

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. Konsep Medis: Skizofrenia

1. Pengertian

Skizofrenia merupakan gangguan neurologis yang memengaruhi persepsi, pola pikir, emosi, bahasa, dan perilaku sosial seseorang. Penderitanya cenderung menarik diri dari lingkungan, menghindari hubungan sosial, serta hidup dalam dunia yang diciptakan oleh pikirannya sendiri, seringkali disertai halusinasi berlebihan. Halusinasi adalah gangguan persepsi di mana seseorang merasakan sesuatu melalui panca indra tanpa adanya rangsangan nyata. Pada pasien skizofrenia, 70% mengalami halusinasi pendengaran, 20% penglihatan, 20% gabungan pendengaran dan penglihatan, serta 10% jenis lainnya. Jenis halusinasi yang paling umum pada skizofrenia adalah pendengaran. Gangguan ini ditandai oleh adanya sensasi palsu berupa suara, gambar, bau, rasa, sentuhan, atau gerakan yang berasal dari persepsi individu, bukan dari lingkungan nyata (Livana *et al.*, 2020).

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang memengaruhi berbagai aspek seperti pola pikir, komunikasi, persepsi, emosi, dan perilaku. Kondisi ini ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi, serta perilaku yang tidak wajar. Skizofrenia termasuk gangguan jiwa berat yang tidak hanya menimbulkan stres bagi penderitanya, tetapi juga bagi keluarganya. Gangguan ini menyebabkan distorsi dalam pikiran, persepsi, emosi, dan perilaku, sehingga pasien berisiko mengalami perubahan perilaku agresif secara tiba-tiba. Oleh karena itu, dukungan keluarga sangat penting dalam merawat dan memberikan perhatian khusus kepada pasien skizofrenia (Jannah & Gati, 2023).

2. Etiologi

Menurut Zulaikha & Bines, (2023) Skizofrenia dapat disebabkan 2 faktor yaitu:

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Biologis

1) Faktor genetik

Faktor genetik merupakan penyebab utama terjadinya skizofrenia. Anak yang memiliki orang tua biologis dengan skizofrenia tetap memiliki risiko keturunan meskipun diadopsi oleh keluarga tanpa riwayat gangguan tersebut. Penelitian menunjukkan, anak dengan satu orang tua penderita skizofrenia memiliki risiko sebesar 15%, dan angka ini meningkat hingga 35% apabila kedua orang tuanya mengalami skizofrenia.

2) Faktor *neuroanatomi*

Penelitian menunjukkan bahwa penderita skizofrenia memiliki volume jaringan otak yang lebih sedikit, yang dapat mencerminkan gangguan perkembangan atau kehilangan jaringan otak. Hasil pemeriksaan *CT-Scan* memperlihatkan adanya pelebaran ventrikel dan atrofi pada korteks otak, sementara pemeriksaan *PET* menunjukkan penurunan aliran oksigen dan metabolisme glukosa di area *korteks frontal*. Secara konsisten, riset menemukan adanya penurunan volume dan fungsi abnormal di area *frontal* dan *temporal* otak penderita skizofrenia.

Bagian otak yang banyak diteliti terkait skizofrenia meliputi sistem *limbik* dan *ganglia basalis*. Otak pasien skizofrenia tampak berbeda dibandingkan individu normal, dengan ventrikel yang melebar, berkurangnya massa abu-abu, serta perubahan aktivitas metabolik di beberapa area. Pemeriksaan jaringan otak juga menunjukkan kelainan distribusi sel yang terjadi sejak masa *prenatal*, tanpa

ditemukannya sel *glia* yang biasanya muncul akibat cedera otak pasca kelahiran.

3) *Neurokimia*

Penelitian di bidang *neurokimia* secara konsisten menunjukkan adanya perubahan pada sistem *neurotransmiter* di otak penderita skizofrenia. Pada individu normal, sinyal persepsi diteruskan dengan baik ke sambungan sel saraf, menghasilkan respons emosional, pikiran, dan tindakan yang sesuai dengan situasi. Sebaliknya, pada penderita skizofrenia proses penyampaian sinyal tersebut terganggu, sehingga tidak dapat mencapai sambungan sel saraf secara normal.

b. Faktor Psikologis

Skizofrenia dapat muncul akibat kegagalan individu dalam menyelesaikan tahap perkembangan psikososial di awal kehidupan. Misalnya, ketika seorang anak tidak mampu membangun hubungan saling percaya, hal ini dapat menimbulkan konflik batin yang menetap seumur hidup. Pada kasus skizofrenia berat, terlihat ketidakmampuan dalam menghadapi masalah, gangguan identitas dan ketidakmampuan mengendalikan diri.

c. Faktor Sosiolokultural dan Lingkungan

Faktor sosiolokultural dan lingkungan berperan dalam munculnya skizofrenia, di mana individu dari kelompok sosial ekonomi rendah cenderung lebih banyak mengalami gejala dibandingkan mereka yang berasal dari kelas sosial lebih tinggi. Kondisi ini berkaitan dengan kemiskinan, lingkungan tempat tinggal yang padat, gizi buruk, kurangnya perawatan selama kehamilan, keterbatasan sumber daya untuk mengatasi stres, serta perasaan putus asa.

2. Faktor Presipitasi

a. Biologis

Stresor biologis yang berkaitan dengan respon *neurobiologis* maladaptif mencakup gangguan pada sistem

komunikasi dan umpan balik di otak yang berperan dalam pengolahan informasi. Selain itu, terdapat kelainan pada mekanisme penyaring rangsangan di otak, sehingga individu mengalami kesulitan dalam merespons stimulus secara selektif. Contohnya seorang pasien skizofrenia bisa merasa terganggu hanya karena suara kipas angin atau cahaya lampu, karena otaknya tidak mampu membedakan mana stimulus yang perlu direspon dan mana yang bisa diabaikan.

b. Lingkungan

Batas kemampuan individu dalam menghadapi stres yang dipengaruhi oleh faktor biologis akan berinteraksi dengan tekanan dari lingkungan, sehingga bersama-sama dapat memengaruhi munculnya gangguan pada pikiran. Contohnya Seseorang yang tinggal di lingkungan penuh tekanan memiliki risiko lebih tinggi mengalami skizofrenia dibandingkan orang yang tumbuh di lingkungan stabil.

c. Pemicu Gejala

Pemicu adalah faktor awal dan rangsangan yang kerap menyebabkan munculnya episode baru suatu gangguan. Biasanya, pemicu ini berkaitan dengan respons neurobiologis yang maladaptif, serta dipengaruhi oleh kondisi kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu. Contohnya Pasien skizofrenia yang mengalami stres berat akibat kehilangan pekerjaan bisa mengalami kekambuhan gejala halusinasi.

