

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa adalah terganggunya fungsi interaksi dengan orang-orang di sekitar, terganggunya fungsi psikologis, perilaku yang menyimpang, terganggunya fungsi biologis akibat adanya stressor yang dirasakan oleh individu tersebut yang kemudian memunculkan kumpulan perubahan pola perilaku yang membuat dirinya mengalami distress atau kendala sehingga tidak dapat menjalankan fungsi dan peran sebagai manusia. Berdasarkan Undang- Undang RI No.18 tahun 2014, yang dimaksud dengan Orang Dengan Gangguan Jiwa atau disebut dengan ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam bentuk pikiran, perilaku, perasaan dan persepsi yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi kesehariannya (Risal dkk, 2022).

Menurut data WHO (2016), terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia. Di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk; maka jumlah kasus gangguan jiwa bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang. Data Riskesdas (2013) menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 14 juta orang atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per penduduk (Larasati, 2020). Berdasarkan data Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Menur Surabaya tahun 2011 terdapat 2.460 pasien, kemudian pada tahun 2012 jumlahnya bertambah menjadi 2.582 pasien, hingga semester I (Januari– Juni) sudah ada 1.350 pasien. Dengan usia produktif yakni 18–30 tahun, terdata 1.100

jiwa yang dipasung di Jawa Timur karena menderita gangguan jiwa. Selain itu data RSJ Menur Surabaya tahun 2014, penderita skizofrenia menduduki angka tertinggi dalam perawatan IGD dan rawat inap.

Gangguan persepsi sensori adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi (SDKI, 2016). Gangguan persepsi sensori yang sering terjadi adalah halusinasi. Halusinasi adalah salah satu manifestasi dari masalah mental. Artinya, pasien mengalami perubahan persepsi sensori, perasaan palsu seperti ada suara, kadang-kadang seperti penglihatan, juga dapat berupa rasa, kontak atau bau. Pasien merasakan peningkatan atau hasutan yang tidak asli (Damaiyanti, 2012). Halusinasi yang terdengar oleh pasien berupa rangsangan dimana pasien mendengar banyak suara yang sebenarnya tidak ada, termasuk suara manusia. Pasien akan mendengar suara orang lain sesuai dengan apa yang dipikirkan pasien yang kemudian memerintahkan pasien untuk melakukan sesuatu yang dapat menyakiti dirinya sendiri, orang lain dan masyarakat (Prabowo, 2014).

Penyebab terjadinya halusinasi ada dua yaitu karena faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Pada faktor predisposisi bisa juga dikarenakan faktor perkembangan yakni klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti buffofenon dan dimetytranferase (DMP). Sedangkan faktor genetik dan pola asuh penelitian menunjukkan bahwa anak yang diasuh orangtua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Pada faktor presipitasi adanya faktor perilaku yaitu respons klien terhadap halusinasi berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Pada dimensi sosial penderita mengalami gangguan interaksi sosial klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat berbahaya (Yosep, 2014).

Pasien yang mengalami halusinasi disebabkan karena ketidakmampuan pasien dalam menghadapi stressor dan kurangnya kemampuan dalam mengontrol halusinasi. Halusinasi juga bisa ditangani dengan cara terapi modalitas (Nurlaili et

al., 2019). Terapi modalitas yang dapat digunakan untuk pasien halusinasi diantaranya yaitu: terapi individual, terapi lingkungan (milieu therapy), terapi biologis atau terapi somatik, terapi kognitif, terapi keluarga, terapi perilaku, terapi bermain, terapi spiritual (Hidayati, Wahyu Catur, Dwi Heppy Rochmawati, 2014).

Salah satu terapi yang direkomendasikan dalam upaya untuk mengatasi halusinasi adalah terapi psikoreligius dzikir. Terapi psikoreligius dzikir ini bermanfaat untuk mengurangi gejala fisiologis individu dan membawa individu kedalam keadaan yang lebih tenang baik secara fisik dan psikologis. Salah satu upaya yang bisa dilakukan untuk menggunakan unsur spiritual (agama) sebagai unsur kesehatan yang bisa dilakukan dengan menggunakan terapi sehat spiritual seperti terapi dzikir (Hawari, 2008).

