

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Penyakit

1. Skizofrenia

a. Definisi

Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi dan waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari – hari, keliat 2011 (dikutip dalam jurnal Suryenti & Sari, 2017).

Skizofrenia atau *Schizophrenia* merupakan suatu kepribadian yang terpecah. Dalam artian apa yang dilakukan tidak sesuai dengan pikiran dan perasaannya, Faisal 2008 (dikutip dalam Prabowo, 2014, p. 22).

b. Etiologi

Penyebab dari skizofrenia dalam model diatesis – stres, bahwa skizofrenia timbul akibat faktor psikososial dan lingkungan. Berikut ini adalah pengelompokan penyebab skizofrenia menurut Luana 2007 (dikutip dalam Prabowo, 2014, p. 22), yaitu :

1) Faktor Biologi

a) Komplikasi Kelahiran

Bayi laki – laki yang mengalami komplikasi saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia, hipoksis perinatal akan meningkatkan kerentanan seseorang terhadap skizofrenia. Penelitian di Cina dan Belanda menunjukkan bahwa kekurangan gizi meningkatkan insiden skizofrenia, Tandon et al 2008, Tien dan Eaton 1992 (dikutip dalam Handayani, 2018).

b) Infeksi

Perubahan anatomi pada susunan syaraf pusat akibat infeksi virus pernah dilaporkan pada orang dengan skizofrenia. Penelitian melaporkan bahwa terpapar virus pada trimester kedua kehamilan akan meningkatkan seseorang menjadi skizofrenia.

c) Hipotesis Dopamin

Dopamin merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala skizofrenia. Hampir semua obat antipsikotik baik topikal maupun antipikal menyekat reseptor dopamin D2, dengan terhalangnya transmisi sinyal di sistem dopaminergik maka gejala psikotik diredakan. Berdasarkan pengamatan di atas dikemukakan bahwa gejala – gejala skizofrenia disebabkan oleh hiperaktivitas sistem dopaminergik.

d) Hipotesis Serotonin

Gaddum, Wooley, dan Show tahun 1954 mengobservasi efek *Lysergic Acid Diethylamide* (LSD) yaitu suatu zat yang bersifat campuran agonis/antagonis reseptor 5-HT. Ternyata zat ini menyebabkan keadaan psikosis berap pada orang normal. Kemungkinan seterotin berperan pada skizofrenia kembali mengemuka karena penelitian obat antipsikotik atipika clozapine yang ternyata mempunyai afinitas terhadap reseptor serotonin 5-HT lebih tinggi dibandingkan reseptor dopamine D2.

e) Struktur Otak

Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah sistem limbik dan ganglia basalis. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan masa abu – abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan

aktivitas metabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada masa prenatal karena tidak ditemukannya sel glia, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir.

2) Faktor Genetika

Para ilmuwan sudah lama mengetahui bahwa skizofrenia diturunkan, 1% dari populasi umum tetapi 10% pada masyarakat yang mempunyai hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakak laki – laki ataupun perempuan dengan skizofrenia. Masyarakat yang mempunyai hubungan derajat ke dua seperti paman, bibi, kakek/nenek dan sepupu dikatakan lebih sering dibandingkan populasi umum. Kembar identik 40% sampai 65% berpeluang menderita skizofrenia sedangkan kembar dizigotik 12%. Anak dan kedua orang tua yang skizofrenia berpeluang 40%, satu orang tua 12%. Hasil penelitian yang dilakukan (Akal et al, 2010) menunjukkan bahwa responden pada kelompok pasien (*patient group*) cenderung lahir dari orang tua yang lebih tua daripada responden pada kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa seorang ayah yang berusia lebih tua merupakan faktor resiko untuk skizofrenia pada umumnya.

c. Manifestasi Klinis (Tanda dan Gejala Skizofrenia)

Menurut Keliat 2011 (dikutip dalam Suryenti & Sari, 2017) tanda dan gejala dari skizofrenia adalah sebagai berikut :

1) Gejala positif berupa :

- a) Waham merupakan keyakinan yang salah yang tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang – ulang (waham kejar, waham curiga, dan waham kebesaran)

- b) Halusinasi merupakan gangguan penerimaan panca indera tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, halusinasi penglihatan, halusinasi pengecap, halusinasi penciuman, dan halusinasi perabaan)
 - c) Perubahan arus pikir dapat berupa :
 - (1) Arus pikir yang terputus yaitu dalam pembicaraan tiba – tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan
 - (2) *Inkoheren* yaitu pembicaraan tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau)
 - (3) *Neurologisme* yaitu menggunakan kata – kata yang dimengerti oleh diri sendiri, tetapi tidak dimengerti oleh orang lain
 - d) Perubahan perilaku
 - (1) Hiperaktif merupakan perilaku motorik yang berlebihan
 - (2) Agitasi merupakan perilaku yang menunjukkan kegelisahan
- 2) Gejala negatif
- a) Motivasi rendah (low motivation), penderita akan kehilangan ketertarikan pada semua aspek kehidupan. Energinya terkuras sehingga mengalami kesulitan melakukan hal – hal yang biasa dilakukan. Misalnya bangun tidur dan membersihkan rumah.
 - b) Menarik diri dari masyarakat (social withdrawal). Penderita akan kehilangan ketertarikan untuk berteman, lebih suka menghabiskan waktu sendirian dan terisolasi.
- d. Klasifikasi Skizofrenia
- Adapun jenis – jenis skizofrenia menurut Maramis 2005 (dikutip dalam Prabowo, 2014, p. 25) adalah sebagai berikut :

1) Skizofrenia Simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas, gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan, gangguan proses berpikir sukar ditemukan, waham dan halusinasi jarang sekali terdapat.

2) Skizofrenia Hebefrenik

Permulaannya perlahan – lahan/sub akut dan sering timbul pada masa remaja/antara 15 – 25 tahun gejala yang menyolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi/double personality. Gangguan psikomotor seperti mannerism/perilaku kekanak – kakanan sering terdapat pada bebefrenik, waham dan halusinasi banyak sekali.

3) Skizofrenia Katatonik

Timbulnya pertama kali antara umur 15 – 30 tahun dan biasanya akut serta sering di dahului oleh stres emosional, mungkin terjadi gaduh gelisah katatanik/stupor katatonik.

4) Stupor Katatonik

Pada stupor katatonik penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya. Emosinya sangat dangkal, gejala yang paling penting dalam stupor katatonik ialah gejala psikomotor seperti : mutisme (kadang – kadang dengan mata tertutup), muka tanpa mimik seperti topeng, stupor (penderita tidak bergerak sama sekali untuk waktu yang lama, beberapa hari, bahkan kadang – kadang sampai beberapa bulan), bila diganti posisi penderita menentang, makanan ditolak dan air ludah tidak ditelan sehingga meleleh dan keluar air serta air seni dan feses ditahan, terdapat grimas dan katalepsi.

5) Gaduh – Gelisah Katatonik

Terdapat hiperaktivitas motorik, tetapi tidak disertai emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar. Penderita terus berbicara/bergerak saja, ia menunjukkan stereotopi, menerisme, grimas dan neologisme, ia tidak dapat tidur, tidak makan dan minum sehingga mungkin terjadi dehidrasi/kolaps dan bahkan kematian.

6) Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia paranoid sedikit berlainan dari jenis – jenis yang lain dalam jalannya penyakit, hebefrenik dan katatonik sering lama – kelamaan menunjukkan gejala – gejala skizofrenia simplex, atau gejala - gejala hebefrenik dan katatonik percampuran tidak demikian halnya dengan skizofrenia paranoid yang jalannya agak konstan. Gejala dari skizofrenia yang paling menyolok adalah waham primer (gangguan proses berfikir, gangguan efek, emosi dan kemauan), skizofrenia akut (gejala skizofrenia timbul mendadak sekali dan pasien seperti dalam keadaan mimpi), skizofrenia residual (gejala ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia).

7) Skizofrenia Skizo Afektif

Disamping gejala – gejala skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan juga gejala – gejala depresi (skizo – depresif) atau gejala – gejala (skizo – manik). Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin juga timbul lagi serangan.

e. Penatalaksanaan

Menurut Luana 2007 (dikutip dalam Prabowo, 2014, p. 35) penatalaksanaan skizofrenia terdiri dari 2 macam, yaitu :

1) Psikofarma

Obat anti psikotik yang beredar dipasaran dapat dikelompokkan menjadi dua bagian yaitu antipsikotik generasi pertama (APG I) dan antipsikotik generasi ke dua (APG II). APG I bekerja dengan memblok reseptor D2 di mesolimbik, mesokortikal, nigostriatal, dan tuberoinfundibular sehingga dengan cepat menurunkan gejala positif tetapi pemakaian lama dapat memberikan efek samping berupa : gangguan ekstrapiramidal, peningkatan kadar prolaktin yang akan menyebabkan disfungsi seksual atau peningkatan berat badan dan memperberat gejala negatif maupun kognitif. Selain itu APG I menimbulkan efek samping antikolinergik seperti mulut kering, pandangan kabur, gangguan miksi, defekasi, dan hipotensi. APG I dapat dibagi lagi menjadi potensi tinggi apabila dosis yang digunakan kurang atau sama dengan 10 mg diantaranya adalah Trifluoperazine, Fluphenazine, Haloperidol dan Pimozide. Obat – obat ini digunakan untuk mengatasi sindrom psikosis dengan gejala dominan apatis, menarik diri, hipoaktif, waham dan halusinasi. Potensi rendah bila dosisnya lebih dari 50 mg diantaranya Chlorpromazine, dan Thiondazine digunakan pada penderita dengan gejala dominan gaduh gelisah, hiperaktif, dan sulit tidur. APG II sering disebut sebagai *Serotonin Dopamin Antagonis (SDA)* atau antipsikotik atipikal. Bekerja melalui interaksi serotonin dan dopamin pada ke empat jalur dopamin di otak yang menyebabkan rendahnya efek samping ekstrapiramidal dan sangat efektif mengatasi gejala negatif. Obat yang tersedia untuk golongan ini adalah *Clozapine, Olanzapine, Quetiapine dan Risperidon*.

2) Terapi Psikososial

Luana, 2007 (dikutip dalam Prabowo, 2014, p. 37) memaparkan beberapa metode terapi psikososial yang dapat dilakukan antara lain :

a) Psikoterapi individual

- (1) Terapi suportif
- (2) Sosial skill training
- (3) Terapi okupasi
- (4) Terapi kognitif dan perilaku (CBT)

b) Psikoterapi kelompok

Sutejo (2015, p. 172) Terapi kelompok adalah jenis psikoterapi, dimana pasien yang telah dipilih dimasukan ke dalam sebuah kelompok yang dipimpin oleh psikoterapis. Hal ini bertujuan merangsang pasien membantu pasien lainnya dalam pengobatan sehingga dapat menciptakan perubahan pada kepribadian dan perilaku pasien.

c) Psikoterapi keluarga

Terapi keluarga dapat mengurangi angka relap untuk anggota keluarga skizofrenia. Interaksi keluarga yang berekspresi emosi tinggi dapat dikurangi melalui terapi keluarga. Kelompok anggota penderita skizofrenia dapat berdiskusi berbagai hal, terutama pengalamannya (Sutejo, 2016, p. 165)

2. Halusinasi

a. Definisi

Halusinasi merupakan gangguan jiwa atau perubahan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi melalui panca indera tanpa stimulus eksteren: persepsi

palsu, Maramis 2005 (dikutip dalam Prabowo, 2014, p. 129). Koplan & Saddock 1997 (dikutip dalam Dermawan & Rusdi, 2013, p. 2) menjelaskan halusinasi adalah pengindraan tanpa rangsangan eksternal yang berhubungan dengan salah satu jenis indera tertentu yang khas.

Stuart dan Laraia 2005 (dikutip dalam Dermawan dan Rusdi, 2013, p. 2) mengungkapkan bahwa halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berada dalam rentang neuro biologi. Halusinasi merupakan persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien menginterpretasikan sesuatu yang nyata tanpa stimulus (rangsangan) dari luar (Afnuhazi, 2015, p. 115)

b. Etiologi

Yosep dan Sutini (2014, p. 224) menjelaskan penyebab halusinasi dapat dilihat dari faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

1) Faktor Predisposisi:

a) Faktor perkembangan

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

b) Faktor sosiokultural

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

c) Faktor biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogik neurokimia seperti *Buffofenon*

dan *Dimetytranferase* (DPM). Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan acetylcholin atau dopamin.

d) Faktor psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

e) Faktor genetik dan pola asuh

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

2) Faktor presipitasi

Faktor presipitasi merupakan faktor pencetus terjadinya halusinasi. (Trimelia, 2011, p. 18 – 21) menyebutkan faktor presipitasi halusinasi meliputi:

a) Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologik yang maladaptif termasuk gangguan dalam putaran umpan balik otak yang mengatur proses informasi dan adanya abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi rangsangan.

b) Pemicu gejala

Pemicu atau stimulus yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit yang biasanya terdapat pada respon

neurobiologik yang maladaptif berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku individu.

- 1) Kesehatan, seperti gizi buruk, kurang tidur, infeksi, obat sistem syaraf pusat, gangguan proses informasi, kurang olahraga, alam perasaan abnormal dan cemas.
- 2) Lingkungan, seperti lingkungan penuh kritik, gangguan dalam hubungan interpersonal, masalah perumahan, stress, kemiskinan, tekanan terhadap penampilan, perubahan dalam kehidupan dan pola aktivitas sehari – hari, kesepian (kurang dukungan) dan tekanan pekerjaan
- 3) Sikap dan perilaku, seperti konsep diri rendah, keputusan, kehilangan motivasi, tidak mampu memenuhi kebutuhan spiritual, bertidak berbeda dengan orang lain, kurang ketrampilan sosial, perilaku agresik dan amuk.