3. Manifestasi Klinis

Gejala skizofrenia berdasarkan Muthmainnah & Amris, (2024) dapat dibagi menjadi 3 kategori yaitu:

a. Gejala positif

Gejala positif mencakup halusinasi dan waham (delusi), yang muncul akibat peningkatan aktivitas dopamin secara berlebihan di wilayah *mesolimbik* otak. Gejala positif merupakan penambahan

pengalaman atau perilaku abnormal yang sebelumnya tidak ada pada individu tersebut.

Beberapa bentuk gejala positif yang nyata, antara lain:

- 1) Halusinasi: Persepsi palsu tanpa rangsangan nyata. Yang paling sering terjadi adalah halusinasi *auditorik*, yaitu mendengar suara-suara yang tidak ada sumbernya, seperti suara menyuruh, mengejek, atau mengomentari diri sendiri.
- 2) Waham (Delusi): Keyakinan yang salah dan tidak sesuai dengan kenyataan, namun tetap dipegang teguh meskipun sudah ada bukti yang menunjukkan sebaliknya. Contohnya seperti waham kejaran (merasa dibuntuti atau diburu), waham kebesaran (merasa memiliki kekuatan khusus atau menjadi tokoh penting), atau waham religius (merasa diutus Tuhan atau memiliki misi spiritual besar).
- 3) Perilaku tidak terorganisir: Termasuk tindakan yang tidak sesuai konteks, seperti tertawa atau marah tanpa alasan, berpakaian tidak sesuai waktu/tempat, atau melakukan gerakan berulang tanpa tujuan.
- 4) Pembicaraan yang kacau (*disorganized speech*): Bicara yang tidak runtut, melompat-lompat topik, atau bahkan tidak bisa dipahami sama sekali oleh lawan bicara (disebut juga *word salad*).

Gejala positif lebih mudah dikenali dibanding gejala negatif karena tampak jelas dan sering menjadi alasan utama pasien dibawa ke pelayanan kesehatan jiwa.

b. Gejala negatif

Gejala negatif ditandai dengan respons emosi yang datar atau tumpul, sikap apatis, hilangnya minat terhadap kesenangan (*anhedonia*), menarik diri dari lingkungan sosial, dan gangguan dalam berbicara (*alogia*). Gejala ini cenderung lebih sulit dikenali maupun diatasi. Secara umum, gejala negatif utama dikenal dengan istilah 5A, yaitu *apathy* (apatis), *avolition* (kehilangan motivasi),

alogia (kemiskinan bicara), *affective blunting* atau *incongruity* (afek tumpul atau tidak sesuai), serta *asocial* atau *anhedonia* (hilangnya minat berinteraksi dan ketidakmampuan merasakan kesenangan).

- 1) *Apathy* adalah kondisi di mana individu kehilangan ketertarikan terhadap aktivitas pribadi maupun kegiatan lainnya.
- 2) *Avolition* menggambarkan ketidakmampuan untuk memulai atau menyelesaikan suatu tugas, sehingga penderita cenderung menghindari aktivitas dan menghabiskan waktu tanpa melakukan apa pun.
- 3) *Alogia* adalah istilah untuk kemiskinan bicara, ditandai dengan sedikitnya percakapan spontan dan jawaban yang sangat singkat saat berbicara.
- 4) *affective blunting* adalah penurunan ekspresi emosi yang terlihat dari berkurangnya mimik wajah, kontak mata, serta gerak tubuh.
- 5) *Affective incongruity* adalah kondisi di mana ekspresi emosi tidak sesuai dengan situasi yang dihadapi, sehingga dapat terlihat aneh atau tidak wajar di mata orang lain.

Gejala negatif skizofrenia sering kali berkaitan dengan perjalanan penyakit yang buruk dan meningkatkan risiko disabilitas. Secara umum, gejala negatif terbagi menjadi dua jenis, yaitu gejala negatif primer yang merupakan bagian dari gejala utama skizofrenia itu sendiri, dan gejala negatif sekunder yang muncul akibat efek samping penggunaan obat antipsikotik.

c. Gangguan kognitif

Gangguan kognitif pada skizofrenia berupa disfungsi dalam kemampuan berpikir, yang mencakup masalah perhatian, memori, dan fungsi eksekutif. Gangguan ini berkaitan dengan area *korteks frontal* otak (*hipofrontalitas*). Disfungsi kognitif tersebut melibatkan gangguan atensi, yang mencakup tiga fungsi utama: kewaspadaan, orientasi, dan kontrol eksekutif. Kewaspadaan adalah

kemampuan untuk mencapai dan mempertahankan tingkat kepekaan tinggi terhadap rangsangan, orientasi berfungsi dalam memilih informasi dari berbagai input sensorik, sementara kontrol eksekutif berperan dalam memantau, mengendalikan konflik pikiran dan perasaan, serta menentukan respons yang sesuai.

3. Jenis-jenis skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa kronis yang dapat dibedakan menjadi beberapa jenis berdasarkan dominasi gejala yang dialami. Meskipun dalam pedoman terbaru seperti DSM-5, pengelompokan subtipe ini tidak lagi digunakan secara resmi, tetapi dalam praktik keperawatan dan klinis, klasifikasi ini masih dianggap bermanfaat untuk memahami variasi kondisi pasien secara lebih spesifik.

a. Skizofrenia *Paranoid*

Tipe ini merupakan salah satu bentuk skizofrenia yang paling sering ditemukan. Gejala utamanya berupa halusinasi (terutama suara) dan delusi/waham, seperti merasa dikejar, disakiti, atau menganggap dirinya memiliki kekuatan istimewa. Pasien biasanya masih memiliki kemampuan kognitif yang cukup baik dan bisa berbicara dengan jelas. Namun, isi pembicaranya sering kali didasari oleh pikiran-pikiran yang tidak sesuai kenyataan. Karena itu, para penderita sekilas terlihat normal, padahal mengalami gangguan persepsi yang berat.

