

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

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

2.1 Konsep Halusinasi

2.1.1 Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar. Walaupun tampak sesuatu yang “khayal”, halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang “terpersepsi”. Halusinasi dapat terjadi karena dasar-dasar organik fungsional, psikotik maupun histerik. (Yosep, 2007)

Halusinasi adalah keadaan ketika individu atau kelompok mengalami suatu perubahan dalam jumlah, pola atau interpretasi stimulus yang datang (Carpenito, 2007).

Halusinasi adalah salah satu gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatana, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Damaiyanti, 2012).

Halusinasi adalah sensasi panca indra tanpa adanya rangsangan. Klien merasa melihat, mendengar, membau dan ada rasa kecap meskipun tidak ada suatu rangsang yang tertuju pada kelima indra tersebut. 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).

2.1.2 Etiologi Halusinasi

Menurut Stuart (2007), faktor penyebab terjadinya halusinasi adalah:

2.1.2.1 Faktor Predisposisi

1) 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 atropi yang signifikan pada otak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atropi korteks bagian depan dan atropi otak kecil (cerebellum). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (post-mortem).

2) 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.

3) Sosial Budaya

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

2.1.2.2 Faktor Presipitasi

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stresor dan masalah koping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan (Keliat, 2006). Menurut Stuart (2007), faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah:

1) Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

2) Stres Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3) Sumber Koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stresor.

Dalam Sumber lain dikatakan bahwa penyebab halusinasi yaitu:

- 1) Halusinasi dapat terjadi pada klien dengan gangguan jiwa seperti Schizophrenia, depresi atau keadaan psikosa lainnya, demensia, keadaan delirium dan kondisi yang berhubungan dengan penggunaan alkohol dan substansi lainnya.

Menurut Mary Durant Thomas (1991) Halusinasi juga dapat terjadi dengan epilepsy, kondisi infeksi sistemik dan penggunaan metabolik. Halusinasi dapat juga dialami sebagai efek samping dari berbagai pengobatan yang meliputi anti depresi, antikolinergik, anti inflamasi, dan antibiotik. Sedangkan obat-obatan halusinogen dapat membuat terjadinya halusinasi sama seperti pemberian obat diatas. Halusinasi dapat terjadi pada saat individu normal, yaitu pada individu yang mengalami isolasi, perubahan sensori seperti kebutaan, kurangnya pendengaran atau adanya permasalahan pada saat pembicaraan.

- 2) Halusinasi terjadi akibat kemampuan kognitif yang terganggu. Hal ini dikarenakan informasi atau beban sensori terlalu berlebihan atau overload, dan menghasilkan halusinasi Menurut Mc. Farland dan Thomas, 1991.

a) Teori Psikoanalisa

Halusinasi terjadi karena defisit fungsi ego atau pertahanan diri, sehingga terjadi konflik psikologis. Dan penggunaan mekanisme pertahanan seperti distorsi, denial, dan proyeksi (halusinasi).

b) Teori Lingkungan

Halusinasi dapat terjadi bila seseorang berada dalam situasi atau lingkungan yang penuh dengan stresor. Bila individu tersebut tidak dapat mengatasi dan hanya berfokus pada kecemasan yang diakibatkan stressor, maka individu tersebut akan melamun dan berangan-angan, bila didiamkan berlarut-larut akan menyebabkan halusinasi.

c) Teori Biologi

Halusinasi akibat struktur otak yang abnormal sehingga tidak mampu menerima stimulus dengan baik, faktor genetik juga menjadi penyebab besar dan faktor biokimia yang mempengaruhi otak dengan adanya dopamine.

3) Halusinasi disebabkan karena adanya gangguan pada otak.

a) Teori Biologi

Otak tidak berkembang secara sempurna, menurunnya volume otak dan fungsi abnormal. Menurut Stuard and Laraia. Sehingga kesulitan dalam memfilter otak mengalami sensori dan kesulitan dalam memproses informasi.

