

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada tinjauan pustaka ini akan diuraikan beberapa konsep yang akan mendasari penelitian ini, yaitu: 1) Konsep Skizofrenia, 2) Konsep Halusinasi, dan 3) Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia dapat didefinisikan sebagai suatu sindrom gangguan jiwa yang penderitanya tidak mampu menilai realitas dengan baik dan pemahaman diri buruk (Hawari, 2009). Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi dan waham), afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesukaran aktifitas sehari-hari (Keliat, 2012).

Skizofrenia (schizophrenia) adalah gangguan yang terjadi pada fungsi otak. Menurut **Nancy Andreasen** (2008) dalam *Broken Brain, The Biological Revolution in Psychiatri*, bahwa bukti-bukti terkini tentang serangan skizofrenia merupakan suatu hal yang melibatkan banyak sekali faktor. Faktor-faktor itu meliputi perubahan struktur fisik otak, perubahan struktur kimia otak, dan faktor genetik. Sedangkan menurut **Melinda Herman** (2008), mendefinisikan skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (*Neurological disease that affects a person's perception, thinking, language, emoticon, and social behavior*).

Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan bahwa skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area individu, termasuk fungsi berfikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi dan berperilaku yang dapat diterima secara rasional.

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang bersifat kronis atau kambuh ditandai dengan terdapatnya perpecahan (*Schism*) antara pikiran, emosi dan perilaku klien yang terkena. Perpecahan pada klien digambarkan dengan adanya fundamental (atau primer) spesifik, yaitu gangguan pikiran yang ditandai dengan gangguan asosiasi. Gejala fundamental lainnya adalah gangguan afektif, autism, dan ambivalensi. Sedangkan gejala sekundernya adalah waham dan halusinasi (Kaplan dan sadock, 2004). Berdasarkan defenisi diatas skizofrenia adalah terganggunya fungsi kognitif, fungsi perasaan dan fungsi perilaku dalam kehidupan sehari-hari

2.1.2 Proses Terjadinya Skizofrenia

Di dalam otak terdapat milyaran sambungan sel. Setiap sambungan sel menjadi tempat untuk meneruskan maupun menerima pesan dari sambungan sel yang lain. Sambungan sel tersebut melepaskan zat kimia yang disebut *neurotransmitters* yang membawa pesan dari ujung sambungan sel yang satu ke ujung sambungan sel yang lain. Di dalam otak yang terserang skizofrenia, terdapat kesalahan atau kerusakan pada sistem komunikasi tersebut.

Bagi keluarga dengan penderita skizofrenia di dalamnya, akan mengerti dengan jelas apa yang dialami penderita skizofrenia dengan

membandingkan otak dengan telepon. Pada orang normal, sistem *switch* pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal perspsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa ada gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak klien skizofrenia, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

Skizofrenia terbentuk secara bertahap dimana keluarga maupun klien tidak menyadari ada sesuatu yang tidak beres dalam otaknya dalam kurun waktu yang lama. Kerusakan yang perlahan-lahan ini yang akhirnya menjadi skizofrenia yang tersembunyi dan berbahaya. Gejala yang timbul secara perlahan-lahan ini bisa saja menjadi *skizofrenia acute*. Periode skizofrenia akut adalah gangguan yang sikat dan kuat, yang meliputi halusinasi, penyesatan pikiran (delusi), dan kegagalan berpikir.

Kadang kala skizofrenia menyerang secara tiba-tiba. Perubahan perilaku yang sangat dramatis terjadi dalam beberapa hari atau minggu. Serangan yang mendadak selalu memicu terjadinya periode akut secara cepat. Beberapa penderita mengalami gangguan seumur hidup, tapi banyak juga yang bisa kembali hidup secara normal dalam periode akut tersebut. Kebanyakan didapati bahwa mereka dikucilkan, menderita depresi yang hebat, dan tidak dapat berfungsi sebagaimana layaknya orang normal dalam lingkungannya. Dalam beberapa kasus, serangan dapat meningkat menjadi apa yang disebut skizofrenia kronis. Klien menjadi buas, kehilangan karakter sebagai manusia dalam kehidupan sosial, tidak memiliki motivasi

sama sekali, depresi, dan tidak memiliki kepekaan tentang perasaannya sendiri.

2.1.3 Etiologi Skizofrenia

Teori tentang penyebab skizofrenia, yaitu :

a. Diatesis-stres Model

Teori ini menggabungkan antara factor biologis, psikososial, dan lingkungan yang secara khusus mempengaruhi diri seseorang sehingga dapat menyebabkan berkembangnya gejala skizofrenia. Dimana ketiga factor tersebut saling berpengaruh secara dinamis (Kaplan dan Sadock, 2004).

b. Faktor Biologis

Dari factor biologis dikenal suatu hipotesis dopamine yang menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh aktivitas dopaminergik yang berlebihan di bagian kortikal otak, dan berkaitan dengan gejala positif dari skozofrenia. Penelitian terbaru juga menunjukkan pentingnya neurotransmitter lain termasuk serotonin, norepinefrin, glutamat dan GABA. Selain perubahan yang sifatnya neurokimiawi, penelitian menggunakan *CT Scan* ternyata ditemukan perubahan anatomi otak seperti pelebaran lateral ventrikel, atropi korteks atau atopi otak kecil (*cerebellum*), terutama pada penderita kronis skizofrenia (Kaplan dan Sadock, 2004).

c. Genetika

Faktor genetika telah dibuktikan secara meyakinkan. Resiko masyarakat umum 1%, pada orang tua resiko 5%, pada saudara kandung

8% dan pada anak 12% apabila salah satu orang tua menderita skizofrenia, walaupun anak telah dipisahkan dari orang tua sejak lahir, anak dari kedua orang tua skizofrenia 40%. Pada kembar monozigot 47%, sedangkan untuk kembar dizigot sebesar 12% (Kaplan dan Sadock, 2004)

d. Faktor Psikososial

a) Teori perkembangan

Ahi teori Sullivan dan Erikson mengemukakan bahwa kurangnya perhatian yang hangat dan penuh kasih sayang di tahun-tahun awal kehidupan berperan dalam menyebabkan kurangnya identitas diri, salah interpretasi terhadap realitas, dan menarik diri dari hubungan social pada penderita skizofrenia (Sirait, 2008).

b) Teori belajar

Menurut ahli teori belajar (*Learning Theory*), anak-anak yang menderita skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berfikir irasional orang tua yang mungkin memiliki masalah emosional yang bermakna. Hubungan interpersonal yang buruk dari penderita skizofrenia akan berkembang karena mempelajari model yang buruk selama anak-anak (Sirait, 2008).

e. Faktor Perspektif Psikodinamika

Teori ini dicetuskan oleh Sigmund Freud yang menyatakan bahwa skizofrenia merupakan kegagalan dari ego untuk mengendalikan diri manusia. Dalam diri manusia terdapat id, ego, dan superego dimana ego berfungsi sebagai tindak eksekutif yang berkaitan dengan pengambilan

sikap dan keputusan. Pada penderita skizofrenia, id berkembang lebih pesat dan tidak bisa dikendalikan meski orang tersebut sudah menjalani proses kedewasaan. Sehingga manusia akan kembali seperti bayi dengan fantasi-fanatsi di luar realitas.

f. Ketidaknormalan otak

Dari penelitian yang dilakukan oleh Coursey, Alford, &Safarjan, 1997) Ventrikel yang membesar merupakan tanda-tanda hilangnya jaringan otak (hilangnya sel-sel). Para peneliti juga menemukan bahwa otak penderita skizofrenia rata-rata sekitar 5% lebih kecil, dari volume total dibandingkan individu yang normal. Dengan pengurangan volume terbesar pada korteks serebral (Cowan & Kandel, 2001).

Korteks prefrontalis adalah bagian otak yang mengendalikan berbagai fungsi kognitif dan emosional. Sehingga fungsi ini terganggu pada penderita skizofrenia yang disebut sebagai hendaya. Cassanova, 1997 dalam Psikologi Abnormal menyatakan bahwa penderita skizofrenia kesulitan dalam mengorganisasikan pikiran-pikiran dan perilaku mereka dan menampilkan tugas-tugas kognitif pada tingkat yang lebih tinggi, seperti memformulasikan konsep, memformulasikan informasi, dan memformulasikan tujuan dan rencana. Selain itu bagian otak ini juga bertanggungjawab dalam pengaturan perhatian sehingga terdapat defisit perhatian pada penderita penyakit ini.

