

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Skizofrenia

Skizofrenia adalah sekumpulan sindroma klinik yang ditandai dengan perubahan kognitif, emosi, persepsi dan aspek lain dari perilaku. Skizofrenia merupakan suatu kondisi gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi dan perilaku yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru, afek yang datar atau tidak sesuai dengan berbagai gangguan aktivitas motorik yang bizarre disebut skizofrenia (Makhruzah et al., 2021).

1. Etiologi

Menurut Rizka Yunita, dkk (2020), bahwa etiologi dari skizofrenia adalah sebagai berikut :

a. Umur

Umur 25-35 tahun kemungkinan berisiko 1,8 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan umur 17-24 tahun.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin pria lebih dominan terjadi skizofrenia sekitar (72%) pria kemungkinan berisiko karena kaum pria menjadi penopang utama rumah tangga sehingga lebih besar mengalami tekanan hidup.

c. pekerjaan

pada kelompok skizofrenia tidak bekerja mempunyai risiko 6,2 karena orang tidak bekerja akan lebih mudah stres.

d. Konflik Keluarga

Kejadian atau masalah-masalah yang terjadi didalam keluarga besar kemungkinan berisiko 1,13 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia.

e. Status Ekonomi

Status ekonomi rendah mempunyai risiko 6,00 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia karena ekonomi rendah sangat mempengaruhi kehidupan seseorang.

2. Tahap-Tahap Skizofrenia

Skizofrenia disebabkan adanya ketidak seimbangan neurotransmitter di otak, terutama norepinefrin, serotonin, dan dopamine. Namun, proses patofisiologi skizofrenia masih belum diketahui secara pasti. Secara umum penelitian telah mendapatkan bahwa skizofrenia dikaitkan dengan penurunan volume otak, terutama bagian temporal (termasuk mediotemporal), bagian frontal, termasuk substansia alba dan grisea. Dari sejumlah penelitian ini, daerah otak yang secara konsisten menunjukkan kelainan yaitu daerah hipokampus dan parahipokampus (Astuti et al., 2017).

3. Tanda dan Gejala

Menurut Dr. Sugeng Mashudi (2022), gejala penyakit skizofrenia terbagi atas beberapa gejala adalah:

a. Gejala Positif

Gejala positif yang dimaksud adalah gejala yang muncul akibat penyakit skizofrenia, sebelumnya tidak ada gejala tersebut (tidak didapatkan pada orang sehat). Beberapa kondisi yang termasuk gejala positif adalah sebagai berikut:

1) Waham/delusi

Suatu keyakinan yang dimiliki oleh penderita, keyakinan tersebut tidak sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya (tidak realistis) dan tidak dapat digoyahkan, meskipun sudah diberikan bukti-bukti bahwa keyakinan tersebut tidak benar.

2) Halusinasi

Gangguan persepsi indera manusia yang timbul tanpa adanya rangsangan, sehingga penderita mampu ,mendengar, melihat,membau, mengecap, dan meraba sesuatu yang tidak mampu dilakukan oleh orang lain.

3) Bicara Melantur

Bicara melantur ini menandakan adanya gangguan pada proses berpikir penderita skizofrenia dan diekspresikan melalui pembicaraan penderita, yakni tampak tidak nyambung atau bisa jadi melompat-lompat, atau bahkan mengatakan kata-kata baru (misalnya madur,laus).

4) Perilaku aneh

Perilaku penderita skizofrenia bisa bermacam-macam, kadang bisa tampak gelisah, memperagakan gerakan aneh tertentu (bisa berupa posisi tubuh atau gaya berjalan) yang dipertahankan selama beberapa waktu, atau melakukan gerakan tertentu tanpa tujuan yang diulang-ulang.

5) Gejala Negatif

Gejala negatif yang dimaksud disini berupa fungsi yang sebelumnya dimiliki oleh orang sehat), tapi fungsi tersebut menurun atau tidak didapatkan pada penderita. Ekspresi wajah penderita skizofrenia menampilkan ekspresi kosong (tidak tampak ekspresi emosi tertentu).

