

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Dasar**

##### **2.1.1. Definisi**

Definisi Skizofrenia adalah penyakit yang dapat digambarkan sebagai penyakit yang serius dan mengganggu yang ditandai dengan adanya gangguan atau ketidakmampuan seseorang untuk berkomunikasi, gangguan dalam menerima kenyataan (dalam bentuk halusinasi dan ilusi), gangguan kognitif (ketidakmampuan untuk berpikir abstrak), dan mengalami gangguan dan kesulitan dalam melakukan aktivitas (Saida et al., 2022).

Skizofrenia adalah sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas serta sejumlah akibat yang tergantung padaperimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya (Maslim, 2013).

Skizofrenia adalah gangguan kejiwaan yang kronis dan progresif dengan manifestasi yang banyak dan bervariasi. Skizofrenia ditandai dengan gejala yang parah, ketidakmampuan pasien untuk merawat diri sendiri, penurunan sosial secara bertahap, halusinasi yang disebabkan oleh ketegangan, perilaku tidak teratur, inkohereni dan gelisah berlebihan (Modiska, 2019).

##### **2.1.2. Etiologi**

Luana (dalam prabowo,2014) menjelaskan penyebab skizofrenia yaitu:

###### **A. Faktor Biologis**

1. Komplikasi Kelahiran

Bayi laki-laki yang terdapat komplikasi saat di lahirkan sering mengalami skizofrenia, hipoksia perinatal akan meningkatkan kerentanan seseorang terhadap skizofrenia

## 2. Infeksi

Perubahan anatomi pada susunan saraf pusat akibat dari infeksi virus pernah di katakana bahwa orang dengan skizofrenia. Penelitian mengatakan bahwa terpapar infeksi virus pada trimester kedua kehamilan akan meningkatkan kemungkinan seseorang yang mengalami skizofrenia

## 3. Hipotesis Dopamine

Dopamine merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala dari skizofrenia. Hampir semua obat antipsikotik baik dari tipikal maupun atipikal menyekat reseptor dopamine D2, dengan terhalangnya transmisi sinyal di bagian sistem dopaminergik maka gejala psikotik di redakan.

## 4. Hipotesis Serotonin

Suatu zat yang bersifat campuran agonis (antagonis) 5-HT Ternyata zat tersebut menyebabkan keadaan psikosinya tidak normal.

## 5. Struktur Otak

Otak pada klien penderita skizofrenia sedikit berbeda pada orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan pada beberapa area terjadi peningkatan atau penurunan aktivitas metabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak terdapat sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada masa prenatal karena tidak ditemukannya sel gila, di sebabkan timbul Karena trauma otak sejak lahir.

## **B. Faktor genetik**

Pada masyarakat yang berkaitan dengan hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakak laki-laki atau perempuan dengan skizofrenia. Masyarakat yang berkaitan hubungan derajat kedua seperti paman, bibi, kakek atau nenek, dan sepupu dinyatakan lebih sering dibandingkan dengan populasi umum, kembar identik 40% sampai 65% berpeluang menderita penyakit skizofrenia.

### **2.1.3. Klasifikasi**

Klasifikasi dari skizofrenia adalah sebagai berikut:

#### **1. Skizofrenia Paranoid**

Yaitu Suatu bentuk skizofrenia di mana penderitanya memiliki gambaran dan gagasan tentang dianiaya dan dikendalikan oleh orang lain, serta kesombongan berdasarkan keyakinan bahwa penderitanya lebih mampu dan berkuasa daripada orang lain (Hardiyanti et al., 2022).

#### **2. Skizofrenia Hebefrenik**

Yaitu Suatu bentuk skizofrenia yang ditandai terutama oleh gangguan dan gangguan pikiran. Seseorang dengan skizofrenia seringkali menunjukkan tanda-tanda perasaan dan ekspresi yang tidak sesuai dengan keadaan delusinya, dan halusinasi adalah gejala yang sering dialami oleh penderita skizofrenia jenis ini Yitu (Hardiyanti et al., 2022).

#### **3. Skizofrenia katatonik**

Muncul pertama kali pada usia antara umur 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering di dahului oleh stress. Salah satu beberapa tipe skizofrenia katatonik sebagai berikut:

- a) Stupor katatonik seperti klien tidak tanggap terhadap lingkungan atau terhadap orang yang tanggapannya terhadap lingkungan menurun atau yang gerakannya menurun.
- b) Kekakuan katatonik seperti perilaku mempertahankan sifat kaku terhadap semua upaya yang menggerakkan dirinya.
- c) Kegaduhan katatonik yaitu kegaduhan aktifitas motorik yang tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar.
- d) Sikap tubuh seperti secara sadar mengambil sikap aneh atau tidak wajar.
- e) Kegembiraan katatonik seperti klien bersikap hiperaktif dan bisa jadi dapat mengancam jiwanya (Hardiyanti et al., 2022).

#### 4. Skizofrenia Residual

Tipe ini merupakan sia-sia (residu) dari gejala skizofrenia yang tidak begitu menonjol mungkin dapat dikatakan alam perasaan yang tumpul dan mendatar serta tidak serasi, penarikan diri dari pergaulan sosial tingkah lakunya yang eksentrik, pikiran tidak logis dan tidak rasional. (Hayat, 2017).

#### 5. Skizofrenia Tidak Terinci

Terdapat gejala psikotik yang jelas dan tidak dapat diklasifikasikan ke dalam salah satu kategori yang sebut di atas, atau yang memenuhi lebih dari satu tipe kriteria.