b) Teori Psikologi

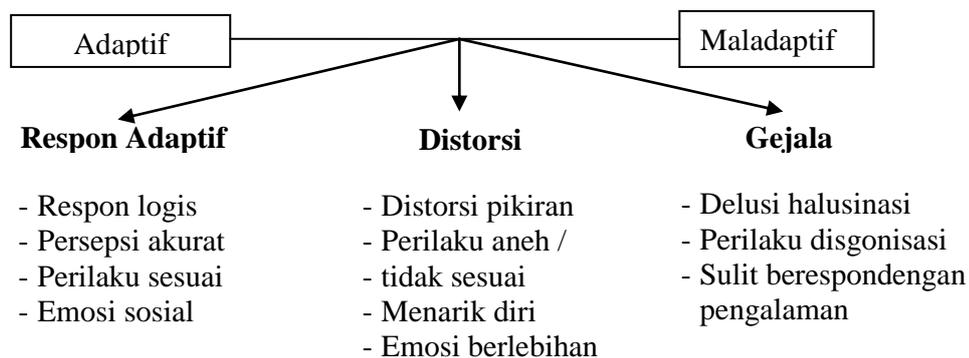
Halusinasi dapat ditimbulkan oleh hubungan antar anggota keluarga atau khususnya anak dengan orang tua yang tidak harmonis, adanya konflik keluarga, kegagalan dalam menyelesaikan tahap awal perkembangan psikososial, coping stres yang tidak adekuat sehingga menimbulkan gangguan orientasi realita.

c) Teori Sosial Kultural dan Lingkungan

Menjelaskan bahwa halusinasi dapat disebabkan oleh stres yang diakumulasi akibat faktor lingkungan, seperti tidak keharmonisan.

2.1.3 Rentang Respon Halusinasi

Respon perilaku klien dapat diidentifikasi sepanjang rentang respon yang berhubungan dengan fungsi neurobiologik. Perilaku yang dapat diamati dan mungkin menunjukkan adanya halusinasi, respon yang terjadi dapat berada dalam rentang adaptif sampai maladaptif yang dapat digambarkan sebagai berikut disajikan dalam tabel berikut:



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 sosial dapat diketahui melalui hubungan seseorang dengan orang lain dalam pergaulan ditengah-tengah masyarakat (Stuart, 2007).

2. Respon Transisi

- 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 sosial 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).

2.1.4 Tanda 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 berbagai stressor 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 biasa

menghayal. Klien menanggapi lamunan-lamunan awal tersebut terhadap pemecahan masalah (Keliat, 2009).

2. Fase II: *Comforting 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 memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat ia kontrol bila kecemasannya 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 bias. 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 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. Menyalahkan diri dan orang lain
10. Mudah tersinggung, jengkel, marah
11. Muka merah kadang pucat
12. Ekspresi wajah tegang

2.1.5 Jenis Halusinasi

Berikut ini merupakan beberapa jenis halusinasi dan karakteristiknya menurut (Stuart, 2007) meliputi:

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.

2.1.6 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.

2.1.7 Penatalaksanaan Halusinasi

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

1. Terapi Farmakologi

- a. *Haloperidol (HLP)* :Klasifikasi antipsikotik, neuroleptik, butirofenon.Indikasi : penatalaksanaan psikosis kronik dan akut, pengendalian hiperaktivitas dan masalah perilaku berat pada anak-anak.Mekanisme kerja : mekanisme kerja anti psikotik yang tepat belum dipahami sepenuhnya, tampak menekan SSP pada tingkat subkortikal formasi reticular otak, mesencefalon dan batang otak.Kontra indikasi :Hipersensitifitas terhadap obat ini pasien depresi SSP dan sumsum tulang, kerusakan otak subkortikal, penyakit Parkinson dan anak dibawah usia 3 tahun.Efek samping :Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, mulut kering dan anoreksia.
- b. *Chlorpromazin*. Klasifikasi sebagai antipsikotik, antiemetik.Indikasi :Penanganan gangguan psikotik seperti skizofrenia, fase mania pada gangguan bipolar, gangguan skizoaktif, ansietas dan agitasi, anak hiperaktif yang menunjukkan aktivitas motorik berlebihan.Mekanisme kerja :Mekanisme kerja antipsiotik 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. 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. Efek Samping :Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, hipotensi, ortostatik, hipertensi, mulut kering, mual dan muntah.