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada skizofrenia menurut Dr. Sugeng Mashudi, (2022) adalah sebagai berikut:

- a. manajemen keperawatan pasien halusinasi
- b. Bina hubungan interprofesional dan saling percaya
- c. Kaji gejala halusinasi, termasuk lama, intensitas, dan frekuensi

- d. Fokuskan pada gejala dan minta pasien untuk menjelaskan apa yang sedang terjadi
- e. Kaji penggunaan obat dan alkohol
- f. Jika perawat ditanya oleh pasien, katakan secara singkat bahwa perawat tidak mengalami stimulus yang sama.
- g. Sarankan dan kuatkan penggunaan hubungan interprofesional sebagai suatu teknik penatalaksanaan gejala.
- h. Bantu pasien mengidentifikasi kebutuhan yang merefleksikan isi halusinasi.
- i. Tentukan pengaruh gejala pasien terhadap aktivitas hidup sehari-hari.
- j. Manajemen Psikofarmaka
- k. Peran perawat dalam pemberian psikofarmaka : mengumpulkan data sebelum pengobatan, mengordinasikan obat dengan terapi modalitas, pendidikan kesehatan, monitor efek samping obat, perawat mampu memonitor efek samping obat, melaksanakan prinsip pengobatan psikofarmalogi, melaksanakan program pengobatan, menyesuaikan dengan terapi nonfarmalogi, ikut serta dalam riset interdisipliner, sebagai profesi yang banyak berhubungan dengan pasien.
- l. Psikofarmaka: Golongan obat anti skizofrenia baik generasi pertama (typical) maupun generasi kedua (atypical) pada 18 Asuhan Keperawatan Skizofrenia pemakaian jangka panjang umumnya menyebabkan penambahan berat badan. Obat golongan typical khususnya berkhasiat dalam mengatasi gejala-gejala positif skizofrenia, sehingga meninggalkan gejala-gejala negatif skizofrenia. Sementara itu pada penderita skizofrenia dengan gejala negatif pemakaian golongan typical kurang memberikan respon. Obat golongan typical sering menimbulkan efek samping berupa gejala ekstra piramidal (EPS).
- m. Terapi psikososial: dimaksudkan agar penderita mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial sekitarnya dan mampu merawat diri, mampu mandiri tidak tergantung pada orang lain.

5. Jenis-Jenis Skizofrenia

Jenis-jenis Skizofrenia dibagi menjadi tujuh jenis (Prabawati, 2019) yaitu:

- a. Skizofrenia simplek: yaitu dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.
- b. Skizofrenia hebefrenik: yaitu gejala utama gangguan proses pikir, gangguan kemauan, dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.
- c. Skizofrenia katatonik: yaitu dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.
- d. Skizofrenia paranoid: yaitu dengan gejala utama kecurigaan, yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran.
- e. Episode skizofrenia akut: adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkurang.
- f. Skizofrenia psiko-aktif: yaitu adanya gejala utama skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.
- g. Skizofrenia residual: adalah skizofrenia dengan gejala – gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia.

6. Komplikasi

Menurut Student et al., (2021) skizofrenia yang tidak terawat dapat membuahakan masalah emosional, perilaku kesehatan, hukum dan keuangan yang berdampak disetiap sendi 7 kehidupan. Komplikasi yang disebabkan atau dikaitkan dengan skizofrenia termasuk: Bunuh diri, Perilaku merusakdiri, serta melukai dirisendiri, Depresi, Penyalahgunaan alkohol, obat atau resep obat, Kemiskinan, Tidak punya tempat tinggal, Masalah dengan keluarga, Masalah kesehatan akibat pengobatan antipsikotik, Menjadi korban kekerasan atau menjadi pelaku, Penyakit jantung, kerap dikaitkan dengan perokok berat.

B. Konsep Halusinasi

Adalah salah atau persepsi yang salah atau respon yang salah terhadap stimulasi sensorik. Respon terhadap halusinasi dapat mendengar suara, curiga, khawatir, tidak mampu mengambil keputusan, tidak dapat membedakan nyata dan tidak nyata. Pasien halusinasi disebabkan karena faktor pola asuh, perkembangan, neurobiology, psikologis sehingga menimbulkan gejala halusinasi. Seseorang yang mengalami halusinasi bicara sendiri, senyum sendiri, tertawa sendiri, menarik diri dari orang lain, tidak dapat membedakan nyata dan tidak nyata (Kesehatan et al., 2019).