### **2.1.4. Tanda dan Gejala**

## 1. Gejala Positif pada Pasien Skizofrenia

### 1) Halusinasi

Halusinasi yang terjadi pada pasien skizofrenia yang tidak sadar merupakan gejala yang jarang terlihat pada penyakit lain. Halusinasi yang paling umum terjadi adalah halusinasi pendengaran seperti mendengar suara manusia, suara benda atau suara siulan.

### 2) Waham

Adalah keyakinan atau sebuah persepsi palsu yang tetap tidak dapat diubah meskipun ada bukti yang membantahnya.

### 3) Gangguan Pikiran Formal yang Bernilai Positif

Adalah pelanggaran asosiasi, yaitu ide yang diambil dari mata pelajaran lain yang tidak ada hubungannya atau tidak sesuai dan hal tersebut disadari oleh orang yang bersangkutan.mmmm

## 2. Gejala Negatif pada Pasien Skizofrenia

1) Ekspresi wajah yang tidak berubah seperti berbicara tanpa ekspresi, tidak ada gerakan tubuh saat sedang berbicara.

2) Penurunan spontanitas gerak seperti banyak pada pasien skizofrenia yang menarik diri dari kehidupan sosial dan bersikap berlebihan pada dirinya sendiri dan tidak peduli dengan dunia luar .

3) Hilangnya gerakan ekspresif yaitu suatu gerakan yang menunjukkan bentuk kekakuan.

4) Kontak mata yang minim seperti pada saat diajak berbicara tidak mau menatap mata.

- 5) Non responsivitas afektif yaitu penggambaran respon wajah yang kaku dan kurang adanya respon gerakan. Sssssss
- 6) Afek yang tidak sesuai seperti apa yang sedang dipikirkan tidak sesuai dengan suara hati yang sedang disandangnya.
- 7) Tidak intonasi saat berbicara.

### **2.1.5. Perjalanan Penyakit**

Perjalanan penyakit skizofrenia dibagi menjadi 4 fase yaitu sebagai berikut:

#### 1) Fase Premorbid

Yaitu fase yang ditandai dengan periode aktivitas abnormal yang dapat terjadi sebagai akibat dari efek penyakit tertentu seperti Indikator psikosis premorbid, termasuk riwayat psikiatri keluarga, riwayat prenatal, dan komplikasi kelahiran dan defisit neurologis.

#### 2) Fase Prodromal

Yaitu tahap yang biasanya terjadi dengan gejala non-spesifik dan dapat berlangsung berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau lebih dari setahun sebelum timbulnya psikosis yang menjadi jelas.

#### 3) Fase Aktif

Yaitu Perilaku yang ditandai dengan gejala positif atau psikotik, seperti Perilaku katatonik, inkoherensi, ilusi, halusinasi yang disertai dengan gangguan afek.

#### 4) Fase Residual

Fase residual, dimana gejalanya sama dengan fase prodromal, tetapi gejala positif atau psikotik sudah berkurang. Selain gejala yang muncul pada tiga fase sebelumnya,

gangguan kognitif juga muncul pada penderita skizofrenia berupa gangguan bicara spontan, urutan, kejadian, kepemimpinan (perhatian, konsentrasi, hubungan sosial) dan kewaspadaan.

#### **2.1.6. Penatalaksanaan**

Terapi pada skizofrenia memerlukan waktu yang cukup relatif lama berbulan bahkan bisa sampai bertahun-tahun seperti terapi psikososial dan terapi psikoreligius (Ayu Prameswari et al., 2022).