Pemberian intervensi keperawatan untuk membantu klien mengatasi halusinasinya dimulai dengan membina hubungan saling percaya dengan klien. Saling percaya sangat penting dijalin sebelum mengintervensi klien lebih lanjut. Pertama-tama klien harus difasilitasi untuk memperoleh rasa aman dan nyaman untuk menceritakan pengalamannya sehingga informasi yang berkaitan tentang halusinasinya dapat komprehensif. Untuk itu perawat harus memulai memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan interaksi, membuat kontrak asuhan keperawatan, memperlihatkan sikap sabar, penerimaan yang tulus dan aktif mendengar. Hindari menyalahkan atau respon tertawa saat klien menceritakan pengalaman aneh yang menggelikan (Kusumawati & Hartono, 2012). Salah satu intervensi unggulan untuk mengatasi gangguan persepsi sensori pada halusinasi pendengaran adalah terapi psikoreligius dzikir (PPNI, 2018).

Dari yang dijelaskan diatas bahwa Halusinasi pendengaran bisa berbahaya karena mempunyai perintah yang bisa membahayakan dirinya ataupun orang lain, seperti perintah membunuh dirinya, lari, perintah memukul orang dan juga tindakan kriminal lainnya (Lisa & Giur, 2019). Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti tertarik melakukan “Asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran melalui intervensi terapi psikoreligius dzikir di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya”.

1.2 Tinjauan Pustaka

Pada sub bab ini berisi tinjauan pustaka yang memaparkan teori dan konsep terkait bahasan dalam penulisan. Hal ini diuraikan meliputi konsep Skizofrenia Halusinasi, konsep terapi psikoreligius dzikir, dan konsep asuhan keperawatan jiwa.

1.2.1 Konsep Skizofrenia

Pada sub bab ini membahas terkait konsep skizofrenia terdiri dari definisi, gejala, dan jenis skizofrenia

1.2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu. Namanya berasal dari kata Yunani "schizo", yang berarti terbagi atau terpecah, dan "phrenia", yang berarti pikiran (Kusuma, 2018).

Skizofrenia adalah kondisi medis dan gangguan kejiwaan yang memengaruhi fungsi otak manusia. Ini memengaruhi fungsi kognitif normal, emosional, dan tingkah laku manusia. Dibandingkan dengan jenis gangguan mental lainnya, skizofrenia adalah gangguan jiwa yang lebih lemah dan berlangsung lama (Puspitasari, 2009).

(Sundeen, 2016) mengatakan bahwa skizofrenia merupakan penyakit otak yang persisten dan juga serius yang bisa mengakibatkan perilaku psikotik, kesulitan dalam memproses informasi yang masuk, kesulitan dalam hubungan interpersonal, kesulitan dalam memecahkan suatu masalah.

1.2.1.2 Gejala Skizofrenia

Menurut Bleuler dalam (Maramis, 2008) gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu yang pertama adalah gejala primer, gejala primer terdiri dari gangguan proses berpikir, gangguan emosi, gangguan kemauan serta autisme. Kedua adalah gejala sekunder, gejala sekunder sendiri terdiri dari waham, halusinasi, dan gejala katatonik maupun gangguan psikomotor yang lain.

1.2.1.3 Jenis-jenis Skizofrenia

1. Skizofrenia simpleks

Skizofrenia simpleks, sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama ialah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan. Jarang sekali, waham dan halusinasi muncul secara bertahap. Penderitanya mungkin awalnya kurang memperhatikan keluarganya atau menarik diri dari pergaulan, kemudian menurun dalam pekerjaan atau pendidikan, dan pada akhirnya menjadi pengangguran dan mungkin menjadi "pengemis", "pelacur", atau "penjahat" jika tidak ada yang membantunya. (Maramis, 2008).

2. Skizofrenia hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik atau disebut juga hebefrenia, menurut (Maramis, 2008) permulaannya perlahan-lahan dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15–25 tahun. Gejala yang menyolok adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi. Gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada jenis ini. Waham dan halusinasi banyak sekali.