1. Etiologi Halusinasi

Faktor- faktor penyebab halusinasi menurut Iyan, (2021) yaitu :

- a. Faktor presdiposisi
 - 1) Faktor perkembangan: Tugas perkembangan klien yang terganggu.
 - 2) Faktor sosial kultural: Seseorang yang tidak diterima oleh lingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya pada lingkungannya.
 - 3) Faktor biokimia: Stress yang berlebihan dialami seseorang.
 - 4) Faktor psikologis: Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif.
- b. Faktor genetic dan pola asuh: Anak sehat yang diasuh oleh orang tua yang mengalami gangguan jiwa.
- c. Faktor presipitasi
 - 1) Dimensi Fisik: Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alcohol dan kesulitan dalam waktu lama.
 - 2) Dimensi Emosional: Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan.

- 3) Dimensi Intelektual: Penunjukan penurunan fungsi ego. Awalnya halusinasi merupakan usaha ego sendiri melawan implus yang menekan dan menimbulkan kewaspadaan mengontrol perilaku dan mengambil seluruh perhatian klien.
- 4) Dimensi Sosial: Dalam dimensi sosial ini klien mengalami gangguan interaksi sosial dan menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan.
- 5) Dimensi spiritual: Secara spiritual klien dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya keinginan untuk beribadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri. Klien memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rejeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan memburuk.

2. Tahap Halusinasi

Halusinasi diawali dengan adanya kebutuhan yang tidak terpenuhi pada diri seseorang yang mengakibatkannya merasa cemas dan mencari cara untuk mengatasi rasa cemasnya. Individu yang tidak memiliki koping yang adaptif akan mengatasi masalahnya dengan cara maladaptive seperti menarik diri dan membayangkan sesuatu yang berlawanan dari kenyataan yang dihadapi atau membayangkan sesuatu yang di harapkan nya terjadi dan memenuhi kebutuhannya. Cara yang dilakukannya ini membuatnya merasa nyaman dan menurunkan rasa cemasnya. Bila tidak dilakukan intervensi kondisi ini berlanjut, klien terus menggunakan koping yang maladaptive untuk mengatasi cemasnya. Lama kelamaan rasa nyaman yang diperolehnya berubah menjadi rasa yang menakutkan karena pada perkembangan selanjutnya klien mendengar suara-suara, klien dapat melakukan hal yang membahayakan dirinya, orang lain atau lingkungan di sekitarnya (Hijratun, 2021).

3. Tanda dan Gejala Halusinasi

Tanda dan gejala pada pasien halusinasi bergantung pada jenis halusinasi yang dialaminya. (Hijratun, 2021) mengungkapkan bahwa beberapa tanda dan gejala yang dapat dijadikan untuk menegakan diagnosis pada pasien halusinasi yaitu :

- a. Data subjektif
 - 1) Mendengar sesuatu yang menyuruh klien melakukan sesuatu yang berbahaya.
 - 2) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
 - 3) Mendengar suara atau bunyi
 - 4) Mendengar seseorang yang sudah meninggal
 - 5) Mendengar suara yang mengancam diri klien atau orang lain atau yang membahayakan
- b. Data Obyektif
 - 1) Mengarahkan telinga pada sumber suara
 - 2) Bicara tau tertawa sendiri
 - 3) Marah-marah tanpa sebab
 - 4) Menutup telinga mulut komat-kamit
 - 5) Ada gerakan tangan

4. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan medis

menurut Iyan,(2021b) skizofrenia yang mengalami halusinasi adalah dengan pemberian obat-obatan dan tindakan lain:

 - 1) Psikofarmakoterapi: Gejala halusinasi sebagai salah satu gejala psikotik/skizofrenia biasanya diatasi dengan menggunakan obat- obatan anti psikotik antara lain: Golongan butirefenon: Haldol, Serenace, Ludomer. Pada kondisi akut biasanya diberikan dalam bentuk injeksi 3x5 mg,im. Pemberian injeksi biasanya cukup 3x24 jam. Setelahnya klien bisa diberikan obat per oral 3x1,5 mg atau 3x5 mg.