Menurut Rawlins dan Heacock, 1993 (dikutip dalam Yosep dan Sutini, 2014, p. 224) halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi yaitu:

1) Dimensi Fisik

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

2) Dimensi Emosional

Terjadinya halusinasi karena ada perasaan cemas yang berlebihan yang tidak dapat diatasi. Isi halusinasi berupa

perintah yang memaksa dan menakutkan yang tidak dapat dikontrol dan menentang sehingga menyebabkan pasien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

3) Dimensi Intelektual

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

4) Dimensi Sosial

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

5) Dimensi Spiritual

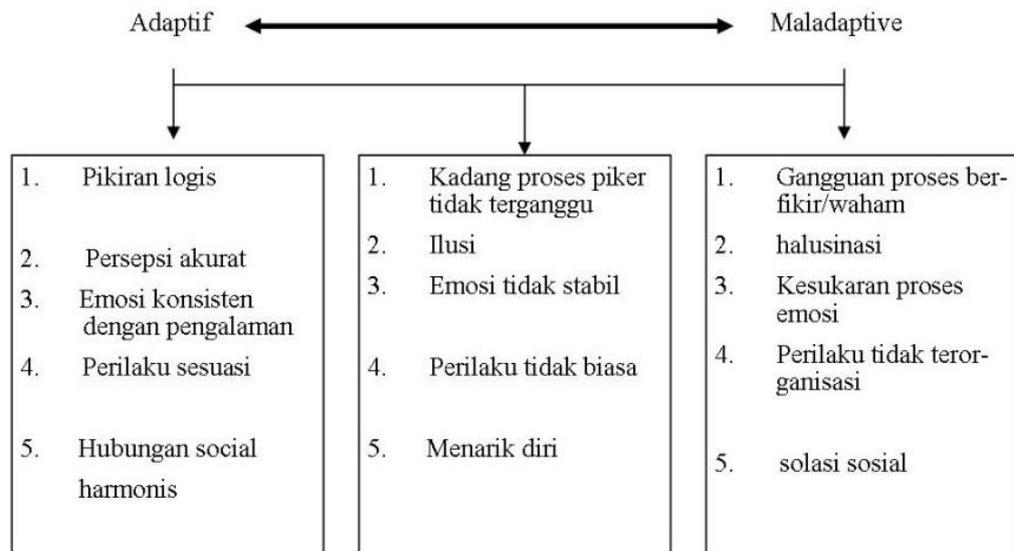
Pasien yang mengalami halusinasi mereka mengalami ketidakharmonisan dalam berinteraksi. Penurunan kemampuan dalam menghadapi stress dan kecemasan serta menurunnya kualitas untuk menilai keadaan sekitarnya. Akibatnya saat terjadi halusinasi pasien akan kehilangan kontrol terhadap kehidupannya.

c. Rentang Respon Neurologi

Halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori, waham merupakan gangguan pada isi pikiran. Keduanya merupakan gangguan dari respons neurobiologi. Oleh karenanya secara keseluruhan, rentang respons halusinasi mengikuti kaidah rentang respons neurobiologi.

Rentang respons neurobiologi yang paling adaptif adalah pikiran logis dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis.

Rentang respons yang paling maladaptif adalah adanya waham, halusinasi, termasuk isolasi sosial menarik diri. Berikut adalah gambaran rentang respons neurobiologi.



Gambar 2.1 Rentang Respons Neurologi
 Sumber: Yusuf, Fitryasari, Nihayati, (2015)

Keterangan gambar :

- 1) Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma – norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut. Respon adaptif antara lain :
 - a) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan
 - b) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan
 - c) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman
 - d) Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran
 - e) Hubungan sosial harmonis adalah suatu proses interaksi dengan orang lain dan lingkungan

2) Respon psikososial

- a) Proses pikir kadang tidak terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan
- b) Ilusi adalah interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar – benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera
- c) Emosi yang tidak stabil yaitu emosi yang berlebihan atau berkurang
- d) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran
- e) Menarik diri yaitu percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain

3) Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma – norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif ini antara lain :

- a) Gangguan proses berfikir adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial
- b) Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada
- c) Kesukaran proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati
- d) Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu perilaku yang tidak teratur
- e) Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai kesatuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam

d. Fase – Fase Halusinasi

Tahapan terjadinya halusinasi terdiri dari 4 fase. Menurut Stuart dan Laraia 2005 (dikutip dalam Muhith, 2014, p. 217 – 220) setiap fase memiliki karakteristik yang berbeda, yaitu :

1) Fase 1

Fase pertama dari halusinasi adalah *fase comforting* atau ansietas sedang yaitu halusinasi menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik. Dengan karakteristik: klien mengalami perasaan mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah dan takut serta mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan ansietas. Individu mengenali bahwa pikiran – pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani. Pada fase ini ditandai perilaku klien seperti: tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asyik, diam dan asyik sendiri.

2) Fase II

Fase kedua dari halusinasi adalah *fase condemning* atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikan. Pada tahap ini termasuk dalam golongan psikotik ringan. Dengan karakteristik: pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan, klien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan, klien mengalami dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain, klien mulai merasa kehilangan kontrol, tingkat kecemasan berat dan halusinasi menyebabkan perasaan antipati. Pada tahap ini terjadi peningkatan tanda – tanda sistem syaraf otonom akibat ansietas seperti peningkatan tanda – tanda vital (denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah), rentang perhatian menyempit, asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi

dengan realita, menyalahkan, menarik diri dari orang lain, konsentrasi terhadap pengalaman sensori kerja.

3) Fase III

Fase ketiga dari halusinasi adalah *fase controlling* atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi berkuasa. Pada tahap ini termasuk dalam golongan psikotik dimana ditandai dengan karakteristik seperti: klien berhenti melakukan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut, isi halusinasi menjadi menarik, klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti. Di sini klien sukar berhubungan dengan orang lain, adanya tanda – tanda fisik ansietas berat (berkeringat, tremor, tidak mampu mematuhi perintah dari orang lain), isi halusinasi menjadi atraktif, perintah halusinasi ditaati, tidak mampu mengikuti perintah dari perawat.

4) Fase IV

Fase keempat dari halusinasi adalah *fase conquering* atau panik yaitu klien menjadi melebur dalam halusinasinya. Pada tahap ini termasuk dalam golongan psikotik berat. Dengan karakteristik: pengalaman sensori menjadi mengancam jika pasien mengikuti perintah halusinasinya, halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik. Di fase ini terjadi perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri, tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks, tidak mampu berespon lebih dari satu orang, potensi kuat *suicide* atau *homicide*, kondisi klien sangat membahayakan.

5) Psikodinamika

a) Faktor Predisposisi

(1) Faktor perkembangan

Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan yang dapat meningkatkan stress dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi. Pasien mungkin menekan perasaannya sehingga menekan pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif.

(2) Faktor sosisl budaya

Berbagai faaktor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul akibat berat seperti delusi dan halusinasi.

(3) Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dpat menimbulkan ansietas berat sehingga berakhir dengan pengingkaran terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi.

(4) Faktor genetik

Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada pasien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia (AH. Yusuf, 2015, p. 123)

b) Faktor Presipitasi

(1) Stressor sosial budaya

Stress dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting, atau diasingkan dari kelompok dapat menimbulkan halusinasi.

(2) Faktor biokimia

Berbagai penelitian tentang dopamin, noreprinetin, indomalin, serta zat haksinegik diduga berkaitan dengan gangguan orientasi termasuk halusinasi.

(3) Faktor psikologis

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realitas. Pasien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.