Skizofrenia katatonik Menurut (Maramis, 2008) skizofrenia katatonik atau disebut juga katatonia, timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

a. Stupor katatonik : Penderita dengan stupor katatonik sangat dangkal dan tidak peduli dengan lingkungannya. Penderita keluar dari keadaan stupor dan mulai berbicara dan bergerak secara tiba-tiba atau perlahan-lahan.

b. Gaduh gelisah katatonik : hiperaktivitas motorik terlihat, tetapi tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar dan tidak disertai dengan emosi yang semestinya.

3. Skizofrenia Paranoid

Jenis ini berbeda dari jenis-jenis lainnya dalam perjalanan penyakit. Hebefrenia dan katatonia sering lama-kelamaan menunjukkan gejala-gejala skizofrenia simplek atau gejala campuran hebefrenia dan katatonia. Tidak demikian halnya dengan skizofrenia paranoid yang jalannya agak konstan (Maramis, 2008).

4. Episode skizofrenia akut

Gejala pasien muncul dengan cepat, mirip dengan mimpi. Kesadarannya mungkin tidak jelas. Dalam situasi seperti ini, seseorang merasa seperti dunia luar dan dirinya sendiri berubah. Semuanya seolah-olah memiliki makna yang unik baginya. Dalam beberapa minggu atau biasanya kurang dari enam bulan, prognosis penderita sudah baik. Kadangkadang bila kesadaran yang berkebut tadi hilang, maka timbul gejalagejala salah satu jenis skizofrenia yang lainnya (Maramis, 2008).

5. Skizofrenia Residual

Skizofrenia residual adalah keadaan yang muncul setelah beberapa serangan skizofrenia dan memiliki gejala primer Bleuler tetapi tanpa gejala sekunder yang jelas.

6. Skizofrenia skizoafektif

Pada skizofrenia skizoafektif, di samping gejalagejala skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan, juga gejala-gejala depresi atau gejala-gejala mania. Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin juga timbul lagi serangan.

1.2.2 Konsep Halusinasi

Pada sub bab ini membahas terkait konsep halusinasi terdiri dari definisi, jenis, tanda dan gejala, tahapan, etiologi, standar asuhan keperawatan halusinasi, dan intervensi keperawatan individu.

1.2.2.1 Definisi Halusinasi

Menurut Keliat dalam Zelika (2015), halusinasi adalah salah satu gejala gangguan sensori persepsi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa. Pasien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus yang nyata. Menurut Sheila L Vidheak dalam Darmaja (2014), halusinasi adalah persepsi sensori yang salah atau pengalaman persepsi yang tidak sesuai dengan kenyataan.

Menurut Surya dalam Pambayung (2015), halusinasi adalah hilangnya kemampuan lansia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi.

Menurut Maramis dalam Prabowo (2014), halusinasi merupakan gangguan atau perubahan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksteren: persepsi palsu.

Berdasarkan beberapa pendapat diatas, yang dimaksud dengan halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dimana klien mempersepsikan sesuatu melalui panca indra tanpa ada stimulus eksternal. Halusinasi berbeda dengan ilusi, dimana klien mengalami persepsi yang salah terhadap stimulus, salah persepsi pada halusinasi terjadi tanpa adanya stimulus eksternal yang terjadi, stimulus internal dipersepsikan sebagai sesuatu yang nyata ada oleh klien.

1.2.2.2 Jenis Halusinasi

Halusinasi terdiri dari beberapa jenis, dengan karakteristik tertentu, diantaranya :

1. Halusinasi pendengaran (akustik, audiotorik): Gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara terutama suara-suara orang, biasanya pasien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa

yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

2. Halusinasi penglihatan (visual): Stimulus visual dalam bentuk beragam seperti bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambaran kartun dan/atau panorama yang luas dan kompleks. Bayangan biasa menyenangkan atau menakutkan.

3. Halusinasi penghidu (olfaktori): Gangguan stimulus pada penghidu, yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis dan bau yang menjijikkan seperti: darah, urine atau feses. Kadang-kadang terhidu bau harum. Biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang dan demencia.

