

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP SKIZOFRENIA

1. Pengertian

Skizofrenia merupakan penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku yang aneh dan terganggu Videbeck, S.L. (2020). Sedangkan menurut WHO (2019) skizofrenia adalah gangguan mental yang ditandai dengan gangguan berpikir, mempengaruhi bahasa, persepsi, dan konsep diri. Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yakni “*Skizein*” yang dapat diartikan retak atau pecah (*split*) dan “*phren*” yang berarti pikiran, yang selalu dihubungkan dengan fungsi emosi. Dengan demikian seseorang yang mengalami skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau bisa dikatakan juga keretakan kepribadian serta emosi (Pima, 2020).

2. Etiologi

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

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Biologis

a) Faktor Genetik

Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari skizofrenia. Anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia tetapi diadopsi pada saat lahir oleh

keluarga tanpa riwayat skizofrenia masih memiliki risiko genetik dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki resiko 15%, angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

b) Faktor Neuroanatomii

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 massa prenatal karena tidak ditemukannya sel glia, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir.

c) Neurokimia

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

2) Faktor Pikologis

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

3) Faktor sosiokultural dan lingkungan

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

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia menurut Videbeck (2020) antara lain sebagai berikut:

1) Biologis

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

2) Lingkungan

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

3) Pemicu gejala

Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya

terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan seperti gizi buruk, infeksi. Berhubungan dengan seperti lingkungan rasa bermusuhan atau lingkungan yang penuh kritik. Berhubungan dengan sikap dan perilaku keputusasaan dan kegagalan.

3. Manifestasi Klinis

Menurut Mashudi (2021) manifestasi klinis skizofrenia dapat dibagi dalam dua yaitu gejala positif dan negatif. Selengkapnya 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 pasien berobat. Gejala-gejala positif yang diperlihatkan pasien skizofrenia yaitu :

- 1) Waham merupakan keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
- 2) Halusinasi adalah gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, pembau dan perabaan)
- 3) Perubahan Arus Pikir
 - a) Arus pikir terputus: dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan

- b) Inkoheren: berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).
 - c) Neologisme: menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
- 4) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan.
- 5) Merasa dirinya “orang besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.
- 6) Pikiran penuh dengan ketakutan sampai kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
- 7) Menyimpan rasa permusuhan.
- b. Gejala Negatif
- Gejala negatif skizofrenia merupakan gejala yang tersamar dan tidak mengganggu keluarga ataupun masyarakat, oleh karenanya pihak keluarga seringkali terlambat membawa pasien berobat. Gejala-gejala negatif yang diperlihatkan pada pasien skizofrenia yaitu :
- 1) Alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
 - 2) Isolasi sosial atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*).
 - 3) Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.

- 4) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- 5) Sulit dalam berpikir abstrak.
- 6) Pola pikir stereotip.

4. Patofisiologi

Skizofrenia disebabkan adanya ketidakseimbangan neurotransmitter di otak, terutama norepinefrin, serotonin, dan dopamine. Namun, proses patofisiologi skizofrenia masih belum diketahui secara pasti (Kaplan & Sadock, 2014). 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 (Abrams, Rojas, Arciniegas, 2018).

5. Jenis Skizofrenia

Menurut Mental Health UK (2022), terdapat delapan jenis skizofrenia yaitu:

a. Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia paranoid adalah jenis skizofrenia yang paling umum, ini mungkin berkembang dikemudian hari daripada bentuk lain. Gejalanya meliputi halusinasi atau delusi, tetapi ucapan dan emosi mungkin tidak terpengaruh.

b. Skizofrenia Hebephrenik

Skizofrenia hebephrenik juga dikenal sebagai skizofrenia tidak teratur, jenis skizofrenia ini biasanya berkembang saat berusia 15-25

tahun. Gejalanya meliputi perilaku dan pikiran yang tidak teratur, disamping delusi dan halusinasi yang berlangsung singkat. Pasien 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. Pasien mungkin sering beralih antara menjadi sangat aktif atau sangat diam. Pasien mungkin tidak banyak bicara dan mungkin meniru ucapan atau gerakan orang lain.

a. Skizofrenia Tak Terdiferensiasi

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

e. Skizofrenia Residual

Pasien 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. Penatalaksanaan Medis

