samples test T Test , di dapatkan nilai mean -6.214 dan nilai t hasil - 18.581 lebih besar dari nilai tabel - 2.160 maka HO di tolak. Kesimpulan penelitian ini yaitu ada pengaruh penerapan asuhan keperawatan pada klien halusinasi terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi
Taqiyah & Jama, (2021)	Penerapan Terapi Generalis Pada Pasien Skizofrenia	Jenis penelitian ini adalah metode deskriptif pendekatan proses	Hasil studi kasus: pada tahap pengkajian sudah dilakukan sesuai dengan

Nama (Tahun)	Judul	Metodologi	Hasil Penelitian
	Dengan Masalah Keperawatan Halusinasi Pendengaran	keperawatan. 1 Responden. Variabel Independen : Penerapan Terapi Generalis. Variabel Dependen : Halusinasi Pendengaran	teori yaitu : halusinasi harus dikaji secara detail mengenai jenis halusinasi, isi, waktu, frekuensi, situasi yang menimbulkan halusinasi, dan respon klien terhadap halusinasi.
Efrayanti (2018)	Pengaruh Terapi Individu Generalis Dengan Pendekatan Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terhadap Frekuensi Halusinasi Pada Klien Halusinasi	Jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan quasi eksperimen dengan one group pretest- posttest. 13 Responden. Variabel Independen : Terapi individu generalis. Variabel Dependen : Frekuensi pada klien halusinasi. Analisa data menggunakan uji wilcoxon	Hasil uji wilcoxon didapatkan nilai $p=0,001$. Hal ini menunjukkan bahwa terapi individu generalis dengan pendekatan strategi pelaksanaan komunikasi efektif dalam menurunkan frekuensi halusinasi pada klien halusinasi di RSJ H.B Saanin Padang.