2.1.4 Tipe-tipe Skizofrenia

Skizofrenia memiliki beberapa tipe, yaitu sebagai berikut :

a. Tipe Paranoid

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah waham yang mencolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afektif yang relatif masih terjaga. Waham biasanya adalah waham kejar atau waham kebesaran, atau keduanya, tetapi waham dengan tema lain (misalnya waham kecemburuan, keagamaan, atau somatisasi) mungkin juga muncul. Ciri-ciri lainnya meliputi ansietas, kemarahan, menjaga jarak dan suka berargumentasi, dan agresif.

b. Skizofrenia Hebefrenia

Permulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang menyolok ialah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau double personality. Gangguan psikomotor seperti mannerism, neologisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat, waham dan halusinasi banyak sekali.

c. Tipe Disorganized (tidak terorganisasi)

Ciri utama skizofrenia tipe disorganized adalah pembicaraan kacau, tingkah laku kacau dan afek yang datar atau *inappropriate*. Pembicaraan yang kacau dapat disertai kekonyolan dan tertawa yang tidak erat kaitannya dengan isi pembicaraan. Disorganisasi tingkah laku dapat membawa pada gangguan yang serius pada berbagai aktivitas hidup sehari-hari.

d. Tipe Katatonik

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidakbergerakan motorik (*waxy flexibility*). Aktivitas motor yang berlebihan, negativism yang ekstrim, sama sekali tidak mau bicara dan berkomunikasi (*mutism*), gerakan-gerakan yang tidak terkendali, mengulang ucapan orang lain (*echolalia*) atau mengikuti tingkah laku orang lain (*echopraxia*).

e. Tipe Undifferentiated

Tipe Undifferentiated merupakan tipe skizofrenia yang menampilkan perubahan pola simptom-simptom yang cepat menyangkut semua indikator skizofrenia. Misalnya, indikasi yang sangat ruwet, kebingungan (*confusion*), emosi yang tidak dapat dipegang karena berubah-ubah, adanya delusi, referensi yang berubah-ubah atau salah, adanya ketergugahan yang sangat besar, autisme seperti mimpi, depresi, dan sewaktu-waktu juga ada fase yang menunjukkan ketakutan.

f. Tipe Residual

Tipe ini merupakan kategori yang dianggap telah terlepas dari skizofrenia tetapi masih memperlihatkan gejala-gejala residual atau sisa, seperti keyakinan-keyakinan negatif, atau mungkin masih memiliki ide-ide tidak wajar yang tidak sepenuhnya delusional. Gejala-gejala residual itu dapat meliputi menarik diri secara sosial, pikiran-pikiran ganjil, inaktivitas, dan afek datar.

g. Skizofrenia simplex

Skizofrenia jenis ini sering timbul pada masa pubertas. Gejala Utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan 20 proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat pada skizofrenia jenis ini. Pada permulaan mungkin penderita mulai kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari pergaulan kemudian semakin lama semakin mundur dalam pekerjaan atau pelajaran dan akhirnya menjadi penganggur. Bila tidak ada orang yang menolongnya ia mungkin akan menjadi pengemis, pelacur atau penjahat.

h. Skizofrenia tak terinci

Skizofrenia jenis ini tidak mempunyai criteria diagnostic hampir mirip dengan subtype lainnya namun tidak sesuai dengan satu pun subtype tersebut. Skizofrenia yang tak terinci tidak memenuhi criteria untuk skizofrenia paranoid, hebefrenik, dan katatonik, namun tetap terdapat gejala. 21 6)

i. Depresi Pasca-Skizofrenia

Skizofrenia jenis ini merupakan suatu episode depresif yang mungkin berlangsung lama dan timbul sesudah suatu serangan penyakit skizofrenia Dalam hal ini masih terdapat beberapa gejala skizofrenik namun tidak mendominasi.

2.1.5 Tanda Gejala Skizofrenia

Secara general gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi 2 (dua), yaitu gejala positif dan negatif :

Gejala Positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespon pesan atau rangsangan yang datang. Klien skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. Auditory hallucinations, gejala yang biasanya timbul, yaitu klien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukkan hati, memberi kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri.

Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya, pada penderita skizofrenia, lampu trafik jalan raya yang berwarna merah-kuning-hijau, dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa. Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi seorang paranoid. Mereka selalu merasa sedang diamati-amati, diintai, atau hendak diserang.

Kegagalan berpikir mengarah kepada masalah dimana klien skizofrenia tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya. Kebanyakan klien tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan logika. Karena klien skizofrenia tidak mampu mengatur pikirannya membuat mereka berbicara secara serampangan dan tidak bisa ditangkap secara logika. Ketidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan ketidakmampuan mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita skizofrenia tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memedulikan sekelilingnya.

Semua itu membuat penderita skizofrenia tidak bisa memahami siapa dirinya, tidak berpakaian, dan tidak bisa mengerti apa itu manusia. Dia juga tidak bisa mengerti kapan dia lahir, dimana dia berada, dan sebagainya.

Gejala Negatif

Klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas. Karena klien skizofrenia hanya memiliki energi yang sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosi klien skizofrenia menjadi datar. Klien skizofrenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Tapi ini tidak berarti bahwa klien skizofrenia tidak bisa merasakan perasaan apapun. Mereka mungkin bisa menerima pemberian dan perhatian orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka.

Depresi yang tidak mengenal perasaan ingin ditolong dan berharap, selalu menjadi bagian dari hidup klien skizofrenia. Mereka tidak merasakan memiliki perilaku yang menyimpang, tidak bisa membina hubungan relasi dengan orang lain, dan tidak mengenal cinta. Perasaan depresi adalah sesuatu yang sangat menyakitkan. Di samping itu, perubahan otak secara biologis juga memberi andil dalam depresi. Depresi yang berkelanjutan akan membuat klien skizofrenia menarik diri dari lingkungannya. Mereka selalu merasa aman bila sendirian. Dalam beberapa kasus, skizofrenia menyerang manusia usia muda antara 15 hingga 30 tahun, tetapi serangan

kebanyakan terjadi pada usia 40 tahun ke atas. Skizofrenia bisa menyerang siapa saja tanpa menenal jenis kelamin, ras, maupun tingkat sosial ekonomi. Diperkirakan penderita

2.1.6 Penatalaksanaan Skizofrenia

Penatalaksanaan pada klien skizofrenia dapat berupa terapi biologis, dan terapi psikososial.

a. Terapi Biologis

Pada penatalaksanaan terapi biologis terdapat tiga bagian yaitu terapi dengan menggunakan obat antipsikosis, terapi elektrokonvulsif, dan pembedahan bagian otak. Terapi dengan penggunaan obat antipsikosis dapat meredakan gejala-gejala skizofrenia. Obat yang digunakan adalah chlorpromazine (thorazine) dan fluphenazine decanoate (prolixin). Kedua obat tersebut termasuk kelompok obat phenothiazines, reserpine (serpasil), dan haloperidol (haldol). Obat ini disebut obat penenang utama. Obat tersebut dapat menimbulkan rasa kantuk dan kelesuan, tetapi tidak mengakibatkan tidur yang lelap, sekalipun dalam dosis yang sangat tinggi (orang tersebut dapat dengan mudah terbangun). Obat ini cukup tepat bagi penderita skizofrenia yang tampaknya tidak dapat menyaring stimulus yang tidak relevan (Durand, 2007).

Terapi Elektrokonvulsif juga dikenal sebagai terapi electroshock pada penatalaksanaan terapi biologis. Pada akhir 1930-an, *electroconvulsive therapy* (ECT) diperkenalkan sebagai penanganan untuk skizofrenia. Tetapi terapi ini telah menjadi pokok perdebatan dan keprihatinan masyarakat karena beberapa alasan. ECT ini digunakan di

berbagai rumah sakit jiwa pada berbagai gangguan jiwa, termasuk skizofrenia.

Menurut Fink dan Sackeim (1996) antusiasme awal terhadap ECT semakin memudar karena metode ini kemudian diketahui tidak menguntungkan bagi sebagian besar penderita skizofrenia meskipun penggunaan terapi ini masih dilakukan hingga saat ini. Sebelum prosedur ECT yang lebih manusiawi dikembangkan, ECT merupakan pengalaman yang sangat menakutkan klien. Klien seringkali tidak bangun lagi setelah aliran listrik dialirkan ke tubuhnya dan mengakibatkan ketidaksadaran sementara, serta seringkali menderita kerancuan pikiran dan hilangnya ingatan setelah itu. Adakalanya, intensitas kekejangan otot yang menyertai serangan otak mengakibatkan berbagai cacat fisik (Durand, 2007).

Pada terapi biologis lainnya seperti pembedahan bagian otak Moniz (1935, dalam Davison, et al., 1994) memperkenalkan prefrontal lobotomy, yaitu proses operasi primitif dengan cara membuang "*stone of madness*" atau disebut dengan batu gila yang dianggap menjadi penyebab perilaku yang terganggu. Menurut Moniz, cara ini cukup berhasil dalam proses penyembuhan yang dilakukannya, khususnya pada penderita yang berperilaku kasar. Akan tetapi, pada tahun 1950 cara ini ditinggalkan karena menyebabkan penderita kehilangan kemampuan kognitifnya, otak tumpul, tidak bergairah, bahkan meninggal.

b. Terapi Psikososial

Gejala-gejala gangguan skizofrenia yang kronik mengakibatkan situasi pengobatan di dalam maupun di luar Rumah Sakit Jiwa (RSJ) menjadi monoton dan menjemukan. Secara historis, sejumlah penanganan psikososial telah diberikan pada klien skizofrenia, yang mencerminkan adanya keyakinan bahwa gangguan ini merupakan akibat masalah adaptasi terhadap dunia karena berbagai pengalaman yang dialami di usia dini. Pada terapi psikososial terdapat dua bagian yaitu terapi kelompok dan terapi keluarga (Durand, 2007).

Terapi kelompok merupakan salah satu jenis terapi humanistik. Pada terapi ini, beberapa klien berkumpul dan saling berkomunikasi dan terapist berperan sebagai fasilitator dan sebagai pemberi arah di dalamnya. Para peserta terapi saling memberikan *feedback* tentang pikiran dan perasaan yang dialami. Peserta diposisikan pada situasi sosial yang mendorong peserta untuk berkomunikasi, sehingga dapat memperkaya pengalaman peserta dalam kemampuan berkomunikasi.