4. Halusinasi peraba (taktil, kinaestetik): Gangguan stimulus yang ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat. Contoh: merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

5. Halusinasi pengecap (gustatorik): Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikkan.

6. Halusinasi sinestetik: Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine.

1.2.2.3 Tanda dan Gejala Klinis

Menurut (Sundeen, 2016) seseorang yang mengalami halusinasi penglihatan mempunyai tanda dan gejala seperti pada halusinasi pada umumnya, yaitu :

1. Bicara, tertawa dan tersenyum sendiri.
2. Berhenti berbicara sesaat di tengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu
3. Disorientasi waktu dan tempat
4. Tidak mampu atau kurang konsentrasi
5. Tampak ketakutan dan panik
6. Cepat berubah pikiran

7. Alur pikir kacau
8. Respon yang tidak sesuai
9. Menarik diri
10. Suka marah dengan tiba-tiba dan menyerang orang lain tanpa sebab
11. Sering melamun

1.2.2.4 Etiologi

Faktor-faktor yang menyebabkan klien gangguan jiwa mengalami halusinasi adalah sebagai berikut:

1. Faktor Presdiposisi

Menurut Yosep (2009) dalam Prabowo (2014), faktor presdiposisi yang menyebabkan halusinasi adalah:

1) Faktor Perkembangan

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

2) Faktor Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

3) Faktor Biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak.

4) Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan pasien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Pasien 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. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2. Faktor Presipitasi

Menurut Stuart dan Sundeen yang dikutip oleh Jallo (2008) dalam Prabowo (2014), faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah:

1) Biologis

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

2) Stress Lingkungan

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

3) Sumber Koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stress.

1.2.2.5 Fase-fase Halusinasi

Fase-fase halusinasi menurut (Azizah, 2016) adalah sebagai berikut :

1. Fase I (Comforting)

Ansietas sedang Halusinasi menyenangkan “menyenangkan”. Karakteristik klien mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan takut, mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan ansietas. Individu mengenali bahwa pikiran dan pengalaman sensori dalam kendali Individu mengenali bahwa pikiran dan pengalaman sensori dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani (non psikotik.). Perilaku Klien seperti tersenyum, tertawa yang tidak sesuai,

sering menggerakkan bibir tanpa adanya suara, pergerakan mata yang cenderung vapat, respon verbal yang sangat lambat dan sering diam serta dipenuhi rasa yang mengasyikan sendiri.

2. Fase II (Condemning)

Ansietas berat Halusinasi menjadi menjijikkan “menyalahkan”. Pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan klien lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. Klien mungkin mengalami dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain. Psikotik Ringan. Perilaku yang ditunjukkan seperti meningkatnya tanda-tanda dari ke-15 system otonom akibat ansietas (nadi, rr, tekanan darah dan lain lain) penyempitan kemampuan klien untuk berkonsentrasi, klien cenderung lebih asyik dengan pengalaman sensori dan realita.

3. Fase III (Controlling)

Ansietas berat Pengalan sensori menjadi berkuasa “Mengendalikan”. Klien berhenti atau menghentikan perlawanan terhadap halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik, klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti psikotik. Perilaku klien yang ditunjukkan adntara lain seperti klien yang lebih cenderung untuk mengikuti petunjuk atau perintah halusinasinya, klien kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian klien hanya bertahan dalam beberapa menit aatau detik. Serta adanya gejala fisik ansietas berat seperti sering berkeringan, tremor, dan tidak mampu mengikuti petunjuk yang diberikan.