(4) Perilaku

Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik dan sosial (AH. Yusuf, 2015, p. 123)

c) Penilaian Terhadap Stressor

Untuk mengetahui apa yang dilakukan klien ketika halusinasi itu muncul perawat dapat menanyakan pada pasien hal yang dirasakan atau dilakukan saat halusinasi timbul. Perawat dapat juga menanyakan kepada keluarga atau orang terdekat dengan pasien. Selain itu dapat juga dengan mengobservasi perilaku klien saat halusinasi muncul. Kecermatan perawat akan meningkatkan kualitas asuhan terhadap pasien dengan gangguan ini. Perilaku pasien yang mengalami halusinasi sangat tergantung pada jenis halusinasi. Apabila perawat hanya mengidentifikasi tanda – tanda pada perilaku halusinasi, maka pengkajian selanjutnya harus dilakukan tidak hanya sekedar mengetahui jenis halusinasinya saja. Validasi informasi tentang halusinasi yang diperlukan meliputi :

(1) Isi halusinasi

Ini dapat dikaji dengan menanyakan suara siapa yang didengar, apa yang dikatakan suara itu, jika halusinasi auditorik. Apa bentuk banyang yang dilihat oleh klien, jika halusinasi visual, bau apa yang dicium jika halusinasi penghidu, rasa apa yang dikecap jika halusinasi pengecap, dan apa yang dirasakan tubuh jika halusinasi perabaan.

(2) Waktu dan frekuensi

Ini dapat dikaji dengan menanyakan kepada klien kapan pengalaman halusinasi muncul, berapa kali sehari, seminggu, atau sebulan pengalaman halusinasi itu muncul, informasi ini sangat penting untuk mengidentifikasi pencetus halusinasi dan menentukan bilamana klien perlu perhatian.

(3) Situasi pencetus halusinasi

Perawat perlu mengidentifikasi situasi yang dialami sebelum halusinasi muncul. Selain itu perawat juga bisa mengobservasi apa yang dialami klien menjelang munculnya halusinasi untuk memvalidasi pernyataan klien.

(4) Respon klien

Untuk menentukan sejauh mana halusinasi telah mempengaruhi klien, bisa dikaji dengan apa yang dilakukan oleh klien saat mengalami pengalaman halusinasi. Apakah klien masih bisa menontrol stimulus halusinasinya atau sudah tidak berdaya terhadap halusinasinya, Stuart dan Laraia 2005 (dikutip dalam Muhith, 2015, p. 226)

d) Sumber Koping

Sumber koping individu dikaji dengan pemahaman tentang pengaruh otak dan perilaku, kekuatan dapat meliputi modal, seperti intelegensi atau kreativitas yang tinggi. Orang tua harus secara aktif mendidik anak – anak dan dewasa muda untuk ketrampilan koping karena mereka biasanya tidak hanya belajar dari pengalaman. Sumber keluarga dapat berupa pengetahuan tentang penyakit, finansial yang cukup, ketersediaan waktu, tenaga dan kemampuan untuk memberikan dukungan serta berkesinambungan (Stuart, 2013, p. 307).

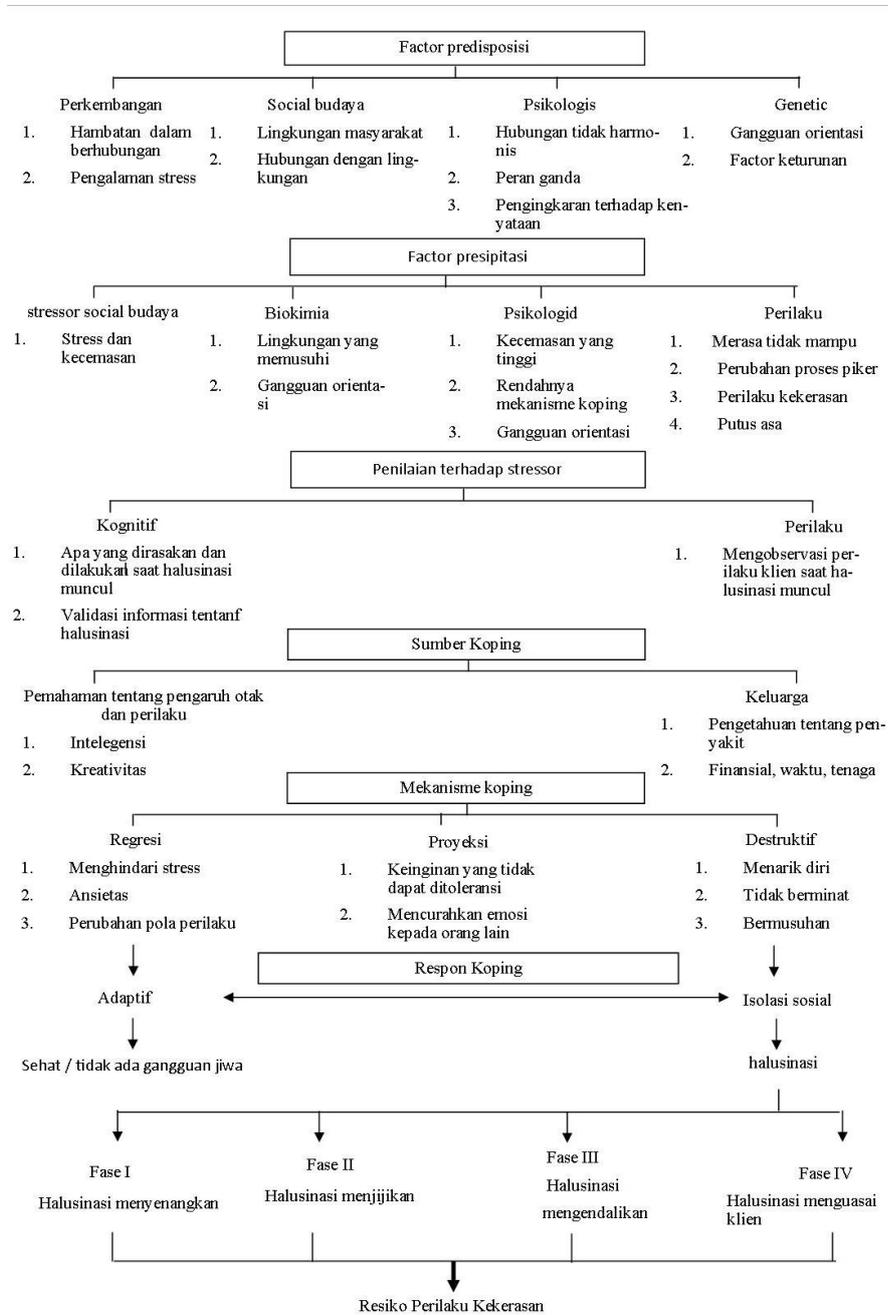
e) Mekanisme Koping

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

- (1) Regresi, menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali seperti pola perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.
- (2) Proyeksi, keinginan yang tidak dapat ditoleransi, mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (sebagai upaya untuk menjelaskan keracunan persepsi).
- (3) Menarik diri, reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis, reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindar sumber stressor, misalnya menjauhi polusi, sumber infeksi, gas beracun, dan lain – lain. Sedangkan reaksi psikologis individu menunjukn perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering

disertai rasa takut, dan bermusuhan (Muhith, 2015, p. 224).