Pada terapi keluarga merupakan suatu bentuk khusus dari terapi kelompok. Terapi ini digunakan untuk penderita yang telah keluar dari rumah sakit jiwa dan tinggal bersama keluarganya. Keluarga berusaha untuk menghindari ungkapan-ungkapan emosi yang bisa mengakibatkan penyakit penderita kambuh kembali.

Dalam hal ini, keluarga diberi informasi tentang cara-cara untuk mengekspresikan perasaan-perasaan, baik yang positif maupun yang negatif secara konstruktif dan jelas, dan untuk memecahkan setiap

persoalan secara bersama-sama. Keluarga diberi pengetahuan tentang keadaan penderita dan cara-cara untuk menghadapinya. Dari beberapa penelitian, seperti yang dilakukan oleh Fallon (Davison, et al., 1994; Rathus, et al., 1991) ternyata campur tangan keluarga sangat membantu dalam proses penyembuhan, atau sekurang-kurangnya mencegah kambuhnya penyakit penderita, dibandingkan dengan terapi-terapi secara individual.

2.2 Konsep Halusinasi

2.2.1 Pengertian Halusinasi

Halusinasi adalah persepsi yang tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar. Walaupun tampak sebagai sesuatu yang “*khayal*”, halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang “teresepsi” (Yosep, 2010). Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberikan persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara. (Hartono, 2010).

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana klien mengalami perubahan sensori persepsi. Klien merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Keliat, 2011). Halusinasi adalah perubahan dalam jumlah atau pola stimulus yang datang disertai gangguan respon yang kurang, berlebihan atau distorsi terhadap stimulus

tersebut (Nanda-I, 2012). Halusinasi dapat didefinisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang dimana tidak terdapat stimulus. Tipe halusinasi yang paling sering adalah halusinasi pendengaran, pengelihatannya, penciuman, pengecapannya (Yosep 2014, h. 223).

2.2.2 Etiologi Halusinasi

2.2.2.1 Faktor Predisposisi

Menurut **Yosep** (2010) faktor predisposisi klien dengan halusinasi adalah :

1. Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress. Jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stres dan kecemasan.

2. Faktor Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi (unwated child) akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

3. 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 halusinogenik neurokimia seperti *Buffofenon* dan *Dimetytranferase* (DMP). Akibat stress yang

berkepanjangan menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan *acetylcholin* dan *dopamin*.

4. Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

5. Faktor Genetik dan Pola Asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini. Telah diketahui bahwa secara genetik schizoprenia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom yang keberapa menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian.

Dalam sumber lain menurut Stuart (2007), faktor predisposisi terjadinya gangguan halusinasi adalah:

a. Biologis

Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan oleh penelitian-penelitian yang berikut

- a) Penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik.
- b) Beberapa zat kimia di otak seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan dan masalah-masalah pada sistem reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.
- c) Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atrofi yang signifikan pada otak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atrofi korteks bagian depan dan atrofi otak kecil (cerebellum). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (post-mortem).

b. Psikologis

Keluarga, pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien. Salah satu sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien.

c. Sosial Budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti: kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stres.

2.2.2.2 Faktor Presipitasi

Penyebab halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi menurut Rawlins & Heacock dalam (Dermawan 2013), h.6-7) :

1. Dimensi Fisik

Halusinasi dapat meliputi kelima indera, tapi yang paling sering ditemukan adalah halusinasi pendengaran, halusinasi dapat ditimbulkan dari beberapa kondisi seperti kelelahan yang luar biasa. Pengguna obat-obatan demam tinggi hingga terjadi delirium intoksikasi, alkohol, dan kesulitan-kesulitan untuk tidur dan dalam jangka waktu yang lama.

2. Dimensi Emosional

Terjadinya halusinasi karena ada perasaan cemas yang berlebihan yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa : perintah memaksa dan menakutkan sehingga tidak dapat dikontrol dan menentang. Sehingga menyebabkan klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

3. Dimensi Intelektual

Penunjukkan penurunan fungsi ego. Awalnya halusinasi merupakan usaha ego sendiri melawan impuls yang menekan sehingga menimbulkan kewaspadaan mengontrol perilaku dan mengambil seluruh perhatian klien.

4. Dimensi Sosial

Halusinasi dapat disebabkan oleh hubungan interpersonal yang tidak memuaskan sehingga koping yang digunakan untuk menurunkan kecemasan akibat hilangnya control terhadap diri, harga diri, maupun interaksi social dalam dunia nyata sehingga klien cenderung menyendiri dan hanya bertuju pada diri sendiri.

5. Dimensi Spiritual

Klien yang mengalami halusinasi yang merupakan makhluk social, mengalami ketidakharmonisan berinteraksi. Penurunan kemampuan untuk menghadapi stress dan kecemasan serta menurunnya kualitas untuk menilai keadaan sekitarnya. Akibat saat halusinasi menguasai dirinya, klien akan kehilangan control terhadap kehidupannya.

2.2.3 Klasifikasi Halusinasi

Menurut Stuart dan Laraia (2005), membagi halusinasi menjadi 7 jenis halusinasi yang meliputi: halusinasi pendengaran (auditory), halusinasi penglihatan (visual), halusinasi penghidu (olfactory), halusinasi pengecap (gustatory), halusinasi perabaan (tactile), halusinasi cenesthetic, halusinasi kinesthetic.

1. Halusinasi pendengaran

Karakteristik : Mendengar suara atau bunyi, biasanya suara orang. Suara dapat berkisar dari suara yang sederhana sampai suara orang bicara mengenai klien. Jenis lain termasuk pikiran yang dapat didegar yaitu pasien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkan oleh klien dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu yang kadang-kadang berbahaya.

2. Halusinasi penglihatan

Karakteristik : Stimulus penglihatan dalam kilatan cahaya, gambar geometris, gambar karton atau panorama yang luas dan kompleks.

Penglihatan dapat berupa sesuatu yang menyenangkan atau sesuatu yang menakutkan seperti monster.

3. Halusinasi penciuman

Karakteristik : Membau bau-bau seperti darah, urine, feses umumnya bau-bau yang tidak menyenangkan. Halusinasi penciuman biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang dan demensia.

4. Halusinasi pengecapan

Karakteristik : Merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikan seperti darah, urine, atau feses.

5. Halusinasi perabaan

Karakteristik : Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas, rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

6. Halusinasi senestetik

Karakteristik : Merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena dan arteri, makanan dicerna, atau pembentukan urine.

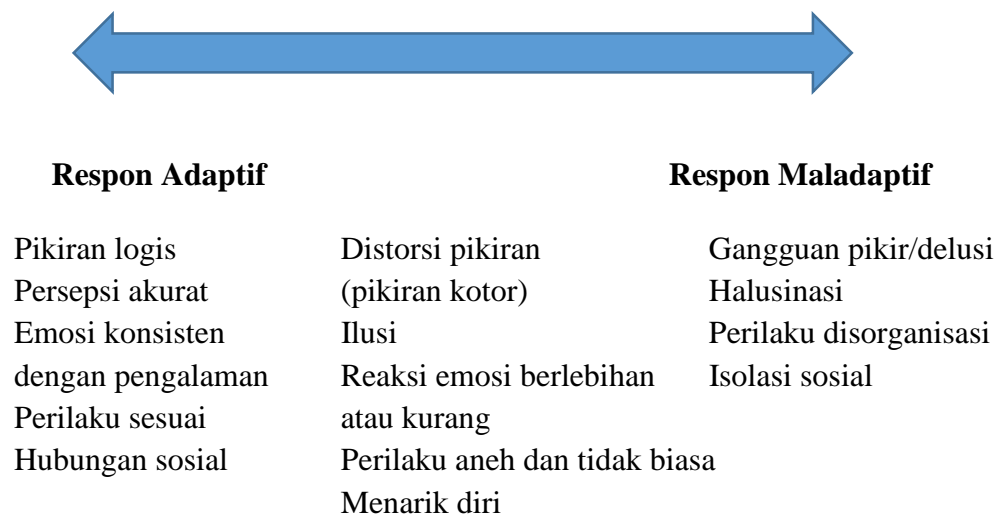
7. Halusinasi kinestetik

Karakteristik : Merasa pergerakan sementara bergerak tanpa berdiri.

2.2.4 Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu respon mal adaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologist (Stuart dan Laraia, 2005). Ini merupakan respon persepsi paling mal adaptif. Jika pasien sehat persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui pancaindra (pendengaran,

penglihatan, penghidu, pengecapan dan perabaan), pasien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus pancaindra walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada. Respon individu (yang karena suatu hal mengalami kelainan persepsi) yaitu salah mempersepsikan stimulus yang diterimanya yang disebut sebagai *ilusi*. Pasien mengalami *ilusi* jika interpretasi yang dilakukan terhadap stimulus pancaindra tidak akurat sesuai dengan stimulus yang diterima. Rentang respon tersebut digambarkan seperti pada gambar di bawah ini.