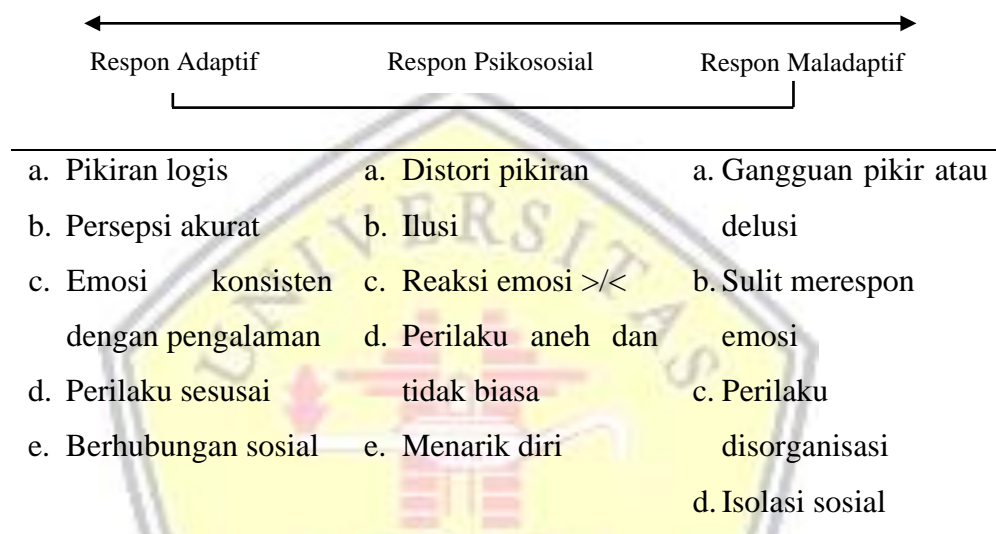
4. Fase IV (Conquering)

Panik umumnya menjadi melebur dalam halusinasinya. Pengalaman sensori menjadi mengancam yang menakutkan jika klien tidak mengikuti perintah dari halusinasinya. Halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik. Psokitik Berat. Perilaku klien yang biasa ditunjukkan seperti perilaku menyerang – teror seperti panik, sangat berpotensi melakukan bunuh diri ataupun

membunuh orang lain, halusinasi dapat berupa kekerasan ataupun menarik diri dari lingkungan, klien tidak mampu berspon terhadap petunjuk yang kompleks serta ketidakmampuan klien dalam berespon terhadap lebih dari satu orang.

1.2.2.6 Rentang Respon Halusinasi

Rentang respon halusinasi menurut (Prabowo, 2015) yaitu :



1) Respon Adaptif

- 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 ahli.
- d. Perilaku sesuai adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- e. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

2) Respon Psikososial

- a. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan
- b. Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar terjadi (objek nyata).
- c. Emosi berlebih atau berkurang
- d. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- e. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

3) Respon Maladaptif

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

- a. Kelainan pikiran 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. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- d. Perilaku tidak terorganisir merupakan sesuatu yang tidak teratur.
- e. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam (Damayati, 2012)

1.2.2.7 Penatalaksanaan Halusinasi

1. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan klien skizofrenia yang mengalami halusinasi adalah dengan pemberian obat-obatan dan tindakan lain, (Sundeen, 2016) yaitu:

- a. Psikofarmakologi, obat yang lazim digunakan antara lain :

- 1) Antipsikotik seperti Clorpromazin (CPZ), Haloperidol (HLP) yang dapat menahan kerja reseptor dopamin dalam otak sebagai penenang, penurunan aktifitas motoric, mengurangi insomnia, sangat efektif untuk mengatasi : delusi, halusinasi, ilusi, dan gangguan proses berfikir. Efek samping dari antipsikotik antara lain gejala ekstrapiramidal seperti berjalan menyeret kaki, postur condong kedepan, banyak keluar air liur, wajah seperti topeng, sakit kepala dan kejang. Gastrointestinal seperti mulut kering, anoreksia, mual, muntah, berat badan bertambah dan sering berkemih, retensi urine, hipertensi, anemia, dan dermatitis
- 2) Anti ansietas seperti Atarax, Diazepam (chlordiazepoxide). Obat ini berkerja dengan meredakan ansietas atau ketegangan yang berhubungan dengan situasi tertentu. Efek samping yang mungkin ditimbulkan seperti pembatan mental, mengantuk, vertigo, bingung, tremor, letih, depresi, sakit kepala, ansietas, insomnia, bicara tidak jelas, noreksia, mual, muntah, diare, kontipasi, kemerahan, dan gatal-gatal.
- 3) Anti depresan seperti Elavil, asendin, anafranil, norpamin, ainequan, tofranil, ludiomil, pamelor, vivacetil dan surmontil. Mekanisme kerja obat tersebut adalah dengan mengurangi gejala depresi ataupun sebagai penenang dengan efek samping seperti tremor, gerakan tersentak-sentak, ataksia, kejang, pusing, ansietas, lemas dan terjadi insomnia. Bisa juga menyebabkan pengelihatn menjadi kabur, mukosa mulut kering, nyeri pada daerah epigastrik, kram abdomen, diare, hepatitis dan ikterik
- 4) Anti manik seperti Lithoid, klonopin, dan lamictal. Cara kerja obat tersebut adalah dengan menghambat pelepasan serotonin dan mengurangi sensitivitas reseptor dopamin dengan efek samping sakit kepala, tremor, gelisah, kehilangan memori, suara tidak jelas, otot lemas dan hilang koordinasi
- 5) Anti parkinson dengan jenis Levodopa dan trihexpenidyl (THP). Mekanisme obat ini adalah dengan meningkatkan reseptor dopamine