- c. *Trihexypenidil (THP)*. Klasifikasi antiparkinson. Indikasi :Segala penyakit Parkinson, gejala ekstra pyramidal berkaitan dengan obat antiparkinson. Mekanisme kerja :mengoreksi ketidakseimbangan defisiensi dopamine dan kelebihan asetilkolin dalam korpus striatum, asetilkolin disekat oleh sinaps untuk mengurangi efek kolinergik berlebihan. Kontra indikasi :Hipersensitifitas terhadap obat ini, glaucoma sudut tertutup, hipertropi prostat pada anak dibawah usia 3 tahun. 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 spreng pengekangan dimana klien dapat dimobilisasi dengan membalutnya, cara ini dilakukan pada klien halusinasi yang mulai menunjukkan perilaku kekerasan diantaranya : marah-marah/mengamuk.

2.2 Konsep Skizofrenia

2.2.1 Definisi Skizofrenia

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, autisme, dan ambivalensi. Sedangkan gejala sekundernya adalah waham dan halusinasi (Kaplan dan Sadock, 2004).

Berdasarkan DSM-IV, Skizofrenia merupakan gangguan yang terjadi dalam durasi paling sedikit selama 6 bulan, dengan 1 bulan fase aktif gejala (atau lebih) yang diikuti munculnya delusi, halusinasi, pembicaraan yang tidak terorganisir, dan adanya perilaku yang katatonik serta adanya gejala negatif (APA, 2000)

2.2.2 Etiologi Skizofrenia

Teori tentang penyebab skizofrenia, yaitu :

a. Diatesis-stres Model

Teori ini menggabungkan antara faktor 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, atrofi 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 dipisahhkan 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 belajara (*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).

2.2.3 Tipe-tipe Skizofrenia

Diagnosa Skizofrenia berawal dari *Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* yaitu: DSM-III (*American Psychiatric Assosiation, 2000*) dan berlanjut dalam DSM-IV (*American Psychiatric Assosiation, 2000*) dan DSM-IV-TR (*American Psychiatric Assosiation, 2000*). Berikut ini adalah tipe skizofrenia dari DSM-IV-TR 2000. Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala yang dominan yaitu :

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 somalisas) 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, negativisme 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.

2.2.4 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.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.3.1 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

3.1) 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.

3.2) Faktor sosial budaya

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

3.3) Faktor psikologis

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

3.4) 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

1. Pengukuran dan observasi tanda-tanda vital :

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

2. 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 :

- Hubungan keluarga dengan orang tua yang dingin atau ketegangan atau acuh tak acuh
- Kedua orang tua jarang dirumah dan tidak ada waktu untuk anak
- Komunikasi antar anggota tidak baik
- Kedua orang tua pisah atau cerai
- Salah satu orang tua menderita gangguan jiwa atau kepribadian
- Orang tua dalam pendidikan anak kurang sabar, pemaarah, 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)

1. 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).

2. 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).

3. Peran

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

4. 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).

5. 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.

6. Hubungan sosial

Perubahan sosial yang sering terjadi pada klien halusinasi pendengaran adalah:

- Kesepian
- Perasaan terisolasi dan terasing, perasaan kosong, gersang dan merasa putus asa, yang membuat pasien terpisah dengan yang lain
- Isolasi sosial
- Terjadi ketika klien menarik diri, secara fisik dan emosional dari orang lain
- Rasa tidak percaya pada orang lain merupakan inti masalah pada gangguan halusinasi
- Ketergantungan diartikan keterikatan pada orang lain yang berlebihan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional

7. 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).

8. Status mental

Pengkajian pada status mental meliputi :

a. 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).

b. 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).

c. Aktifitas motorik

Perubahan motorik yang sering terjadi adalah :

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

b. 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).

c. 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 :

- Afek yang tumpul

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

- Afek yang datar

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

- Afek berlebihan

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

- Ambivalen

Timbulnya dan perasaan yang bertentangan ada saat yang sama

(Hamid dkk, 2010)

d. Interaksi selama wawancara : rsepon verbal dan nonverbal.

e. Persepsi : ketidakmampuan menginterpretasikan stimulus yang ada sesuai dengan informasi.

- f. Proses pikir : proses informasi yang diterima tidak berfungsi dengan baik dan dapat mempengaruhi proses pikir.
 - g. Isi pikir : berisikan keyakinan berdasarkan penilaian realistis.
 - h. Tingkat kesadaran : orientasi waktu, tempat dan orang
 - i. Memori
 - k.1) Memori jangka panjang : mengingat peristiwa setelah lebih setahun berlalu
 - k.2) Memori jangka pendek : mengingat peristiwa seminggu yang lalu dan pada saat dikaji.
 - j. Kemampuan konsentrasi dan berhitung : kemampuan menyelesaikan tugas dan berhitung sederhana.
 - k. Kemampuan penilaian : apakah terdapat masalah ringan sampai berat.
 - l. Daya tilik diri : kemampuan dalam mengambil keputusan tentang diri.
 - m. 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.
9. Mekanisme coping
- a. Regresi : menjadi malas beraktifitas sehari-hari.

b. Proyeksi : 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.