- 2) Golongan Fenotiazine: chlorpromazine/Largactil/Promactel.
Biasanya diberikan per oral. Kondisi akut biasanya diberikan 3x100 mg. apabila kondisi sudah stabil dosis dapat dikurangi 1x100 mg pada malam hari saja.
 - 3) Psikoterapi: Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grand mal secara artificial dengan melewati aliran listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik dapat diberikan pada skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.
- b. Penatalaksanaan Keperawatan
- Terapi Aktivitas Kelompok
- Terapi aktivitas kelompok yang diberikan pada pasien dengan halusinasi yaitu:
- a) Terapi aktivitas kelompok stimulasi kognitif /persepsi: Klien dilatih mempersiapkan stimulus yang disediakan atau stimulus yang pernah dialami.
 - b) Terapi Aktivitas Kelompok Stimulus Sensori: Aktivitas digunakan sebagai stimulus pada sensori klien. Kemudian diobservasi reaksi sensori klien terhadap stimulus yang disediakan, berupa ekspresi perasaan secara nonverbal (ekspresi wajah, gerakan tubuh). Aktivitas yang digunakan sebagai stimulus adalah : music, seni menyanyi, menari.
 - c) Rehabilitasi: Terapi kerja baik untuk mendorong penderita bergaul lagi dengan orang lain, penderita lain, perawat dan dokter. Maksudnya supaya ia tidak mengasingkan diri lagi karena bila menarik diri dia dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Dianjurkan penderita untuk mengadakan permainan atau pelatihan bersama.

5. Jenis-Jenis Halusinasi

Menurut Prabawati (2019), jenis-jenis halusinasi yaitu:

- a. Halusinasi pendengaran, yaitu klien seperti mendengarkan suara atau kebisingan yang kurang jelas ataupun yang jelas, dimana terkadang suara-suara tersebut seperti mengajak berbicara klien dan kadang memerintah klien untuk melakukan sesuatu.
- b. Halusinasi penglihatan, yaitu klien mendapat stimulasi visual dalam bentuk kilatan atau cahaya, gambar atau bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan.
- c. Halusinasi penciuman. Yaitu klien seperti mencium bau-bauan tertentu seperti bau darah, urine, feses, parfum atau bau yang lain. Ini sering terjadi pada seseorang pasca serangan stroke, kejang, atau demensia.
- d. Halusinasi pengecapan, yaitu klien merasa mengecap rasa seperti darah, urine, feses, atau yang lainnya.
- e. Halusinasi perabaan, yaitu klien merasa mengalami nyeri, rasa tertetrum atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas.
- f. Halusinasi cenesthetic, yaitu klien merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan, makanan atau pembentukan urine.
- g. Halusinasi kinesetika, yaitu klien merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

2. Komplikasi

Komplikasi Halusinasi dapat menjadi suatu alasan mengapa klien melakukan Tindakan perilaku kekerasan karena suara-suara yang memberinya Perintah sehingga rentan melakukan perilaku

yang tidak adaptif. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia diawali Dengan adanya perasaan tidak berharga, takut dan ditolak oleh Lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan Interpersonal dengan orang lain (ICES, 2021). Komplikasi yang dapat terjadi pada Klien dengan masalah utama gangguan sensori persepsi: halusinasi, Antara lain: resiko prilaku kekerasan, harga diri rendah.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow dalam Ineke Patrisia, dkk (2020) membagi kebutuhan dasar manusia kedalam lima tingkat sebagai berikut:

1. Kebutuhan Fisiologis

Tingkat paling dasar, mencakup kebutuhan fisiologis seperti oksigen/udara, cairan, nutrisi, tidur dan istirahat, suhutubuh, eliminasi, dan seksual.

2. Kebutuhan Keamanan dan Keselamatan

Tingkat kedua meliputi kebutuhan keamanan dan keselamatan, baik fisik (perlindungan dari cedera tubuh) dan psikologis (missal kegelisahan, keamanan dan stabilitas) serta kebutuhan akan tempat tinggal dan bebas dari bahaya. Menurut Satrio (2015) klien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakan dirinya, orang lain maupun lingkungan. Ini terjadi jika halusinasi sudah sampai tahap IV, dimana klien mengalami panik, perilakunya dikendalikan oleh isi halusinasinya. Klien benar-benar kehilangan kemampuan penilaian realistik terhadap lingkungan. Dalam situasi ini klien dapat melakukan bunuh diri, membunuh orang lain dan bahkan merusak lingkungan.

3. Kebutuhan Cinta dan Kepemilikan

Tingkat ketiga berisi kebutuhan akan cinta dan kepemilikan, termasuk persahabatan, hubungan sosial dan cinta. Manusia memiliki kebutuhan bawaan untuk menjadi bagian dari kelompok dan merasa diterima oleh orang lain.