Gambar 2.1. Rentang Respon Halusinasi (Stuart, 2007)

1. Respon Adaptif

- a. Pikiran logis berupa pendapat atau pertimbangan yang dapat diterima akal.
- b. Persepsi akurat berupa pandangan dari seseorang tentang suatu peristiwa secara cermat dan tepat sesuai perhitungan.
- c. Emosi konsisten berupa kemantapan perasaan jiwa sesuai dengan peristiwa yang pernah dialami.

- d. Perilaku sesuai dengan kegiatan individu atau sesuatu yang berkaitan dengan individu tersebut diwujudkan dalam bentuk gerak atau ucapan yang tidak bertentangan dengan moral.
- e. Hubungan social dapat diketahui melalui hubungan seseorang dengan orang lain dalam pergaulan ditengah-tengah masyarakat (Stuart, 2007).

2. ResponTransisi

- a. Distorsi pikiran berupa kegagalan dalam mengabstrakan dan mengambil kesimpulan.
- b. Ilusi merupakan persepsi atau respon yang salah terhadap stimulus sensori.
- c. Menarik diri yaitu perilaku menghindar dari orang lain baik dalam berkomunikasi ataupun berhubungan social dengan orang-orang disekitarnya.
- d. Reaksi Emosi berupa emosi yang diekspresikan dengan sikap yang tidak sesuai.
- e. Perilaku tidak biasa berupa perilaku aneh yang tidak enak dipandang, membingungkan, kesukaran mengolah dan tidak kenal orang lain (Stuart, 2007).

3. Respon Maladaptif

- a. Gangguan pikiran atau waham berupa keyakinan yang salah yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan realita sosial.

- b. Halusinasi merupakan gangguan yang timbul berupa persepsi yang salah terhadap rangsangan.
- c. Sulit berespon berupa ketidakmampuan atau menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan, kebahagiaan, keakraban dan kedekatan.
- d. Perilaku disorganisasi berupa ketidakselarasan antara perilaku dan gerakan yang ditimbulkan.
- e. Isolasi sosial merupakan suatu keadaan kesepian yang dialami seseorang karena orang lain menyatakan sikap yang negatif dan mengancam (Stuart, 2007).

2.2.5 Tahapan Halusinasi

Menurut Direja (2011) Halusinasi melalui empat fase, yaitu sebagai berikut:

Tabel 2.1 Tahapan Halusinasi Menurut Direja (2011)

Tahap	Karakteristik	Perilaku klien
Fase 1 (Non-psikotik) halusinasi mampu memberikan rasa nyaman pada klien, tingkat orientasi sedang. secara umum pada tahap ini halusinasi merupakan hal yang menyenangkan bagi klien.	<ul style="list-style-type: none"> - kecemasan, kesepian, rasa bersalah, ketakutan - mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan kecemasan - Pikiran dan pengalaman sensorik masih ada dalam control kesadaran (jika kecemasan dikontrol) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tersenyum atau tertawa sendiri - Menggerakkan bibir tanpa suara - pergerakan mata yang cepat - Respons verbal lambat - diam, dan berkonsentrasi
Fase II (Non-psikotik) klien bersikap menyalahkan dan	<ul style="list-style-type: none"> - Pengalaman sensori menakutkan atau merasa dilecehkan oleh pengalam 	<ul style="list-style-type: none"> - Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah,

mengalami tingkat kecemasan berat. secara umum halusinasi yang ada dapat menyebabkan antipati.	tersebut - Mulai merasa kehilangan control - Menarik diri dari orang lain	- Perhatian terhadap lingkungan menurun - konsentrasi terhadap pengalaman sensori menurun - Kehilangan kemampuan dalam membedakan antara halusinasi dan realita.
Fase III (Psikotik) Klien biasanya tidak dapat mengontrol dirinya sendiri, tingkat kecemasan berat, dan halusinasi tidak dapat ditolak lagi	- Klien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya - Isi halusinasi menjadi atraktif - Klien menjadi kesepian bila pengalaman sensori berakhir	- Klien menuruti perintah halusinasi, - Sulit berhubungan dengan orang lain - Perhatian terhadap lingkungan sedikit atau sesaat - Tidak mampu mengikuti perintah yang nyata - Gejala sisa ansietas berat, berkeringat, tremor, tidak mampu mengikuti perintah
Fase IV (Psikotik) Klien sudah sangat dikuasai oleh halusinasi dan biasanya klien terlihat panic	a. Pengalaman sensori menjadi ancaman b. Halusinasi dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari (jika tidak diintervensi) c. Psikotik	- Resiko tinggi mencederai diri dan orang lain - Agitasi / kataton - Tidak mampu merespons rangsangan yang ada.

2.2.6 Tanda dan Gejala Halusinasi

Manifestasi klinik dari halusinasi meliputi beberapa fase,yaitu:

1. Fase I : sleep disorder

Fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi. Klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan,takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit

karena sebagai berbagai stresor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dihianati kekasih, masalah dikampus, drop out, dsb. Masalah terasa menekan karena terakumulasi, sedangkan support system kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus menerus, sehingga bisa menghayal. Klien menanggapi lamunan-lamunan awal tersebut terhadap pemecahan masalah (Keliat, 2009).

2. Fase II : cimforting moderate level of anxiety

Halusinasi secara umum ia terima sebagai sesuatu yang alami. Klien yang emosi secara berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memustikan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat ia kontrol bila kecemasan diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya (Keliat, 2009).

3. Fase III: condemning severe level of anxiety

Secara umum halusinasi sering mendatangi klien. Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami biasa. Klien merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama (Keliat, 2009)

4. Fase IV : controlling severe level of anxiety

Fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan. Klien mencoba melawan suara-suara atau sensory abnormal yang datang.

Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psychotic (Keliat, 2009).

5. Fase V : conquering panic level of anxiety

Klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya. Pengalaman sensorinya terganggu, klien mulai merasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal 4 jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. terjadi gangguan psikotik berat (Keliat, 2009).

Adapun tanda dan gejala lain dari halusinasi yaitu :

1. Bicara senyum dan tertawa sendiri
2. Mengatakan mendengar sesuatu, melihat, menghidu, mengecap, dan merasa sesuatu yang tidak nyata.
3. Merusak diri sendiri/orang lain/lingkungan.
4. Tidak dapat membedakan hal yang nyata dan hal yang tidak nyata.
5. Pembicaraan kacau, kadang tidak masuk akal, sikap curiga dan bermusuhan.
6. Tidak dapat memusatkan perhatian.
7. Menarik diri, menghindari orang lain.
8. Sulit membuat keputusan, ketakutan.
9. Menyalakan diri dan orang lain.
10. Mudah tersinggung, jengkel, marah
11. Muka merah kadang pucat.

12. Ekspresi wajah tegang.

2.2.7 Proses terjadinya Halusinasi akibat dari Skizofrenia

Teori Freud dalam Hawari (2009) menyatakan bahwa gangguan jiwa muncul akibat konflik internal (dunia dalam) pada diri seseorang yang tidak dapat beradaptasi dengan dunia luar, selain itu hubungan dalam keluarga yang buruk merupakan salah satu penyebab dari skizofrenia. Skizofrenia bisa disebabkan oleh genetik, virus maupun malnutrisi. Hal ini menyebabkan kekacauan pada sistem limbik serta merangsang pengeluaran zat halusinogenik yang akhirnya seseorang tidak dapat membedakan hal nyata dengan maya. Selain itu, gangguan persepsi juga dapat disebabkan oleh faktor psikologis yang dapat mempengaruhi perkembangan kepribadian manusia. Terlalu dilindungi atau merasakan kekerasan pada saat tumbuh kembang dapat menjadi stressor berat bagi individu yang akhirnya dapat menimbulkan kecemasan.

Apabila stressor yang menyerang individu melampaui ambang batas kemampuan seseorang dalam menghadapinya, ditambah dengan tidak adanya support sistem yang baik, maka dalam jangka waktu tertentu individu akan menggunakan pola koping yang destruktif, diantaranya supresi, proyeksi ataupun regresi (Hawari, 2009). Kecemasan dan ketegangan yang terus-menerus dapat mengganggu metabolisme tubuh, sehingga merangsang sistem limbik mengeluarkan zat – zat halusinogenik. Bersamaan dengan hal ini, terjadi juga ketidakseimbangan dopamine dan neurotransmitter lainnya, sehingga mengakibatkan ketidakmampuan otak menyeleksi stimulus yang ada, maka terjadilah kesalahan persepsi

diantaranya halusinasi lihat dan dengar. Gangguan persepsi juga dapat disebabkan oleh lesi pada area frontal, temporal dan sistem limbik pada otak.

2.2.8 Penatalaksanaan Halusinasi

Menurut Townsend, (2003) ada dua jenis penatalaksanaan yaitu sebagai berikut :

1. Terapi Farmakologi

a. *Haloperidol (HLP)* :

- 1) Klasifikasi : antipsikotik, neuroleptik, butirofenon.
- 2) Indikasi : penatalaksanaan psikosis kronik dan akut, pengendalian hiperaktivitas dan masalah perilaku berat pada anak-anak.
- 3) Mekanisme kerja : mekanisme kerja anti psikotik yang tepat belum dipahami sepenuhnya, tampak menekan SSP pada tingkat subkortikal formasi reticular otak, mesencefalon dan batang otak.
- 4) Kontra indikasi : Hipersensitivitas terhadap obat ini pasien depresi SSP dan sumsum tulang, kerusakan otak subkortikal, penyakit Parkinson dan anak dibawah usia 3 tahun.
- 5) Efek samping : Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, mulut kering dan anoreksia.

b. *Chlorpromazin*.