untuk mengatasi gejala parkinsonisme akibat penggunaan obat antipsikotik, menurunkan ansietas, iritabilitas.

b. Terapi kejang listrik / Electro compulsive therapy (ECT) ECT adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artificial dengan melawan aliran listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik diberika pada skizoprenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik (Maramis, 2008).

1.2.3 Konsep Terapi Psikoreligius Dzikir

Pada sub bab ini membahas terkait konsep terapi psikoreligius dzikir terdiri dari definisi, tujuan, manfaat dan standart operasional prosedur (SOP) Terapi Psikoreligius Dzikir.

1.2.3.1 Definisi Terapi Psikoreligius Dzikir

Terapi psikoreligius: dzikir menurut bahasa berasal dari kata "dzakar" yang berarti ingat. Dzikir juga di artikan "menjaga dalam ingatan". Jika berdzikir kepada Allah artinya menjaga ingatan agar selalu ingat kepada Allah ta'ala. Dzikir menurut syara' adalah ingat kepada Allah dengan etika tertentu yang sudah ditentukan Al-Qu'an dan hadits dengan tujuan mensucikan hati dan mengagungkan Allah. Menurut Ibnu Abbas R.A. Dzikir adalah konsep, wadah, sarana, agar manusia tetap terbiasa dzikir (ingat) kepadaNya ketika berada diluar sholat (Fatihuddin, 2010).

Pada penelitian Dermawan (2017) dengan judul Pengaruh Terapi Psikoreligius : Dzikir pada pasien Halusinasi Pendengaran di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta selama 12 hari menyatakan didapatkan hasil bahwa terapi psikoreligius dzikir dapat berpengaruh pada pasien *Skizofrenia* yang menunjukkan tanda dan gejala berbeda sebelum dilakukan terapi psikoreligius dzikir dan sesudah dilakukan terapi psikoreligius.

Menurut penelitian Akbar dan Desi (2021) dengan judul Terapi Psikoreligius : Dzikir pada pasien halusinasi pendengaran yaitu terapi spiritual atau terapi religious yang antara lain dzikir, apabila dilafalkan

secara baik dan benar dapat membuat hati menjadi rileks. Terapi dzikir juga dapat diterapkan pada pasien halusinasi, karena ketika pasien melakukan terapi dzikir dengan tekun dan memusatkan perhatian yang sempurna (khusyu') dapat memberikan dampak saat halusinasinya muncul pasien bisa menghilangkan suara-suara yang tidak nyata dan lebih dapat menyibukkan diri dengan melakukan terapi dzikir.

1.2.3.2 Tujuan Terapi Psikoreligius Dzikir

Tujuan dari dzikir adalah mengagungkan Allah, mensucikan hati dan jiwa, mengagungkan Allah selaku hamba yang bersyukur, dzikir dapat menyehatkan tubuh, dapat mengobati penyakit dengan metode Ruqyah, mencegah manusia dari bahaya nafsu (Fatihuddin, 2010).

1.2.3.3 Manfaat Terapi Psikoreligius Dzikir

Terapi spiritual atau terapi religius yang antara lain dzikir, apabila dilafalkan secara baik dan benar dapat membuat hati menjadi tenang dan rileks. Terapi dzikir juga dapat diterapkan pada pasien halusinasi, karena ketika pasien melakukan terapi dzikir dengan tekun dan memusatkan perhatian yang sempurna (khusyu') dapat memberikan dampak saat halusinasinya muncul pasien bisa menghilangkan suaras uara yang tidak nyata dan lebih dapat menyibukkan diri dengan melakukan terapi dzikir (Hidayati, 2014). Sesuai penelitian terdahulu menyatakan setelah dilakukan terapi psikoreligius: dzikir pada pasien halusinasi pendengaran terjadi peningkatan kemampuan mengontrol halusinasi (Dermawan D. , 2017).

