

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Tinjauan pustaka digunakan untuk mendukung permasalahan yang diungkapkan dalam usulan penelitian serta sebagai dasar dalam penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2005).

#### **2.1 Konsep Halusinasi**

##### **2.1.1 Pengertian Halusinasi**

Halusinasi adalah pengalaman panca indra tanpa adanya rangsangan, artinya individu mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan tanpa adanya rangsangan dari luar dan orang lain tidak mendengarnya. (Kelliat Budi Anna, 2005).

Halusinasi adalah perubahan persepsi sensori : keadaan dimana individu atau kelompok mengalami atau beresiko mengalami suatu perubahan dalam jumlah, pola atau interpretasi stimulus yang datang dan dimana klien mempersepsikan suatu obyek yang sebenarnya tidak terjadi ( Carpenito, 2008).

##### **2.1.2 Penyebab Halusinasi**

1. Faktor Predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh inidvidu untuk mengatasi stress baik secara biologis, psikologis, dan sosiokultural dilingkungannya.

Menurut Yosep (2009) faktor predisposisi penyebab halusinasi adalah :

- a. Faktor Genetik dan Pola Asuh : Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Faktor genetik dianggap mempengaruhi transmisi

gangguan afektif melalui riwayat keluarga atau keturunan. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

- b. Neurobiologi : Perilaku psikotik terkait dengan lesi pada daerah frontal, temporal, dan area limbik, serta gangguan regulasi neurotransmitter yg bekerja di area-area tersebut.
  - c. Neurotransmitter : Ketidakseimbangan antara dopamin dan serotonin. Zat kimia seperti dopamine dan serotonin yang berlebihan dan masalah-masalah pada sistem reseptor dopamine dikaitkan oleh terjadinya skizofrenia.
  - d. Abnormal perkembangan syaraf : Yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia, lesi pada daerah frontal, temporal, limbik berhubungan dengan perilaku psikotik.
  - e. 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.
2. Faktor Presipitasi : Stimulasi yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman/tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk coping yaitu meningkatkan stress dan kecemasan. faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah :

- a. Proses pengolahan informasi yang berlebihan : Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi.
- b. Mekanisme penghantaran listrik yang abnormal : Pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.
- c. Adanya gejala pemicu : Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis yang maladaptif berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku individu.
- d. Sosial budaya : Meyakini bahwa orang yang berasal dari sosial ekonomi rendah atau kondisi orang tua tunggal dan tidak mempunyai kesempatan mendapatkan penghargaan dari orang lain yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realita sehingga memberikan reaksi yang salah dan tidak mampu berespon terhadap stimulus dari luar.
- e. Stres lingkungan : Ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya perilaku.
- f. Sumber koping  
Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor.

### **2.1.3 Tanda dan Gejala**

1. Bicara, senyum dan tertawa sendiri
2. Mondar-mandir
3. Disorientasi waktu, tempat dan orang
4. Bersikap seperti mendengarkan sesuatu

5. Mata tertuju pada satu arah
6. Mengatakan mendengar suara
7. Melihat, mengecap, mencium dan merasa sesuatu yang tidak nyata
8. Konsentrasi kurang
9. Curiga dan bermusuhan
10. Sulit membuat keputusan
11. Cemas
12. Mudah tersinggung
13. Menyalahkan diri sendiri/orang lain
14. Ekspresi wajah tegang

#### 2.1.4 Macam – Macam Halusinasi

##### 1) Jenis Halusinasi

Berikut adalah jenis – jenis halusinasi, data obyektif dan subyektifnya.

Data obyektif dapat diperoleh melalui observasi pasien dan data subyektif didapat melalui wawancara dengan pasien halusinasi.

