

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Proses Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Tahap pengkajian merupakan proses dinamis yang terorganisasi meliputi empat elemen dari pengkajian yaitu pengumpulan data secara sistematis, memvalidasi data, memilah, dan mengatur data dan mendokumentasikan data dalam format, tujuan pengkajian adalah di dapatkannya data yang komprehensif yang mencakup data bio psiko spiritual. Tahap pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional serta respon klien pada saat ini dan sebelumnya (Sutejo, 2017).

a. Data

Data pengkajian klien dengan halusinasi menurut Satrio (2015) yaitu sebagai berikut:

Data Subjektif:

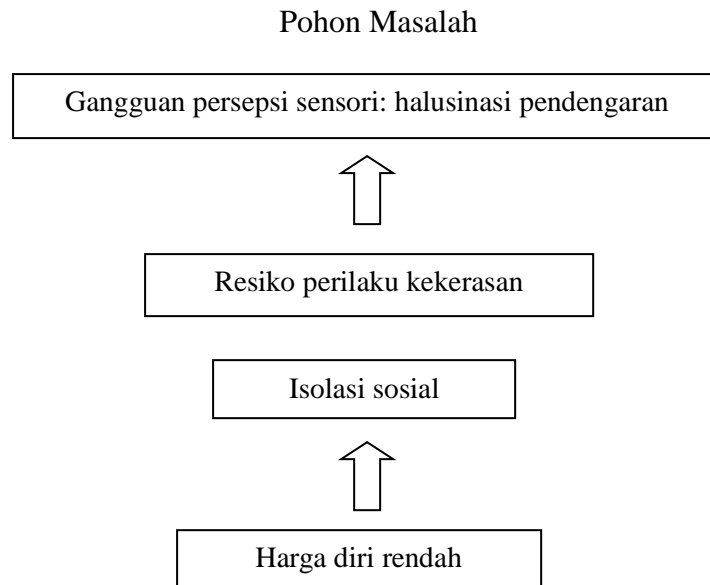
- Klien mengatakan mendengar suara-suara halus
- Klien mengatakan menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
- Klien mengatakan merasa takut
- Klien mengatakan bingung dengan suara-suara

Data Objektif:

- Klien tampak bicara atau tertawa sendiri
- Klien mengalihkan perhatian ke arah tertentu
- Klien tampak menutup telinga
- Klien menunjuk-nunjuk ke arah tertentu

b. Pohon Masalah

Pohon masalah pada klien halusinasi menurut Satrio, dkk (2015) adalah gangguan sensori persepsi: halusinasi sebagai berikut:



Sumber: (Satrio, 2015)

Gambar 2.1
Pohon Masalah Halusinasi

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial (SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Dalam buku ajar keperawatan kesehatan jiwa (Azizah dkk, 2016) ditegaskan diagnosa keperawatan:

a. Perubahan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran

Halusinasi pendengaran merupakan mendengar suara atau kebisingan, paling sering suara orang. Suara berbentuk kebisingan yang kurang jelas sampai kata-kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai pada percakapan lengkap antara dua orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang terdengar dimana klien mendengar perkataan bahwa klien disuruh untuk melakukan sesuatu kadang dapat membahayakan. Dengan tanda

gejala bicara atau tertawa sendiri, mendengar suara-suara halus, mendengar suara yang menyuruh melakukan yang berbahaya.

b. Resiko Perilaku Kekerasan

Resiko perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Dengan tanda gejala mengepalkan tangan, bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak.

c. Harga Diri Rendah

Harga diri rendah merupakan perasaan tidak berharga, tidak berarti, dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri. Dengan tanda gejala merasa tidak berguna, kontak mata berkurang dan murung, bicara pelan dan lebih banyak diam.