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). Obat-obatan yang digunakan dalam terapi farmakologi skizofrenia yaitu golongan obat antipsikotik. Obat antipsikotik terbagi menjadi dua golongan, yaitu :

a. Antipsikotik tipikal

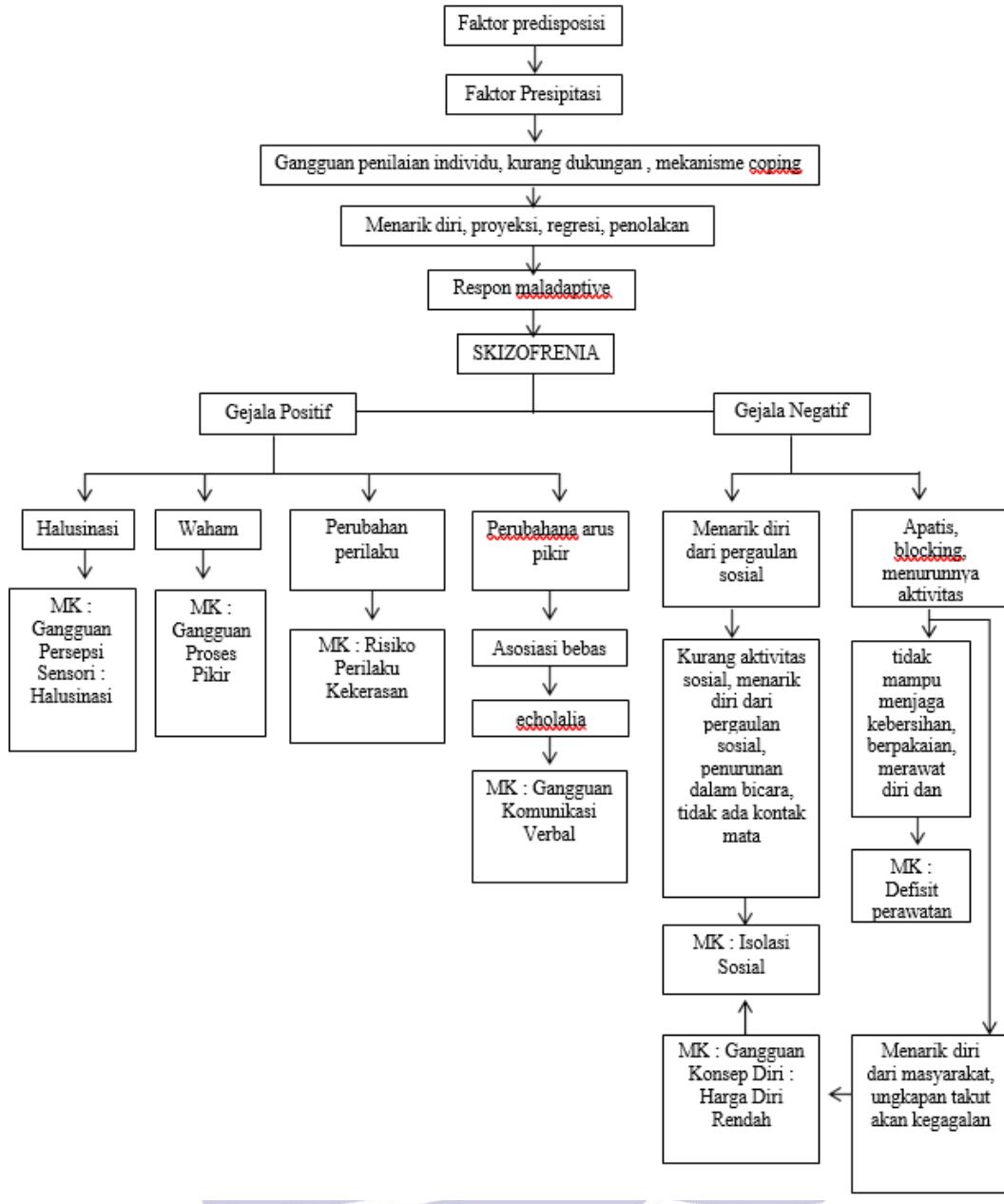
Merupakan antipsikotik generasi lama yang mempunyai aksi seperti dopamin. Antipsikoti ini lebih efektif untuk mengatasi gejala positif pada klien skizofrenia. berikut ini yang termasuk golongan obat antipsikotik tipikal :

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

- 4) Haloperidol dengan dosis harian 1-100 mg/hari
- b. Antipsikotik atipikal
- Aksi obat ini adalah mengeblok reseptor dopamin yang rendah.
- Antipsikotik atipikal ini merupakan pilihan dalam terapi skizofrenia karena mampu mengatasi gejala positif maupun negatif 14 pada pasien skizofrenia. berikut ini adalah daftar obat yang termasuk golongan obat antipsikotik atipikal :

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

7. Pathway Skizofrenia



Bagan 2.1 Pathway Skizofrenia

Sumber: Videbeck (2020) Mashudi (2021)

B. KONSEP HALUSINASI

1. Pengertian

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori tentang suatu objek atau gambaran dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya rangsangan dari

luar yang dapat meliputi semua sistem penginderaan dan hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberikan persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa adanya objek atau rangsangan yang nyata (Kusumawati, 2020). Menurut Keliat (2014) halusinasi adalah salah satu gejala gangguan sensori persepsi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa, klien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus nyata.