Jenis halusinasi	Data Obyektif	Data Subyektif
Halusinasi pendengaran	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bicara atau tertawa sendiri</li> <li>- Marah – marah tanpa sebab</li> <li>- Menyedengkan telinga ke arah tertentu</li> <li>- Menutup telinga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendengar suara – suara atau kegaduhan</li> <li>- Mendengar suara yang mengajak bercakap – cakap</li> <li>- Mendengar suara menyuruh</li> <li>- melakukan sesuatu yang berbahaya</li> </ul>
Halusinasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menunjuk - nunjuk ke arah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melihat bayangan, sinar,</li> </ul>

penglihatan	tertentu - Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas	bentuk geometri, bentuk kartoon, bentuk hantu atau monster
Halusinasi penghidu	- Menghidu seperti sedang membaui bau – bauan tertentu - Menutup hidung	- Membau bau – bauan seperti darah, urin, feses, kadang – kadang bau itu menyenangkan
Halusinasi pengecapan	- Sering meludah - Muntah	- Merasakan rasa seperti darah, urin dan feses
Halusinasi perabaan	- Menggaruk – garuk permukaan kulit	- Mengatakan ada serangga di permukaan kulit - Merasa seperti tersengat listrik

## 2) Isi Halusinasi

Isi halusinasi yang dialami oleh klien. Dikaji dengan suara siapa yang didengar, berkata apa bila halusinasi datang dan sesuai dari hasil pengkajian pada jenis halusinasi yang dialami pasien

## 3) Waktu, frekuensi dan situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi

Dikaji dengan kapan halusinasi muncul, setiap apa ( pagi, siang, malam ), berapa kali sehari, sebulan, setahun. Mengkaji peristiwa apa yang dialami sebelum halusinasi muncul. Selain itu perawat juga bisa mengobservasi apa yang dialami klien menjelang muncul halusinasi untuk memvalidasi pernyataan klien.

#### 4) Respons Halusinasi

Menentukan sejauh mana halusinasi telah mempengaruhi klien. Bisa dikaji dengan menanyakan apa yang dilakukan oleh klien saat mengalami pengalaman halusinasi. Apakah klien masih bisa mengontrol stimulus atau sudah tidak berdaya lagi terhadap halusinasi.

### 2.1.5 Fase – Fase Halusinasi

#### 1. Fase Pertama (Fase *Comforting* / menyenangkan)

Pada tahap ini masuk pada golongan non psikotik.

Karakteristik : Klien mengalami stres, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak dan tidak dapat diselesaikan.

Data yang mendukung : Tersenyum atau tertawa tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respons verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya, dan suka menyendiri.

#### 2. Fase Kedua (Fase *Condemning* / menyalahkan)

Pada fase ini terjadi ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikkan.

Termasuk dalam psikotik ringan.

Karakteristik : Pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun, dan berpikir sendiri jadi dominan.

Data yang mendukung : Meningkatnya tanda- tanda sistem syaraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah.

#### 3. Fase Ketiga (Fase *Controlling* / mengontrol)

Fase ini terjadi ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa.

Termasuk dalam gangguan psikotik.

Karakteristik : Bisikan, suara, isi halusinansi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien.

Data yang mendukung : Kemauan dikendalikan halusinasi, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik.

#### 4. Fase Keempat (Fase *Conquering* / menguasai)

Pasien masuk pada fase panik yaitu klien lebur dengan halusinasinya.

Termasuk dalam psikotik berat.

Karakteristik : Halusinasinya berubah mengancam, memerintah dan memarahi klien.

Data yang mendukung : Perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau katatonik tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang.

### 2.1.6 Rentang Respon



### **2.1.7 Mekanisme Koping**

Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologik termasuk :

a. Regresi

Berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas, hanya mempunyai sedikit energi yang tertinggal untuk aktivitas hidup sehari – hari atau menjadi malas untuk beraktifitas sehari-hari.

b. Proyeksi

Sebagai upaya untuk menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.

c. Menarik diri

Sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal. (Stuart, 2007).