Gangguan konsep diri: harga diri rendah. Diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran yang merupakan masalah utama (*core problem*) adanya data yang memperkuat untuk diagnosa tersebut yaitu klien mendengar suara bisikan-bisikan halus seperti mengajak berbicara, klien mengatakan suara itu muncul saat klien melamun, klien mengatakan merasa terganggu dengan suara tersebut. (Yusuf dkk, 2015)

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dapat dilaksanakan untuk mencapai tujuan khusus. Rencana keperawatan yang digunakan di tatanan kesehatan jiwa disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa Indonesia. Yusuf dkk (2015, hal 257).

Rencana keperawatan yang penulis susun Tn.R dan Tn.B sama dengan rencana yang dibuat oleh (Abdul Muhith, 2015), yaitu: klien dapat mengenal halusinasi (pengertian, isi, waktu, yang dilakukan saat halusinasi muncul) dan latihan menghardik halusinasi, klien dapat mengontrol dengan obat, klien dapat mengontrol dengan bercakap-cakap, dan mengontrol dengan melakukan aktifitas terjadwal. Rencana keperawatan pada klien halusinasi menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) adalah:

Tabel 2.1
Rencana Tindakan Keperawatan Jiwa
Klien dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Gangguan persepsi sensori halusinasi	<p>Setelah dilakukan tindakan persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan. 2. Verbalisasi melihat bayangan. 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan. 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman. 5. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecap. 6. Distorsi sensori. 7. Perilaku halusinasi. 8. Menarik diri. 9. Melamun. 10. Curiga. 11. Mondar-mandir. 12. Respons sesuai stimulus. 13. Konsentrasi. 14. Orientasi. 	<p>Manajemen halusinasi: Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi. 2. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan. 3. Monitor isi halusinasi. Terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan yang aman. 2. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku. 3. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi. 4. Hindari perdebatan tentang validasi 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 terhadap halusinasi. 3. Anjurkan melakukan distraksi. 4. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi. <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan anti ansietas, jika perlu.

2.	Risiko perilaku kekerasan	<p>Setelah dilakukan tindakan selama kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi ancaman kepada oranglain. 2. Verbalisasiumpatan. 3. Perilaku menyerang. 4. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain. 5. Perilaku merusak lingkungan sekitar. 6. Perilaku agresif/amuk. 7. Suara keras. 8. Bicara ketus. 9. Verbalisasi keinginan bunuh diri. 10. Verbalisasi isyarat bunuh diri. 11. Verbalisasi ancaman bunuh diri. 12. Verbalisasi rencana bunuh diri. 13. Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting. 14. Perilaku merencanakan bunuhdiri. 15. Euforia. 16. Alam perasaan depresi. 	<p>Pencegahan Perilaku Kekerasan</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan. 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung. 3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan. <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. 2. Libatkan keluarga dalam perawatan. <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien. 2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif. 3. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal
3.	Isolasi sosial	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam keterlibatan sosial meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minat interaksi. 2. Verbalisasi tujuan yang jelas. 3. Minat terhadap aktivitas. 4. Verbalisasi isolasi. 5. Verbalisasi ketidakamanan ditempat umum. 6. Perilaku menarikdiri. 7. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain. 8. Verbalisasi preokupasi dengan pikiran sendiri. 9. Afek murung/sedih. 10. Perilaku bermusuhan. 	<p>Promosi sosialisasi:</p> <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>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi meningkatkan dalam suatu hubungan. 2. Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan. 3. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok. 4. Motivasi berinteraksi diluar lingkungan. 5. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain.

		<ul style="list-style-type: none"> 11. Perilaku sesuai dengan harapan orang lain. 12. Perilaku 1 bertujuan 13. Kontak mata. 10. Tugas perkembangan sesuai usia. 	<ul style="list-style-type: none"> 6. Diskusikan perencanaan kegiatan di masadepan. 7. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri. 8. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan. <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap. 2. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan. 3. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain. 4. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain. 5. Anjurkan penggunaan alat bantu. 6. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus. 7. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi. 7. Latih mengekspresikan marah dengan tepat.
4.	Harga diri rendah	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam harga diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Penilaian diri positif. 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif. 3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri. 4. Minat mencoba hal baru. 5. Berjalan menampakkan wajah. 6. Psotur tubuh menampakkan wajah. 7. Konsentrasi. 8. Tidur. 9. Kontak mata. 10. Gairah aktifitas. 11. Aktif. 12. Percaya diri berbicara. 	<p>Promosi harga diri</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis, kelamin, dan usia terhadap hargadiri. 2. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri. 3. Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan. <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untukdiri sendiri. 2. Motivasi menerima tantangan atau hal baru. 3. Diskusikan pernyataan tentang hargadiri. 4. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri. 5. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan hargadiri. 6. Diskusikan persepsi negatif diri. 7. Diskusikan alasan mengkrtik diri atau rasa bersalah. 8. Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga

		<ul style="list-style-type: none"> 13. Perilaku asertif. 14. Kemampuan membuat keputusan. 15. Perasaan malu. 16. Perasaan bersalah. 17. Perasaan tidak mampu melakukan apapun. 18. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah. 19. Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan. 12. Pencarian penguatan secara berlebihan 	<p>diri yang lebih tinggi.</p> <ul style="list-style-type: none"> 9. Diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas. 10. Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan. 11. Fasilitasi lingkungan dan aktifitas yang meningkatkan harga diri. <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien. 2. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki. 3. Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain. 4. Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif. 5. Anjurkan mengevaluasi perilaku. 6. Ajarkan cara mengatasi bullying 7. Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri. 8. Latih pernyataan kemampuan positif diri. 9. Latih cara berfikir dan berperilaku positif. 9. Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan.
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni & Apriyani, 2017). Implementasi atau tindakan keperawatan untuk klien halusinasi ada dua (Muhith, 2015) yaitu:

a. Tujuan tindakan untuk klien meliputi:

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

b. Tindakan keperawatan

- 1) Membantu klien mengenali halusinasi

Dapat dilakukan dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang didengar), waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan respons pasien saat halusinasi muncul.

- 2) Melatih klien mengontrol halusinasi

Untuk membantu klien agar mampu mengontrol halusinasi, ada empat cara untuk mengendalikan halusinasi yaitu:

- a) Menghardik halusinasi

Menghardik halusinasi adalah upaya untuk 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

Ketika klien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi (fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang tersebut) sehingga cara yang paling efektif untuk mengatasi halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

c) Melakukan aktivitas yang terjadwal

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

d) Menggunakan obat secara teratur

Agar klien mampu mengontrol halusinasi, klien juga harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Klien gangguan jiwa yang dirawat di rumah sering kali mengalami putus obat sehingga akibatnya klien mengalami kekambuhan.

Tindakan keperawatan agar klien patuh menggunakan obat yaitu dengan cara, jelaskan guna obat, jelaskan akibat dari putus obat, jelaskan cara mendapatkan obat/berobat, jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar klien, benar cara pemberian, benar waktu, benar dosis).

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Suarni & Apriyani, 2017).

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow dalam Kasiati & Rosmalawati (2016) beliau butuhan dasar manusia kedalam lima tingkat sebagai berikut:

1. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar dan memiliki prioritas tertinggi dalam kebutuhan Maslow. Kebutuhan tersebut terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur.

2. Kebutuhan Rasa Aman dan Perlindungan

Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisiologis dan perlindungan psikologis. Keselamatan dan keamanan dalam konteks secara fisiologis berhubungan dengan sesuatu yang mengancam tubuh seseorang dan kehidupannya. Ancaman bisa nyata atau bisa imajinasi. Misalnya penyakit, nyeri, cemas, dan lain sebagainya. Dalam kasus gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran, kebutuhan rasa keselamatan dan keamanan akan sangat terganggu karena mereka seringkali apa yang diperintahkan oleh halusinasinya. Ini sangat dibutuhkan peran keluarga dalam memantau keselamatan dan menjaga keamanan klien dirumah, agar terhindar dari hal-hal yang dapat mengancam keselamatan klien sendiri ataupun orang lain.

3. Kebutuhan dan Kasih Sayang

Kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan.