b. Skizofrenia *Hebefrenik* (Disorganisasi)

Jenis ini ditandai oleh gangguan berpikir dan perilaku yang sangat kacau, serta ekspresi emosi yang tidak sesuai atau bahkan datar. Pasien bisa berbicara tanpa arah, sering tertawa atau menangis sendiri tanpa alasan jelas, dan menunjukkan perilaku kekanak-kanakan. Komunikasi menjadi sangat sulit karena alur pikirannya tidak terorganisasi. Tipe ini umumnya muncul di usia muda dan sering kali mengganggu kemampuan pasien dalam menjalankan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

c. Skizofrenia *Katatonik*

Ditandai oleh gangguan ekstrem pada aktivitas motorik, pasien bisa berada dalam keadaan kaku tidak bergerak selama berjam-jam, atau sebaliknya, menjadi sangat gelisah dan melakukan gerakan yang berulang-ulang tanpa tujuan. Mereka bisa menunjukkan resistensi terhadap perintah atau hanya menirukan gerakan/perkataan orang lain (disebut *ekopraksia* dan *ekolalia*). Dalam kondisi tertentu, pasien bahkan bisa berhenti berbicara sama sekali. Karena gejala fisiknya yang mencolok, tipe ini perlu penanganan cepat dan hati-hati agar tidak terjadi komplikasi fisik.

d. Skizofrenia *Residual*

Merupakan bentuk skizofrenia di mana gejala aktif seperti halusinasi dan delusi sudah tidak dominan, namun gejala negatif masih menetap. Pasien cenderung menarik diri dari lingkungan sosial, bicara menjadi sangat sedikit (*alogia*), kurang memiliki inisiatif (*avolisi*), dan tampak tidak menunjukkan ekspresi emosi (afek tumpul). Kondisi ini dapat bertahan lama dan menyebabkan penurunan fungsi sosial yang signifikan, meskipun tidak ada gejala psikotik yang mencolok.

e. Skizofrenia Tak Terinci (*Undifferentiated*)

Jenis ini diberikan kepada pasien yang menunjukkan berbagai gejala skizofrenia, namun tidak dapat diklasifikasikan ke dalam subtipe tertentu. Misalnya, pasien mengalami sedikit delusi, afek datar, dan perilaku disorganisasi secara bersamaan, namun tidak ada satu aspek yang lebih menonjol. Karena itu, kategori ini bersifat umum dan digunakan ketika gejala-gejala skizofrenia muncul dalam bentuk campuran.

4. Patofisiologi

Di dalam otak manusia terdapat miliaran sambungan antar sel saraf. Sambungan ini berfungsi untuk mengirim dan menerima pesan dari satu sel ke sel lainnya. Pesan-pesan tersebut dikirim menggunakan

zat kimia yang disebut *neurotransmitter*. Pada otak penderita skizofrenia, sistem komunikasi antar sel ini mengalami gangguan. Pada orang normal, otak bisa menerima dan meneruskan sinyal atau rangsangan dari lingkungan dan pikiran dengan baik, sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan tindakan yang sesuai dengan situasi. Namun, pada penderita skizofrenia, sinyal-sinyal ini terganggu sehingga pesan tidak sampai ke tujuan dengan benar.

Penyakit skizofrenia biasanya berkembang secara perlahan tanpa disadari penderitanya. Gangguan ini bisa tersembunyi dalam waktu lama, dan tanpa penanganan, lama-kelamaan bisa menjadi skizofrenia akut. Saat memasuki fase akut, gejala seperti halusinasi, pikiran kacau, dan delusi (meyakini sesuatu yang salah) akan muncul dengan intens.

Skizofrenia bisa juga muncul secara tiba-tiba, ditandai perubahan perilaku drastis hanya dalam hitungan hari atau minggu. Biasanya, penderita mengalami tekanan dari lingkungan sosial, seperti dikucilkan, yang bisa memicu depresi berat dan membuatnya sulit berperan normal di masyarakat. Jika tidak ditangani, skizofrenia dapat menjadi kronis. Pada tahap ini, penderita cenderung menunjukkan perilaku agresif, kehilangan motivasi, menarik diri dari lingkungan, terus-menerus mengalami halusinasi, sulit mengenali perasaan sendiri, dan kehilangan kemampuan berinteraksi secara wajar dalam kehidupan sosial.

5. Penatalaksanaan Medis

Menurut Irwan *et al.*, (2020) penatalaksanaan pada pasien skizofrenia terbagi menjadi 4 yaitu:

a. Terapi somatik (farmakologis)

Obat yang digunakan dalam penanganan skizofrenia disebut antipsikotik. Obat ini berfungsi untuk mengendalikan halusinasi, delusi, serta gangguan pola pikir yang muncul pada penderita. Saat ini, antipsikotik dibagi menjadi tiga jenis, yaitu anti-psikotik konvensional, anti-psikotik atipikal generasi baru, dan Clozaril (Clozapine).

- 1) Antipsikotik konvensional: Haloperidol, Klorpromazin, Perfenazin, Flufenazin, dll.
 - 2) Newer Atypical Antipsychotic: Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, dll.
 - 3) Clozapine: Untuk kasus berat yang gagal dengan obat lain, tapi perlu pemantauan sel darah putih karena risiko agranulositosis (penurunan sel darah putih).
 - 4) Terapi *ECT (Electro Convulsive Therapy)* dilakukan dengan indikasi seperti pasien skizofrenia katatonik dan kasus yang tidak responsif dengan antipsikotik.
- b. Terapi psikososial
- 1) Terapi perilaku
- Terapi ini fokus pada modifikasi perilaku maladaptif dengan menggunakan prinsip-prinsip psikologi seperti *reward and punishment*. Terapi perilaku membantu pasien belajar merespon situasi secara lebih adaptif, misalnya mengurangi perilaku menarik diri atau meningkatkan keterampilan komunikasi sosial.
- 2) Terapi berorientasi keluarga
- Jenis terapi ini melibatkan keluarga pasien dalam proses penyembuhan, dengan tujuan untuk meningkatkan pemahaman keluarga terhadap penyakit skizofrenia, mengurangi stres emosional, serta mengajarkan cara berinteraksi yang lebih suportif.
- 3) Terapi kelompok

Terapi ini memungkinkan pasien untuk berinteraksi dengan sesama penyandang gangguan jiwa dalam kelompok yang difasilitasi oleh terapis. Tujuannya adalah untuk meningkatkan keterampilan sosial, rasa percaya diri, dan saling berbagi pengalaman dalam menghadapi gangguan yang sama. Pasien juga belajar keterampilan komunikasi,

pemecahan masalah, dan pengendalian diri melalui diskusi dan latihan bersama.