4. Kebutuhan Harga Diri

Tingkat keempat mencakup kebutuhan harga diri, yang melibatkan kepercayaan diri, kegunaan, prestasi, dan harga diri. Individu perlu merasakan dirinya dihargai dan berharga.

5. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Tingkat kelima atau tingkat terakhir adalah kebutuhan untuk aktualisasi diri, keadaan mencapai kondisi optimal dan memiliki kemampuan untuk memecahkan dan mengatasi masalah secara realistis. Maslow menyatakan bahwa banyak orang yang sangat sibuk memenuhi kebutuhan fisiologis dan keselamatan serta keamanan. Orang cenderung memberikan sedikit waktu atau energi untuk memenuhi kebutuhan cinta dan kepemilikan, harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri. Sehingga banyak orang kurang puas di tingkat hirarki yang lebih tinggi.

Gambar 2. 1

Kebutuhan Dasar Manusia



Kebutuhan dasar manusia menurut Maslow

Sumber : Patrisia, dkk (2020)

C. Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan

mengidentifikasi pasien. Pengkajian pada klien dengan halusinasi menurut Muhith (2015) difokuskan pada :

- a. Faktor predisposisi
- b. Faktor perkembangan terlambat : usia bayi, tidak terpenuhi kebutuhan makanan, minum, rasa aman, usia balita, tidak terpenuhi kebutuhan otonomi, usia sekolah mengalami peristiwa yang tidak terselesaikan
- c. Faktor psikologis, mudah kecewa, mudah putus asa, kecemasan tinggi, menutup diri, ideal diri tinggi, harga diri rendah, identitas diri tidak jelas, krisis peran, gambaran diri negatif, dan koping destruktif
- d. Faktor sosial budaya, isolasi sosial pada usia lanjut, cacat, sakit kronis, tuntutan lingkungan yang terlalu tinggi.
- e. Faktor biologis, adanya kejadian terhadap fisik, berupa : atrofi otak, pembesaran vertikel, perubahan besar dan bentuk sel korteks dan limbic.
- f. Faktor genetik, adanya pengaruh herediter (keturunan) berupa anggota keluarga terdahulu yang mengalami *skizofrenia* dan kembar monozigot
- g. Perilaku
Perilaku yang sering tampak pada klien dengan halusinasi meliputi : bibir komat-kamit, tertawa sendiri, bicara sendiri, kepala mengangguk-angguk, seperti mendengar sesuatu, tiba-tiba menutup telinga, gelisah, bergerak seperti mengambil atau membuang sesuatu, tiba-tiba marah dan menyerang, duduk terpaku, memandang satu arah, menarik diri.
- h. Fisik
 - 1) ADL, nutrisi tidak adekuat bila halusinasi memerintahkan untuk tidak makan, tidur terganggu karena ketakutan, kurang kebersihan diri atau tidak mandi, tidak mampu berpartisipasi dalam kegiatan aktivitas fisik yang berlebihan, agitasi gerakan atau kegiatan ganjil.
 - 2) Kebiasaan, berhenti minuman keras, penggunaan obat-obatan, zat halusinogen, tingkah lakumerusak diri.
 - 3) Riwayat kesehatan, skizofrenia, delirium berhubungan dengan riwayat demam dan penyalahgunaan obat.
 - a. Fungsi sistem tubuh, perubahan berat badan, hipertermia

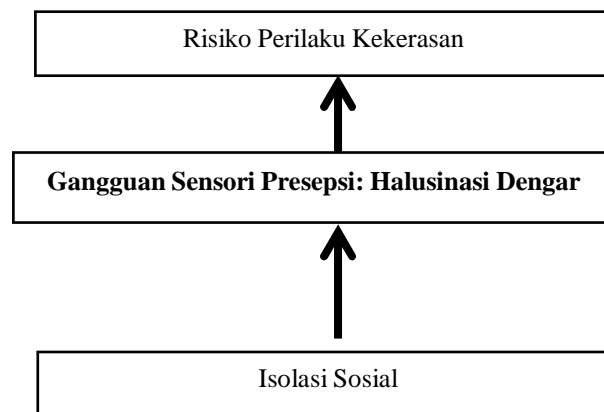
- (demam), neurologikal perubahan mood, disorientasi, ketidakefektifan endokrin oleh peningkatan temperatur
- b. Status emosi, afek tidak sesuai, perasaan bersalah atau malu, sikap negatif dan bermusuhan, kecemasan berat atau panik, suka berkelahi
 - c. Status intelektual, gangguan persepsi, penglihatan, pendengaran, penciuman dan kecap, isi pikir tidak realistis, tidak logis dan sukar diikuti atau kaku, kurang motivasi, koping regresif dan denial serta sedikit berbicara.
 - d. Status sosial, putus asa, menurunnya kualitas kehidupan, ketidakmampuan mengatasi stress dan kecemasan