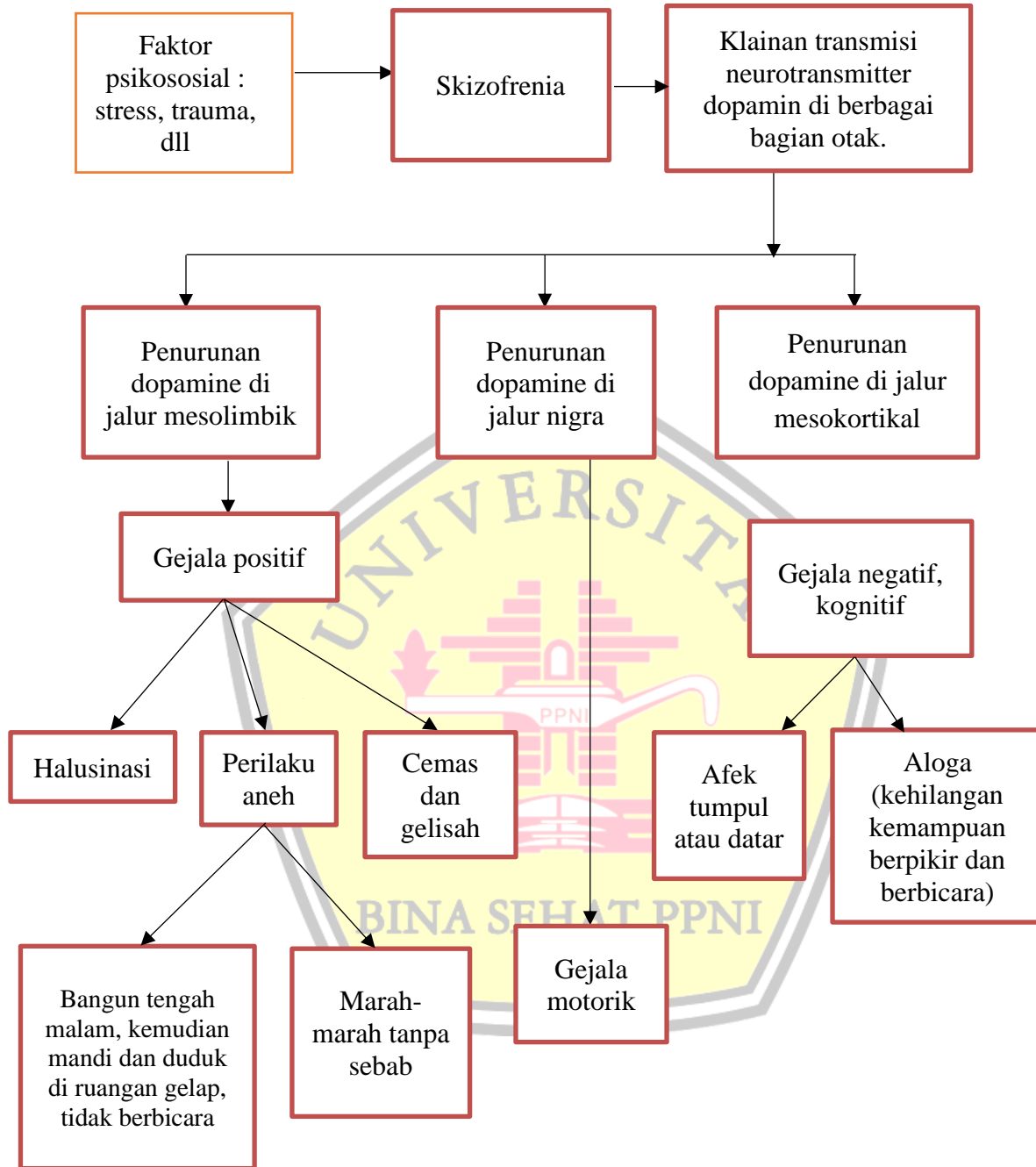
##### **1. Terapi Psikososial**

Tujuan terapi psikososial adalah untuk menempatkan penderita pada posisi menyesuaikan diri kembali dengan lingkungan sosialnya dan menjaga dirinya sendiri, tidak bergantung pada orang lain dan tidak menjadi beban orang lain.

##### **2. Terapi Psikoreligius**

Terapi keagamaan pada pasien skizofrenia berujuan untuk menerapkan dan memperbaiki gejala patologis dengan pola religius sentral untuk mengembalikan keyakinan pasien skizofrenia. (Ayu Prameswari et al., 2022)

### 2.1.7. Pathway Skizofrenia



**Gambar 2.1** Pathway Skizofrenia (Nanda, 2012)



## **2.2. Konsep Halusinasi Pendengaran**

### **2.2.1. Pengertian Halusinasi Pendengaran**

Gangguan halusinasi pendengaran adalah ketidakmampuan klien untuk mengevaluasi dan bereaksi secara realistis. Klien tidak dapat membedakan antara rangsangan internal dan eksternal, tidak dapat membedakan antara mimpi dan kenyataan klien juga tidak mampu merespon secara akurat, yang menimbulkan perilaku yang sulit dipahami atau disorientasi.

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan seseorang untuk membedakan rangsangan internal (pikiran) dari rangsangan eksternal seperti merasakan sensasi palsu dalam bentuk penglihatan, rasa, sentuhan, penciuman atau pendengaran (Emulyani, 2020).

Halusinasi melibatkan suatu sensasi emosional berupa suara, penglihatan, pendengaran, rasa, sentuhan dan bau tanpa rangsangan yang nyata. (Zelika & Dermawan, 2015).

### **2.2.2. Etiologi**

1. Faktor Predisposisi Menurut Yosep (2009) faktor predisposisi yang menyebabkan halusinasi adalah:
  - a. Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan klien 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 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 halusinogenik neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak. Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan oleh penelitian-penelitian yang berikut :

- 1) Penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal, dan limbic berhubungan dengan perilaku psikotik.
- 2) Beberapa zat kimia di otak seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan dan masalah pada sistem reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.
- 3) Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atrofi yang signifikan pada otak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran ventrikel, atrofi korteks bagian depan dan atrofi otak kecil (cerebellum). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (Post-mortem).

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 yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan 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 studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2. Faktor Presipitasi Menurut Stuart (2007), factor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah:

a. Biologis

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

b. Stress lingkungan

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

c. Sumber koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor.

### 2.2.3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala halusinasi antara lain :

1. Berbicara sendiri, tersenyum sendiri, dan tertawa sendiri.
2. Bersikap berpura-pura seperti mendengarkan sesuatu.
3. Berhenti berbicara di tengah kalimat untuk mendengar sesuatu.

4. Disorientasi (dimana seseorang tidak mengetahui tempat, waktu bahkan identitas dirinya sendiri).
5. Tidak bisa berkonsentrasi.
6. Pikirannya cepat berubah.
7. Alur pikirannya tidak jelas dan kacau.
8. Respon yang diberikan tidak sesuai.
9. Cenderung lebih suka menarik diri dari lingkungan atau orang lain.
10. Mudah marah dan cenderung lebih suka mencelakai orang lain tanpa sebab.

#### **2.2.4. Klasifikasi**

Menurut Yusuf (2015) jenis-jenis halusinasi dibagi menjadi 5 yaitu:

1. Halusinasi Pendengaran (audiktif, austik)  
Yaitu suatu halusinasi yang berupa suara dering atau suara yang tidak berarti, tetapi lebih sering terdengar kata atau frasa yang bermakna. Biasanya penderita akan memperhatikan kebisingan ini, oleh karena itu penderita sering berdebat dengan kebisingan tersebut.
2. Halusinasi Penglihatan (visual, optik)  
Yaitu suatu jenis halusinasi yang lebih sering terjadi pada penyakit delirium. Biasanya terjadi bersamaan dengan hilangnya kesadaran, yang memicu rasa takut akan gambar yang menakutkan atau tidak menyenangkan.
3. Halusinasi Penciuman (olfaktorik)  
Halusinasi ini biasanya penderita akan mencium sesuatu bau tertentu dan merasa tidak enak dan mengganggu pikiran bagi penderita.
4. Halusinasi Pengecapan (gustatorik)

Meski jarang dan biasanya disertai halusinasi penciuman, penderitanya memiliki sensasi mencicipi sesuatu. Halusinasi gastorik lebih jarang terjadi daripada halusinasi rasa.