4) Psikoterapi individual

Merupakan sesi terapi antara pasien dan terapis secara satu-satu, yang difokuskan pada pemahaman terhadap pengalaman pribadi pasien, peningkatan wawasan terhadap kondisi yang dialami, serta penguatan mekanisme coping. Terapi ini membantu pasien mengenali pikiran-pikiran irasional, mengelola emosi, dan meningkatkan kemampuan mengambil keputusan dalam kehidupan sehari-hari.

c. Hospitalisasi

Dilakukan bila pasien berisiko bunuh diri, membahayakan orang lain, atau mengalami kekacauan perilaku dan butuh stabilisasi obat atau penanganan intensif. Dengan tujuan menurunkan stres, merancang aktivitas harian, meningkatkan fungsi sosial, dan menghubungkan pasien dengan sistem rawat jalan dan keluarga.

B. Konsep Masalah Keperawatan: Halusinasi

1. Pengertian Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan respon pada panca indra yang diakibatkan oleh stimulus atau rangsangan yang membuat klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak ada (Hernandi, 2020).

Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori dimana ada perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon berkurang, berlebih atau terdistorsi (Herlina *et al.*, 2024).

Halusinasi merupakan suatu gangguan persepsi panca indera yang terjadi tanpa ada ransangan dari luar, dimana seseorang akan menganggap sebagai hal nyata namun tidak dapat dirasakan oleh orang lain (Hulu & Pardede, 2022).

2. Etiologi

Menurut Oktiviani, (2020) penyebab halusinasi terdiri dari faktor predisposisi dan presipitasi sebagai berikut:

a. Faktor predisposisi

1) Faktor Perkembangan

Gangguan perkembangan pada individu dapat terjadi bila sejak kecil ia tidak mendapatkan kontrol dan kehangatan yang memadai dari keluarga. Kondisi ini membuat individu kesulitan untuk mandiri, mudah merasa frustasi, dan kehilangan kepercayaan diri.

2) Faktor Sosioekultural

Seseorang yang sejak bayi merasa tidak diterima oleh lingkungan sosialnya akan cenderung mengalami perasaan tersisih, kesepian, dan kehilangan kepercayaan terhadap orang di sekitarnya.

3) Faktor Biologis

Faktor biologis turut berperan dalam terjadinya gangguan jiwa. Ketika seseorang mengalami stres berlebihan, tubuh akan menghasilkan zat tertentu yang bersifat *halusinogen neurokimia*. Jika stres berlangsung lama, akan terjadi peningkatan aktivitas neurotransmitter di otak.

4) Faktor Psikologis

Individu dengan tipe kepribadian lemah dan kurang bertanggung jawab lebih rentan terjerumus dalam penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berdampak pada ketidakmampuan dalam membuat keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien cenderung mencari kesenangan sesaat dan lari dari kenyataan ke dalam dunia khayal.

5) Faktor Sosial Budaya

Sejak fase awal interaksi sosial, klien merasa bahwa lingkungan sosial nyata dianggap membahayakan. Akibatnya, ia lebih nyaman tenggelam dalam halusinasi nya, seolah-olah dunia halusinasi menjadi tempat untuk memenuhi kebutuhan interaksi sosial, kontrol diri, dan harga diri yang tidak ia temukan di kehidupan nyata.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi adalah stimulus atau kejadian yang dipersepsi oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tekanan yang membutuhkan tenaga serta energi lebih untuk dihadapi. Faktor-faktor dari lingkungan seperti keterlibatan dalam kelompok, terlalu lama tidak berkomunikasi, kondisi sekitar, atau suasana sepi dan terisolasi dapat menjadi pencetus munculnya halusinasi. Kondisi ini meningkatkan stres dan kecemasan, yang merangsang tubuh memproduksi zat *halusinogenik*. Menurut Oktiviani, (2020), penyebab halusinasi dapat ditinjau dari lima dimensi, yaitu:

1) Dimensi Fisik

Halusinasi dapat dipicu oleh kondisi tubuh tertentu seperti kelelahan berat, penggunaan obat-obatan, demam tinggi hingga *delirium*, keracunan alkohol, dan gangguan tidur yang berlangsung lama.

2) Dimensi Emosional

Perasaan cemas berlebihan akibat masalah yang tidak terselesaikan dapat memicu halusinasi. Biasanya isi halusinasi berupa perintah yang menakutkan dan mendesak. Dalam kondisi ini, klien sulit melawan halusinasi tersebut hingga akhirnya bertindak sesuai ketakutannya.

3) Dimensi Intelektual

Pada dimensi ini, individu dengan halusinasi mengalami penurunan fungsi ego. Awalnya, halusinasi merupakan upaya ego untuk mengatasi dorongan batin yang menekan, namun lama-kelamaan halusinasi dapat menguasai perhatian klien sepenuhnya, bahkan mengendalikan perilakunya.

4) Dimensi Sosial

Klien merasa bahwa berinteraksi di dunia nyata berisiko dan membahayakan. Akibatnya, klien lebih memilih tenggelam dalam halusinasinya, karena di sana ia merasa bisa memenuhi

kebutuhan akan interaksi sosial, kendali diri, dan harga diri yang tidak ia temukan di lingkungan sebenarnya.

5) Dimensi Spiritual

Secara spiritual, klien mulai mengalami kehampaan, rutinitas hidup yang tidak bermakna, dan menjauh dari aktivitas ibadah. Ia merasa hampa saat bangun tidur, tidak memiliki arah hidup, kerap menyalahkan takdir, lingkungan, dan orang lain atas kondisi yang dialaminya, namun tidak berusaha memperbaiki diri.