d. Keluarga mengingkari masalah yang dialami oleh klien

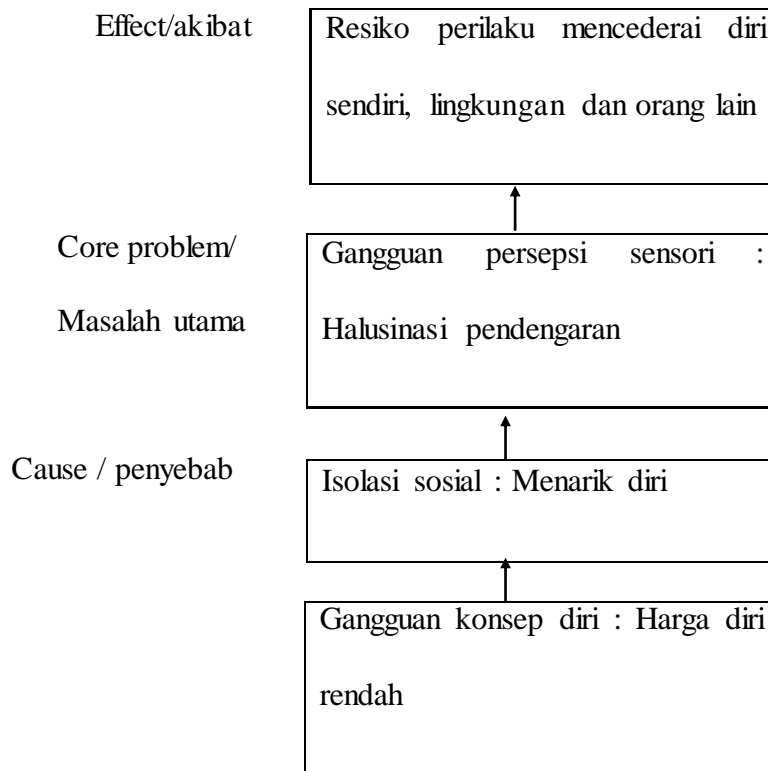
### **2.1.8 Akibat Halusinasi**

Klien yang sudah mengalami halusinasi dapat kehilangan control dirinya sehingga bisa membahayakan diri sendiri, maupun merusak lingkungan (resiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan). Hal ini terjadi jika halusinasi sudah sampai fase ke IV, di mana klien mengalami panik dan prilakunya dikendalikan oleh isi halusinasinya. Klien benar-benar kehilangan kemampuan penilaian realitas terhadap lingkungan dalam situasi ini klien



dapat melakukan bunuh diri, membunuh orang lain bahkan merusak lingkungan.

### 2.1.9 Pohon Masalah



(Budi ana keliat, 2005)

### 2.1.10 Pengkajian

#### 1. Identitas Klien

Meliputi nama klien, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, tanggal MRS , informan, tanggal pengkajian, alamat/ tempat tinggal klien.

#### 2. Keluhan Utama

Keluhan biasanya berupa menyendiri (menghindar dari orang lain), komunikasi kurang atau tidak ada, berdiam diri dikamar, menolak interaksi dengan orang lain, tidak melakukan kegiatan sehari-hari, dependen.

### 3. Faktor predisposisi

Kehilangan, perpisahan, penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan/ frustrasi berulang, tekanan dari kelompok sebaya; perubahan struktur sosial.

Terjadi trauma yang tiba tiba misalnya harus dioperasi, kecelakaan, dicerai suami, putus sekolah, PHK, perasaan malu karena sesuatu yang terjadi (korban perkosaan, dituduh korupsi, dipenjara tiba-tiba), perlakuan orang lain yang tidak menghargai klien/ perasaan negatif terhadap diri sendiri yang berlangsung lama.

### 4. Aspek fisik / biologis

Hasil pengukuran tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, tinggi badan, berat badan) dan keluhan fisik yang dialami oleh klien.

### 5. Aspek Psikososial

1) Genogram yang menggambarkan tiga generasi

2) Konsep diri:

#### a. Citra tubuh

Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah atau tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi atau yang akan terjadi. Menolak penjelasan perubahan tubuh, persepsi negatif tentang tubuh. Preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang, mengungkapkan keputusan, mengungkapkan ketakutan.

#### b. Identitas diri

Ketidakpastian memandang diri, sukar menetapkan keinginan dan tidak mampu mengambil keputusan.

c. Peran

Berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, proses menua, putus sekolah, PHK.

d. Ideal diri

Mengungkapkan keputusasaan karena penyakitnya, mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi.

e. Harga diri

Perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, mencederai diri, dan kurang percaya diri.