#### 5. Halusinasi Raba (taktil)

Yaitu suatu halusinasi seperti merasakan sentuhan, tamparan atau sesuatu yang bergerak di bawah kulit terutama pada delirium toksik.

### 2.2.5. Tahapan dan Tingkatan Halusinasi

**Tabel 2.1** Tahapan dan Tingkat Halusinasi (Yosep, 2010)

Tahap	Karakteristik	Prilaku Klien
Tahap I 1. Memberi rasa nyaman tingkat ansietas yang sedang	a. Mengalami ansietas, merasa kesepian b. Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas	a. Tersenyum dan tertawa sendiri b. Menggerakkan bibir tanpa suara c. Pergerakan mata yang cepat d. Respon verbal yang lambat
Tahap II 1. Menyalahkan 2. Tingkat kecemasan berat	a. Pengalaman sensori menakutkan b. Merasa dilecehkan c. Mulai merasa kehilangan kontrol d. Menarik diri dari orang lain	a. Perhatian dengan lingkungan berkurang b. Konsentrasi terhadap pengalaman sensori c. Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realita
Tahap III 1. Mengontrol 2. Kecemasan berat pengalaman halusinasi tidak dapat ditolak	a. Klien menyerah dan menerima halusinasi b. Isi halusinasi menjadi atraktif	a. Perintah harus ditaati b. Sulit berhubungan dengan orang lain c. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, tampak tremor dan berkeringat
Tahap IV 1. Klien sudah dikuasai halusinasi		a. Perilaku panik b. Resiko tinggi menciderai c. Gelisan dan cemas berlebih

Tahap	Karakteristik	Prilaku Klien
		d. Tidak mampu berespon terhadap lingkungan

Menurut Yosep (2010)

## 2.2.6. Rentang Respon

Menurut Stuart dan Laraia (2005) Halusinasi adalah salah satu respons maladaptif individu yang termasuk dalam rentang respons neurobiologis yang merupakan respons perseptual yang paling tidak menyenangkan. Ketika klien yang sehat secara perseptual mampu mengidentifikasi dan menafsirkan stimulus secara akurat berdasarkan informasi yang diterima melalui indra (pendengaran, penglihatan, rasa, sentuhan), klien yang menderita halusinasi mempersepsikan stimulus sensorik, meskipun tidak ada stimulus yang menjadi kenyataan.

### 1. Respon Adaptif

#### a) Pikiran logis

Adalah suatu tindakan menganalisis situasi sehingga akan menghasilkan solusi yang masuk akal.

#### b) Persepsi yang akurat

Yaitu kemampuan dalam menangkap rangsangan dari lingkungan melalui indera kita, memprosesnya secara akurat.

#### c) Emosi yang konsisten

Yaitu pola reaksi yang melibatkan pengalaman, perilaku, yang digunakan untuk menangani masalah atau peristiwa yang dialami individu.

#### d) Perilaku yang sesuai

Yaitu suatu sikap yang positif dan sesuai dengan kegiatan sehari-hari.

e) Berhubungan sosial

Yaitu suatu sikap seseorang yang mudah berhubungan sosial atau berinteraksi dengan kelompok maupun masyarakat sekitar.

2. Respon Maladaptif

a) Gangguan pikir atau delusi

Adalah suatu masalah kesehatan mental yang tidak dapat membedakan kenyataan dengan bayangan.

b) Halusinasi

Adalah gangguan persepsi yang membuat seseorang mendengar, merasa, mencium aroma, dan melihat sesuatu yang kenyataannya tidak ada.

c) Sulis merespon emosi

Suatu perilaku dimana seseorang tidak bisa mengekspresikan respon yang diberikan oleh orang lain.