3. Fase halusinasi

Menurut Sari & Sriati (2023), fase atau tahapan halusinasi berkembang secara bertahap melalui empat fase, yaitu:

a. Fase I: Menarik Diri (*Withdrawal Phase*)

Pasien mulai merasakan kecemasan mendalam, kesepian, dan ketakutan. Untuk mengurangi ketidaknyamanan, pasien mencoba mengalihkan perhatian ke pikiran yang menyenangkan. Tanda yang muncul meliputi senyum atau tawa yang tidak sesuai situasi, gerakan mata yang cepat, dan tampak sibuk dengan pikirannya sendiri.

b. Fase II: Perlawanan (*Struggling Phase*)

Pasien mengalami sensasi halusinasi yang terasa mengganggu dan menakutkan. Pada tahap ini, pasien mulai kehilangan kendali dan berusaha menjauh dari stimulus halusinatif tersebut. Tanda-tanda vital seperti denyut nadi dan tekanan darah dapat meningkat sebagai respons kecemasan.

c. Fase III: Menyerah (*Capitulation Phase*)

Di fase ini, pasien berhenti melawan dan mulai menerima serta mengikuti halusinasi. Interaksi sosial menurun, pasien sulit mengikuti perintah, dan mulai mempercayai isi halusinasi sebagai sesuatu yang nyata.

d. Fase IV: Disorganisasi (*Disorganization Phase*)

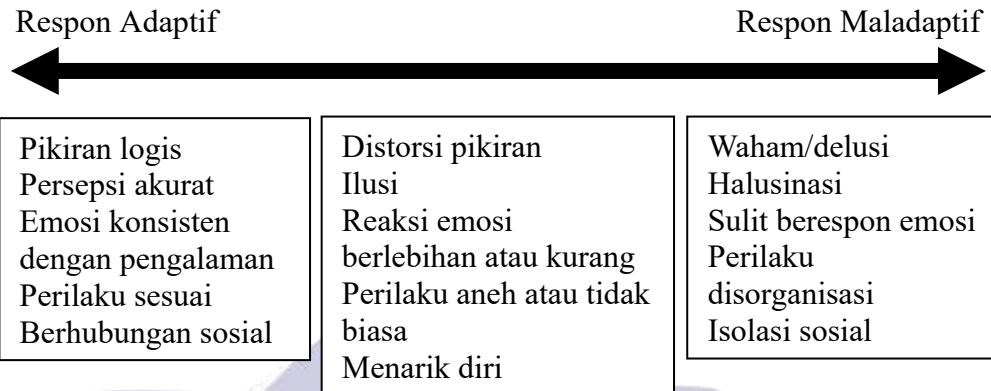
Halusinasi berkembang menjadi pengalaman yang sangat mengancam. Pasien bisa menjadi agresif, gelisah, menarik diri, dan tidak mampu merespons instruksi kompleks atau dari lebih dari satu orang. Ini menunjukkan disorganisasi pikiran dan perilaku yang berat.

4. Tanda dan gejala

Menurut Oktiviani (2020), tanda dan gejala dari halusinasi pendengaran sebagai berikut:

- 1) Klien mengatakan mendengar suara yang tidak didengar orang lain
- 2) Klien mengatakan melihat sesuatu yang tidak tampak oleh orang lain.
- 3) Klien mengatakan merasakan sentuhan, geli, atau seperti ada yang merayap di tubuhnya padahal tidak ada apa-apa.
- 4) Klien mengatakan mencium bau tertentu yang tidak tercium oleh orang lain.
- 5) Klien mengatakan merasakan rasa tertentu di mulut meskipun tidak sedang makan atau minum.
- 6) Menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai
- 7) Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara
- 8) Gerakan mata cepat
- 9) Respon verbal lambat atau diam
- 10) Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikkan
- 11) Terlihat bicara sendiri
- 12) Menggerakkan bola mata dengan cepat
- 13) Bergerak seperti membuang atau mengambil sesuatu
- 14) Duduk terpaku, memandang sesuatu, tiba-tiba berlari ke ruangan lain
- 15) Disorientasi (waktu, tempat, orang)
- 16) Perubahan kemampuan dan memecahkan masalah
- 17) Perubahan perilaku dan pola komunikasi
- 18) Gelisah, ketakutan, ansietas

5. Rentang respon



6. Pathways / Pohon Masalah



Bagan 2. 1 Pathway Halusinasi

7. Jenis-jenis halusinasi

Halusinasi merupakan gangguan persepsi yang ditandai dengan pengalaman sensorik tanpa adanya rangsangan eksternal nyata. Menurut Montagnese *et al.*, (2021), halusinasi dapat terjadi dalam lima modalitas sensorik utama, yaitu:

a. Halusinasi *Auditory* (Pendengaran)

Ini merupakan jenis halusinasi yang paling umum ditemukan, khususnya pada pasien dengan skizofrenia. Halusinasi ini melibatkan pengalaman mendengar suara, kata-kata, atau bunyi tertentu tanpa adanya sumber suara eksternal. Suara tersebut bisa berupa perintah, komentar, atau percakapan yang seringkali mengganggu, bersifat menakutkan, atau menyuruh pasien melakukan tindakan tertentu.

b. Halusinasi *Visual* (Penglihatan)

Pasien mengalami persepsi melihat objek, orang, cahaya, atau bayangan yang sebenarnya tidak ada. Halusinasi visual dapat muncul sendiri atau bersama dengan halusinasi auditorik. Bentuknya bisa samar seperti kilatan cahaya, atau lebih kompleks seperti sosok manusia atau binatang.

c. Halusinasi *Taktile* (Sentuhan)

Jenis ini mencakup pengalaman sensasi pada kulit atau tubuh tanpa stimulus nyata. Pasien mungkin merasa disentuh, digelitik, atau bahkan merasakan sensasi serangga merayap di tubuh. Halusinasi ini sering kali mengganggu dan bisa memicu respons emosional atau perilaku yang ekstrem.

d. Halusinasi *Olfaktori* (Penciuman)

Merupakan pengalaman mencium bau yang tidak nyata. Biasanya bau tersebut bersifat tidak menyenangkan seperti bau busuk, asap, atau pembusukan. Halusinasi jenis ini dapat memengaruhi nafsu makan dan dapat menimbulkan kecurigaan atau waham beracun.

e. Halusinasi *Gustatori* (Pengecapan)

Pasien merasakan sensasi rasa yang tidak sesuai kenyataan, seperti rasa pahit atau logam, padahal tidak ada makanan atau zat di dalam mulut. Meskipun lebih jarang, jenis halusinasi ini juga dapat muncul bersamaan dengan jenis lain, terutama olfaktori.