4. Kebutuhan Akan Harga Diri

Kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain kebutuhan ini terkait, dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri dan kemerdekaan diri.

5. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

C. Konsep Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi

1. Pengertian Halusinasi

Halusinasi merupakan status gejala gangguan jiwa dimana klien merasakan suatu stimulus yang sebenarnya tidak ada. Klien mengalami perubahan persepsi sensori; merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman. Pada gangguan halusinasi penglihatan, misalnya, klien melihat suatu bayangan menakutkan, padahal tidak ada bayangan tersebut. Salah satu manifestasi yang timbul

adalah halusinasi membuat klien tidak dapat memenuhi kehidupan sehari-hari. Halusinasi merupakan salah satu dari sekian bentuk psikopatologi yang paling parah dan membingungkan. Secara fenomenologis, halusinasi adalah gangguan yang paling umum dan paling penting. Selain itu, halusinasi dianggap sebagai karakteristik psikosis (Sutejo, 2021).

Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan suatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksternal: persepsi palsu (Muhith, 2015).

Gangguan jiwa menyebabkan terjadinya kegagalan individu dalam kemampuannya mengatasi keadaan sosioal, rendahnya harga diri, rendahnya tingkat kompetensi, dan sistem pendukung yang berinteraksi dimana individu berada pada tingkat stress yang tinggi. Gangguan jiwa adalah sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna yang berkaitan langsung dengan distress (penderitaan) dan menimbulkan hendaya (disabilitas) langsung pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia (Keliat, 2015).

2. Etiologi Halusinasi

a. Predisposisi (Yosep, 2011)

1) Faktor Perkembangan

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

2) Faktor Sosio Kultural

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

3) Faktor Biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap gangguan jiwa. Adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti *Buffofenon* dan *Dimetrytranferase* (DMP). Akibat stres

berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi tidak seimbangan dopamin.

4) Faktor Psikologis

Hal yang berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

5) Faktor Genetik dan Pola Asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hal ini menunjukkan bahwa faktor keluarga dan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

b. Presipitasi

Stimulus yang dipersepsikan oleh klien sebagai tantangan, ancaman, yang memerlukan tenaga ekstra untuk menyelesaikan masalah. Adanya rangsangan lingkungan yang sering yaitu seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak komunikasi, dan suasana sepi atau isolasi sering terjadinya halusinasi karena hal tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik atau halusinasi. Ada beberapa dimensi halusinasi menurut (Muhith, 2015.)

1) Dimensi Fisik

Halusinasi dapat timbul oleh kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penyalahgunaan obat, demam, kesulitan tidur.

2) Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas masalah yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusnasi berupa perintah memaksa dan menakutkan.

3) Dimensi Intelektual

Halusinasi merupakan usaha dari ego untuk melawan implus yang menekan merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengalami seluruh perhatian klien.

4) Dimensi Sosial

Klien mengalami interaksi sosial menganggap hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya seolah merupakan tempat memenuhi kebutuhan dan interaksi sosial, kontrol diri dan yang tidak didapatkan di dunia nyata.

5) Dimensi Spiritual

Secara spiritual halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk mensucikan diri.

3. Patofisiologi Halusinasi

Halusinasi yang dialami pasien bisa berbeda intensitas dan keparahannya. Semakin berat fase halusinasinya, pasien semakin mengalami ansietas dan makin dikendalikan oleh halusinasinya. Berikut 4 fase halusinasi menurut Sutejo (2017):

a. Fase *Comforting*

Disebut juga dengan fase *comforting* yaitu fase menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik. Karakteristik: klien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan. Klien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara. Perilaku klien: tersenyum dan tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respons verbal yang lambat jika sedang asik dengan halusinasinya, dan suka menyendiri.

b. Fase *Condemning*

Disebut dengan fase *condemning* atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikan. Termasuk dalam psikotik ringan. Karakteristik: pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun dan berfikir sendiri jadi dominan. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas. Klien tidak ingin orang lain tahu, dan ia tetap dapat mengontrolnya.

c. Fase *Controlling*

Disebut juga dengan fase *controlling* atau ansietas berat yaitu

pengalaman sensori menjadi berkuasa. Termasuk dalam gangguan psikotik. Karakteristik: bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa terhadap halusinasinya.

d. Fase *Conquering*

Disebut juga fase *conquering* atau panik yaitu klien lebur dengan halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat. Karakteristik: halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah klien. Dan klien menjadi takut, tidak berdaya.