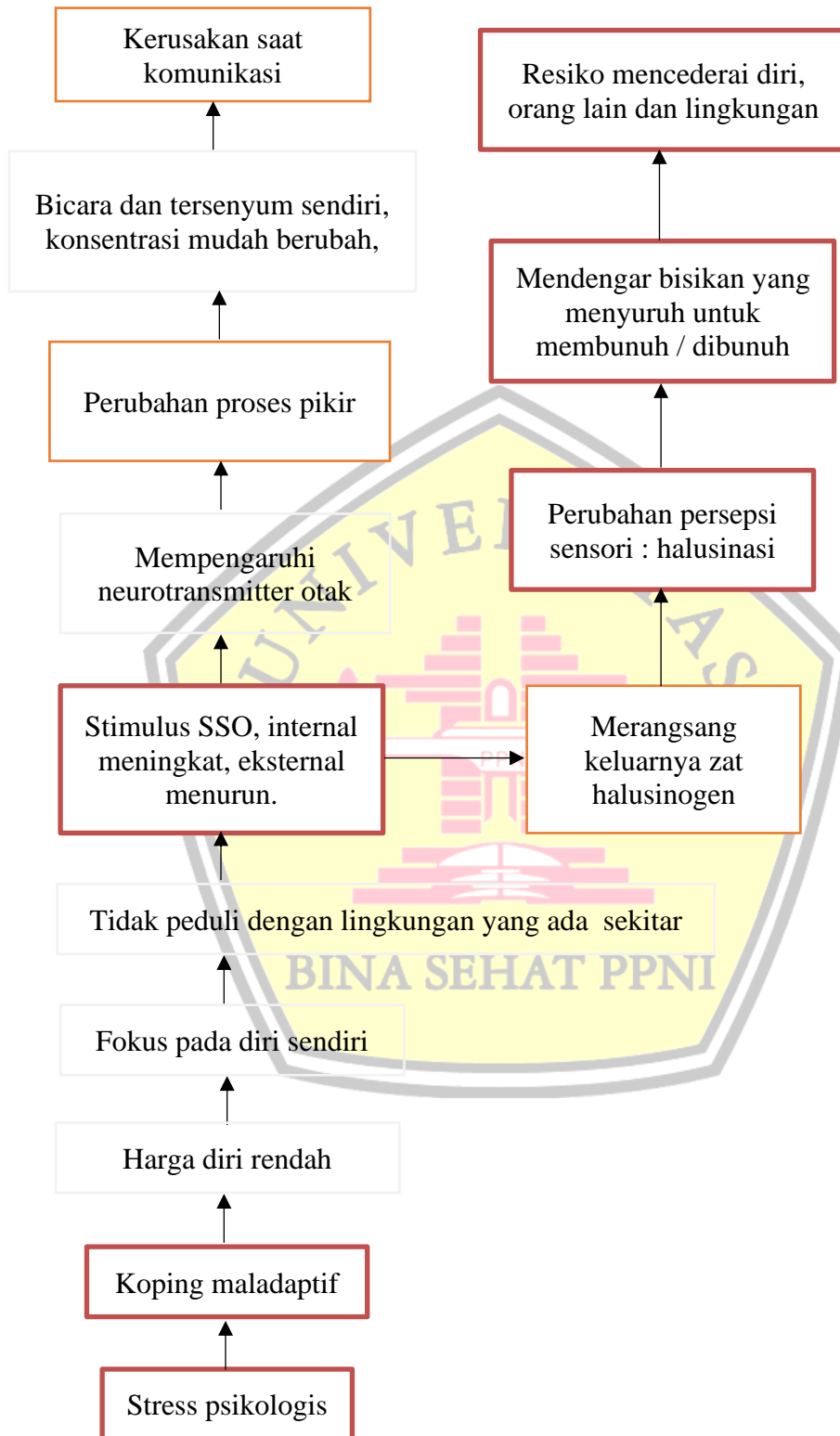
d) Perilaku disorganisasi

Suatu perilaku dimana seseorang tidak bisa berorganisasi dalam lingkungan masyarakat karena adanya perubahan pada struktur organisasi tersebut.

e) Isolasi sosial

Adalah suatu keadaan kesepian yang dialami seseorang karena merasa ditolak, tidak diterima, dan bahkan pasien tidak mampu berinteraksi untuk membina hubungan yang berarti dengan orang lain disekitarnya.

### 2.2.7. Pathway Halusinasi



**Gambar 2.2** Pathway Halusinasi (Azizah, 2016)



## 2.3. Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi Pendengaran

### 2.3.1. Pengkajian

1. Pengkajian adalah proses awal dan dasar utama proses keperawatan yang terdiri dari mengumpulkan informasi dan mengartikulasikan kebutuhan atau masalah yang dialami klien. Data dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Pengelompokan data asesmen kesehatan jiwa dapat berupa faktor pencetus, asesmen stressor, sumber coping, dan keterampilan yang ada (Maudhunah, 2021).

#### 1) Identitas Klien

Yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, tanggal pengkajian, tanggal berobat dan nomor rekam medis.

#### 2) Alasan Masuk Klien

Alasan klien datang ke RSJ biasanya karena klien sering berbicara sendiri, mendengar atau melihat sesuatu, suka berjalan tanpa tujuan dan menarik diri.

#### 3) Faktor Predisposisi

a) Pada umumnya klien memiliki masalah psikologis dan tidak berhasil dalam pengobatan sebelumnya.

b) Biasanya klien mengalami siksaan fisik, penolakan dan kekerasan dalam keluarga.

c) Biasanya Klien dengan disorientasi herediter.

d) Biasanya klien mengalami trauma masa lalu yang sangat mengganggu.

#### 4) Faktor Presipitasi

Ditemukan bahwa klien yang menderita halusinasi biasanya mempunyai riwayat penyakit menular, penyakit kronis atau anomali struktural otak, kekerasan dalam

rumah tangga atau kegagalan dalam hidup, kemiskinan, aturan atau tuntutan dalam keluarga atau masyarakat, sering berkonflik di depan umum.

5) Fisik

Biasanya klien tidak mengalami keluhan fisik tertentu.