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

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 serebral
- f. Penyalahgunaan zat
- g. Usia lanjut
- h. Pemajaman toksin lingkungan

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

1) Faktor Predisposisi

a) Faktor perkembangan

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

b) Faktor sosiokultural

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

c) Faktor biologis

Faktor biologis mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang

maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogen neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak.

d) Faktor psikologis

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

e) Faktor sosial budaya

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

2) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang dipersepsi oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk menghadapinya. Seperti adanya rangsangan dari lingkungan, misalnya partisipasi pasien dalam kelompok, terlalu lama tidak diajak komunikasi, objek yang ada dilingkungan dan juga suasana sepi atau terisolasi, sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi. Hal tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang

tubuh mengeluarkan zat halusinogenik. Penyebab halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi (Oktaviani, 2022) yaitu :

a) 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.

b) Dimensi Emosional

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

c) Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan 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 pasien dan tidak jarang akan mengontrol semua perilaku pasien.

d) Dimensi Sosial

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

e) Dimensi spiritual

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

3. Mekanisme Terjadinya Halusinasi

Menurut Widiyawati (2020), setiap orang memiliki perbedaan dan halusinasi yang dideritanya. Terdapat 4 tahapan halusinasi yaitu:

1) Tahap I : rasa nyaman (*Comforting*)

Comforting merupakan fase menyenangkan dengan karakteristik nonpsikotik. Pada fase ini pasien merasakan perasaan yang mendalam rasa cemas yang berlebihan, perasaan bersalah pada orang lain, dan rasa takut yang berlebih pada sesuatu hal. Sehingga menyebabkan pasien mengalihkan pikirannya ke hal-hal

yang menyenangkan untuk mengontrol kesepian, kecemasan, takut, dan rasa bersalah. Pasien mengetahui pemikiran dan pengalamannya dan masih dapat dikontrol kondisinya. Ciri-cirinya yaitu:

- a) Tertawa, terbahak-bahak dan tersenyum tanpa sebab
 - b) Mulut komat kamit tanpa adanya suara
 - c) Pergerakan mata yang beralih dengan cepat
 - d) Berbicara dengan suara lambat
 - e) Diam dan asyik sendiri
- b. Tahap II : meenyalahkan (*Condeming*)

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

- a) Peningkatan saraf otonom, seperti meningkatnya nadi
- b) Perhatian menyempit
- c) Keasyikan dengan dunianya dan kehilangan mengontrol halusinasinya, hingga individu tersebut tidak dapat mengetahui perbedaan antara dunia nyata dan dunia fantasinya sendiri.
- d) Menyalahkan orang lain
- e) Isolasi

c. Tahap III : Mengontrol (*Controlling*)

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

- a) Mengikuti perintah dari halusinasinya
- b) Sukar berhubungan dengan orang lain
- c) Sedikit perhatian kepada orang lain/objek lain
- d) Terlihatnya tanda-tanda kecemasan berat seperti berkeringat dingin, tremor, dan tidak mau mengikuti arahan dari orang lain
- e) Halusinasinya menjadi atraktif
- f) Perilaku menolak dan tidak mau mengikuti intruksi dari perawat maupun dari orang lain.

d. Tahap IV : Menguasai (*Conquering*)

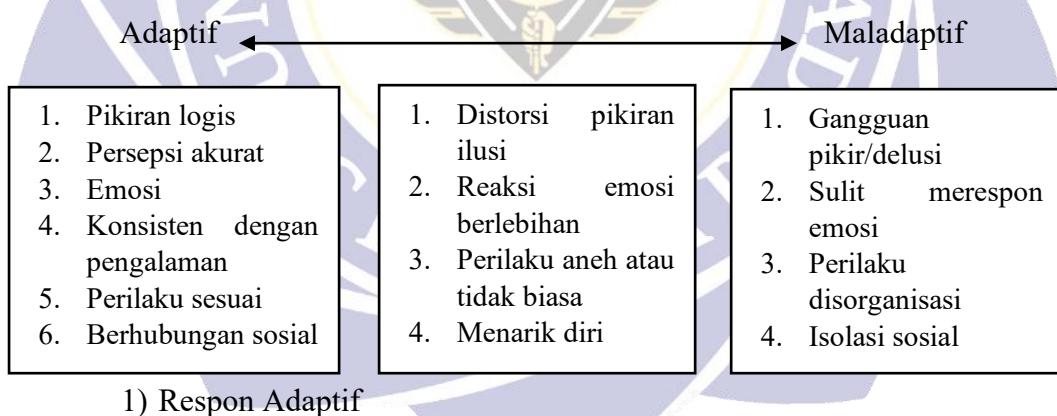
Conquering merupakan fase panik, pasien sudah melebur kedalam dunia halusinasinya, dengan karakteristik psikotik berat dimana pemikirannya mulai berbahaya dan jika tidak diatasi halusinasinya akan hilang beberapa jam atau hari. Ciri-cirinya :