Berikut adalah bagan psikodinamika halusinasi :



Gambar 2.2 Bagan Psikodinamika

Sumber: AH Yusuf (2015), Stuart (2013), Stuart dan Laraia 2005 (dikutip dalam Muhith, 2015)

f. Penatalaksanaan

1) Medis

Stuart dan Laraia 2005 (dikutip dalam Muhith, 2015, p. 227) mengatakan bahwa penatalaksanaan klien skizofrenia yang mengalami halusinasi adalah dengan obat – obatan dan tidakan lain seperti :

a) Psikofarmakologis

Obat yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikosis pada klien skizofrenia adalah obat anti psikosis. Adapun kelompok yang umum digunakan antara lain:

Tabel 2.1 Daftar obat – obatan yang umum digunakan dengan masalah keperawatan halusinasi menurut Stuart dan Laraia 2005 (dikutip dalam Muhith, 2015, p. 227)

Nama Obat		Dosis	Kegunaan
Fenotiazine (Tidal)	Asetofenazin	1 – 45mg	Untuk mengontrol dan mencegah gangguan psikotik
Klorpromazine (Thorazine)		30 – 80mg	Untuk membantu mengobati gangguan psikotik
Flufenazine (Prolixin, Permitil)		2,5 – 20mg	Untuk membantu mengatasi gangguan kejiwaan
Mezoridazin (Serentil)		25 – 50mg	Untuk mengobati skizofrenia
Perfenazin (Trilafon)		60 – 150mg	Untuk mencegah dan mengobati psikotik
Tioksanten (Taractan)	Klorprotiksen	75 – 600mg	Untuk mengontrol dan mencegah gangguan psikotik
Tiotiksen (Navane)		8 – 30mg	Untuk membantu mengatasi gangguan kejiwaan
Butirovenon (Haldol)	Haloperidol	1 – 100mg	Menbantu mengurangi gaduh gelisah
Dibenzodiazepin (Clorazil)	Klozapin	300 – 900mg	Untuk mencegah gejala psikotik
Dibenzokasazepin (Loxitane)	Loksapin	20 – 150mg	Untuk mengobati depresi
Dihidroindolon (Moban)	Molindone	15 – 225mg	Untuk mengobati depresi dan gaduh gelisah

b) Terapi kejang listrik/*Electro Compulsive Therapy* (ECT)

ECT (*Electro Compulsive Therapy*) merupakan suatu jenis pengobatan dimana arus listrik digunakan pada otak dengan menggunakan 2 elektrode yang ditempatkan dibagian temporal kepala (pelipis kiri dan kanan). Arus tersebut menimbulkan kejang tonik klonik yang berlangsung 25 – 30 detik dengan tujuan terapeutik. Respon bangkitan listriknya di otak menyebabkan terjadinya perubahan faal dan biokimia dalam otak, Dalami, dkk, 2009 (dikutip dalam Prabowo, 2014, p.)

2) Keperawatan

a) Psikoterapi dan Rehabilitas

Prabowo (2014, p. 135) menjelaskan psikoterapi suportif individual atau kelompok sangat membantu karena berhubungan dengan praktis dengan maksud mempersiapkan pasien kembali ke masyarakat, selain itu terapi kerja sangat baik untuk mendorong pasien bergaul dengan orang lain, pasien lain, perawat dan dokter. Maksudnya supaya pasien tidak mengasingkan diri karena dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik, dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama, seperti terapi modalitas yang terdiri dari :

(1) Terapi aktivitas

(a) Terapi musik

Fokus dari terapi musik yaitu mendengarkan, memainkan alat musik, bernyanyi, dan menikmati dengan relaksasi musik yang disukai pasien.

(b) Terapi seni

Untuk mengekspresikan perasaan melalui berbagai pekerjaan seni.

(c) Terapi menari

Untuk mengekspresikan perasaan melalui gerakan tubuh.

(d) Terapi relaksasi

Untuk coping/perilaku mal adaptif/deskriptif, meningkatkan partisipasi dan kesenangan pasien dalam kehidupan.

b) Terapi sosial

Pasien belajar bersosialisasi dengan pasien lain.

c) Terapi kelompok

(1) Terapi group (kelompok terapeutik)

(2) Terapi aktivitas kelompok

(3) TAK stimulus persepsi : halusinasi

(a) Sesi 1 : mengenal halusinasi

(b) Sesi 2 : mengontrol halusinasi dengan menghardik

(c) Sesi 3 : mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat.

(d) Sesi 4 : mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap.

(e) Sesi 5 : mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan.

d) Terapi lingkungan

Terapi ini adalah pengobatan gangguan mental atau ketidakpercayaan dengan membuat perubahan substansial dalam keadaan dan lingkungan hidup pasien dengan cara meningkatkan keefektifan bentuk terapi lainnya. Tujuan terapi lingkungan adalah memanipulasi lingkungan sehingga semua aspek pengalaman di rumah sakit klien dianggap terapeutik. Dalam lingkungan terapeutik ini, klien diharapkan dapat belajar mengatasi adaptif, interaksi

dan keterampilan hubungan yang dapat digeneralisasikan ke aspek lain dalam hidupnya (Sutejo, 2016, p. 158)

6) Terapi keluarga

Agustina (2015) menyatakan bahwa keluarga merupakan *care giver* bagi pasien. Apabila keluarga mengalami stress maka keluarga tidak dapat menjalankan tugas sebagai *care giver*. Untuk itu keluarga memerlukan suatu tindakan untuk mengatasi permasalahan dalam merawat salah satunya adalah terapi suportif ekspresif (TSE). TSE merupakan terapi yang dilakukan pada kelompok yang mempunyai permasalahan yang sama. Pada proses TSE terjadi pertukaran pengalaman dan informasi diantara pesertanya sehingga memungkinkan terjadinya peningkatan pengetahuan. Pernyataan ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan peneliti yaitu:

- 1) Pengetahuan keluarga tentang halusinasi meningkat setelah diberi terapi suportif ekspresif.
- 2) Sikap keluarga terhadap pasien skizofrenia dengan gejala halusinasi meningkat setelah diberi terapi suportif ekspresif.
- 3) Perilaku keluarga dalam merawat pasien skizofrenia dengan halusinasi meningkat setelah diberi terapi suportif ekspresif.
- 4) Terapi Suportif Ekspresif untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat pasien skizofrenia dengan halusinasi.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses awal dalam pembuatan asuhan keperawatan, yang terdiri dari identitas klien, alasan masuk, faktor

predisposisi dll. Menurut Afnuhazi (2015, p. 122) pengkajian pada pasien halusinasi meliputi :

a. Identitas klien

Dalam identitas klien yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, tanggal pengkajian, tanggal dirawat, nomor rekam medis.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama berupa mendengar suara-suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar sesuatu yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.

c. Alasan masuk

Alasan klien datang ke RSJ, biasanya klien sering berbicara sendiri, mendengar suara - suara, suka berjalan tanpa arah/tujuan, membanting peralatan dirumah, menarik diri.

d. Faktor predisposisi

- 1) Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa kurang berhasil dalam pengobatan.
- 2) Pernah mengalami trauma aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, dan kekerasan dalam keluarga.
- 3) Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
- 4) Pernah mengalami masa lalu yang tidak menyenangkan.

e. 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 dari minuman keras, penggunaan obat-obatan, zat halusinogen, tingkah laku merusak diri.