3) Klien mempunyai gangguan / hambatan dalam melakukan hubungan sosial dengan orang lain terdekat dalam kehidupan, kelompok yang diikuti dalam masyarakat.

4) Kenyakinan klien terhadap Tuhan dan kegiatan untuk ibadah (spritual)

6. Status Mental

Kontak mata klien kurang /tidak dapat mempertahankan kontak mata, kurang dapat memulai pembicaraan, klien suka menyendiri dan kurang mampu berhubungan dengan orang lain, adanya perasaan keputusasaan dan kurang berharga dalam hidup.

7. Kebutuhan persiapan pulang.

1) Klien mampu menyiapkan dan membersihkan alat makan.

2) Klien mampu BAB dan BAK, menggunakan dan membersihkan WC, membersihkan dan merapikan pakaian.

3) Pada observasi mandi dan cara berpakaian klien terlihat rapi.

4) Klien dapat melakukan istirahat dan tidur, dapat beraktivitas di dalam dan diluar rumah.

5) Klien dapat menjalankan program pengobatan dengan benar.

#### 8. Mekanisme Koping

Klien apabila mendapat masalah takut atau tidak mau menceritakannya pada orang orang lain (lebih sering menggunakan koping menarik diri).

#### 9. Aspek Medik

Terapi yang diterima klien bisa berupa terapi farmakologi, ECT (*Electro Convulsi Therapy*), Psikomotor, terapi okupasional, TAK (Terapi Aktifitas Kelompok) dan rehabilitas.

#### **2.1.11 Masalah Keperawatan dan Data Yang Perlu Dikaji**

Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

DS : - Klien mengatakan tidak berguna hidup

- Klien mengatakan malu sama tetangganya karena tidak bekerja

DO : - Klien menyendiri

- Klien tidak mau bergaul dengan temannya

Isolasi sosial : Menarik diri

DS : - Klien mengatakan sering menyendiri

- Klien mengatakan jarang mengobrol dengan teman atau orang lain.

DO : - Melamun, menyendiri, pasif

- Interaksi dengan orang lain berkurang

Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran

DS : - Klien mengatakan sering mendengar suara-suara gemuruh pada pagi dan malam.

- Klien mengatakan sering ada yang ngajak bicara

DO : - Klien tampak sering komat-kamit

- Klien sering menyendiri
- ADL mandiri.

Resiko perilaku mencederai diri sendiri, lingkungan dan orang lain

DS : - Klien mengatakan sering mendengar bisikan-bisikan hingga membuatnya marah

DO : - Klien bingung

- Klien kadang mengamuk dan memukul

#### **2.1.12 Diagnosa Keperawatan**

Perubahan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran.

#### **2.1.13 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien beralih dari status kesehatan saat ini ke status kesehatan yang diuraikan dalam hasil yang diharapkan klien mungkin membutuhkan intervensi dalam bentuk dukungan, medikasi, pengobatan untuk kondisi terbaru, edukasi klien dan keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan mendatang (Potter, 2005).

#### 1. Tindakan keperawatn pada pasien

##### 1). Tujuan keperawatan

- a. Klien dapat membina hubungan saling percaya
- b. Klien mampu mengenal halusinasinya
- c. Klien dapat mengontrol halusinasinya
- d. Klien dapat memanfaatkan obat dengan benar

## 2). Tindakan keperawatan

### a. Membina hubungan saling percaya

Untuk membina hubungan saling percaya dengan pasien isolasi sosial kadang membutuhkan waktu yang lama dan interaksi yang singkat serta sering karena tidak mudah bagi pasien untuk percaya pada orang lain. Oleh karena itu, perawat harus konsisten bersikap terapeutik terhadap pasien. Selalu menepati janji adalah salah satu upaya yang dapat dilakukan. Pendekatan yang konsisten akan membuahkan hasil. Jika pasien sudah percaya dengan perawat, program asuhan keperawatan lebih mungkin dilaksanakan. Membina hubungan saling percaya dapat dilakukan dengan cara:

- a) Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien.
- b) Berkenalan dengan pasien; perkenalkan nama lengkap dan nama panggilan perawat serta tanyakan nama lengkap dan nama panggilan pasien.
- c) Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini.
- d) Buat kontrak asuhan: Apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan dan tempat pelaksanaan kegiatan.
- e) Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi.
- f) Tunjukkan sikap empati terhadap pasien setiap saat.
- g) Penuhi kebutuhan dasar pasien jika mungkin.