- 1) Klasifikasi : sebagai antipsikotik, antiemetik.
- 2) Indikasi : Penanganan gangguan psikotik seperti skizofrenia, fase mania pada gangguan bipolar, gangguan skizoaktif, ansietas dan agitasi, anak hiperaktif yang menunjukkan aktivitas motorik berlebihan.

- 3) Mekanisme kerja :Mekanisme kerja antipsikotik yang tepat belum dipahami sepenuhnya, namun mungkin berhubungan dengan efek antidopaminergik. Antipsikotik dapat menyekat reseptor dopamine postsinaps pada ganglia basal, hipotalamus, system limbik, batang otak dan medula.
- 4) Kontra Indikasi :Hipersensitivitas terhadap obat ini, pasien koma atau depresi sum-sum tulang, penyakit Parkinson, insufisiensi hati, ginjal dan jantung, anak usia dibawah 6 bulan dan wanita selama kehamilan dan laktasi.
- 5) Efek Samping :Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, hipotensi, ortostatik, hipertensi, mulut kering, mual dan muntah.

c. *Trihexypenidil (THP)*.

- 1) Klasifikasi antiparkinson.
- 2) Indikasi : Segala penyakit Parkinson, gejala ekstra pyramidal berkaitan dengan obat antiparkinson.
- 3) Mekanisme kerja :mengoreksi ketidakseimbangan defisiensi dopamine dan kelebihan asetilkolin dalam korpus striatum, asetilkolin disekat oleh sinaps untuk mengurangi efek kolinergik berlebihan.
- 4) Kontra indikasi :Hipersensitifitas terhadap obat ini, glaucoma sudut tertutup, hipertropi prostat pada anak dibawah usia 3 tahun.
- 5) Efek samping :Mengantuk, pusing, disorientasi, hipotensi, mulut kering, mual dan muntah.

2. Terapi non Farmakologi

a. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK).

Terapi aktivitas kelompok yang sesuai dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi adalah TAK Stimulasi Persepsi.

b. *Elektro Convulsif Therapy (ECT)*

Merupakan pengobatan secara fisik menggunakan arus listrik dengan kekuatan 75-100 volt, cara kerja belum diketahui secara jelas namun dapat dikatakan bahwa terapi ini dapat memperpendek lamanya serangan Skizofrenia dan dapat mempermudah kontak dengan orang lain.

c. Pengekangan atau pengikatan

Pengembangan fisik menggunakan pengekangannya mekanik seperti manset untuk pergelangan tangan dan pergelangan kaki sprei pengekangan dimana klien dapat dimobilisasi dengan membalutnya, cara ini dilakukan pada klien halusinasi yang mulai menunjukkan perilaku kekerasan diantaranya : marah-marah/mengamuk.

2.3 Teori Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa

2.3.1 Identitas Klien

Ditulis identitas lengkap seperti nama, usia dalam tahun, jenis kelamin (L untuk laki-laki dan P untuk perempuan dengan mencoret salah satu), Nomor rekam medik (CM) dan diagnosa medisnya. Hal ini dapat dilihat pada rekam medis (CM) atau wawancara langsung dengan klien bila memungkinkan (Ma'rifatul, 2011).

2.3.2 Alasan Masuk

Tanyakan kepada klien atau keluarga atau pihak yang berkaitan dan tuliskan hasilnya, apa yang menyebabkan klien datang ke rumah sakit? Apa yang sudah dilakukan oleh klien atau keluarga sebelumnya atau dirumah untuk mengatasi masalah ini dan bagaimana hasilnya (Ma'rifatul, 2011).

2.3.3 Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi yang harus dikaji meliputi terjadinya gangguan jiwa di masa lalu, pengobatan atau perawatan yang telah dilaksanakan, adanya trauma masa lalu, faktor genetik dan silsilah orang tuanya dan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan.

- 1) Apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu atau
Sebelumnya.
- 2) Bila 'ya' (pernah), bagaimana hasil pengobatan sebelumnya
(**Berhasil** bilamana klien bisa beradaptasi dimasyarakat tanpa gejala-gejala gangguan jiwa, **Kurang berhasil** bilamana klien bisa beradaptasi tapi masih ada gejala-gejala sisa dan **Tidak Berhasil** bilamana klien ada kemajuan/gejala menetap/bahkan gejala semakin bertambah parah)
- 3) Apakah klien pernah melakukan (pelaku), mengalami (korban), atau menyaksikan (saksi) suatu trauma berbentuk aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga, tindakan kriminal atau lainnya.
- 4) Apakah ada anggota keluarga lain yang mengalami gangguan jiwa ?
bila ada, bagaimana hubungan keluarga dengan klien, bagaimana gejala yang terjadi dan riwayat pengobatan atau perawatannya..

- 5) Apakah ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan (seperti kegagalan, perpisahan, kematian, trauma) selama tumbuh kembang yang pernah dialami klien sepanjang hidupnya.

2.3.4 Pemeriksaan/Keadaan Fisik

Menurut Ma'rifatul (2011) pemeriksaan fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ tubuh (dengan cara observasi, auskultasi, palpasi, perkusi dan hasil pengukuran) yang dapat digambarkan sebagai berikut :

- 1) Lakukan pengukuran dan tuliskan hasilnya tentang tanda vital (tekanan darah dalam mmHg/ pernafasan berapa kali dalam satu menit, suhu badan dalam derajat celcius, berat badan dalam kg dan tinggi badan dalam cm.
- 2) Apakah ada keluhan-keluhan fisik yang dirasakan klien, bila (ya) kaji lebih lanjut tentang sistem dan fungsi organ sesuai dengan keluhan yang dirasakan klien.

2.3.5 Psikososial

1. Genogram

Penelusuran genetik yang menyebabkan atau menurunkan gangguan jiwa merupakan hal yang sulit dilakukan hingga saat ini. Informasi terakhir tentang hal ini berdasarkan atas penyelidikan sifat keturunan melalui 3 jenis kajian yaitu :

- 1) Kajian adopsi yang membandingkan sifat antara anggota keluarga biologis/ satu keturunan dengan keluarga adopsi.

- 2) Kajian kembar yang membandingkan sifat antara anggota keluarga yang kembar identik secara genetik dengan saudara kandung yang tidak kembar.
- 3) Kajian keluarga yang membandingkan apakah suatu sifat banyak kesaman antara keluarga tingkat pertama (seperti orang tua, saudara kandung) dengan keluarga yang jail.

Oleh karena itu perlunya gambaran genogram keluarga dan bagaimana maknanya terhadap terjadinya gangguan jiwa pada klien dapat dilakukan sebagai berikut :

- a) Gambarkan genogram keluarga klien dengan 3 (tiga) generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan anggota keluarga. Adakah keluhan fisik, sakit fisik, dan gangguan jiwa yang dialami anggota keluarganya, pernahkah dirawat.
- b) Jelaskan klien tinggal dengan siapa dan apa hubungannya. Jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh keluarga terhadap klien dan anggota keluarga lainnya.

2. Konsep Diri

Menurut Ma'rifatul (2011) Konsep diri adalah semua jenis pikiran, kepercayaan yang membuat seseorang mengetahui tentang dirinya dan mempengaruhi hubungan dengan orang lain. Dalam mengkaji konsep diri klien dapat dilakukan langkah sebagai berikut :

1) Citra Tubuh (*body image*)

Citra tubuh (gambaran diri, *body image*), kaji bagaimana persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuhnya yang paling disukai dan bagian yang paling tidak disukai.

2) Identitas diri (*self identity*)

Kaji tentang bagaimana persepsi tentang status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status/posisi tersebut (sekolah, pekerjaan, kelompok, keluarga, lingkungan masyarakat sekitarnya), kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan (gender)

3) Peran (*self role*)

Kaji tentang bagaimana harapan klien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas atau peran yang diembannya dalam keluarga, kelompok, masyarakat dan bagaimana kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/ peran tersebut.

4) Ideal diri (*self ideal*)

Kaji bagaimana harapan klien terhadap tubuhnya posisi, status, tugas atau peran dan harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat bekerja, lingkungan masyarakat).

5) Harga diri (*Self esteem*)

Kaji bagaimana persepsi klien terhadap dirinya dalam hubungannya dengan orang lain sesuai dengan kondisi tersebut diatas (nomor 1, 2, 3 dan 4) dan bagaimana penilaian atau penghargaan orang lain terhadap diri dan lingkungan klien.

Hubungan Sosial

Ma'rifatul (2011) menyatakan bahwa hubungan sosial dapat dikaji sebagai berikut :

- 1) Siapa orang yang berarti dalam kehidupan klien, tempat mengadu, bicara, minta bantuan atau dukungan baik secara material maupun non material.
- 2) Peran serta kegiatan kelompok/ masyarakat, kelompok sosial apa saja yang diikuti di lingkungannya dan sejauh mana ia terlibat. Hambatan apa saja dalam berhubungan dengan orang lain/ kelompok tersebut.