- 1) Berperilaku yang tidak wajar
- 2) Potensi kuat suicide atau homicide
- 3) Perilaku kekerasan dan isolasi

- 4) Tidak bisa mengikuti perintah dari orang lain
4. Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori, waham merupakan gangguan pada isi pikiran. Keduanya merupakan gangguan dari respons neurobiologis. Oleh karenanya secara keseluruhan, rentang respons halusinasi mengikuti kaidah rentang respons neurobiologis (Nurhalimah, 2016). Rentang respon neurobiologis yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Rentang respon yang paling maladaptif adalah adanya waham, halusinasi, termasuk isolasi sosial menarik diri (Nurhalimah, 2016). Rentang respon digambarkan Nurhalimah (2016) seperti gambar di bawah ini.

Bagan 2.2 Rentang Respon Neurobiologis



1) Respon Adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma-norma social budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut. Respon adaptif meliputi :

- a) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
 - b) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman.
 - c) Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
 - d) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.
- 2) Respon Maladaptif
- Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan. Respon maladaptif meliputi:
- a) Kelainan pikiran adalah keyakianan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertetangan dengan kenyataan sosial.
 - b) Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
 - c) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
 - d) Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
 - e) Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

5. Jenis-Jenis Halusinasi

Menurut Pardede (2021), jenis halusinasi antara lain :

1) Halusinasi pendengaran (*auditorik*)

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

2) Halusinasi penglihatan (*visual*)

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

3) Halusinasi penghidung (*olfactory*)

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

4) Halusinasi peraba (*tactile*)

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

5) Halusinasi pengecap (*gustatory*)

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

6) Halusinasi *cenesthetik*

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

7) Halusinasi *kinesthetic*

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

6. Tanda dan Gejala

Menurut SDKI (2016) tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Adapun tanda dan gejala pasien halusinasi adalah sebagai berikut:

a. Data subyektif

- 1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
- 2) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan atau pengecapan.
- 3) Menyatakan kesal

b. Data obyektif

- 1) Distorsi sensori
- 2) Respons tidak sesuai
- 3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengelupas, meraba, atau mencium sesuatu
- 4) Menyendiri

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

1) Data Subjektif :

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

- e) Pasien mendengar suara untuk menyakiti dirinya sendiri maupun menyakiti orang lain.

2) Data Objektif:

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

7. Patofisiologi

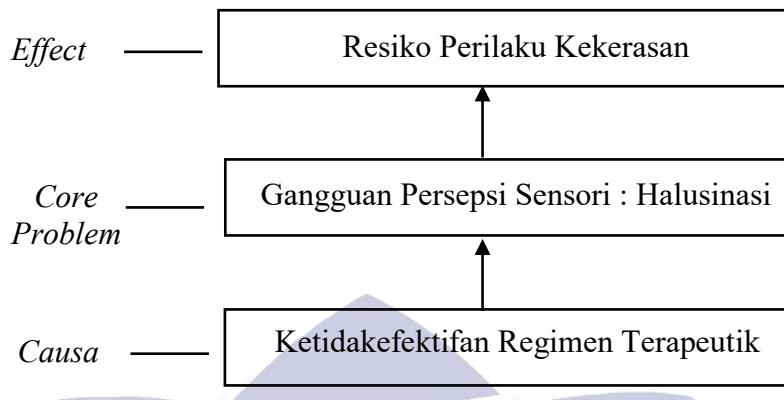
Proses halusinasi dibagi menjadi empat tahapan, yaitu memberikan rasa tenang, kecemasan sedang. Halusinasi umumnya merupakan sensasi yang menyenangkan dengan ciri-ciri yang menyebabkan klien merasa cemas, kesepian, bersalah, takut, dan berusaha memusatkan perhatian pada pikiran yang menimbulkan rasa 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



Bagan 2.3 Pohon Masalah Halusinasi

Sumber: Wahyuni *et al.*, (2024)

9. Penatalaksanaan Halusinasi

Menurut Rossyda 2019 (dalam Lase *et al.*, 2021) pengobatan harus secepat mungkin diberikan, disini peran keluarga sangat penting karena setelah mendapat perawatan di rumah sakit pasien dinyatakan boleh pulang sehingga keluarga mempunyai peranan yang sangat penting didalam hal merawat pasien, menciptakan lingkungan keluarga yang kondusif dan sebagai pengawas minum obat.

