

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Halusinasi

2.1.1 Definisi Halusinasi

Halusinasi merupakan suatu bentuk gangguan persepsi sensorik terhadap objek atau rangsangan eksternal yang sebenarnya tidak ada. Gangguan ini dapat melibatkan seluruh indera termasuk pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan dan perabaan. Halusinasi merupakan salah satu manifestasi dari gangguan jiwa di mana individu mengalami distorsi dalam persepsi sensori serta merasakan sensasi yang tidak nyata seperti mendengar suara atau melihat sesuatu yang tidak ada. Kondisi ini mencerminkan adanya gangguan dalam orientasi terhadap realitas (Yusuf et al., 2020).

Halusinasi adalah salah satu gejala jiwa yang banyak ditemukan, ditunjukkan dengan adanya perubahan perilaku berupa gangguan persepsi yang dimana seseorang percaya terhadap sesuatu yang tidak nyata atau tidak terjadi. Perilaku yang mungkin diamati pada Halusinasi pendengaran dan penglihatan antara lain reaksi tiba-tiba, kecemasan terhadap orang lain, merasa ketakutan, memiliki rangsangan yang tidak terlihat, dan tiba-tiba lari ke ruangan lain (Tiyani et al., 2021).

Halusinasi terjadi ketika panca indra tidak mendapatkan stimulus dari luar. Dampak yang ditimbulkan oleh halusinasi yaitu kehilangan kontrol diri dapat membunuh diri orang lain atau merusak lingkungan. Penanganan yang tepat diperlukan untuk mengurangi efek halusinasi. Peran perawat dalam membantu pasien dengan halusinasi semakin jelas dengan jumlah kasus halusinasi yang terjadi (Maulana et al., 2021).

2.1.2 Penyebab (Etiologi) Halusinasi

Rangsangan primer dari halusinasi adalah kebutuhan perlindungan diri secara psikologik terhadap kejadian traumatik sehubungan dengan rasa bersalah, rasa sepi, marah, rasa takut ditinggalkan oleh orang yang dicintai,

tidak dapat mengendalikan dorongan ego, pikiran dan perasaannya sendiri.

Klien dengan halusinasi cenderung menarik diri, sering didapatkan duduk terpaku dengan pandangan mata pada satu arah tertentu, tersenyum atau berbicara sendiri, secara tiba-tiba marah atau menyerang orang lain, gelisah, melakukan gerakan seperti menikmati sesuatu. Juga keterangan dari klien sendiri tentang halusinasi yang dialaminya (apa yang dilihat, didengar atau dirasakan).

Menurut (Mutiara, 2021) etiologi halusinasi adalah sebagai berikut:

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor resiko terjadinya stress yang dapat mempengaruhi tipe dan untuk menghadapi stress baik dari segi biologis, psikososial, maupun sosial budaya. Beberapa faktor predisposisi menurut (Anipah, 2024) faktor predisposisi meliputi:

- a. Perkembangan, Tugas perkembangan pada klien terganggu contohnya pada rendahnya kontrol dan kehangatan pada keluarga, sehingga dapat menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.
- b. Sosiokultural, Seseorang yang merasa tidak diterima pada lingkungannya sejak bayi, sehingga dapat merasa disingkirkan, merasa kesepian, dan tidak percaya diri pada lingkungannya.
- c. Biologis, Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa, adanya stres yang berlebih yang dialami oleh seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia, sehingga dapat berakibat stres yang berkepanjangan menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak.
- d. Psikologis, Tipe kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab sehingga mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Tipe kepribadian ini lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

- e. Genetik, Hasil penelitian menunjukkan bahwa jika anak sehat yang diasuh oleh orangtua skizofrenia, maka cenderung anak mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada mental anak.