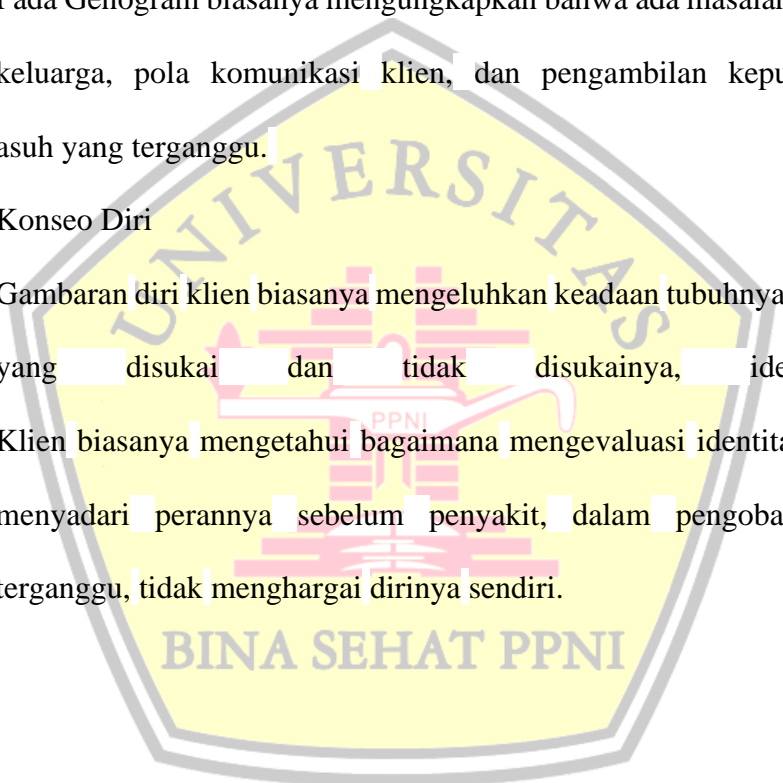
6) Psikososial

a) Genogram

Pada Genogram biasanya mengungkapkan bahwa ada masalah psikologis dalam keluarga, pola komunikasi klien, dan pengambilan keputusan serta pola asuh yang terganggu.

b) Konsepsi Diri

Gambaran diri klien biasanya mengeluhkan keadaan tubuhnya, ada bagian tubuh yang disukai dan tidak disukainya, identifikasi diri: Klien biasanya mengetahui bagaimana mengevaluasi identitasnya, peran klien menyadari perannya sebelum penyakit, dalam pengobatan, peran klien terganggu, tidak menghargai dirinya sendiri.



c) Hubungan Sosial

Biasanya klien kurang dihargai di lingkungan masyarakat dan lingkungan keluarganya.

d) Sepiritual

Klien dengan sakit gangguan jiwa biasanya dipandang tidak sesuai dengan agama dan budaya, maka penyedia layanan klien biasanya harus melakukan ibadah di rumah.

7) Mental

a) Penampilan

Biasanya penampilan diri yang tidak terjaga atau tidak sesuai dan menyimpang dari penampilan biasanya .

b) Pembicaraan

Seperti bicara tidak teratur, tidak logis, membingungkan, serta berbicara berbelit-belit.

c) Aktifitas Motorik Klien

Peningkatan atau penurunan impulsif, katatonik dan beberapa gerakan abnormal

d) Alam Perasaan Klien

Yaitu berupa perasaan emosi yang terus menerus akibat faktor akses seperti kesedihan dan keputusasaan, disertai sikap apatis.

e) Afek

Yaitu gambaran ekspresi perasaan sering tumpul, datar, tidak sesuai dengan perasaannya.

f) Interaksi Selama Wawancara

Selama berinteraksi biasanya sikap klien sering tertawa sendiri, dan tidak sesuai dengan yang dibicarakan..

g) Persepsi

Suatu perasaan yang menggambarkan sikap klien seperti berbicara dan menertawakan diri sendiri, menarik diri dan menghindari orang lain, ketidakmampuan membedakan antara nyata dan tidak nyata, sulit berkonsentrasi, curiga, bermusuhan, destruktif, gelisah, ekspresi tegang dan mudah tersinggung.

h) 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.

i) Isi Pikir

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

j) Tingkat Kesadaran

Biasanya klien jika ditanya tempat,waktu tidak tahu atau tidak nyambung.

k) 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.

l) Tingkat Konsentrasi

Kemampuan untuk mengatur dan fokus pada realitas eksternal, kesulitan menyelesaikan tugas, kesulitan berkonsentrasi pada aktivitas atau pekerjaan, dan mudah terganggu atau sulit berkonsentrasi.

m) Kemampuan dalam Menilai

Biasanya klien merasa tidak mampu mengambil keputusan dan menilai diri sendiri, serta tidak mampu melaksanakan keputusan yang telah disepakati. Seringkali seseorang tidak memiliki perasaan bahwa apa yang dipikirkan dan dikatakannya salah.

n) Daya Tarik Diri

Klien merasa tidak mampu mengambil keputusan, dan menilai lingkungan di sekitar dan, mengimplementasikan keputusan yang disepakati. Klien biasanya sama sekali tidak dapat mengambil keputusan dan merasa hidup sangat sulit, keadaan ini seringkali mempengaruhi motivasi dan inisiatif klien.

## 8) Kebutuhan Persiapan Pasien Pulang

### a) Makan

Biasannya pada kondisi klien dengan masalah halusinasi biasanya tidak memperhatikan dirinya sendiri dan tidak peduli dengan makanan karena kurangnya minat dan perhatian.

### b) BAB dan BAK

Mengobservasi kemampuan klien untuk buang air kecil atau buang air besar secara mandiri.

### c) Mandi

Biasannya klien dengan masalah halusinasi sering mandi berulang-ulang atau tidak mandi sama sekali.

### d) Berpakaian

Biasanya klien dengan masalah halusinasi berpakaian tidak rapi, tidak sesuai, atau tidak pernah ganti baju.

### e) Observasi

Mengobservasi waktu tidur klien dan durasi tidur klien. Biasanya klien dengan masalah halusinasi akan sulit tidur saat halusinasinya muncul.

### f) Pemeliharaan Kesehatan

Dalam pemeliharaan kesehatan klien selanjutnya akan menjadi tanggung jawab keluarga dan sistem pendukung klien lainnya.

g) Aktivitas dalam Rumah

Untuk aktivitas dalam rumah biasanya klien tidak mau beraktivitas seperti menyapu, mengepel dan melakukan aktivitas lainnya.