1) Farmakoterapi

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

a) Haloperidol (HLP)

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

(1) Indikasi

Manifestasi dari gangguan psikosis, *sindroma gilies de la tourette* pada anak-anak dan dewasa maupun pada gangguan perilaku yang berat pada anak-anak.

(2) Kontra Indikasi

Depresi sistem syaraf pusat atau keadaan koma, penyakit parkinson, hipersensitif terhadap haloperidol.

(3) Cara Pemberian

Dosis oral untuk dewasa 1-6 mg sehari yang terbagi menjadi 6-15 mg untuk keadaan berat. Dosis parenteral untuk dewasa 2-5 mg intramuskuler setiap 1-8 jam, tergantung kebutuhan.

(4) Efek Samping

Mengantuk, kaku, tremor, lesu, letih, gelisah, gejala ekstrapiramidal atau pseudoparkinson. Efek samping yang jarang adalah nausea, diare, konstipasi, hipersalivasi, hipotensi, gejala gangguan otonomik. Efek samping yang sangat jarang yaitu alergi, reaksi hematologis. Intoksikasinya adalah bila pasien memakai dalam dosis melebihi dosis terapeutik dapat timbul kelemahan otot atau kekakuan, tremor, hipotensi, sedasi, koma, depresi pernapasan.

b) Chlorpromazine (CPZ)

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

(1) Indikasi

Untuk mensupresi gejala-gejala psikosis: agitasi, ansietas, ketegangan, kebingungan, insomnia, halusinasi, waham, dan gejala-gejala lain yang biasanya terdapat pada penderita skizofrenia, manik depresi, gangguan personalitas, psikosa involution, psikosis masa kecil.

(2) Kontra Indikasi

Sebaiknya tidak diberikan kepada pasien dengan keadaan koma, keracunan alkohol, barbiturate atau narkotika, dan penderita yang hipersensitif terhadap derifat fenothiazine.

(c) Cara Pemberian

Untuk kasus psikosis dapat diberikan per oral atau suntikan intramuskuler. Dosis permulaan adalah 25-100 mg dan diikuti peningkatan dosis hingga mencapai 300 mg perhari.

Dosis ini dipertahankan selama satu minggu. Pemberian dapat dilakukan satu kali pada malam hari atau dapat diberikan tiga kali sehari. Bila gejala psikosis belum hilang, dosis dapat dinaikkan secara perlahan-lahan sampai 600-900 mg perhari.

(d) Efek Samping

Lesu dan mengantuk, hipotensi orthostatik, mulut kering, hidung tersumbat, konstipasi, amenore pada wanita, hiperpireksia atau hipopireksia, gejala ekstrapiramida. Intoksikasinya untuk penderita non psikosis dengan dosis yang tinggi menyebabkan gejala penurunan kesadaran karena depresi susunan syaraf pusat, hipotensi, ekstrapiramidal, agitasi, konvulsi, dan perubahan gambaran irama EKG. Pada penderita psikosis jarang sekali menimbulkan intoksikasi.

(e) Trihexilpenidyl (THP)

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

(1) Indikasi

Untuk penatalaksanaan manifestasi psikosis khususnya gejala skizofrenia.

(2) Kontra Indikasi

Pada depresi susunan syaraf pusat yang hebat, hipersensitif terhadap fluphenazine atau ada riwayat sensitif terhadap phenotiazine. Intoksikasi biasanya terjadi gejala- gejala sesuai dengan efek samping yang hebat. Pengobatan over dosis: hentikan obat berikan

terapi simptomatis dan suportif, atasihipotensi dengan levarteronol hindari menggunakan ephineprine.

(3) Cara Pemberian

Dosis dan cara pemberian untuk dosis awal sebaiknya rendah (12,5 mg) diberikan tiap 2 minggu. Bila efek samping ringan, dosis ditingkatkan 25 mg dan interval pemberian diperpanjang 3-6 mg setiap kali suntikan, tergantung dari respon pasien. Bila pemberian melebihi 50 mg sekali suntikan sebaiknya peningkatan perlahan-lahan.

(4) Efek Samping

Penglihatan buram, kulit memerah (*flushing*), pusing atau sakit kepala, mulut kering, mual atau muntah, konstipasi, kantuk, kelelahan, rasa cemas atau gugup.