2. Faktor Presipitasi

Menurut (Yosep, Iyus, & Sutini, 2023) faktor presipitasi sebagai berikut:

a. Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga terjadi derilium intoksikasi, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama atau insomnia.

b. Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang dirasakan akibat masalah yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab terjadinya halusinasi. Isi dari halusinasinya berupa perintah paksaan yang menakutkan yang membuat klien tidak sanggup menentang perintah sehingga yang terjadi adalah klien melakukan sesuatu terhadap ketakutannya tanpa berfikir panjang.

c. Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini penurunan fungsi ego sangat berpengaruh terhadap penyebab halusinasi. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melakukan perlawanan terhadap impuls yang menekan sehingga dapat menimbulkan kewaspadaan dalam mengambil seluruh fokus atau perhatian klien dan tidak jarang untuk mengontrol seluruh perilaku klien.

d. Dimensi Sosial

Halusinasi dapat disebabkan oleh hubungan interpersonal yang tidak memuaskan sehingga menyebabkan koping kecemasan menurun dan berakibat hilangnya kontrol terhadap diri. Klien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan comforting. Klien menganggap berinteraksi sosial dengan alam nyata sangat

membahayakan. Klien menganggap seolah-olah halusinasinya merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan kontrol diri, interaksi sosial, dan harga diri yang tidak klien dapatkan di dunia nyata.

e. Dimensi Spiritual

Secara Spiritual klien dengan halusinasi diawali dengan mengalami ketidak harmonisan berinteraksi, kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktifitas beribadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk mensucikan diri. Saat bangun tidur klien merasa hidup hampa dan merasa tidak memiliki tujuan yang jelas di hidupnya. Klien sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rezeki, klien lebih sering menyalahkan lingkungan, orang lain dan juga situasi yang menyebabkan takdirnya memburuk.

2.1.3 Jenis halusinasi

Menurut (DSM V 2013 dalam Sutejo 2017) data subjektif dan objektif

Tabel 2. 1 Jenis Halusinasi

Jenis halusinasi	Data objektif	Data subjektif
Dengar atau suara	1. Bicara atau tertawa sendiri 2. Marah-marah tanpa sebab 3. Mencodongkan telinga ke arah tertentu 4. Menutup telinga	1. Mendengar suara-suara atau kegaduhan 2. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap 3. Mendengar suara memerintah melakukan sesuatu yang berbahaya
Penglihatan	1. Menunjuk-nunjuk kearah tertentu 2. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas	Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster

Jenis halusinasi	Data objektif	Data subjektif
penciuman	1. Tampak seperti sedang mencium bau-bauan 2. Menutup hidung	Mencium seperti bau feses, urine, darah,
Pengecapan	1. Sering meludah 2. Muntah	Merasakan rasa seperti darah, urine dan feses
Perabaan	Menggaruk-garuk permukaan kulit	1. Mengatakan ada serangga di permukaan kulit 2. Merasa seperti tersengat listrik

2.1.4 Tanda dan gejala

Menurut (Hawari, 2018) tanda dan gejala dari halusinasi adalah:

1. Berbicara dan tertawa sendiri
2. Bersikap seperti mendengar dan melihat sesuatu
3. Berhenti berbicara ditengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu
4. Disorientasi
5. Merasa ada sesuatu pada kulitnya
6. Ingin memukul atau melempar barang – barang

2.1.5 Rentang Respon Halusinasi

Respon Adaptif

Respon Maladaptif

Pikiran logis Persepsi akurat Emosi konsisten Perilaku sesuai Berhubungan sosial	Distorsi pikiran Pikiran kadang menyimpang ilusiperilaku aneh Menarik diri	Gangguan proses pikir : waham Halusinasi Kerusakan proses mengalami emosi Ketidakteraturan Isolasi sosial
--	--	---

Gambar 2. 1 Rentang Respons Neurologis
(Mashudi, 2021)