3) Riwayat kesehatan

Skizofrenia, delirium berhubungan dengan riwayat demam dan penyalahgunaan obat.

f. Psikososial

1) Genogram

Garis keturunan yang menghubungkan klien dengan keluarga. Pada pasien halusinasi biasanya terdapat garis keturunan yang mengalami halusinasi.

2) Konsep diri

- a) Gambaran diri : klien biasanya mengeluh dengan kesehatan tubuhnya, ada bagian tubuh disukai dan tidak disukai.
- b) Identitas diri : klien biasanya mampu menilai identitas dirinya
- c) Peran diri : klien menyadari peran sebelum sakit, saat dirawat peran klien terganggu.
- d) Ideal diri : tidak menilai diri
- e) Harga diri : klien memiliki harga diri yang rendah sehubungan dengan sakitnya.

3) Hubungan sosial

Klien kurang dihargai di lingkungan dan keluarga serta hambatan yang terjadi dalam berhubungan dengan orang lain.

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Biasanya klien dengan sakit jiwa dipandang tidak sesuai dengan norma agama dan budaya

b) Kegiatan ibadah

Klien biasanya menjalankan ibadah di rumah suaminya, saat sakit ibadah terganggu atau sangat berlebihan.

g. Status mental

1) Penampilan

Biasanya penampilan diri yang tidak rapi, tidak serasi atau cocok dan berubah dari biasanya.

2) Pembicaraan

Tidak terorganisir dan bentuk yang maladaptive seperti kehilangan, tidak logis, berbelit-belit.

3) Aktivitas motorik

Meningkat atau menurun, impulsive, kataton dan beberapa gerakan yang abnormal.

4) Alam perasaan

Berupa suasana emosi yang memanjang akibat dari faktor presipitasi misalnya sedih dan putus asa disertai apatis.

5) Afek

Afek sering tumpul, datar, tidak sesuai dan ambivalen.

6) Interaksi selama wawancara

Selama berinteraksi dapat dideteksi sikap klien yang tampak komat-kamit, tertawa sendiri, tidak terikat dengan pembicaraan.

7) Persepsi

a) Halusinasi yang terjadi pada klien adalah halusinasi pendengaran, isi halusinasi berdasarkan data objektif yaitu bicara sendiri tanpa lawan bicara, marah-marah tanpa sebab, mencondongkan telinga ke arah tertentu, menutup telinga. Sedangkan berdasarkan data subjektif antara lain mendengar suara-suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap dan mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.

b) Data yang terkait dengan halusinasi lainnya yaitu berbicara sendiri, tertawa sendiri, menarik diri dan menghindari dari orang lain, tidak dapat membedakan nyata atau tidak nyata, tidak dapat memusatkan perhatian, curiga, bermusuhan,

merusak, takut, ekspresi muka tegang dan mudah tersinggung.

8) Proses pikir

Biasanya klien tidak mampu mengorganisir dan menyusun pembicaraan logis dan koheren, tidak berhubungan, berbelit. Ketidakmampuan klien ini sering membuat lingkungan takut dan merasa aneh terhadap klien.

9) Isi fikir

Keyakinan klien tidak konsisten dengan tingkat intelektual dan latar budaya klien. Ketidakmampuan memproses stimulus internal dan eksternal melalui proses informasi dapat menimbulkan waham.

10) Tingkat kesadaran

Biasanya klien akan mengalami disorientasi terhadap orang, tempat dan waktu.

11) Memori

Terjadi gangguan daya ingat jangka panjang maupun jangka pendek. Mudah lupa, klien kurang mampu menjalankan peraturan yang telah disepakati, tidak mudah tertarik. Klien berulang kali menanyakan waktu, menanyakan apakah tugasnya sudah dikerjakan dengan baik, permisi untuk satu hal.

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Kemampuan mengorganisasi dan konsentrasi terhadap realitas eksternal, sukar menyelesaikan tugas, sukar berkonsentrasi pada kegiatan atau pekerjaan dan mudah mengalihkan perhatian, mengalami masalah dalam memberikan perhatian

13) Kemampuan penilaian

Klien mengalami ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, menilai dan mengevaluasi diri sendiri dan juga tidak mampu melaksanakan keputusan yang telah disepakati. Sering tidak merasa yang dipikirkan dan diucapkan salah.

14) Daya tilik diri

Klien mengalami ketidakmampuan dalam mengambil keputusan. Menilai dan mengevaluasi diri sendiri, penilaian terhadap lingkungan dan stimulus, membuat rencana termasuk memutuskan, melaksanakan keputusan yang telah disepakati. Klien yang sama sekali tidak dapat mengambil keputusan merasa kehidupan sangat sulit, situasi ini sering mempengaruhi motivasi dan *inisiatif* klien.

h. Kebutuhan pasien pulang

1) Makan

Keadaan berat, klien sibuk dengan halusinasi dan cenderung tidak memperhatikan diri termasuk tidak peduli makanan karena tidak memiliki minat dan kepedulian.

2) BAK/BAB

Observasi kemampuan klien untuk BAB/BAK serta kemampuan klien untuk membersihkan diri.

3) Mandi

Biasanya klien mandi berulang-ulang atau tidak mandi sama sekali.

4) Berpakaian

Biasanya tidak rapi, tidak sesuai dan tidak diganti.

5) Istirahat

Observasi tentang lama dan waktu tidur siang dan malam. Biasanya istirahat klien terganggu bila halusinasinya datang.

6) Pemeliharaan kesehatan

Pemeliharaan kesehatan klien selanjutnya, peran keluarga dan sistem pendukung sangat menentukan.

7) Aktivitas dalam rumah

Aktivitas tidak mampu melakukan aktivitas didalam rumah seperti menyapu.

i. Aspek Medis

Obat yang biasa digunakan pada klien halusinasi pendengaran adalah obat anti psikosis yang meliputi trihexypenidhyl, diazepam, haloperidol dan sebagainya.