Selain itu, Montagnese *et al.*, (2021) juga berpendapat adanya halusinasi multimodal, yaitu kondisi di mana dua atau lebih jenis halusinasi terjadi secara bersamaan atau dalam urutan tertentu. Hal ini umum ditemukan pada pasien skizofrenia dengan gejala berat dan perlu penanganan khusus karena dapat memperparah disorganisasi kognitif serta respons emosional pasien.

8. Penatalaksanaan keperawatan

Menurut Meylani & Pardede, (2020), terapi generalis adalah penerapan standar asuhan keperawatan jiwa yang dirancang khusus untuk pasien dengan gejala halusinasi, sehingga bisa dilakukan secara rutin dengan tujuan mengurangi intensitas dan frekuensi halusinasi melalui pendekatan keperawatan yang bersifat edukatif dan supportif, serta membantu pasien lebih mampu mengendalikan pengalaman halusinasi.

a. Penatalaksanaan terapi generalis:

1) Membantu pasien mengenali halusinasi

Perawat mencoba menanyakan pada pasien tentang isi halusinasi, waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan perasaan pasien saat halusinasi muncul.

2) Melatih pasien mengontrol halusinasi

Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol halusinasi perawat dapat mendiskusikan empat cara mengontrol halusinasi pada pasien. Ke empat 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.

- 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 kondisiseperi semula akan lebih sulit.

- 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 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.

5) Melibatkan keluarga dalam tindakan

Keluarga adalah *support system* terdekat dan 24 jam bersama sama dengan klien. Keluarga yang mendukung pasien secara konsisten akan membuat pasien mandiri dan patuh mengikuti program pengobatan. Salah satu tugas perawat adalah melatih keluarga agar mampu merawat pasien gangguan jiwa di rumah. Perawat perlu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga.

b. Penatalaksanaan medis

1) Psikofarmakologis (Pemberian Obat Antipsikotik)

Ini adalah penanganan utama secara medis. Obat antipsikotik digunakan untuk menekan gejala positif skizofrenia, seperti halusinasi, delusi, dan pikiran kacau. Obat ini bekerja dengan menyeimbangkan *neurotransmisioner* otak, khususnya dopamin, yang berperan besar dalam munculnya halusinasi.

Jenis obat antipsikotik:

- a) Generasi pertama (typical): misalnya haloperidol, klorpromazin. Efektif, tapi sering menyebabkan efek samping ekstrapiramidal (gangguan gerakan).
- b) Generasi kedua (atypical): misalnya risperidone, olanzapine, clozapine. Lebih banyak digunakan saat ini karena efek samping motorik lebih ringan dan juga membantu mengatasi gejala negatif (seperti apatis, menarik diri, dll).

2) Terapi Kejang Listrik (*ECT – Electroconvulsive Therapy*)

Terapi ini dilakukan dengan mengalirkan arus listrik dosis kecil ke otak pasien secara terkendali untuk memicu kejang singkat. Walau terdengar menyeramkan, *ECT* aman dan sering digunakan untuk kasus skizofrenia berat, terutama jika:

- a) Halusinasi sangat parah
- b) Tidak membaik dengan obat-obatan
- c) Pasien menolak makan/minum, menunjukkan agresivitas ekstrem, atau risiko bunuh diri tinggi

ECT biasanya diberikan dalam beberapa sesi, dan selalu dilakukan di bawah pengawasan medis ketat dengan bius ringan.

c. Penatalaksanaan non-medis

Menurut Ganguly *et al.*, (2021), penanganan non-medis dari dilakukan untuk membantu pasien mengontrol halusinasi tanpa obat. Pendekatan ini fokus pada cara berpikir, emosi, dan perilaku pasien agar lebih tenang dan bisa berfungsi normal. Beberapa metode yang digunakan antara lain:

1) *CBTp (Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis)*

Membantu pasien mengenali bahwa suara halusinasi tidak nyata, dan melatih mereka untuk mengabaikan atau menantang isi suara tersebut.

2) *CRT (Cognitive Remediation Therapy)*

Melatih kemampuan otak seperti konsentrasi dan ingatan agar pasien lebih mudah mengalihkan perhatian dari halusinasi.

3) *Mindfulness*

Mengajarkan pasien untuk menyadari halusinasi tanpa panik atau bereaksi berlebihan, sehingga bisa tetap tenang.

4) *ACT (Acceptance and Commitment Therapy)*

Membantu pasien menerima keberadaan halusinasi dan tetap menjalani hidup seperti biasa sesuai nilai dan tujuan pribadi.

5) *Avatar Therapy dan Virtual Reality*

Pasien berbicara dengan avatar yang mewakili suara halusinasi, sehingga mereka belajar melawan dan merasa lebih berani.

6) *Relating Therapy*

Mengajarkan pasien untuk bersikap tegas terhadap suara halusinasi yang memerintah atau menghina, agar tidak merasa dikendalikan.

7) *Coping Strategy Enhancement (CSE)*

Menguatkan strategi pribadi pasien seperti mendengarkan musik, ngobrol, atau menyibukkan diri agar tidak fokus pada suara.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah paling pertama yang menentukan bagi langkah selanjutnya dan prinsip dasar dalam melakukan asuhan keperawatan. Data utama yang didapatkan di pengkajian halusinasi dapat ditemukan dengan wawancara, data yang muncul antara lain:

a. Identitas Klien

Data identitas klien mencakup nama lengkap, usia, jenis kelamin, status pernikahan, agama, tanggal masuk, nomor rekam medis, serta alamat tempat tinggal klien.

b. Keluhan Utama

Berdasarkan data dari rekam medis, informan, dan hasil pengkajian, keluhan utama yang sering ditemukan pada klien meliputi perilaku seperti tersenyum, berbicara, atau tertawa sendiri, serta menggerakkan bibir tanpa suara. Klien juga cenderung menarik diri dari lingkungan sosial, menunjukkan ekspresi tegang, mudah

tersinggung, sulit membedakan kenyataan dan khayalan, cepat marah, ketakutan, mengalami disorientasi terhadap waktu, tempat, dan orang, serta mengalami ketidakmampuan dalam merawat diri maupun melakukan aktivitas harian.

c. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor risiko yang dapat meningkatkan kerentanan individu terhadap stres, baik berasal dari dalam diri maupun lingkungan sekitar, mencakup aspek keturunan, perkembangan, sosial budaya, biokimia, dan psikologis.