2. Pohon Masalah

Menurut Nurhalimah (2018) pohon masalah klien dengan gangguan sensoris persepsi : Halusinasi dengar sebagai berikut :

Gambar 2. 2

Pohon Masalah



Sumber : Nurhalimah (2018)

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan adalah bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai

untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (SDKI, 2017). Diagnosa klien adalah halusinasi. Klien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakan dirinya, orang lain maupun lingkungan. Ini terjadi jika halusinasi sudah sampai pada tahap IV, dimana klien mengalami panik, perilakunya dikendalikan oleh isi halusinasinya. Klien benar-benar kehilangan kemampuan penilaian realistis terhadap lingkungan. Dalam situasi ini dapat terjadi Risiko Perilaku Kekerasan, klien dapat melakukan bunuh diri (*suicide*), membunuh orang lain (*homicide*), dan bahkan merusak lingkungan. Selain masalah yang diakibatkan oleh halusinasi, klien biasanya juga mengalami masalah-masalah keperawatan yang menjadi penyebab (*trigger*) munculnya halusinasi. Masalah- masalah itu antara lain harga diri rendah dan isolasi sosial Stuart dan Laria dalam (Nurhalimah, 2018).

Menurut Muhith (2015) dampak selanjutnya klien akan lebih terfokus pada dirinya. Akibat rendah diri dan kurangnya keterampilan berhubungan sosial, klien menjadi menarik diri dari lingkungan. Klien lama kelamaan akan sulit membedakan stimulus internal dan stimulus eksternal. Ini memicu terjadinya halusinasi. Dari masalah tersebut, ditemukan masalah keperawatan antara lain :

- a. Masalah keperawatan yang muncul yaitu : risiko perilaku kekerasan, halusinasi, harga diri rendah, gangguan hubungan social (isos).
- b. Tujuan asuhan keperawatan meliputi : klien dapat membina hubungan saling percaya, klien mengenal halusinasi yang dialaminya, klien dapat mengontrol halusinasi, klien dapat mendukung keluarga untuk mengontrol halusinasi, klien dapat memanfaatkan obat untuk mengatasi halusinasi.

4. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah intervensi yang disesuaikan dengan diagnose keperawatan yang muncul setelah melakukan pengkajian dan rencana intervensi keperawatan dilihat pada tujuan khusus (Muhith, 2015). Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) dan menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2019). Rencana keperawatan pada klien halusinasi terdapat pada tabel-tabel berikut :

Tabel 2. 1

Rencana Keperawatan pada klien Dengan Gangguan Sensori Presepsi :Halusinasi

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	<p>GangguanPersepsi Sensori: Halusinasi (D.0146) DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, pendengaran atau pengecapan 3. Menyatakan kesal <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respons tidak sesuai 2. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau menium sesuatu 3. Menyendiri 4. .Melamun 5. Konsentrasi buruk 6. .Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi 7. Curiga 8. Melihat ke satu arah 9. Mondar- mandir 10. Bicara sendiri 	<p>Persepsi (L.09083) Sensori me mbaik dengan hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun 5. Verbalisasi merasakan sesuatu indra pengecapan menurun 6. Distorsi sensori menurun 7. Perilaku halusinasi menurun 8. Menarik diri menurun 9. Melamun menurun 10. Curiga menurun 11. Mondar-mandir menurun 12. Respons sesuai stimulus membaik 13. Konsentrasi orientasi membaik 	<p>Manajemen Halusinasi (L.09288)Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor perilaku yangmengindikasi halusinasi 2. Memonitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis, kekerasan atau membahayakan diri <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku(mis, limit setting, pembatasan wilayah,pengekangan fisik, seklusi) 3. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi 4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi 2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadaphalusinasi 3. Anjurkan melakukan distraksi (mis, mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi 4. Ajarkan pasien dan keluargacara mengontrol halusinasi <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian obat anti osikotik dan anti ansietas, jika perlu</p>