2) Terapi Non Farmakologi

a) Kejang Listrik (*Electro Compulsive Therapy*), terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmal secara artifisial dengan melewatkannya aliran listrik melalui elektrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik dapat diberikan pada skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 jole/detik.

b) Psikoterapi dan Rehabilitasi, psikoterapi suportif individual atau kelompok sangat membantu karena berhubungan

dengan praktis dengan maksud mempersiapkan pasien kembali ke masyarakat, selain itu terapi kerja sangat baik untuk mendorong pasien bergaul dengan orang lain, pasien lain, perawat dan dokter. Maksudnya supaya pasien tidak mengasingkan diri karena dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik, dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama, seperti terapi modalitas yang terdiri dari : terapi aktivitas: terapi musik (fokus: mendengar, memainkan alat musik, bernyanyi. Yaitu menikmati dengan relaksasi musik yang disukai pasien), terapi seni (fokus: untuk mengekspresikan perasaan melalui berbagai perasaan melalui berbagai pekerja seni), terapi menari (fokus: ekspresi perasaan melalui gerakan tubuh). Terapi Relaksasi. Belajar dan praktik relaksasi dalam kelompok. Rasional: untuk coping/perilaku maladaptif/deskriptif, meningkatkan partisipasi dan kesenangan pasien dalam kehidupan. Terapi Sosial. Pasien belajar bersosialisasi dengan pasien lain.Terapi Kelompok. TAK stimulus persepsi : Halusinasi Terapi Lingkungan. Suasana di rumah sakit dibuat seperti suasana di dalam keluarga (*home like atmosphere*).

c) Terapi Generalis

Menurut Keliat & Akemat (2016), terapi generalis merupakan tindakan generalis halusinasi yang terdiri atas 4 SP (Strategi Pelaksanaan), yaitu membantu pasien mengenal

halusinasi dan melatih menghardik Halusinasi, minum obat teratur, bercakap-cakap dengan orang lain, serta melakukan kegiatan terjadwal. Pada pelaksanaan SP ke 4 yaitu mengontrol Halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal, dimana pada SP ini pasien dengan halusinasi melakukan aktivitas sehari-hari yang biasa dilakukan oleh pasien untuk membantu pasien menyibukkan diri dan mengabaikan halusinasinya. Tahapan terapi generalis diantaranya:

- a) Membantu pasien mengenali halusinasi Perawat mencoba menanyakan pada pasien tentang isi halusinasi (apa yang ingin didengar atau dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan perasaan pasien saat halusinasi muncul.
- b) Melatih pasien mengontrol halusinasi. Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol halusinasi perawat dapat mendiskusikan empat cara mengontrol halusinasi pada pasien. Keempat cara tersebut meliputi :
 - (1) Strategi Pelaksanaan (SP 1) : Menghardik halusinasi Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya. Kalau ini bisa dilakukan,

pasien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul. Mungkin halusinasi tetap ada namun dengan kemampuan ini pasien tidak akan larut untuk menuruti apa yang ada dalam halusinasinya. Tahapan ini meliputi:

- (a) Menjelaskan cara menghardik halusinasi.
 - (b) Memperagakan cara menghardik.
 - (c) Meminta pasien memperagakan ulang.
 - (d) Memantau penerapan cara ini, menguatkan perilaku pasien.
 - (e) Bercakap-cakap dengan orang lain.
 - (f) Melakukan aktivitas terjadwal.
 - (g) Menggunakan obat secara teratur.
- (2) Strategi Pelaksanaan (SP 2): Melatih pasien menggunakan obat secara teratur.

Agar pasien mampu mengontrol halusinasi maka perlu dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Klien gangguan jiwa yang dirawat di rumah seringkali mengalami putus obat sehingga akibatnya pasien mengalami kekambuhan. Bila kekambuhan terjadi maka untuk mencapai 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 (delapan) benar.

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

Mengontrol halusinasi dapat juga dengan bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi, fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut terjadwal, pasien tidak akan memiliki banyak waktu luang yang seringkali mencetuskan halusinasi. Oleh sebab itu, pasien yang mengalami halusinasi bisa dibantu untuk mengatasi halusinasinya dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu. Tahap intervensinya sebagai berikut :

- (a) Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.
- (b) Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien.

- (c) Melatih pasien 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 pasien yang positif. sehingga salah satu cara yang efektif untuk mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

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

Libatkan pasien 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, pasien tidak akan memiliki banyak waktu luang yang seringkali mencetuskan halusinasi. Oleh sebab itu, pasien yang mengalami halusinasi bisa dibantu untuk mengatasi halusinasinya dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu. Tahap intervensinya sebagai berikut :

- (a) Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.
- (b) Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien.
- (c) Melatih pasien 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 pasien yang positif.

C. ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Menurut Nurlaila, 2019 (dalam Wulandari & Pardede, 2020) pengkajian adalah proses untuk tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Pengelompokkan data pengkajian kesehatan jiwa, dapat berupa faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber coping, dan kemampuan yang dimiliki. Pengkajian pada pasien gangguan persepsi halusinasi pendengaran adalah sebagai berikut :

a. Identitas Klien

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

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 beresiko dan dapat mempengaruhi individu untuk meningkatkan stress. Stress 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 pasien 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. Pengkajian Fisik yaitu hasil pengukuran tanda vital (TD, nadi, suhu, pernapasan, TB, BB) dan keluhan fisik yang dialami oleh klien. Terjadi peningkatan denyut jantung pernapasan dan tekanan darah.
- f. Pengkajian Psikososial yaitu genogram minimal 3 generasi yang menggambarkan hubungan klien dengan keluarga, masalah yang

terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, pola asuh, pertumbuhan individu dan keluarga.

g. 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.
- 6) 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.

- h. Mekanisme coping yaitu jika mendapatkan masalah, pasien merasa takut berlebihan, dan tidak mau menceritakan kepada orang lain. Mekanisme coping yang digunakan pasien sebagai usaha mengatasi kecemasan yang merupakan suatu kesepian nyata yang mengancam dirinya. Mekanisme coping yang sering digunakan pada halusinasi adalah :
- a. Regresi : Tidak adanya keinginan beraktivitas bahkan berhari-hari.
 - b. Menarik diri : lebih nyaman dengan dunianya sendiri dan Sulit mempercayai orang lain.
 - c. Proyeksi : Mengalihkan tanggung jawab pada orang lain ketika terjadi perubahan persepsi.
- i. Aspek medik yaitu terapi yang diberikan pasien untuk upaya penyembuhan bisa berupa terapi farmakologi psikomotor, terapi okupasional, TAK dan rehabilitas.
2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan masalah keperawatan klien yang mencakup respon sehat adaptif atau maladaptif serta stressor yang menunjang (Kusumawati & Hartono, 2011). Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis yaitu

diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis gangguan persepsi sensori merupakan jenis diagnosis negatif yang menunjukkan bahwa pasien dalam keadaan sakit sehingga penegakkan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan. Gangguan persepsi sensori termasuk kategori diagnosis aktual yang terdiri dari *problem* (masalah) dan *sign and symptom* (tanda dan gejala). Gangguan persepsi sensori adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan, atau terdistrosi, adapun etiologi atau penyebab dari gangguan persepsi sensori yaitu isolasi sosial (PPNI, 2016).

Tanda dan gejala gangguan persepsi sensori auditory dilihat dari data subjektif dan objektif. Tanda dan gejala mayor berupa data subjektif yaitu pasien mendengar suara bisikan, sedangkan data objektif yaitu distorsi sensori, respons tidak sesuai, dan bersikap seolah mendengar sesuatu. Tanda dan gejala minor, data subjektif yaitu pasien mengatakan kesal, sedangkan data objektif yaitu menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi, cuitga, melihat ke satu arah, mondar-mandir, dan berbicara sendiri. Diagnosis keperawatan dapat ditegakkan apabila data yang dikaji mencakup minimal 80% dari data mayor (PPNI, 2016).

3. Intervensi Keperawatan

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

- 1) Bantu pasien mengenal halusinasinya meliputi isi, waktu terjadi halusinasi, frekuensi, perasaan saat terjadi halusinasi, respon pasien terhadap halusinasi, mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.
- 2) Meminum obat secara teratur.
- 3) Melatih bercakap-cakap dengan orang lain.
- 4) Menyusun kegiatan terjadwal dan dengan aktivitas.

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

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

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

4. Implementasi Keperawatan

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

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Adapun pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing-masing masalah utama. Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan pasien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan, dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan serta respon klien (Gasril *et al.*, 2021).