1) Faktor Perkembangan:

Masalah dalam perkembangan individu, seperti keterbatasan mental, dapat menjadi pemicu stres karena menghambat kemampuan berinteraksi sosial.

2) Faktor Sosiolultural:

Tekanan sosial dan perbedaan nilai budaya di masyarakat dapat membuat seseorang merasa terisolasi dan ditolak oleh lingkungannya.

3) Faktor Biokimia:

Stres berat yang berkepanjangan dapat memicu tubuh memproduksi zat kimia tertentu yang bersifat halusinogen dan memengaruhi kerja otak.

4) Faktor Psikologis:

Hubungan sosial yang buruk, adanya konflik peran dalam keluarga, serta pengalaman penolakan sejak kecil dapat menimbulkan stres dan kecemasan berlebih, yang pada akhirnya berisiko menimbulkan gangguan persepsi seperti halusinasi.

5) Faktor Genetik:

Riwayat gangguan kejiwaan dalam keluarga atau keturunan menjadi salah satu faktor risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami penyakit serupa.

d. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah rangsangan dari lingkungan yang dapat memicu stres, misalnya adanya situasi di kelompok yang menekan, seringnya klien berkomunikasi dengan hal-hal yang tidak nyata di sekitarnya, atau berada di lingkungan yang sepi dan terisolasi. Kondisi tersebut dapat meningkatkan stres dan kecemasan, yang kemudian merangsang tubuh menghasilkan zat pemicu halusinasi.

e. Pengkajian Fisik

Pengkajian fisik meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, pernapasan, tinggi badan, dan berat badan, serta keluhan fisik yang dialami klien. Umumnya ditemukan peningkatan denyut nadi, frekuensi napas, dan tekanan darah.

f. Pengkajian Psikososial

Dilakukan dengan membuat genogram, yaitu diagram silsilah keluarga yang menggambarkan hubungan keluarga hingga tiga generasi untuk mengetahui pola hubungan sosial dan faktor risiko keturunan.

g. Konsep Diri

1) Citra tubuh

Klien menunjukkan penolakan terhadap perubahan pada tubuhnya, tidak mau melihat atau menyentuh bagian tubuh yang mengalami perubahan, menolak penjelasan tentang kondisi tubuhnya, memiliki persepsi negatif, terlalu fokus pada bagian tubuh yang dianggap hilang, serta mengungkapkan rasa takut dan putus asa akibat perubahan tersebut.

2) Identitas diri

Klien mengalami kebingungan dalam mengenali dirinya, kesulitan menentukan keinginan, dan tidak mampu membuat keputusan.

3) Peran sosial

Adanya perubahan atau berhentinya peran yang biasa dijalani, akibat penyakit, usia lanjut, putus sekolah, atau pemutusan hubungan kerja (PHK).

4) Harapan diri

Klien cenderung merasa putus asa karena penyakit yang diderita, namun di sisi lain memiliki keinginan-keinginan yang tidak realistik atau terlalu tinggi untuk dicapai.

5) Harga Diri

Klien mengalami perasaan malu terhadap dirinya sendiri, merasa kurang percaya diri, mengalami kesulitan dalam menjalin hubungan sosial, sering merasa bersalah, memiliki kecenderungan menyakiti diri, serta cenderung merendahkan nilai dirinya di hadapan orang lain.

6) Status Mental

Pada pengkajian status mental, klien dengan gangguan halusinasi biasanya menunjukkan gejala seperti tersenyum, berbicara, atau tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, gerakan mata yang cepat, bicara pelan dan lambat, serta cenderung menghindari orang lain. Klien juga kesulitan membedakan antara kenyataan dan halusinasi.

h. Mekanisme Koping

Ketika menghadapi masalah, klien sering kali merasakan ketakutan berlebihan dan enggan berbagi cerita kepada orang lain. Bentuk koping yang dilakukan merupakan cara untuk meredakan kecemasan akibat rasa sepi yang dirasakan sebagai ancaman. Mekanisme koping yang sering digunakan pada kasus halusinasi di antaranya:

- 1) *Regresi*: Menunjukkan ketidaktinginan untuk melakukan aktivitas, bahkan bisa berlangsung selama beberapa hari.
- 2) Menarik Diri: Lebih nyaman hidup dalam dunianya sendiri dan sulit mempercayai orang lain.

- 3) *Proyeksi*: Menyalahkan orang lain atas perubahan persepsi atau situasi yang dialaminya.

i. Aspek Medik

Penatalaksanaan medis yang diberikan kepada pasien meliputi terapi farmakologi, terapi psikomotor, terapi okupasi, terapi aktivitas kelompok (TAK), dan program rehabilitasi untuk mendukung proses pemulihan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa gangguan persepsi sensori menunjukkan bahwa pasien dalam keadaan sakit sehingga penegakkan diagnosa ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan. Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan dari kasus ini yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan tersebut maka dapat diketahui bahwa SLKI dan SIKI dari masing-masing Diagnosa adalah sebagai berikut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2016; Pokja SIKI DPP PPNI, 2016).