1.2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1.2.4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan pengumpulan data subjektif dan objektif secara sistematis dengan tujuan membuat penentuan tindakan keperawatan bagi individu, keluarga dan komunitas (Damayanti 2014). Pada tahap ini ada beberapa yang perlu dieksplorasi baik pada klien yang berkenaan dengan kasus halusinasi yang meliputi:

1. Identitas klien

Meliputi nama klien, umur, jenis kelamin, status perkawinan, Agama, tanggal MRS, informan, tanggal pengkajian, nomor rumah klien, dan alamat klien.

a. Keluhan utama

Keluhan utama Biasanya berupa bicara sendiri, tertawa sendiri, senyum sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, menarik diri dari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata, ekspresi muka tegang mudah tersinggung, jengkel dan marah ketakutan biasa terdapat disorientasi waktu tempat dan orang, tidak dapat mengurus diri dan tidak melakukan kegiatan sehari-hari.

b. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya, mengenai faktor perkembangan sosial kultural, biokimia psikologis dan genetik yaitu faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres.

c. Faktor perkembangan.

Biasanya tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu maka individu akan mengalami stres dan kecemasan.

d. Faktor sosiokultural

Berbagai faktor di masyarakat dapat menyebabkan seseorang merasa disingkirkan oleh kesepian terhadap lingkungan tempat klien dibesarkan.

e. Faktor biokimia

Adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neuro kimia.

f. Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, adanya peran ganda yang bertentangan dan tidak diterima oleh anak akan mengakibatkan stres dan kecemasan yang tinggi dan berakhir dengan gangguan orientasi realitas seperti halusinasi.

g. Faktor genetic

Apa yang berpengaruh dalam skizoprenia. Belum diketahui, tetapi Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

2. Faktor presipitasi

Adanya rangsangan lingkungan yang sering yaitu seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak komunikasi objek yang ada di lingkungan juga suasana sepi / isolasi adalah sering sebagai pencetus terjadinya halusinasi karena hal tersebut dapat meningkatkan stres dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik.

3. Aspek fisik

Hasil pengukuran tanda vital (TD, nadi, suhu, pernapasan, TB, BB) dan keluhan fisik yang dialami oleh klien. Terjadi peningkatan denyut jantung pernapasan dan tekanan darah.

4. Aspek psikososial

Genogram yang menggambarkan tiga generasi.

5. Konsep diri

a. Citra tubuh

Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah/ tidak menerima perubahan tubuh yang terjadi / yang akan terjadi. Menolak penjelasan perubahan tubuh, persepsi negatif tentang tubuh. Preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang, mengungkapkan keputusasaan, mengungkapkan ketakutan.

b. Identitas diri

Ketidakpastian memandang diri, sukar menetapkan keinginan dan tidak mampu mengambil keputusan.

c. Peran

Berubah / berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, proses menua putus sekolah dan PHK.

d. Identitas diri

Mengungkapkan keputusasaan karena penyakitnya dan mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi

e. Harga diri

Perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, mencederai diri dan kurang percaya diri.

6. Status mental

Pada pengkajian status mental pasien halusinasi ditemukan data berupa bicara sendiri, senyum sendiri, tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, menarik diri dari orang lain berusaha untuk menghindari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata, terjadi peningkatan denyut jantung pernapasan dan tekanan darah, perhatian dengan lingkungan yang kurang / hanya beberapa detik com berkonsentrasi dengan pengalaman sensori, sulit berhubungan dengan orang lain, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel dan marah tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, tampak tremor dan berkeringat, perilaku panik, agitasi dan kataton curiga dan bermusuhan, bertindak merusak diri orang lain dan lingkungan, ketakutan, tidak dapat mengurus diri, biasa terdapat disorientasi waktu tempat dan orang.