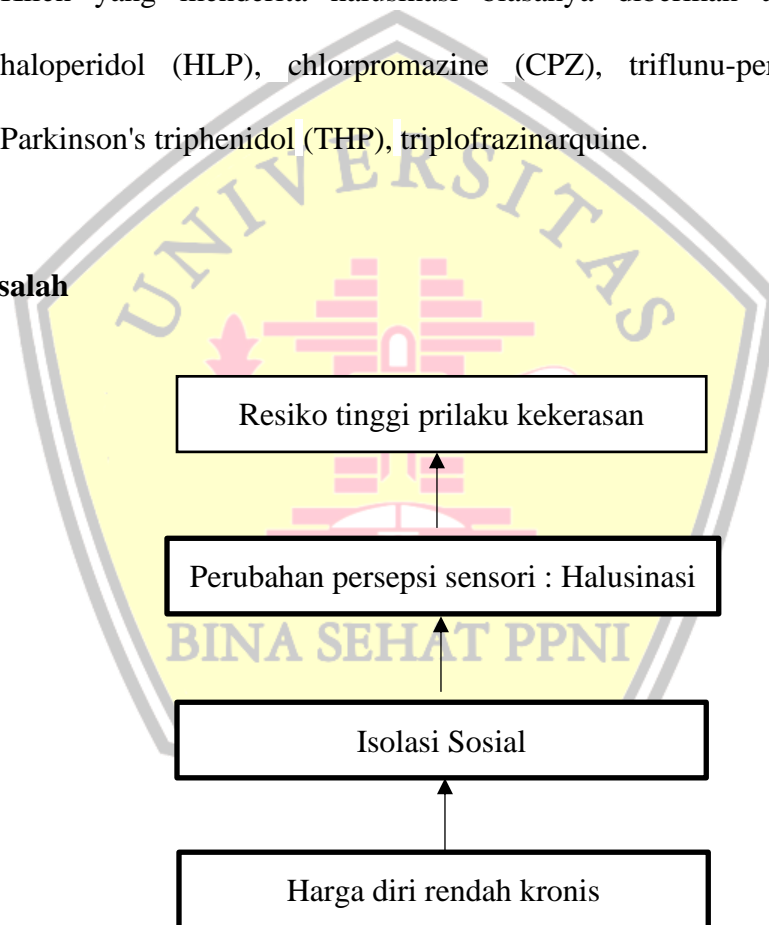
9) Aspek Medis

a) Diagnosa Medis : Skizofrenia

b) Terapi yang akan diberikan

Klien yang menderita halusinasi biasanya diberikan antipsikotik seperti haloperidol (HLP), chlorpromazine (CPZ), triflunu-perazine (TFZ) dan Parkinson's triphenidol (THP), triplofrazinarquine.

**2.3.2. Pohon Masalah**



**Gambar 2.3** Pohon Masalah Halusinasi  
(Nihayati dan Fitryasari, 2015)

### 2.3.3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang timbul pada klien skizofrenia adalah

A. Perubahan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran.

Penyebab :

1. Gangguan penglihatan
2. Gangguan pendengaran
3. Gangguan penghiduan
4. Gangguan perabaan
5. Hipoksia serebral
6. Penyalahgunaan zat resiko tinggi
7. Pemajanan toksin lingkungan.

Gejala dan tanda Mayor

Subjektif

- a) Mendengar suara-suara bisikan
- b) Merasakan sesuatu pada indra perabaan, pengecapan, penciuman atau penciuman.

Objektif

- a) Distorsi sensori
- b) Respon yang tidak sesuai
- c) Biasanya klien bersikap seolah melihat, mendengar , mengecap, meraba, atau mencium sesuatu

Gejala Dan Tanda Minor

Subjektif



a) Biasanya ekspresi klien tampak kesal

Objektif

a) Lebih sering menyendiri

b) Tatapan klien kosong

c) Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi

d) Selalu bersikap curiga

e) Melihat ke satu arah

f) Sering mondar-mandir

g) Sering berbicara sendiri

#### 2.3.4. Intervensi

Tabel 2.2 Intervensi

Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Tujuan Umum : Klien tidak menciderai diri sendiri, orang lain ataupun lingkungan			
TUK 1 K  Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat	Klien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"><li>– Membalas sapaan perawat.</li><li>– Ekspresi wajah tenang.</li><li>– Ada kontak mata</li><li>– Mau menyebutkan nama</li></ul>	1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik : a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal. b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan kesukaan klien. d. Jelaskan maksud dan tujuan interaksi.	Hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya.

Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mau duduk berdampingan dengan perawat.</li> <li>- Klien mau mengutarakan masalah yang dihadapi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>e. Berikan perhatian pada klien, perhatikan kebutuhan dasarnya.</li> <li>2. Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya.</li> </ul>	
<p>TUK 2 K</p> <p>klien dapat mengenali halusinasinya.</p>	<p>klien mampu mengenali halusinasinya dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dapat menyebutkan waktu dan timbulnya halusinasi</li> <li>- Klien dapat mengidentifikasi frekuensi saat terjadi halusinasi</li> <li>- Klien dapat mengungkapkan perasaannya</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap</li> <li>2. Tanyakan apa yang didengar dari halusinasinya</li> <li>3. Tanyakan kapan halusinasinya datang</li> <li>4. Bantu klien mengenalkan halusinasinya</li> <li>5. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah, takut, sedih, senang) beri kesempatan mengungkapkan perasaannya</li> </ol>	<p>Mengenalkan pada klien terhadap halusinasinya dan mengidentifikasi faktor pencetus halusinasinya.</p>
<p>TUK 3 K</p> <p>Klien dapat mengontrol halusinasinya.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dapat mengidentifikasi tindakan yang dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya</li> <li>- Klien dapat menunjukkan cara baru untuk mengontrol halusinasi</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi bersama klien tindakan yang biasa dilakukan bila terjadi halusinasi</li> <li>2. Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan klien, jika bermanfaat beri pujian</li> <li>3. Diskusikan cara baik memutus atau mengontrol halusinasi</li> <li>-</li> <li>4. Bantu klien memilih dan melatih cara memutus halusinasi secara bertahap</li> <li>5. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang dilatih. Evaluasi hasilnya dan beri pujian jika berhasil.</li> <li>6. Anjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok jenis orientasi realita atau stimulasi persepsi</li> </ol>	

Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
TUK 4 Klien dapat dukungan dari keluarga untuk mengontrol halusinasinya.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dapat memilih cara mengatasi halusinasi</li> <li>- Klien melaksanakan cara yang telah dipilih untuk memutus halusinasinya</li> <li>- Klien dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan klien untuk memberi tahu keluarga jika mengalami halusinasi</li> <li>2. Diskusikan dengan keluarga (pada saat keluarga berkunjung atau kunjungan rumah)</li> <li>3. Diskusikan dengan keluarga ank lien tentang jenis,dosis, frekuensi dan manfaat obat</li> <li>4. Pastikan klien minum obat sesuai dengan program dokter</li> </ol>	Membantu klien menentukan cara mengontrol tindakan halusinasi .
TUK 5 Klien dapat menggunakan obat dengan benar untuk mengendalikan halusinasinya	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat</li> <li>- Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda, tindakan untuk mengalihkan halusinasi</li> <li>- Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat. Klien minum obat secara teratur</li> <li>- Klien dapat informasi tentang manfaat dan efek samping obat</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan klien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat</li> <li>2. Diskusikan akibat berhenti obat tanpa konsultasi</li> <li>3. Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip 5 benar</li> </ol>	Partisipasi klien dalam kegiatan tersebut membantu klien beraktivitas sehingga halusinasi tidak muncul.

### 2.3.5. Strategi Pelaksanaan Berdasarkan Pertemuan

Sp 1 Pasien:

- 1) Mengidentifikasi jenis-jenis halusinasi
- 2) Mengidentifikasi isi dari halusinasi klien
- 3) Mengidentifikasi waktu terjadinya halusinasi

- 4) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi
- 5) Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi klien muncul
- 6) Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi
- 7) Mengajarkan klien untuk menghardik halusinasinya jika muncul

SP 2 Pasien:

- 1) Mengevaluasi jadwal harian
- 2) Melatih pasien untuk mengendalikan halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.
- 3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

SP 3 Pasien:

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2) Melatih pasien untuk mengendalikan halusinasinya dengan melakukan kegiatan-kegiatan yang bisa dilakukan pasien
- 3) Menganjurkan pasien untuk memasukkan dalam jadwal harian

SP 4 Pasien:

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan pasien yang dahulu (SP 1, 2, 3)
- 2) Bertanya tentang pengobatan sebelumnya
- 3) Menjelaskan tentang prosedur pengobatan
- 4) Melatih pasien untuk minum obat secara rutin
- 5) Memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

SP 1 Keluarga:

- 1) Berdiskusi apakah ada masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.

2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya.

3) Menjelaskan cara merawat pasien dengan masalah hausinasi.

SP 2 Keluarga:

1) Melatih keluarga cara merawat pasien dengan masalah halusinasi.

2) Melatih keluarga secara langsung cara merawat pasien dengan masalah halusinasi

SP 3 Keluarga:

1) Membantu keluarga membuat jadwal kegiatan harian dirumah dan jadwal minum obat secara rutin.

### **2.3.6. Implementasi**

A. SP 1 Pasien

Membantu pasien cara mengenal halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol hausinasi, mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara pertama yaitu dengan menghardik jika halusinasi timbul.

B. SP 2 Pasien

Melatih pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu dengan bercakap-cakap dengan orang lain atau tidak menggubris jika halusinasi muncul.

C. SP 3 Pasien

Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga yaitu melaksanakan aktivitas terjadwal.

D. SP 4 Pasien

Melatih pasien untuk minum obat secara rutin

E. SP 1 Keluarga

Melakukan pendidikan kesehatan pada keluarga tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi, tanda dan gejala saat halusinasi muncul dan cara merawat pasien

F. SP 2 Keluarga

Melatih keluarga secara langsung cara merawat pasien dengan masalah halusinasi.

G. SP 3 Keluarga

Membuat perencanaan pulang bersama keluarga.

### 2.3.7. Evaluasi

Evaluasi respon umum Penilaian respons adaptif pasien secara keseluruhan dilakukan pada akhir setiap prosedur pemeriksaan. Untuk pasien dengan halusinasi yang mengancam diri sendiri, orang lain, atau lingkungan, evaluasi meliputi respons perilaku dan emosional yang dapat dikontrol dengan lebih baik sehingga pasien tidak lagi marah pada dirinya sendiri, sikap curiga, kecemasan yang intens, dan pasien berbicara dan tertawa. mempercayai perawatnya, pasien mampu mengendalikan halusinasi. Dengan cara ini persepsi pasien membaik, pasien mampu membedakan antara hal yang nyata dan tidak nyata (Fatmawati, 2019).

Menurut Keliat (2014), evaluasi terhadap masalah keperawatan halusinasi meliputi kemampuan pasien dan keluarganya serta kemampuan keluarga dalam merawat pasien halusinasi