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan adalah identifikasi atau penilaian terhadap pola respon klien baik actual maupun potensial, Stuart dan Laraia 2001 (dikutip dalam Keliat, 2006). Di dalam tahapan diagnosa terdiri dari:

a. Analisa data

Menurut Muhith (2015) dan Afnuhazi (2015) analisa data dengan diagnosa keperawatan halusinasi pendengaran adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2 Analisa Data

Data	Masalah keperawatan
Data subjektif :	
1. Klien mengatakan mendengar suara – suara atau kegaduhan	Halusinasi Pendengaran
2. Klien mengatakan mendengar suara – suara yang mengajak bercakap – cakap	
3. Klien mengatakan mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya	
Data objektif :	
1. Bicara atau tertawa sendiri	
2. Mulut seperti bicara tetapi tidak keluar suara	
3. Menyedengkan telinga ke arah tertentu	
4. Gerakan mata cepat	
Data subjektif :	
1. Klien mengungkapkan apa yang dilihat dan didengar mengancam dan membuatnya takut	
2. Klien mengungkapkan bahwa perasaannya cemas	
Data objektif :	
1. Tampak larut dalam pikran dan ingatannya sendiri	Risiko Perilaku Kekerasan
2. Tidak komunikatif dan kurang aktivitas	
3. Muka merah dan tegang	
4. Berjalan mondar – mandir	
5. Tangan mengempal	
Data subjektif :	
1. Klien mengatakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang lain	

-
2. Klien mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang lain

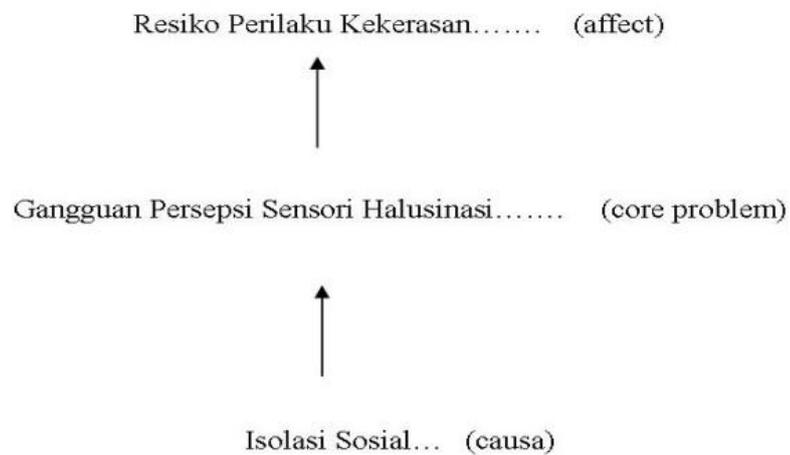
Data objektif :

1. Tidak konsentrasi dan pikiran mudah beralih saat diajak bicara
 2. Ekspresi wajah murung Isolasi sosial
 3. Tidak ada kontak mata
 4. Tidak tahan terhadap kontak yang lama
-

Sumber: Muhith (2015) dan Afnuhazi (2015)

b. Pohon Masalah

Berdasarkan analisa data di atas maka dapat disusun pohon masalah sebagai berikut :



Gambar 2.3 Pohon Masalah Halusinasi

Sumber: Trimelia, (2011)

c. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pohon masalah di atas dapat ditetapkan suatu diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah. Diagnosa keperawatan menurut Trimelia (2011, p. 28) adalah :

- 1) Gangguan persepsi sensori halusinasi
- 2) Resiko perilaku kekerasan
- 3) Isolasi sosial

3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan terdiri dari tiga aspek yaitu tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan (P) dari diagnosa tertentu. Tujuan umum dapat dicapai jika serangkaian tujuan khusus telah tercapai. Tujuan khusus berfokus pada penyelesaian etiologi (E) dari diagnosa tertentu. Tujuan khusus merupakan rumusan kemampuan yang perlu dicapai atau dimiliki klien. Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Rencana tindakan disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa (Keliat, 2006)

Tabel 2.3 Perencanaan Halusinasi
(Deden dermawan dan Rusdi, 2013)

No	Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1	Halusinasi Pendengaran	Klien mampu mengontrol Halusinasinya	<p>a. klien mampu menyebutkan waktu, frekuensi, situasi, isi, perasaan, dan respon munculnya halusinasi</p> <p>b. klien mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik</p> <p>c. klien mampu mengontrol halusinasi dengan minum obat dengan prinsip 6 benar</p> <p>d. klien mampu mengontrol dengan bercakap – cakap</p> <p>e. klien mampu</p>	<p>Klien a. SP 1</p> <p>1) Identifikasi jenis halusinasi, isi halusinasinya, frekuensi halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi, respon pasien terhadap halusinasinya</p> <p>2) Jelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap kegiatan harian</p> <p>3) Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik</p> <p>4) Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik</p> <p>b. SP 2</p> <p>1) Evaluasi kegiatan menghardik. Beri pujian</p> <p>2) Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar : jenis,guna,dosis,frekuensi,cara,kontinuitas minum obat)</p> <p>3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat</p> <p>c. SP 3</p> <p>1) Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan minum obat. Beri pujian</p> <p>2) Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi</p>

		mengontrol halusinasi dengan kegiatan harian	3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap
			d. SP 4
			1) Evaluasi kegiatan menghardik, minum obat dan latihan bercakap-cakap. Beri pujian
			2) Latihan cara mengontrol halusinasi dgn melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan)
			3) Masukkan pada jadwal kegiatan latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian
			e. SP 5
			1) Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian. Beri pujian
			2) Latih kegiatan harian
			3) Nilai kemampuan yang telah mandiri
			4) Nilai apakah halusinasi terkontrol
			Keluarga
Keluarga merawat halusinasi	mampu klien	Kriteria hasil diharapkan keluarga mampu:	a. SP 1
		a. mengenal masalah halusinasi	1) Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien
		b. mengambil keputusan untuk merawat halusinasi	2) Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya halusinasi
		c. merawat halusinasi	3) Jelaskan cara merawat halusinasi (gunakan booklet)
		d. memodifikasi lingkungan untuk mendukung mengurangi halusinasi	4) Latih cara merawat halusinasi : hardik
		e. menilai perkembangan kesehatan dan perubahan kemampuan klien	5) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian
		f. memanfaatkan fasilitas pelayanan	b. SP 2
			1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien menghardik. beri pujian
			2) Jelaskan 6 benar cara memberikan obat
			3) Latih cara memberikan atau membimbing minum obat
			4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal saat besuk dan beri pujian
			c. SP 3
			1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien menghardik dan memberikan obat. Beri pujian
			2) Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan dalam mengontrol halusinasi
			3) Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat terjadi halusinasi
			4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

				l. SP 4
				1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien menghardik, minum obat, cakap-cakap dan kegiatan harian. Beri pujian
				2) Jelaskan Follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan
				3) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal kegiatan dan memberikan pujian
				m. SP 5
				1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien mengharfik, minum obat, cakap-cakap dan melakukan kegiatan
				2) Nilai kemampuan keluarga dalam merawat klien
				3) Nilai kemampuan keluarga melakukan control ke RSJ/PKM
2.	Resiko Perilaku Kekerasan	Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan	klien mampu : a. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, PK yang dilakukan dan akibat PK b. klien mampu mengontrol PK : fisik : tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal	Klien a. SP 1 1) Identifikasi penyebab, tand dan gejala PK yang dilakukan, akibat PK 2) Jelaskan cara mengontrol PK secara fisik, obat, verbal dan spiritual 3) Latih cara mengontrol PK secara fisik : tarik nafas dalam dan pukil bantal 4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan latihan fisik b. SP 2 1) Evaluasi kegiatan latihan fisik. Beri pujian 2) Latihan cara mengontrol PK dengan minum obat (jelaskan 6 benar) 3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat c. SP 3 1) Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat.. Beri pujian 2) Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara : mengungkapkan, meminta dan menolak dengan benar) 3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal d. SP 4 1) Evaluasi kegiatan latihan fisik, obat dan verbal. Beri pujian 2) Latih cara mengontrol PK secara spiritual (2 kegiatan) 3) Masukkan pada jadwal kegiatan latihan fisik, obat verbal dan spiritual e. SP 5 1) Evaluasi kegiatan latihan fisik, obat verbal dan spiritual . Beri pujian 2) Nilai kemampuan yang telah mandiri 3) Nilai apakah pk terkontrol