7. Mekanisme koping

Apabila mendapat masalah, pasien takut / tidak mau menceritakan kepada orang lain (koping menarik diri). Mekanisme koping yang

digunakan pasien sebagai usaha mengatasi kecemasan yang merupakan suatu kesepian nyata yang mengancam dirinya. Mekanisme koping yang sering digunakan pada halusinasi adalah

- a. Regresi : menjadi malas beraktivitas sehari-hari.
- b. Proyeksi : menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.
- c. Menarik diri : sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal.

8. Aspek medik

Terapi yang diterima klien bisa berupa terapi farmakologi psikomotor terapi okupasional, TAK dan rehabilitas.

1.2.4.2 Diagnosa keperawatan

Ada beberapa diagnosa keperawatan yang sering ditemukan pada klien dengan halusinasi (Damayanti, 2014) yaitu:

- a. Gangguan sensori persepsi halusinasi
- b. Harga diri rendah
- c. Isolasi Sosial
- d. Resiko tinggi perilaku kekerasan

1.2.4.3 Intervensi keperawatan

Tindakan keperawatan merupakan alat yang dijadikan sebagai panduan oleh seorang perawat jiwa ketika berinteraksi dengan kli en dengan gangguan halusinasi. Strategi pelaksanaan adalah penerapan standar asuhan keperawatan yang diterapkan pada pasien yang bertujuan untuk mengurangi masalah keperawatan jiwa yang ditangani. Strategi pelaksanaan pada pasien halusinasi mencakup kegiatan mengenal halusinasi, mengajarkan pasien menghardik, mengajarkan pasien bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, serta melakukan aktifitas terjadwal untuk mencegah halusinasi (Susilawati,2019).

1.2.4.4 Implementasi keperawatan

Menurut Febryanty (2015). Pelaksanaan keperawatan merupakan proses keperawatan yang mengikuti rumusan dari rencana keperawatan.

Pelaksanaan keperawatan mencakup melakukan, memberikan askep untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien. Pada diagnosa gangguan sensori persepsi halusinasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan, yang terdiri dari strategi pelaksanaan untuk klien dan strategi pelaksanaan untuk keluarga.

- A. Strategi pelaksanaan untuk pasien Strategi pelaksanaan Pasien :
1. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien.
 2. Mengidentifikasi isi halusinasi pasien.
 3. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien.
 4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien.
 5. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi.
 6. Mengidentifikasi respons pasien terhadap halusinasi.
 7. Mengajarkan pasien menghardik halusinasi.
 8. Mengajarkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian.
- B. Strategi pelaksanaan untuk keluarga Strategi pelaksanaan :
- a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
 - b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya.
 - c. Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi.

Strategi pelaksanaan II:

- a. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan halusinasi.
- b. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi.

1.2.4.5 Evaluasi keperawatan

Menurut Dalami, (2014). Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir, dimana masing-masing huruf tersebut akan diuraikan sebagai berikut :

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada yang kontradiksi dengan masalah yang ada.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran melalui intervensi terapi psikoreligius dzikir Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian dan analisa data pada pasien gangguan halusinasi pendengaran di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
2. Menetapkan diagnosa keperawatan jiwa pada pasien gangguan halusinasi pendengaran di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
3. Menyusun perencanaan keperawatan jiwa pada pasien gangguan halusinasi pendengaran di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan jiwa pada pasien gangguan halusinasi pendengaran di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
5. Melaksanakan evaluasi keperawatan jiwa pada pasien gangguan halusinasi pendengaran di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.4 Manfaat penulisan

1.4.1 Manfaat teoritis

Sebagai ilmu pengetahuan khususnya dalam asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Klien

Klien mendapatkan informasi mengenai gangguan persepsi sensori : halusinasi serta cara mengontrolnya.

2. Bagi perawat

Meningkatkan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

3. Bagi rumah sakit

Dapat memberikan gambaran hasil dari penerapan terapi psikoreligius dzikir dan diharapkan pelaksanaan terapi psikoreligius dzikir menjadi salah satu terapi modalitas rutin bagi pasien gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

4. Bagi institusi

Mahasiswa dapat memperdalam pengetahuan tentang penerapan terapi psikoreligius dzikir pada pasien gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.