Menurut Keliat, Hamit, & Putri, 2019 (dalam Lase *et al.*, 2021) tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien tidak hanya berfokus pada masalah halusinasi sebagai diagnosa penyerta lain. Hal ini dikarenakan tindakan yang dilakukan saling berkontribusi terhadap tujuan akhir yang akan dicapai. Tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa gangguan persepsi sensori halusinasi meliputi

pemberian tindakan keperawatan: terapi generalis (SP 1-4). yang meliputi pelaksanaan (SP 1) menghardik halusinasi, SP 2 melatih pasien menggunakan obat secarateratur, SP 3 melatih bercakap-cakap dengan orang lain, SP 4 melatih pasienberaktivitas secara terjadwal. Lakukan pendokumentasian pada semua tindakan yang dilakukan, kemudian tanyakan dan lihat respon pasien Hafizudiin, 2016 (dalam Nurfadilah, 2022).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan, dimana kegiatan ini dilakukan terus menerus untuk menentukan apakah rencana efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan (Manurung, 2011). Evaluasi meliputi respon perilaku dan emosi lebih terkendali yang sudah tidak mengamuk lagi, bicara dan tertawa sendiri, sikap curiga, perasaan cemas dan berat, serta pasien mempercayai perawatnya, pasien menyadari bahwa yang dialaminya tidak ada objeknya, pasien dapat mengontrol halusinasi. Sehingga, persepsi pasien mulai membaik, pasien dapat menjelaskan hal yang nyata dan tidak nyata. Pada keluarga mampu menjelaskan masalah halusinasi yang nyata dan tidak nyata. Pada keluarga mampu menjelaskan masalah halusinasi yang dialami oleh pasien, mampu menjelaskan cara merawat pasien, mampu memperagakan cara bersikap terhadap pasien (Yusuf, *et al.*, 2015).

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

S: Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O: Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A: Analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah baru atau ada yang kontraindikasi dengan masalah yang ada.

P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.

D. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

Tabel 2. 2
Artikel dan Jurnal Pendukung

No	Penulis/Tahun	Judul Penelitian	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen,Analisis)	Hasil
1.	Sesly Aladin Tangahu, Firmawati, Sabirin B Syukur (2023)	Pengaruh Tindakan Generalis Terhadap Penurunan Frekuensi Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi di Ruang Rawat Inap Jiwa Rumah Sakit Umum Daerah Tombulilato	Jenis penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan <i>quasi experiment one group (pretest-posttest)</i> dengan jumlah sampel sebanyak 18 Responden <i>Variable Independent</i> dalam penelitian ini adalah generalis dengan Tindakan Generalis dan penurunan frekuensi <i>Variable Dependent</i> adalah gangguan persepsi Penurunan Frekuensi Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Instrumen dalam penelitian ini adalah lembar observasi Analisa data menggunakan uji <i>wilcoxon</i>	Hasil penelitian setelah dilakukan uji <i>wilcoxon</i> dengan didapatkan hasil atau nilai $\alpha = 0,000$ dimana nilai α lebih rendah dari nilai $p (0.005)$ yang artinya terdapat hubungan antara tindakan terapi generalis dengan gangguan persepsi sensori halusinasi di Rumah Sakit Umum Daerah Tombulilato Kabupaten Bone Bolango.
2.	Yunita Rizky Amanda, Shinta, Veby Francisca Rozi (2023)	Pengaruh Terapi Generalis Sp 1-4 Terhadap Kemampuan Pasien Mengontrol Halusinasi Dengar Di Rumah Sakit Khusus Jiwa Provinsi Bengkulu	Jenis penelitian ini adalah Pra-Experimental Design dengan pendekatan Pretest-Posttest one Group. penelitian ini menggunakan teknik Purposive Sampling Sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu 15 responden. <i>Variable Independent</i> dalam penelitian ini adalah Terapi Generalis SP 1-4 Halusinasi dan <i>Variable Dependent</i> adalah kemampuan mengontrol halusinasi Instrumen dalam penelitian ini menggunakan lembar kuesioner Analisa datamenggunakan uji Wilcoxon Ranks Test.	Hasil penelitian setelah dilakukan uji <i>wilcoxon</i> didapatkan hasil atau nilai $\alpha = 0,000$ dimana nilai α lebih rendah dari nilai $p (0.005)$ yang artinya adanya pengaruh terapi generalis SP 1-4 terhadap kemampuan mengontrol halusinasi pasien yang dirawat di rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Bengkulu.
3.	Rizky Gumlilang Pahlawan,	Menghardik Halusinasi Skizofrenia	Klien Jenis penelitian ini adalah metode kualitatif dengan pendekatan Fenomenologi teknik Purposive Sampling	Menghardik merupakan teknik terapi yang masih efektif digunakan

Nugraha, Arie
Ananta Fauzi
(2024)

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu 8 responden.

Variable Independent dalam penelitian ini adalah Menghardik Halusinasi Instrumen dalam penelitian ini berupa wawancara Analisa data menggunakan uji *content analysis*

untuk mengurangi halusinasi pada klien dengan skizofrenia. pada penelitian ini didapatkan beberapa kegiatan yang dilakukan untuk mengurangi halusinasi diantaranya adalah olahraga, menonton televisi, bermain game serta melakukan aktivitas religious