Tabel 2. 2
Rencana Keperawatan pada klien dengan Perilaku Kekerasan

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
2	<p>Risiko Perilaku Kekerasan (D.0085)</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengancam 2. Mengumpat dengan kata- kata kasar 3. Suara keras 4. .Bicara ketus <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyerang orang lain 2 2. .Melukai diri sendiri/orang lain 3. Merusak lingkungan 4. Perilaku agresif/amuk 5. Mata melotot atau pandangan tajam 6. Tangan mengepal 7. Rahang mengatup 8. Wajah memerah 9. Postur tubuh kaku 	<p>hasil : (L.09076)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan menurun 3. Perilaku menyerang menurun 4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun 5. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun 6. Perilaku agresif/ngamuk menurun 7. Suara keras menurun 8. Berbicara ketus menurun 9. Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun 10. Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun 11. Verbalisasi ancaman bunuh diri menurun 12. Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting menurun 13. Perilaku merencanakan bunuh diri menurun 14. Euforia menurun 15. Alam perasaan depresi menurun 	<p>Pencegahan Perilaku Kekerasan(1.14544)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan(mis, benda tajam, tali) 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis, pisau cukur) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasi 2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 3. Latih mengurangi kemarahan dengan cara verbal dan verbal(mis, relaksasi, bercerita) <p>Kolaborasi</p> <p>Pemberian obat antipsikotik</p>

Tabel 2. 3
Rencana Tindakan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Isolasi Sosial

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
3	<p>Isolasi Sosial (D.0121) DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa ingin sendiri 2. Merasa tidak aman ditempat umum 3. Merasa berbeda dengan orang lain 4. Merasa asyik dengan pikiran sendiri Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menarik diri 2. Tidak berminat /menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan 3. Tidak ada kontak mata 4. Tidak bergairah/lesu 	<p>Keterlibatan sosial (L.1155)dengan hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minat interaksi meningkat 2. Verbalisasi tujuanyang meningkat 3. Minat terhadap aktivitas meningkat 4. Verbalisasi isolasi menurun 5. Verbalisasi ke tidakamanan ditempat umum menurun 6. Perilaku menarik dirimenurun 7. Verbalisasi perasaanberbeda 8. Verbalisasi preokupasi dengan pikiran sendirimurun 9. Afek/sedih menurun 10. Perilaku bermusuhanmenurun 11. Perilaku seusai denganharapan orang lain membaik 12. Kontak mata membaik 13. Tugas perkembangansesuai usia membaik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain 2. Identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan 2. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan 3. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok 4. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan oranglain 5. Diskusikan perencanaankegiatan dimasa depan 6. Berikan umpan balik positifdalam perawatan diri 7. Berikan umpan balik positifpada setiap peningkatan kemampuan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berinteraksi denganorang lain secara bertahap 2. Anjurkan ikut serta kegiatansosial dan kemasyarakatan 3. Anjurkan berbagi pengalamandengan orang lain <p>Kolaborasi:: Pemberian obat antipsikotik</p> <p>Memberikan SP 1-4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SP 1: Menghardik 2. SP 2: bercakap-cakap 3. SP 3: melaksanakan aktifitas terjadwal. 4. SP 4: patuh obat

Tabel 2. 4

Rencana Tindakan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Konsep Diri : Harga DiriRendah