- b. Membantu klien mengenal halusinasinya dengan cara :
  - a) Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap
  - b) Observasi tingkah laku klien sesuai dengan halusinasinya
  - c) Bantu klien mengenal halusinasinya
  - d) Diskusikan dengan klien tentang frekuensi dan waktu halusinasi
  - e) Kaji respon klien saat terjadi halusinasi
  
- c. Membantu klien mengontrol halusinasinya dengan cara :
  - a) Identifikasi cara yang selama ini dilakukan saat terjadi halusinasi
  - b) Diskusikan manfaat cara tersebut
  - c) Diskusikan cara baru untuk mengendalikan halusinasi (menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas, minum obat teratur).
  - d) Beri kesempatan untuk melakukan cara tersebut saat halusinasinya timbul
  
- d. Membantu klien memanfaatkan obat dengan benar
  - a) Diskusikan frekuensi, dosis, dan manfaat obat
  - b) Anjurkan minum obat
  - c) Diskusikan efek bila menghentikan obat tanpa konsultasi
  - d) Jelaskan 5 tepat dalam penggunaan obat

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien halusinasi :

SP 1 PASIEN : Bina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien halusinasi dengan cara pertama : menghardik halusinasi

SP 2 PASIEN : Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

SP 3 PASIEN : Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara yang ketiga yaitu melaksanakan aktivitas terjadwal

SP 4 PASIEN : Melatih pasien menggunakan minum obat secara teratur

## 2. Tindakan keperawatan pada keluarga

### 1). Tujuan keperawatan

Setelah tindakan keperawatan, keluarga dapat merawat pasien halusinasi.

### 2). Tindakan keperawatan

- a. Diskusikan masalah yang diraskan keluarga dalam merawat pasien.
- b. Jelaskan tentang masalah halusinasi dan dampaknya kepada pasein, penyebab halusinasi dan cara-cara merawat pasien dengan halusinasi.
- c. Peragakan cara merawat pasien dengan halusinasi.
- d. Bantu keluarga mempraktikan cara merawat yang telah dipelajari, mendiskusikan masalah yang telah dihadapi.
- e. Susun perencanaan pulang bersama keluarga.



## SP Keluarga halusinasi pendengaran

### a. Tujuan :

1. Keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien baik di rumah sakit maupun di rumah
2. Keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien.

### b. Tindakan Keperawatan

Keluarga merupakan faktor penting yang menentukan keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi. Dukungan keluarga selama pasien di rawat di rumah sakit sangat dibutuhkan sehingga pasien termotivasi untuk sembuh. Demikian juga saat pasien tidak lagi dirawat di rumah sakit (dirawat di rumah).

Keluarga yang mendukung pasien secara konsisten akan membuat pasien mampu mempertahankan program pengobatan secara optimal. Namun demikian jika keluarga tidak mampu merawat pasien, pasien akan kambuh bahkan untuk memulihkannya lagi akan sangat sulit. Untuk itu perawat harus memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar keluarga mampu menjadi pendukung yang efektif bagi pasien dengan halusinasi baik saat di rumah sakit maupun di rumah.

Tindakan keperawatan yang dapat diberikan untuk keluarga pasien halusinasi adalah :

- 1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien

- 2) Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi, dan cara merawat pasien halusinasi.
- 3) Berikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung di hadapan pasien
- 4) Buat perencanaan pulang dengan keluarga

SP 1 Keluarga : Pendidikan Kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi dan cara-cara merawat pasien halusinasi.

- 1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- 2) Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut)
- 3) Diskusikan bersama keluarga kondisi-kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain dan keluarga mampu menjelaskan tentang halusinasi.