4. Jenis-Jenis Halusinasi

Menurut Azizah, dkk (2016) halusinasi terdiri dari beberapa jenis dan karakteristik tertentu diantaranya:

a. Halusinasi Pendengaran

Mendengar suara atau kebisingan, paling sering suara orang. Suara berbentuk kebisingan yang kurang jelas sampai kata-kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai pada percakapan lengkap antara dua orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang terdengar dimana klien mendengar perkataan bahwa klien disuruh untuk melakukan sesuatu kadang dapat membahayakan.

b. Halusinasi Penglihatan

Stimulus visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambar geometris, gambar kartun, bayangan yang rumit atau kompleks. Bayangan bisa yang menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster.

c. Halusinasi Penciuman

Membau bau-bauan tertentu seperti bau darah, urin, dan feses umumnya bau-bauan yang aromanya tidak menyenangkan. Halusinasi penciuman sering akibat dari stroke, tumor, kejang, atau demensia.

d. Halusinasi Pengecapan

Merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin, atau feses.

e. Halusinasi Perabaan

Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas.

Rasa kesetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

5. Tanda dan Gejala Halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Tanda dan gejala pasien halusinasi khususnya halusinasi pendengaran sebagai berikut:

a. Data subyektif

- 1) Mendengar suara-suara atau kegaduhan
- 2) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
- 3) Mendengar suara yang menyuruh sesuatu yang berbahaya
- 4) Melihat bayangan
- 5) Terkadang mencium bau yang tidak menyenangkan
- 6) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya

b. Data obyektif

- 1) Bicara atau tertawa sendiri
- 2) Marah-marah tanpa sebab
- 3) Menutup telinga
- 4) Menunjuk- nunjuk ke arah tertentu
- 5) Menutup hidup
- 6) Sering meludah
- 7) Menggaruk-garuk permukaan kulit.

6. Penatalaksanaan Medis

Menurut Satrio (2015) penatalaksanaan klien skizofrenia yang mengalami halusinasi yaitu dengan pemberian obat-obatan psikofarmakologis, yaitu obat yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikotik.

a. Anti psikotik

- 1) Chlorpromazine (Promactile, Largactile)
- 2) Haloperidol (Haldol, Serenace, Lodomer)
- 3) Stelazine
- 4) Clozapine
- 5) Risperidone (Risperidal)

- b. Anti parkinson
 - 1) Trihexyphenidil
 - 2) Arthan
- c. Terapi modalitas mandiri (TMM)

7. Terapi Modalitas

Terapi Modalitas merupakan terapi utama dalam keperawatan jiwa. Terapi ini diberikan dalam upaya mengubah perilaku pasien dari perilaku yang maladaptif menjadi perilaku yang adaptif (Prabowo, 2014). Terapi modalitas keperawatan jiwa merupakan bentuk terapi non-farmakologis yang dilakukan untuk memperbaiki dan mempertahankan sikap klien agar mampu bertahan dan bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat sekitar dengan harapan klien dapat terus bekerja dan tetap berhubungan dengan keluarga, teman, dan sistem pendukung yang ada ketika menjalani terapi (Nasir dan Muhits, 2011).