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI
4	<p>Gangguan Konsep Diri : Harga DiriRendah (D.0087) DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai diri negatif(mis. tidak berguna, tidak tertolong) 2. Merasa malu/bersalah 3. Melebih- lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri 4. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri 5. Sulit berkonsentrasi <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berbicara pelan dan liris 2. Menolak berinteraksi dengan orang lain 	<p>Harga diri meningkat dengan hasil : (L.09069)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian diri positifmeningkat 2. Perasaan memilki kelebihan atau kemampuan positifmeningkat 3. Penerimaan penilaianpositif terhadap diri sendiri meningkat 4. Minat mencoba halbaru meningkat 5. Berjalan menampakanwajah meningkat 6. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat Kosentrasimeningkat 7. Tidur meningkat 8. Kontak matameningkat 9. Gairah aktivitasmeningkat 10. Aktif meningkat 11. Percaya diri berbicarameningkat 12. Perilaku asertifmeningkat 13. Konsentrasi meningkat 	<p>Manajemen Perilaku (1.12463)Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi harapan untukmengendalikan perilaku <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan tanggung jawabterhadap perilaku 2. Jadwalkan kegiatanterstruktur 3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiapdinas 4. Tingkatkan aktivitasfisik sesuai kemampuan 5. Batasi jumlah pengunjung 6. Bicara dengan nada rendahdan tenang 7. Lakukan tindakan pengalihanterhadap sumber agitasi 8. Tingkatkan aktivitas fisiksesuai kemampuan 9. Cegah perilaku positif danagresif 10. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku 11. Melakukan pengekangan fisiksesuai indikasi <p>Hindari sikap mengancam danberdebat</p> <p>Kolaborasi: Pemberian obat antipsikotik</p> <p>Memberikan SP 1-4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SP 1: Membina hubungan saling percaya, serta cara mengontrol secara fisik 2. SP 2: Patuh Obat 3. SP 3: Sosial 4. SP 4: Spiritual

5. Implementasi

Implementasi merupakan suatu proses penerapan atau juga sebuah tindakan yang dilakukan dengan berdasarkan pada suatu rencana yang sudah disusun dan dibuat dengan cermat serta juga terperinci sebelumnya (Sihaloho, 2020). Menurut Nurhalimah (2018) implementasi atau tindakan keperawatan untuk klien halusinasi yaitu :

a. Tujuan tindakan untuk klien meliputi :

- 1) Klien mengenali halusinasi yang dialaminya
- 2) Klien dapat mengontrol halusinasi
- 3) Klien mengikuti program pengobatan secara optimal

b. Tindakan keperawatan

- 1) Membantu pasien mengenali halusinasi.

Membantu pasien mengenali halusinasi, dapat dilakukan dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang didengar/lihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan respon pasien saat halusinasi muncul

- 2) Melatih pasien mengontrol halusinasi

Membantu mengontrol halusinasi, terdapat 4 cara yang bias dilakukan, yaitu :

- a) Menghardik halusinasi

Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pasien dilatih untuk mengatakan “tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya.

- b) Bercakap-cakap dengan orang lain

Untuk mengontrol halusinasi, cara yang kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi (fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi kepercakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut) sehingga cara yang efektif untuk mengontrol

halusinasi adalah dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

c) Melakukan aktivitas yang terjadwal

Untuk mengurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang terjadwal. Dengan beraktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering kali mencetuskan halusinasi.

d) Menggunakan obat secara teratur

Untuk mampu mengontrol halusinasi, pasien juga harus dilatih untuk menggunakan obat secara benar dan teratur sesuai dengan program. Pasien gangguan jiwa yang dirawat di rumah sering kali putus obat, akibatnya pasien mengalami kekambuhan.

Tindakan keperawatan agar pasien patuh menggunakan obat yaitu dengan cara : Jelaskan guna obat, jelaskan akibat bila putus obat, jelaskan cara mendapatkan obat/berobat dan jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu dan benar dosis)

6. Evaluasi

Menurut Sihaloho (2020) Evaluasi adalah suatu proses identifikasi untuk mengukur/menilai apakah suatu program yang dilaksanakan itu sesuai dengan perencanaan yang ingin dicapai.

Nurhalimah (2018) menambahkan evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan untuk pasien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi dengar adalah sebagai berikut:

a. pasien mampu:

mengungkapkan isi halusinasi yang dialaminya

- 1) Menjelaskan waktu dan frekuensi halusinasi yang dialami
- 2) Menjelaskan situasi yang mencetuskan halusinasi
- 3) Menjelaskan perasaannya ketika mengalami halusinasi
- 4) Menerapkan 4 cara mengontrol halusinasi
- 5) Menilai manfaat cara mengontrol halusinasi dalam mengendalikan

halusinasi

- b. Keluarga mampu
 - 1) Menjelaskan halusinasi yang diterima oleh pasien
 - 2) Menjelaskan cara merawat pasien halusinasi melalui empat caramengontrol halusinasi
 - 3) Mendemonstrasikan cara merawat pasien halusinasi
 - 4) Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasimasalah pasien
 - 5) Menilai dan melaporkan keberhasilannya merawat pasien.