SP. 2 Keluarga : Keluarga mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu memperagakan cara merawat klien serta mampu membuat jadwal keluarga.

Melatih keluarga melakukan cara-cara mengontrol kemarahan

- a) Evaluasi pengetahuan keluarga tentang marah

- b) Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat
- c). Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat
- d) Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan

Berikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung dihadapan pasien. Keluarga mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu melaksanakan *follow up* rujukan.

SP 3 Keluarga : Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

Buat perencanaan pulang bersama keluarga dan mengingatkan keluarga tentang cara strategi pelaksanaan yang sudah diajarkan.

## **2.2 Konsep Aktifitas Terjadwal**

### **2.2.1 Definisi**

Aktivitas adalah suatu energi atau keadaan bergerak dimana manusia memerlukannya untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup. Kemampuan seseorang untuk melakukan suatu aktivitas seperti berdiri, berjalan dan bekerja merupakan salah satu dari tanda kesehatan individu tersebut dimana kemampuan aktivitas seseorang tidak terlepas dari keadekuatan sistem persarafan dan muskuloskeletal.

Aktivitas merupakan salah satu bentuk latihan aktif pada seseorang termasuk didalamnya adalah merapikan tempat tidur, menyapu, berhias, berpakaian, mobilisasi tempat tidur, berpindah, mandi dan lain-lain. Pemenuhan terhadap aktifitas ini dapat meningkatkan kualitas hidup serta gambaran diri pada seseorang, selain itu aktifitas tersebut merupakan kegiatan dasar yang dapat mencegah individu tersebut dari suatu penyakit sehingga tindakan yang menyangkut pemenuhan dalam mendukung pemenuhan aktifitas pada klien dengan halusinasi pendengaran harus diprioritaskan.

Aktivitas terjadwal merupakan semua kegiatan yang sudah terjadwal dilakukan oleh pasien yang mengalami gangguan jiwa. Aktivitas ini dilakukan tidak melalui upaya atau usaha keras. Aktifitas tersebut dapat berupa mandi, berpakaian, makan, merapikan tempat tidur, menyapu, berhias dan melakukan mobilisasi (Luekenotte, 2000).

Aktifitas terjadwal merupakan dasar sehari-hari bagi pasien gangguan jiwa. Sebenarnya meliputi tugas-tugas perawatan pribadi setiap harinya yang berkaitan dengan kebersihan diri, nutrisi dan aktivitas-aktivitas lain yang. Agar tetap dapat melakukan aktivitas terjadwal maka pasien gangguan jiwa perlu

melakukan aktifitas terjadwal. Aktifitas terjadwal sangat penting bagi pasien gangguan jiwa untuk mempertahankan kemampuan melakukan ADL, dan meningkatkan kebersihan diri serta kualitas kehidupan (Luekenotte, 2000).

### **2.2.2 Manfaat Kemampuan Aktifitas Terjadwal**

1. Meningkatkan kemampuan pasien gangguan jiwa. Efek samping dari berbagai obat-obatan yang digunakan untuk menyembuhkan masalah gangguan jiwa dapat menyebabkan masalah organik, selain itu masalah psikologis juga berpengaruh terhadap kemampuan beraktifitas (Bandiyah,2009).
2. Meningkatkan keelastisan tulang sehingga tulang tidak mudah patah.
3. Menghambat pengecilan otot dan mempertahankan atau mengurangi kecepatan penurunan kekuatan otot.
4. Self efficacy (keberdayagunaan mandiri) yaitu suatu istilah untuk menggambarkan rasa percaya diri atas keamanan dalam melakukan aktivitas (Darmojo, 2006).

### **2.2.3 Faktor – Fator Yang Mempengaruhi Aktifitas Terjadwal**

1. Usia
2. Jenis kelamin
3. Lingkungan
4. Perilaku individu

#### **2.2.4 Macam – Macam Kegiatan Aktifitas Terjadwal**

1. Mandi

Pasien gangguan jiwa mampu mandi secara mandiri untuk menjaga kebersihan dirinya.