	Keluarga mampu merawat klien resiko perilaku kekerasan	Keluarga mampu	Keluarga	Keluarga
		a. mengetahui dan mengenal perilaku kekerasan	a. SP 1	1) Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien
		b. mengambil keputusan untuk merawat resiko perilaku kekerasan		2) Jelaskan pengertian , tanda & gejala , dan proses terjadinya PK (gunakan booklet)
		c. merawat klien resiko perilaku kekerasan		3) Jelaskan cara merawat PK
		d. memodifikasi lingkungan untuk mendukung mengurangi resiko perilaku kekerasan	b. SP 2	4) Latih 1 cara merawat PK dengan menggunakan kegiatan fisik : tarik nafas dalam dan pukul bantal
		e. menilai perkembangan dan perubahan kemampuan klien		5) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian
		f. memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan	c. SP 3	1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien secara fisik. Beri pujian
				2) Jelaskan 6 benar cara memberi obat
				3) Latih cara memberikan/membimbing minum obat
				4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal saat besuk dan beri pujian
			d. SP 4	1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien secara fisik dan memberikan obat. Beri pujian
				2) Latih cara membimbing : cara bicara yang baik
				3) Latih cara membimbing kegiatan spiritual
				4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian
			e. Sp 5	1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien secara fisik, minum obat, latih bicara yang baik, kegiatan spiritual dan follow up. Beri pujian
				2) Nilai kemampuan keluarga dalam merawat klien
				3) Nilai kemampuan keluarga melakukan control ke RSJ/PKM
3.	Isolasi Sosial	Setelah dilakukan tindakan keperawatan menit di harapkan klien mampu	Pasien mampu :	Klien
		a. Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial	a. SP 1	1) Identifikasi penyebab isolasi social :siapa yang serumah, siapa yang dekat, siapa yang tidak dekat, dan apa sebabnya
		b. Menyebutkan		

berinteraksi dengan orang lain	dengan	keuntungan dari punya teman dan bercakap-cakap	2) Keuntungan punya teman dan bercakap-cakap 3) Kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap-cakap 4) Latih cara berkenalan dengan pasien dan perawat atau tamu 5) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan
		c. Menyebutkan kerugian tidak punya teman	b. SP 2
		d. Berkenalan dengan orang lain setelah latihan	1) Evaluasi kegiatan berkenalan (berapa orang) . beri pujian 2) Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian(latih dua kegiatan) 3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 2-3 orang pasien, perawat dan tamu , berbicara saat melakukan kegiatan harian
			c. SP 3
			1) Evaluasi kegiatan latihan berkenalan (berapa orang) & bicara saat melakukan dua kegiatan harian. Beri pujian 2) Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2 kegiatan baru) 3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang . berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian
			d. SP 4
			1) Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, bicara saat melakukan empat kegiatan harian. Beri pujian 2) Latih cara bicara social : meminta sesuatu, menjawab pertanyaan 3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan >5 orang, orang baru , berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi
			e. SP 5
			1) Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi. Beri pujian 2) Latih kegiatan harian 3) Nilai kemampuan yang telah mandiri 4) Nilai apakah isolasi sosial teratasi
Keluarga merawat klien sosial	mampu merawat klien isolasi sosial	Keluarga mampu a. Mengetahui dan mengenal isolasi sosial b. Mampu mengambil keputusan untuk	Keluarga a. SP 1 1) Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien 2) Jelaskan pengertian , tanda & gejala , dan proses terjadinya isolasi social 3) Jelaskan cara merawat isolasi social 4) Latih dua cara merawat berkenalan , berbicara saat melakukan kegiatan harian

-
- | | |
|--|---|
| merawat isolasi sosial | 5) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian saat besuk |
| c. Merawat klien isolasi sosial | b. SP 2 |
| d. Memodifikasi lingkungan untuk mendukung mengurangi isolasi sosial | 1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan harian . beri pujian |
| e. Menilai perkembangan dan perubahan kemampuan klien | 2) Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan pasien berbicara (makan, sholat bersama) d rumah |
| f. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan | 3) Latih cara membimbing pasien berbicara dan member pujian |
| | 4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal saat besuk |
| | c. SP 3 |
| | 1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian |
| | 2) Jelaskan cara melatih pasien melakukan kegiatan social seperti berbelanja, meminta sesuatu dll. |
| | 3) Latih keluarga dalam mengajak pasien belanja saat besuk |
| | 4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian saat besuk |
| | d. SP 4 |
| | 1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian / RT, berbelanja . beri pujian |
| | 2) Jelaskan Follow up ke RSJ/PKM , tanda kambuh, rujukan |
| | 3) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal kegiatan dan memberikan pujian |
| | e. SP 5 |
| | 1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian/ RT, berbelanja & kegiatan lain dan follow up |
| | 2) Nilai kemampuan keluarga dalam merawat klien |
| | 3) Nilai kemampuan keluarga melakukan control ke RSJ/PKM |
-

4. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan keperawatan oleh klien. Hal yang harus diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah tindakan keperawatan yang akan dilakukan (Afnuhazi, 2015)

- a. Implementasi pada klien dengan halusinasi pendengaran dilakukan secara interaksi dalam melaksanakan tindakan keperawatan, diantaranya adalah bina hubungan saling percaya (BHSP), mengidentifikasi, waktu frekuensi, situasi, respon klien terhadap halusinasi, melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat, melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap, melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan kegiatan terjadwal (Afnuhazi, 2015).
- b. Implementasi pada klien resiko perilaku kekerasan dilakukan secara interaksi dalam melaksanakan tindakan keperawatan, diantaranya adalah bina hubungan saling percaya (BHBS), identifikasi penyebab, tanda dan gejala PK yang dilakukan akibat PK, melatih cara mengontrol PK secara fisik, obat, verbal dan spiritual, melatih cara mengontrol PK secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal (Afnuhazi, 2015).
- c. Implementasi pada klien isolasi sosial dilakukan secara interaksi dalam melaksanakan tindakan keperawatan, diantaranya adalah bina hubungan saling percaya (BHBS), idenntifikasi penyebab, tanda dan gejala, klien dapat mengetahui keuntungan dan kerugian apabila tidak punya teman, melatih klien cara berkenalan dengan satu orang, melatih klien cara berkenalan 2 – 3 orang dengan melakukan 1 kegiatan, melatih klien cara berkenalan 4 – 5 orang dengan melakukan kegiatan, melatih klien berkenalan dalam kegiatan sosial, klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada di keluarga. Hal ini dimaksudkan agar

tindakan keperawatan selanjutnya dapat dilanjutkan (Afnuhazi, 2015).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan sesuai dengan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu evaluasi proses dan evaluasi formatif, dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan yang telah ditentukan (Afnuhazi, 2015, p. 129)

Evaluasi bisa dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir.

S = respons subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O = respons objektif klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan.

A = analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru.

P = perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon klien.

(Kusumawati & Hartono, 2011, p. 109)