a. Terapi Individu

1) Pengertian Terapi Individu

Terapi Individu adalah suatu hubungan yang terstruktur yang terjalin antara perawat dan klien untuk mengubah perilaku klien. Dimana hubungan yang terjalin merupakan hubungan yang disengaja dengan tujuan terapi, dilakukan dengan tahapan sistematis (terstruktur) sehingga melalui hubungan ini diharapkan terjadi perubahan tingkah laku klien sesuai dengan tujuan yang ditetapkan di awal hubungan. Hubungan terstruktur dalam terapi individual ini, bertujuan agar klien mampu menyelesaikan konflik yang dialaminya. Selain itu klien juga diharapkan mampu meredakan penderitaan (distress) emosional, serta mengembangkan cara yang sesuai dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

Sebuah hubungan yang terstruktur akan dijalin antara perawat dengan klien nantinya bisa mengubah perilaku klien. Terapi individual merupakan penanganan seseorang dengan macam macam gangguan jiwa melalui pendekatan hubungan individual antara terapis dengan klien tersebut. Sedangkan hubungan yang dijalin sendiri adalah

hubungan yang disengaja untuk tujuan terapi dan dilakukan pada tahap sistematis atau terstruktur sehingga lewat hubungan tersebut nantinya perilaku klien dapat berubah sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai (Nasir & Muhith, 2011)

2) Kegiatan Terapi Individu

Terdapat beberapa kegiatan yang termasuk terapi individu dalam keperawatan jiwa adalah sebagai berikut:

- a) Meningkatkan kemampuan pasien
- b) Memfasilitasi proses interaksi
- c) Membangkitkan motivasi untuk kemajuan fungsi kognitif dan afektif
- d) Mempelajari cara baru dalam mengatasi masalah dan melakukan sosialisasi

3) Tahap-tahap Terapi Individu

Terdapat beberapa tahapan yang digunakan dalam terapi individual ini meliputi tiga tahapan yakni tahapan orientasi, tahapan kerja dan juga tahapan terminasi.

a) Tahapan Orientasi

Tahapan orientasi dilaksanakan ketika perawat memulai interaksi dengan klien. Tahap orientasi merupakan jenis terapi dalam psikologi yang dilakukan saat perawat memulai interaksi dengan klien untuk membina hubungan saling percaya. Setelah klien mempercayai perawat, tahapan selanjutnya adalah klien bersama perawat mendiskusikan apa yang menjadi latar belakang munculnya masalah pada klien, apa konflik yang terjadi, juga penderitaan yang klien hadapi. Tahapan orientasi diakhiri dengan kesepakatan antara perawat dan klien untuk menentukan tujuan yang hendak dicapai dalam hubungan perawat-klien dan bagaimana kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan tersebut (Nasir & Muhith, 2011).

b) Tahapan Kerja

Tahapan kerja dilakukan saat klien memulai bisa mengeksplorasi diri dan mengungkapkan apa saja yang sedang ia alami. Tugas perawat nantinya tidak hanya untuk memperhatikan namun konteks cerita juga memperhatikan perasaan klien saat bercerita (Nasir & Muhith, 2011).

c) Tahapan Terminasi

Tahapan terminasi dilakukan ketika terjalin hubungan terapeutik yang sudah mereda dan terkendali yakni klien sudah merasa lebih baik, memperlihatkan peningkatan fungsi diri, sosial dan juga pekerjaan serta yang terpenting adalah mencapai tujuan dari terapi (Nasir & Muhith, 2011).

D. Publikasi Terkait

Asuhan keperawatan Andreani 2022 tentang asuhan keperawatan jiwa pemenuhan kebutuhan psikososial pada Tn.A dan Tn.J dengan masalah halusinasi pendengaran di Ruang Murai Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu 2022. Didapatkan data pasien dengan diagnosa mendis skizofrenia dengan dianosa keperawatan gangguan persepsi sensori halusinasi. Implementasi yang dilakukan yaitu:

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengidentifikasi penyebab halusinasi
- c. Mengidentifikasi tanda dan gejala yang dirasakan
- d. Mengidentifikasi perilaku halusinasi yang dilakukan
- e. Menyebutkan cara mengatasi halusinasi
- f. Membantu pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam didapatkan hasil: Pasien tampak bisa mempraktekan SP 1 dan SP 2 dengan benar dan mandiri.