2. Berpakaian dan berhias

Mengambil baju dan memakai baju dengan lengkap tanpa bantuan dan berhias secara mandiri.

3. Makan

Makan sendiri tanpa bantuan. Untuk memenuhi kebutuhan sehari – hari.

4. Merapikan tempat tidur

Merapikan tempat tidur setelah bangun tidur untuk mengurangi gangguan jiwa yang dialaminya

5. Menyapu dan membersihkan ruangan

Menyapu merupakan aktifitas yang juga dapat memantu pasien jiwa untuk mengurangi gangguan jiwa yang dialaminya.

#### **2.2.5 Peranan dan Fungsi Perawat Pada Aktifitas Terjadwal**

a. Perawat dalam aktifitas terjadwal cenderung aktif dan direktif agar berfungsi sebagai konsultan dan pemecah masalah.

b. Praktisi memperhatikan isyarat yang ditunjukkan oleh klien, dan mereka mau mengikuti dugaan klinisnya. Mereka menggunakan beberapa teknik yang umum terhadap pendekatan lain seperti merangkum, refleksi, klarifikasi, dan pertanyaan terbuka (Miltenberger, 2004).

- c. Perhatikan bagaimana perawat dalam aktifitas terjadwal dapat melakukan fungsi-fungsinya. Seorang perawat datang untuk mengurangi kegelisahannya dan cara mencegahnya.
- d. Secara sistematis, perawat mengumpulkan informasi tentang permasalahan kliennya.
- e. Memberikan contoh aktifitas. Karena klien seringkali melihat contoh aktifitas tersebut sebagai emulsi berharga, klien mengikuti pola, sikap, nilai dan kepercayaan.

### **2.2.7 Karakteristik Aktifitas Terjadwal**

1. Aktifitas terjadwal didasarkan pada hasil eksperimen yang diperoleh dari pengalaman sistematis dasar-dasar teori belajar untuk membantu seseorang mengubah perilaku malas.
2. Aktifitas terjadwal memusatkan terhadap masalah yang dirasakan pasien sekarang ini dan terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi, sebagai sesuatu yang berlawanan, di mana ada hal-hal yang menentukan dalam sejarah perkembangan seseorang.
3. Aktifitas terjadwal ini menitik beratkan perubahan seseorang yang terlihat sebagai kriteria utama, sehingga memungkinkan melakukan penelitian terhadap terapi meskipun proses kognitifnya tidak bisa diabaikan.
4. Aktifitas terjadwal merumuskan tujuan terapi dalam terminologi yang kongkret dan objektif, agar memungkinkan dilakukan intervensi untuk mengulang apa yang pernah dilakukan.

## Macam – Macam Daftar Aktifitas Terjadwal

### 1. Aktivitas rutin terjadwal

Yakni kegiatan-kegiatan yang rutin dan telah ditetapkan waktu pelaksanaannya. Umumnya kita tidak memiliki wewenang mengubah waktu pelaksanaannya atau waktunya.

### 2. Aktivitas rutin tidak terjadwal.

Yakni kegiatan-kegiatan yang rutin dilakukan namun pelaksanaannya bisa diatur sendiri.

### 3. Aktivitas insidental terjadwal.

Yakni kegiatan tidak rutin yang bisa jadi waktunya telah ditentukan jauh-jauh hari. Umumnya aktivitas ini memiliki karakteristik penting.

### 4. Aktivitas insidental tidak terjadwal.

Yakni kegiatan rutin yang waktunya diberitahukan tiba-tiba. Umumnya aktivitas ini memiliki karakteristik penting dan mendesak

Melakukan aktivitas yang terjadwal :