3. Spiritual

Ma'rifatul (2011) menyatakan bahwa, adapun aspek spiritual yang dapat dikaji adalah sebagai berikut :

- 1) Apa agama dan keyakinan klien atau keluarganya. Bagaimana nilai, norma, pandangan dan keyakinan diri klien, keluarga dan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa sesuai norma budaya dan agama yang dianutnya.
- 2) kegiatan keagamaan, ibadah dan keyakinan apa saja yang dikerjakan klien dirumah/ lingkungan sekitarnya baik secara individu maupun kelompok, pendapat klien atau keluarga tentang ibadah tersebut..

2.3.6 Status Mental

1. Penampilan

Bagaimana kerapihan dalam penampilan dari ujung rambut sampai ujung kaki, seperti rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat,

resleting tidak dikunci, baju terbalik, baju tidak diganti beberapa hari. Penggunaan pakaian yang tidak sesuai, seperti pakaian dalam dipakai diluar baju, cara berpakaian tidak sesuai waktu, tempat dan identitas atau situasi kondisinya. Bagaimana penampilan klien dalam hal makan, mandi, toileting dan pakaian sarana/prasarana (instrumentasi) yang berkaitan dengan penampilan dirinya.

2. Pembicaraan

Bagaimana pembicaraan yang didapatkan pada klien, apakah cepat, keras, gagap, inkoherensi, apatis, lambat, membisu, tidak mampu memulai pembicaraan, pembicaraan berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lainnya yang tidak berkaitan dan jelaskan hal-hal lain yang berkaitan.

3. Aktivitas Motorik (psikomotorik)

Menurut Ma'rifatul (2011) gangguan motorik berkenaan dengan gerakan fisik perlu dicatat dalam hal tingkat aktivitas (letargik, tegang, gelisah, agitasi), jenis (Tik, seringai, tremor) dan isyarat tubuh/mannerisme yang tidak wajar. Jelaskan psikomotor atau aktivitas motorik yaitu gerakan badan/anggota badan yang dipengaruhi oleh keadaan jiwanya, efek bersama yang mengenai badan dan jiwa yang ditampilkan klien seperti lesu, tegang, gelisah, agitasi dll.

4. Afek dan Emosi

Jelaskan Afek yang terjadi pada klien seperti datar, tumpul, labil atau tidak sesuai. dan jelaskan alam perasaan (emosi) yang terjadi pada klien seperti sedih, ketakutan, putus asa, kuatir atau gembira berlebihan.

Biasanya istilah afek dan emosi dipakai secara bersama-sama atau bergantian.

5. Interaksi selama wawancara

Jelaskan keadaan yang ditampilkan klien saat wawancara seperti bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara), defensif (selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya) atau curiga (menunjukkan sikap atau perasaan tidak percaya pada orang lain) (Ma'rifatul, 2011).

6. Persepsi-Sensori

Kaji sensori dan persepsi yang ditampilkan atau ditanyakan oleh klien seperti adanya halusinasi pendengaran, pengelihatan, perasaan, pengucapan atau penghidu. Frekuensi terjadinya dalam satu hari dan tanda atau gejala yang nampak oleh adanya pengaruh halusinasi atau ilusi (Ma'rifatul, 2011).

7. Proses Pikir

Kaji gangguan proses pikir (arus dan bentuk pikir) seperti sirkumtansial, tangensial, blocking, kehilangan asosiasi, flight of idea, pengulangan pembicaraan atau perseverasi. (Ma'rifatul, 2011).

8. Tingkat Kesadaran

Kaji apakah klien mengalami gangguan kesadaran secara kuantitas (kesadaran meninggi atau menurun) atau secara kualitas (kesadaran berubah). Kesadaran secara fisiologis yang biasanya menurun dari kesadaran penuh atau *compos mentis*, apatis, bingung, sedasi, stupor

atau sampai koma, bagaimana kesadaran dan orientasi klien terhadap waktu, orang dan tempat lingkungannya. (Ma'rifatul, 2011).

9. Memori (Daya Ingat)

Kaji bagaimana daya ingat klien atau kemampuan mengingat hal-hal yang telah terjadi (jangka panjang/pendek/sesaat) dan apakah ada gangguan pada daya ingat. Gangguan ini dapat terjadi pada salah satu diantara komponen daya ingat yaitu pencatatan/registrasi, penahanan/retensi, memanggil kembali/recall sesuatu yang terjadi sebelumnya. (Ma'rifatul, 2011).

10. Tingkat konsentrasi dan Berhitung

Kaji Bagaimana klien berkonsentrasi dan kemampuannya dalam berhitung, apakah normal atau ada gangguan seperti mudah beralih, tidak mampu berkonsentrasi, tidak mampu berhitung sederhana atau lainnya.

11. Kemampuan Penilaian/Mengambil Keputusan

Penilaian melibatkan pembuatan keputusan yang konstruktif dan adaptif, kemampuan mengerti fakta dan menarik kesimpulan dari hubungan. Hal ini dapat dikaji dengan menggali keterlibatan klien dalam aktivitas, berhubungan dengan pilihan pekerjaan, contohnya bagaimana ia dapat menemukan jalan keluar dan bagaimana ia dapat bertindak. Bagaimana kemampuan klien dalam menilai sesuatu hal dan bagaimana ia mengambil suatu keputusan terhadap sesuatu hal, masalah atau peristiwa di lingkungan sekitarnya. Apakah normal atau ada gangguan bermakna.

12. Daya Tilik Diri

Kaji bagaimana klien menilai/memandang dirinya secara keseluruhan terhadap dirinya dan lingkungan sekitarnya. Apakah normal atau ada gangguan seperti mengingkari penyakit yang diderita atau menyalahkan hal-hal diluar dirinya. Hal ini dapat dilihat dan disesuaikan dengan konsep dirinya dan tingkat kesadaran yang terjadi saat ini. (Ma'rifatul, 2011).

2.3.7 KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

Apakah klien mampu atau tidak memenuhi/menyediakan kebutuhan pakaian (memilih, memakai, mencuci atau menyimpannya), makanan, kemauan, perawatan kesehatan, transportasi, tempat tinggal. Keuangan dan kebutuhan lainnya serta ketidakmampuan klien yang terjadi.

2. Kegiatan hidup sehari-hari (ADL)

a) Perawatan diri

Apakah klien mampu melakukan kegiatan hidup sehari-hari seperti mandi, kebersihan, makan, BAK, BAB dan anti pakaian secara mandiri, perlu bantuan minimal atau bantuan total.

- 1) Klien disebut mandiri bilamana ia tahu kapan/waktunya menyiapkan peralatan, mampu melaksanakan dan merapikan kembali apa yang telah ia kerjakan

- 2) Klien disebut perlu bantuan minimal bila ia mampu mengerjakan setelah diberikan penjelasan atau dorongan untuk melaksanakannya.
- 3) Klien disebut perlu bantuan total bila ia tidak mampu mengerjakan setelah diberikan penjelasan atau dorongan untuk melaksanakannya.

b) Nutrisi

Bagaimana kepuasan klien dengan pola makannya, bila tidak puas jelaskan apa yang menyebabkannya. Apakah klien pada saat makan memisahkan diri, bila memisahkan diri jelaskan apa yang menyebabkan terjadi hal ini. Berapa frekuensi makan dan frekuensi kudapan dalam sehari. Bagaimana nafsu makannya, apakah meningkat, menurun, berlebihan, sedikit-sedikit dan apa penyebabnya. Bagaimana berat badannya, apakah meningkat atau menurun dan apa penyebabnya. Ukur dan catat berat badan saat ini, BB terendah selama dirawat dan BB tertingginya.

c) Tidur

Apakah klien mempunyai masalah/gangguan tidur, seperti sulit untuk tidur, bangun terlalu pagi, somnambulisme, terbangun saat tidur, gelisah saat tidur atau berbicara saat tidur, bila ada jelaskan. Apakah ia merasa segar setelah bangun tidur, bila tidak segar jelaskan yang terjadi, apakah klien bisa tidur siang, berapa lama. Apakah ada yang menolong klien untuk mempermudah tidur,

keadaan seperti apa ? tidur malam rata-rata berapa jam, mulai tidur jam berapa dan bangun pagi jam berapa.

3. Kemampuan klien lain-lain

Apakah klien dapat atau mampu mengantisipasi kebutuhan hidupnya, membuat keputusan berdasarkan keinginannya, mengatur penggunaan obat dan melakukan pemeriksaan kesehatannya sendiri. Bila tidak bagaimana yang terjadi dan apa penyebabnya..

4. Klien memiliki sistem pendukung

Apakah klien mempunyai sistem pendukung seperti keluarga, teman sejawat, terapis atau kelompok sosial, bila sistem pendukung tersebut mempunyai sampai sejauh mana bantuan/perannya dalam membantu secara material maupun spiritual dan bilamana tidak mempunyai sistem pendukung bagaimana hal ini terjadi dan apa penyebabnya.

5. Klien menikmati saat bekerja/kegiatan produktif/hobi

Apakah klien mampu menikmati pekerjaannya, kegiatan yang produktif atau sekedar kesenangan saja atau hobi. Bila mampu menikmati sejauh mana hal ini terjadi dan bila tidak mampu menikmati mengapa hal ini terjadi dan bagaimana pengaruhnya terhadap kehidupan.