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	Gangguan persepsi sensori (D.0085) Gejala dan tanda mayor: Subjektif : 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu Melalui panca indra Objektif : 1. Distorsi sensori 2. Respons tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat,	Persepsi sensori (L.09083) Ekspektasi: Membuat Kriteria hasil: Verbalisasi mendengar bisikan (5) Distorsi sensori (5) Perilaku halusinasi (5) Curiga (5) Keterangan: 1 Meningkat 2 Cukup meningkat 3 Sedang 4 Cukup menurun 5 Menurun	Manajemen halusinasi (I.09288) Observasi: 1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 3. Monitor isi halusinasi Terapeutik: 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi

<p>mendengar, mengecap, meraba, mencium sesuatu atau</p> <p>Gejala dan tanda minor:</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyatakan kesal <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi tempat, waktu, orang atau situasi 5. Curiga 6. Melihat ke satu arah 7. Mondar-mandir 8. Bicara sendiri 	<p>Kriteria hasil:</p> <p>Respon sesuai stimulus (5)</p> <p>Konsentrasi (5)</p> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Memburuk 2 Cukup memburuk 3 Sedang 4 Cukup membaik 5 Membai 	<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi 2. Anjurkan melakukan distraksi 3. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi <p>Kolaborasi:</p> <p>Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas</p>
---	--	--

Selain berdasarkan teori SDKI, Intervensi keperawatan juga mengacu pada pelaksanaan SOP yang meliputi pendekatan SP 1–4 yang telah terbukti efektif secara klinis dalam membantu pasien mengelola halusinasi pendengaran. Tahapan tersebut mencakup:

a) SP 1

Membangun hubungan saling percaya, membantu pasien mengenali halusinasi yang dialami, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, serta mengenalkan teknik menghardik. Teknik menghardik merupakan metode efektif untuk membantu pasien mengendalikan halusinasinya.

b) SP 2

Memberikan edukasi kepada pasien mengenai pentingnya minum obat secara teratur. Pasien skizofrenia memerlukan pengobatan untuk mencegah kekambuhan dan mengurangi keparahan gejala.

c) SP 3

Menganjurkan pasien untuk bercakap-cakap dengan orang di sekitarnya. Interaksi sosial dapat menjadi cara efektif untuk mengalihkan perhatian pasien dari halusinasinya serta memperoleh dukungan emosional dari orang.

d) SP 4

Menganjurkan pasien melakukan aktivitas-aktivitas yang bermanfaat. Tujuan dari tindakan ini adalah mengalihkan perhatian pasien dari halusinasi serta membantu pasien berfokus pada realita

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan suatu realisasi dari rangkaian intervensi yang telah direncanakan dengan tujuan untuk membantu pasien dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami guna mencapai status kesehatan yang lebih baik dan tercapainya kriteria hasil dan harus dilakukan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun. Implementasi pada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran dalam karya ilmiah akhir ners ini adalah pemberian terapi generalis, yaitu meliputi:

a) SP 1

Perawat membangun hubungan saling percaya dengan menyapa pasien, menunjukkan empati, dan menjaga privasi. Perawat membantu pasien mengenali halusinasi, menjelaskan bahwa halusinasi bisa dikendalikan, lalu mengajarkan teknik menghardik secara langsung dan memandu pasien mempraktikkannya.

b) SP 2

Perawat memberikan edukasi pentingnya minum obat secara teratur untuk mencegah kekambuhan dan mengurangi gejala. Perawat menggunakan bahasa sederhana dan mengevaluasi kepatuhan pasien terhadap pengobatan.

c) SP 3

Perawat menganjurkan pasien untuk bercakap-cakap dengan orang sekitar sebagai cara mengalihkan perhatian dari halusinasi dan membangun dukungan sosial. Perawat memfasilitasi interaksi awal dan memberi penguatan positif.

d) SP 4

Perawat menganjurkan pasien mengikuti aktivitas bermanfaat untuk membantu mengalihkan fokus dari halusinasi dan meningkatkan orientasi realita.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah langkah terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi keperawatan ini dapat dilakukan dengan tujuan guna menilai tercapai atau tidaknya tujuan dari implementasi keperawatan yang telah dilakukan.

No.	Strategi Pelaksanaan	Indikator Kemampuan Pasien	Tercapai	Belum Tercapai	Keterangan
1	SP I	Pasien mampu mengenali halusinasi dan menghardik			
2	SP II	Pasien memahami pentingnya minum obat teratur			
3	SP III	Pasien berinteraksi dengan orang sekitar			
4	SP IV	Pasien mengikuti aktivitas yang dijadwalkan			

Tabel 2. 2 Kemampuan Pasien

D. Evidence Base Practice (EBP)

Penulis	Judul	Metode Penelitian	Hasil
Tahun	Penelitian		Penelitian
Livana <i>et al.</i> , (2020)	Peningkatan Kemampuan Mengontrol Halusinasi Melalui Terapi Generalis Halusinasi	Penelitian menggunakan dengan desain penelitian <i>quasi experiment</i> dengan pendekatan <i>one group pretest posttest</i> dengan responden sebanyak 39 responden dan	Hasil penelitian menunjukkan ada peningkatan kemampuan pasien halusinasi sebesar 64% sebelum dan sesudah diberikan terapi generalis dengan cara melatih ingatan dan kemampuan pasien untuk mengontrol halusinasinya. Hasil analisis bivariat menunjukkan ada pengaruh pemberian terapi generalis

		menggunakan uji analisis <i>Chi Square</i>	terhadap tingkat kemampuan pasien halusinasi dengan nilai p = 0,03 (<i>P value</i> < 0,05).
Taqiyah & Jama, (2021)	Penerapan Terapi Generalis Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Halusinasi Pendengaran	Jenis penelitian ini adalah metode deskriptif pendekatan proses keperawatan dengan 1 responden dan analisa data menggunakan <i>content analysis</i>	Berdasarkan hasil yang telah dilakukan sesuai teori, meliputi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, dan respons klien. Diagnosis keperawatan pada Tn. "S" adalah gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, berdasarkan data subjektif dan objektif. Intervensi disusun sesuai kondisi dan kebutuhan klien, kemudian dilaksanakan selama 4 hari sesuai rencana. Evaluasi menunjukkan seluruh tindakan dapat dipahami dan dilakukan oleh Tn. "S", namun masalah halusinasi pendengaran belum sepenuhnya teratas..
Samal & Ahmad, (2018)	Pengaruh Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Klien Halusinasi Terhadap Kemampuan Klien Mengontrol Halusinasi Di Rskd Provinsi Sulawesi Selatan	Jenis penelitian menggunakan penelitian <i>prae-eksperimental: one-group pra-posttest design</i> dengan 14 responden dan menggunakan uji <i>T-Test</i> dan <i>Paired-test</i>	Berdasarkan uji paired samples test <i>T-Test</i> , di dapatkan nilai mean -6.214 dan nilai t hasil - 18.581 lebih besar dari nilai t tabel -2.160 maka HO di tolak. Kesimpulan penelitian ini yaitu ada pengaruh penerapan asuhan keperawatan pada klien halusinasi terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi

Tabel 2. 3 *Evidence Base Practice*