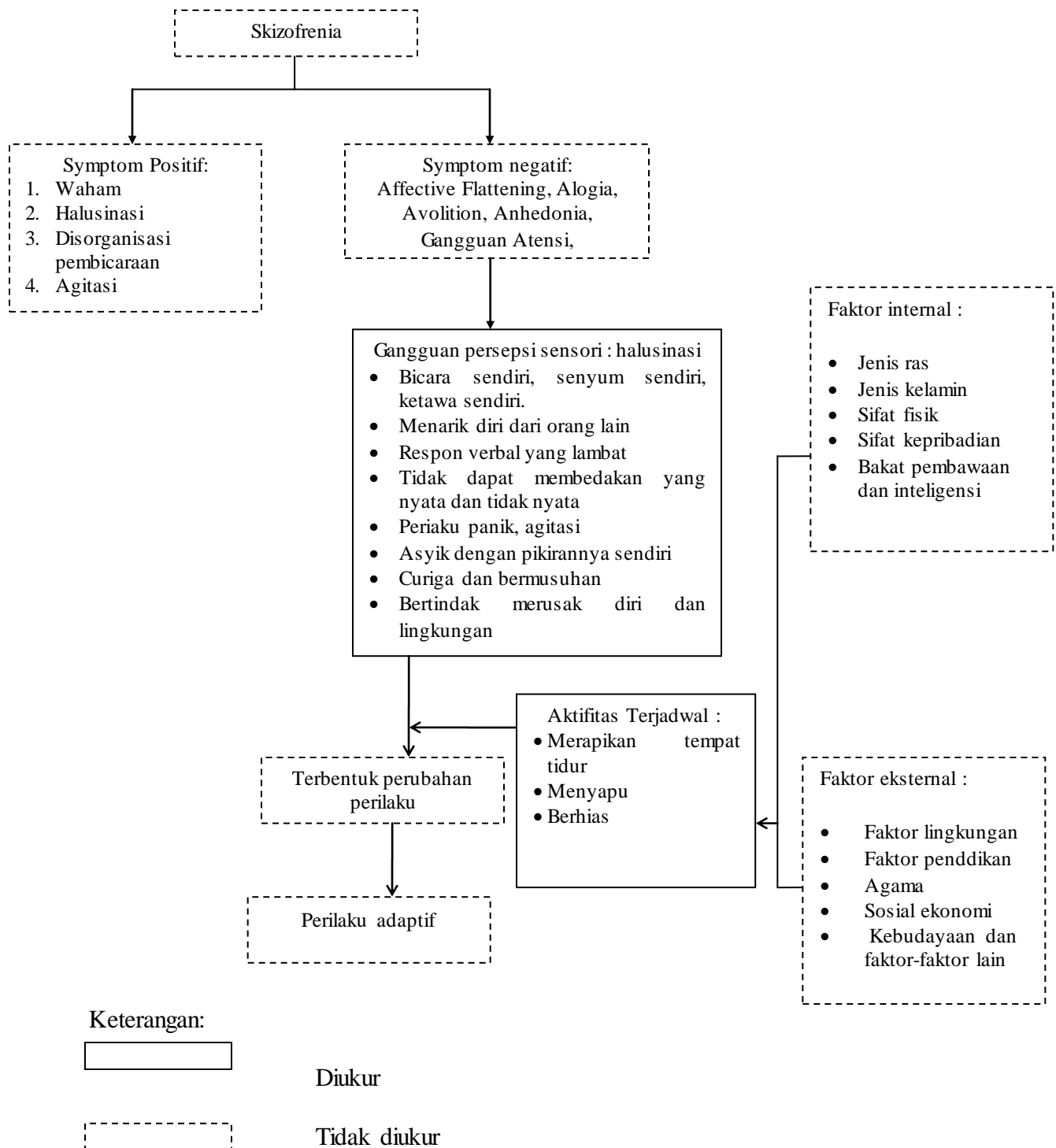
Untuk mengurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang teratur. Dengan beraktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang seringkali mencetuskan halusinasi. Untuk itu pasien yang mengalami halusinasi bisa dibantu untuk mengatasi halusinasinya dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam.



Tahapan intervensinya sebagai berikut:

- Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.
- Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien
- Melatih pasien melakukan aktivitas
- Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan pasien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam.
- Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan; memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.

### 2.3 Kerangka Berpikir



Gambar 3.1: Kerangka Berpikir Asuhan Keperawatan Halusinasi Pendengaran Dengan Tindakan Aktifitas Terjadwal Studi Kasus Pada Tn. Z Di Ruang Puri Mitra Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.