10. Masalah psikososial dan lingkungan

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

11. Aspek medik

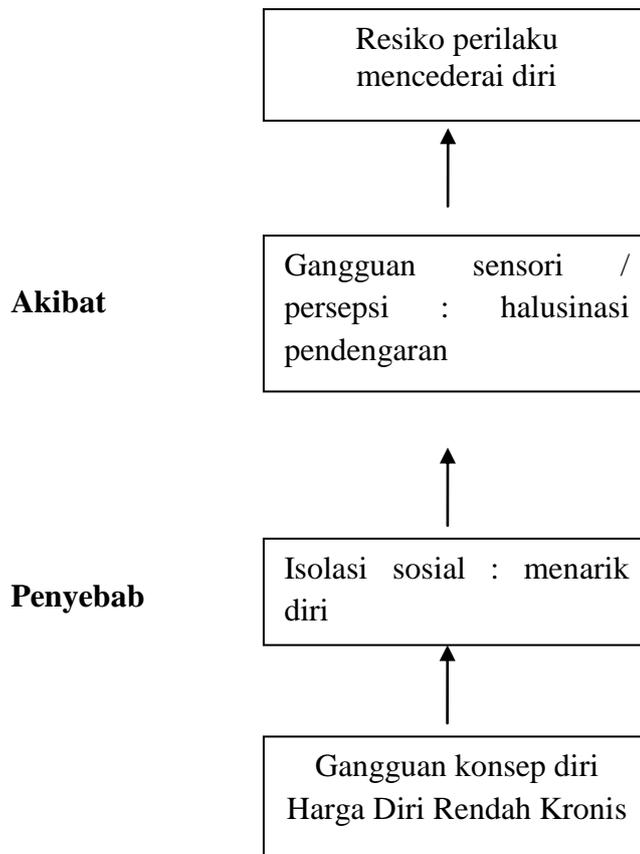
Diagnosa medik dan terapi medik.

2.3.2 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

2.3.3 Pohon masalah



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

2.3.4 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.

2.3.5 Diagnosis Keperawatan

Halusinasi Pendengaran

2.3.6 Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan menurut (B.A.Keliat 2010)

A. 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 Terjadwal.

SP 4 P :

1. Melatih pasien minum obat secara teratur.

B. 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 :

1. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien halusinasi

langsung dihadapan pasien.

2. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung dihadapan pasien.

SP 3 K :

1. Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

2.3.7 Implementasi

Rencana tindakan yang sudah dibuat dilaksanakan dalam bentuk fase orientasi, fase kerja, fase terminasi yang kemudian didokumentasikan sesuai dengan tanggal pelaksanaan dan disertai tanda tangan petugas (Townsend, 2009)

Tabel 2.2 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Pasien	Keluarga
Halusinasi	SP1 : a. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien b. Mengidentifikasi isi halusinasi klien c. Mengidentifikasi waktu halusinasi klien d. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien e. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi f. Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi g. Mengajarkan klien menghardik halusinasi h. Menganjurkan 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 b. Melatih klien mengendalikan	SP2: b. Melatih keluarga mempratekkan cara merawat klien

	<p>halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul.</p> <p>c. Menganjurkan klien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian</p>	<p>dengan halusinasi</p> <p>c. Melatih keluarga mempratikkan cara merawat klien halusinasi</p>
	<p>SP3:</p> <p>a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien</p> <p>b. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan kegiatan harian)</p> <p>c. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p>	<p>SP3 :</p> <p>a. Membantu keluarga membuat jadwal aktifitas dirumah termasuk minum obat (discharge planning)</p> <p>b. Menjelaskan follo up pasien setelah pulang</p>
	<p>SP4 :</p> <p>a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien</p> <p>b. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur</p> <p>c. Menganjurkan klien memasukkan jadwal kegiatan harian</p>	

2.3.8 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

a. 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).