2.3.8 MEKANISME KOPING

Bagaimana dan jelaskan reaksi klien bila menghadapi suatu permasalahan, apakah menggunakan cara-cara yang adaptif seperti bicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik relaksasi, aktivitas konstruktif, olahraga. Ataukah menggunakan cara-cara maladaptif

seperti minum alkohol, reaksi lambat/berlebihan bekerja berlebihan, menghindar, mencederai diri atau lainnya.

2.3.9 MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Apakah klien mempunyai masalah yang berkaitan dengan psikososial dan lingkungan sekitarnya, bila mempunyai sebutkan secara spesifik dan singkat, seperti masalah dengan dukungan kelompok dengan lingkungan, pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, pelayanan kesehatan atau masalah spesifik lainnya dan bagaimana pengaruhnya terhadap kehidupan klien.

2.3.10 ASPEK PENGETAHUAN

Bagaimana pengetahuan klien /keluarga saat ini tentang penyakit/gangguan jiwa. Sistem pendukung, factor yang memperberat masalah (presipitasi), mekanisme koping, penyakit fisik, obat-obatan atau lainnya. Apakah perlu diberikan tambahan pengetahuan yang berkaitan dengan spesifikasi masalah tersebut.

2.4 Penerapan Asuhan Keperawatan Dengan Halusinasi

2.4.1 Pengkajian

1. Identitas klien dan penanggung

Dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa terutama dalam pengkajian untuk mempermudah asuhan keperawatan, perawat harus mengetahui identitas pasien yang ditulis mulai dari nama, umur, alamat, pekerjaan, status, agama, pendidikan, kebangsaan, diagnosa medis, tanggal masuk, dan nomor RM (Keliat,2010:46)

2. Alasan masuk rumah sakit

Alasan masuk mencakup penyebab pasien dirawat di RS atau keluhan pasien dalam keluarga sehingga datang dirawat di RS (Keliat,2010:46)

Alasan masuk rumah sakit umumnya klien halusinasi pendengaran dibawa ke rumah sakit karena keluarga tidak mampu merawat, terganggu karena muncul gejala-gejala yang tidak lazim misalnya isolasi sosial dari hubungan sosial, harga diri rendah, ketidaksesuaian sosial, tidak tertarik dengan aktifitas rekreasi, dan ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.

3. Faktor predisposisi

a. Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

b. Faktor sosial budaya

Berbagai faktor masyarakat yang disingkirkan atau kesepian yang selanjutnya keadaan dapat diatasi sehingga timbul halusinasi dan delusi

c. Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, peran ganda, atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas yang berakhir dengan peningkatan terhadap kenyataan

d. Faktor biologis

Pada pasien perubahan persepsi sensori halusinasi pendengaran sering ditemukan struktur otak yang abnormal seperti atropik otak, pembesaran ventrikel

4. Faktor presipitasi

a. Faktor presipitasi dapat bersumber internal dan eksternal

Stresor sosial budaya dan meningkatkan, bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting atau disingkirkan dari kelompok

b. Faktor biokimia

Berbagai penelitian tentang dopamin, zat haluzigenik diduga berkaitan dengan gangguan persepsi sensori

c. Faktor biologis

Intensitas kecemasan yang ekstrim dan memanjang, serta terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan gangguan persepsi sensori. Klien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan

5. Pemeriksaan fisik

Pengkajian difokuskan pada sistem dan fungsi organ

a. Pengukuran dan observasi tanda-tanda vital :

Tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan klien. Hal itu harus dilakukan untuk mengetahui normal dan tidaknya.

b. Dalam sistem dan fungsi organ :

Keluhan fisik yang dirasakan klien dengan keluhan-keluhan klien pada saat pengkajian. Hal ini dapat menjadi masalah atau suatu faktor yang mempengaruhi perilaku (Keliat,2010)

6. Psikososial

a. Genogram

Pembuatan genogram sangat diperlukan minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan anggota keluarga. Adakah keluhan fisik, sakit fisik dan gangguan jiwa yang dialami anggota keluarganya termasuk masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, orang terdekat klien dan pola asuh keluarga. Dikaji meliputi :

- 1) Hubungan keluarga dengan orang tua yang dingin atau ketegangan atau acuh tak acuh
- 2) Kedua orang tua jarang dirumah dan tidak ada waktu untuk anak
- 3) Komunikasi antar anggota tidak baik
- 4) Kedua orang tua pisah atau cerai
- 5) Salah satu orang tua menderita gangguan jiwa atau kepribadian
- 6) Orang tua dalam pendidikan anak kurang sabar, pemarah, keras, otoriter dan lain sebagainya (Dadang Hawari,2004)

b. Konsep diri

Konsep diri adlah semua ide, pikiran, kepercayaan, dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan

mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain (Stuart dan Sundeen, 2008)

c. Gambaran diri

Gambaran diri adalah pandangan seseorang terhadap tubuhnya, termasuk persepsi dan perasaan masa lalu dan sekarang, tentang ukuran tubuh, fungsi, penampilan dan potensi diri. Pandangan ini terus berubah oleh pengalaman dan persepsi baru.

Pengkajian gambaran diri perlu dicermati terhadap perubahan tubuh seperti perkembangan payudara, perubahan suara, pertumbuhan yang dapat mempengaruhi tubuh yang diantisipasi oleh individu (Hamid dkk, 2010).

d. Identitas diri

Identitas diri adalah penilaian individu terhadap dirinya sebagai satu kesatuan yang utuh, konsisten dan unik. Ini berarti individu tersebut otonomi berbeda dengan yang lain, termasuk persepsinya terhadap jenis kelamin. Pembentukan identitas dimulai sejak lahir dan berkembang melalui siklus kehidupan dan terutama pada periode remaja (Hamid dkk, 2010).

e. Peran

Peran adalah seperangkat perilaku yang diharapkan oleh masyarakat sesuai dengan fungsi individu didalam masyarakat tersebut.

f. Ideal diri

Ideal diri adalah persepsi individu tentang perilaku yang harus dilakukan sesuai dengan standart, aspirasi, tujuan atau nilai yang dilakukan. Ideal diri saat ini, tetap masih dalam batas yang dicapai, ideal diri diperlukan untuk mengacu pada tingkat yang lebih tinggi (Hamid dkk, 2010).

g. Harga diri

Harga diri adalah penilaian orang tentang nilai individu dengan menganalisa kesesuaian perilaku dengan ideal diri. Harga diri yang tinggi berakar dari penerimaan diri sendiri tanpa syarat, sebagai individu yang berarti dan pentingnya walaupun salah, gagal, dan kalah.

h. Hubungan sosial

Perubahan sosial yang sering terjadi pada klien halusinasi pendengaran adalah:

- 1) Kesepian
- 2) Perasaan terisolasi dan terasing, perasaan kosong, gersang dan merasa putus asa, yang membuat pasien terpisah dengan yang lain
- 3) Isolasi sosial
- 4) Terjadi ketika klien menarik diri, secara fisik dan emosional dari orang lain
- 5) Rasa tidak percaya pada orang lain merupakan inti masalah pada gangguan halusinasi

6) Ketergantungan diartikan keterikatan pada orang lain yang berlebihan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional

i. Spiritual

Pentingnya riwayat kehidupan beragam perlu digali sejauh mana bagi klien gangguan jiwa ini dikemukakan oleh Kaplan dan Sadock (2009), yang menyatakan bahwa dalam wawancara dengan psikiater perlu ditelusuri latar belakang keagamaannya antara lain, kehidupan beragama kedua orang tua penderita sejauh mana hal ini pengaruhnya bagi klien. Apakah pengalaman agamanya itu fanatik, moderat atau permissif dan adakah konflik yang timbul antara orang tua dan anak (klien) didalam pendidikan agama di rumah selain itu juga perlu diketahui sejauh mana pengaruh agama dalam kehidupan klien sebelum sakit (Dadang Hawari, 2004).

j. Status mental

Pengkajian pada status mental meliputi :

1) Penampilan

Pada klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran akan didapat tidak ada perhatian asuhan mandiri terutama penampilan, misalnya penampilan yang tidak terawat dari ujung rambut sampai ujung kaki, ada yang tidak rapi (rambut acak-acakan, kancing baju tidak rapi, baju terbalik dan baju tidak diganti-ganti) kadang-kadang penggunaan pakaian yang tidak sesuai misal, pakaian dalam dipakai diluar baju, tidak tepat waktu, tempat, situasi dan kondisi (Keliat 2010).

2) Pembicaraan

Klien dengan halusinasi dipenuhi dengan pembicaraan yang berbelit-belit tetapi sampai pada tujuan dengan berbicara cepat, keras, gagap, bisu atau lambat bisa ditemukan pada klien gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran (Keliat 2010).

3) Aktifitas motorik

Perubahan motorik yang sering terjadi adalah :

- a. Otomatis : gerakan seperti robot
- b. Impulsif : cenderung melakukan gerakan tiba-tiba dan spontan tanpa dipikir
- c. Manerisine dikenal melalui gerakan dan ucapan
- d. Kompulsif : kegiatan yang dilakukan berulang-ulang, seperti berulang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan (Keliat, 2010).

4) Alam perasaan

Gambaran akan perasaan ini dapat terlihat dari wajhnya yang tidak menunjukkan ekspresi dan terkesan dingin merasa bangga bahwa dirinya selalu obyektif, rasional dan tidak mudah terangsang secara emosional dan subyektifitas tinggi, perasaan yang berlebihan ini ditemukan pada klien (Dandang Hawari, 2004).

5) Afek

Afek adalah komponen pikiran dan ide yang terkait dengan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Perubahan afek

terjadi karena klien berusaha membuat jarak dengan perasaan tertentu. Perubahan afek yang biasa muncul antara lain :

a. Afek yang tumpul

Kurangnya respon yang emosional terhadap pikiran orang atau pengalaman klien tampak apatis dan tidak membedakan

b. Afek yang datar

Afek tidak sesuai dengan pembicaraan atau ide orang tersebut misalnya klien ketawa saat dia disiksa

c. Afek berlebihan

Reaksi yang berlebihan terhadap suatu keadaan misalnya reaksi berduka yang berlebihan terhadap kematian hewan kesayangannya

d. Ambivalen

Timbulnya dan perasaan yang bertentangan ada saat yang sama
(Hamid dkk, 2010)

6) Interaksi selama wawancara : rsepon verbal dan nonverbal.

7) Persepsi : ketidakmampuan menginterpretasikan stimulus yang ada sesuai dengan informasi.

8) Proses pikir : proses informasi yang diterima tidak berfungsi dengan baik dan dapat mempengaruhi proses pikir.

9) Isi pikir : berisikan keyakinan berdasarkan penilaian realistis.

10) Tingkat kesadaran : orientasi waktu, tempat dan orang

- 11) Memori
 - a. Memori jangka panjang : mengingat peristiwa setelah lebih setahun berlalu
 - b. Memori jangka pendek : mengingat peristiwa seminggu yang lalu dan pada saat dikaji.
- 12) Kemampuan konsentrasi dan berhitung : kemampuan menyelesaikan tugas dan berhitung sederhana.
- 13) Kemampuan penilaian : apakah terdapat masalah ringan sampai berat.
- 14) Daya tilik diri : kemampuan dalam mengambil keputusan tentang diri.
- 15) Kebutuhan persiapan pulang : yaitu pola aktifitas sehari-hari termasuk makan dan minum, BAB dan BAK, istirahat tidur, perawatan diri, pengobatan dan pemeliharaan kesehatan serta aktifitas dalam dan luar ruangan.
- 16) Mekanisme koping
- 17) Regresi : menjadi malas beraktifitas sehari-hari.
- 18) Proyeksi : menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.
- 19) Menarik diri : sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal.
- 20) Masalah psikososial dan lingkungan

Masalah berkenaan dengan ekonomi, pekerjaan, pendidikan dan perumahan atau pemukiman.

21) Aspek medik

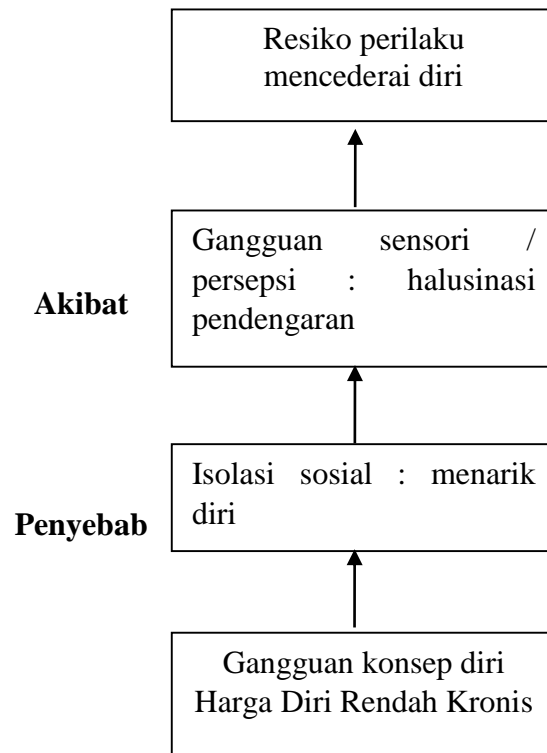
Diagnosa medik dan terapi medik.

2.4.2 Masalah Keperawatan

Masalah yang muncul pada pengkajian, dan hal ini untuk melengkapi pembuatan pohon masalah, yaitu :

1. Resiko mencederai diri dan orang lain
2. Koping keluarga inefektif (mengingkari)
3. Koping individu inefektif (regresi)
4. Harga diri rendah
5. Isolasi sosial : menarik diri
6. Defisit perawatan diri
7. Sindroma pasca trauma : pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan
8. Perubahan persepsi sensori

2.4.3 Pohon masalah



Gambar 2.2. Pohon Masalah Halusinasi Pendengaran (Keliat, 2006)

2.4.4 Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan meningkatkan data-data menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dan mencatatkan masalah kesehatan dan keperawatan (Effendi, 2006)

Analisa data pada klien dengan gangguan persepsi sensori, merupakan masalah yang sangat penting dan membutuhkan pemecahan secara efektif karena seseorang yang berhalusinasi tidak mempunyai pemikiran untuk memastikan apakah sesuatu yang dipikirkan nyata.

2.4.5 Diagnosis Keperawatan

Halusinasi Pendengaran

2.4.6 Intervensi Keperawatan

Keliat (2010), mengatakan bahwa intervensi ditujukan kepada klien dan keluarga. Intervensi Keperawatan terdiri dari :

I. Pasien

SP P dengan tujuan :

Pasien dapat mengenali halusinasi yang dialaminya, pasien dapat mengontrol halusinasinya, pasien dapat mengikuti program pengobatan secara optimal.

Kriteria hasil :

Setelah 7x pertemuan, pasien mampu : mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi, mengikuti program pengobatan secara optimal.

SP 1 P :

1. Membantu pasien mengenal halusinasi.
2. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi.
3. Mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi.

SP 2 P :

1. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap bersama orang lain.

SP 3 P :

1. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan melaksanakan aktivitas

SP 4 P :

1. Melatih pasien minum obat secara teratur.

II. Keluarga**SP K dengan tujuan :**

Keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien dengan halusinasi, baik di rumah maupun di rumah sakit, keluarga dapat menjadi system pendukung yang efektif untuk pasien.

Kriteria Hasil :

Setelah 3x pertemuan, keluarga mampu menjelaskan tentang masalah halusinasi pendengaran dan dampak yang ditimbulkan, cara merawat pasien halusinasi pendengaran, pengobatan yang berkelanjutan dan mencegah putus obat.

SP 1 K :

1. Memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi.
2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang jenis halusinasi yang dialami pasien.
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang tanda dan gejala halusinasi.
4. Menjelaskan cara merawat pasien halusinasi.

SP 2 K :

- Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien halusinasi langsung dihadapan pasien.
- Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara

merawat pasien dengan halusinasi langsung dihadapan pasien.

SP 3 K :

1. Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

2.4.7 Implementasi

Menurut Kusumawati dan Hartono 2011: 53, implementasi keperawatan atau pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang sudah dibuat dilaksanakan dalam bentuk fase orientasi, fase kerja, fase terminasi yang kemudian didokumentasikan sesuai dengan tanggal pelaksanaan dan disertai tanda tangan petugas. Sedangkan intervensi adalah sebuah perencanaan yang tertulis.

Tabel 2.2 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Pasien	Keluarga
Halusinasi	SP1 : Mengidentifikasi jenis halusinasi klien a. Mengidentifikasi isi halusinasi klien b. Mengidentifikasi waktu halusinasi klien c. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien d. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi e. Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi f. Mengajarkan klien menghardik halusinasi g. Mengajarkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian klien	SP1 : a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, dan jenis halusinasi yang dialami klien beserta proses terjadinya c. Menjelaskan cara-cara merawat klien halusinasi
	SP2 : a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien	SP2: a) Melatih keluarga mempratekkan

	<ul style="list-style-type: none"> b. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul. c. Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian 	<p>cara merawat klien dengan halusinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> b. Melatih keluarga mempratikkan cara merawat klien halusinasi
	<p>SP3:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien b. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan kegiatan harian) c. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian 	<p>SP3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Membantu keluarga membuat jadwal aktifitas dirumah termasuk minum obat (discharge planning) b. Menjelaskan follo up pasien setelah pulang
	<p>SP4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien b. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur c. Menganjurkan klien memasukkan jadwal kegiatan harian 	

2.4.8 Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk melihat efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan jangka pendek dan panjang yang telah dilakukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai pola pikir :

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A : Analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien

Evaluasi yang diharapkan pada klien yaitu klien mampu mengenal halusinasi, mampu mengenal isi halusinasi, mampu mengenal frekuensi halusinasi, mampu mengenal situasi yang menimbulkan halusinasi, mampu menjelaskan respon terhadap halusinasi, mampu menghardik halusinasi, mampu bercakap – cakap jika terjadi halusinasi, mampu membuat jadwal kegiatan harian, mampu melakukan kegiatan harian sesuai jadwal, dan mampu minum obat secara teratur (Purba, 2009).

Evaluasi yang diharapkan pada keluarga yaitu keluarga mampu menyebutkan pengertian halusinasi, mampu menyebutkan jenis halusinasi yang dialami oleh pasien, mampu menyebutkan tanda dan gejala yang dialami oleh pasien, mampu memperagakan latihan cara memutus halusinasi pasien, mampu mengajak pasien bercakap – cakap saat pasien berhalusinasi, mampu memantau aktivitas sehari – hari pasien, dan mampu memantau dan memenuhi obat untuk pasien (Purba, 2009).