1. Respons Adaptif

Respons ini merupakan salah satu norma sosial budaya yang berlaku yaitu dengan kata lain, orang tersebut berada dalam batas normal ketika dihadapkan pada suatu masalah dan mampu menyelesaikannya. Berikut sikap yang melibatkan respon adaptif (Wahyuni, 2023): Berpikir logis adalah cara pandang yang mengarah pada suatu kenyataan yang diterima oleh akal pikiran. Persepsi yang tepat adalah ketika seseorang melihat sesuatu dengan cermat dan tepat. Emosi mental dapat muncul sesuai dengan peristiwa yang dialami, perilaku sosial dalam kegiatan seseorang atau hal-hal yang berhubungan dengan orang tersebut, diwujudkan dalam bentuk tindakan, perkataan, dan perbuatan yang tidak melanggar kesusilaan dan hubungan sosial.

2. Reaksi Psikososial

Menurut (Wahyuni, 2023) reaksi psikososial adalah pemikiran menyimpang sehingga tidak mampu mengabstraksi dan dalam menarik kesimpulan. Ilusi adalah gagasan atau penilaian yang salah tentang penerapan sebenarnya (benda nyata) yang disebabkan oleh rangsangan panca indera, emosi yang tidak wajar dan berlebihan diungkapkan dalam bentuk reaksi emosi yang diungkapkan dengan cara yang tidak pantas, tingkah laku yang tidak normal seperti memukul-mukul benda hingga menyakiti diri sendiri, dan menghindari interaksi dengan orang lain, baik dalam komunikasi maupun hubungan sosial dengan orang sekitar.

3. Reaksi Maladaptif

Reaksi mal adaptif yaitu reaksi seseorang ketika menuntaskan permasalahan yang menyimpang dari norma sosial budaya maupun lingkungan. Ada beberapa respons mal adaptif menurut (Wahyuni, 2023) adalah: gangguan pikiran (waham) adalah keyakinan yang dipegang teguh meskipun tidak dipercaya oleh orang lain dan bertentangan dengan keyakinan sosial. Gangguan pemrosesan emosi merupakan suatu ketidakmampuan mengendalikan emosi seperti: penurunan kemampuan untuk mengalami atau merasakan kegembiraan,

kebahagiaan, dan keintiman. Perilaku disorganisasi adalah suatu ketidakteraturan tingkah laku yang berupa ketidaksesuaian antara tingkah laku dengan tingkah laku yang terjadi. Isolasi sosial adalah keadaan dimana seseorang merasa kesepian dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan.

2.1.6 Akibat atau Dampak Dari Halusinasi

Faktor-faktor yang dapat memicu terjadinya halusinasi ada dua kategori yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi menurut (Videbeck & Sheila, 2020) yaitu

1. Predisposisi

a. Faktor genetik

Anak yang memiliki salah satu orang tua yang mengalami halusinasi memiliki risiko sebesar 15%, dan meningkat menjadi 35% apabila kedua orang tua biologisnya mengalami halusinasi juga.

b. Faktor psikologis

Faktor psikologis diakibatkan karena kegagalan berulang dalam menyelesaikan tahap perkembangan psikososial awal akibat pengalaman kekerasan atau kurangnya kasih sayang. Sebagai contoh, seorang anak yang tidak memiliki kemampuan untuk membangun hubungan yang percaya dapat mengalami konflik intrapsikis yang dapat berlangsung seumur hidup.

c. Faktor sosiokultural dan lingkungan

Individu dari ekonomi yang lebih tinggi cenderung kurang mengalami halusinasi dibandingkan dengan individu dari ekonomi yang rendah. Ini terkait dengan kemiskinan, kondisi perumahan yang padat, dan kekurangan gizi. Seseorang yang sejak bayi merasa tidak diterima oleh lingkungannya, seperti anak yang tidak diinginkan, akan mengalami perasaan terisolasi, kesepian, dan kesulitan dalam membangun kepercayaan pada lingkungan sekitarnya.

d. Faktor biologis

Riwayat penyakit hereditas gangguan jiwa, trauma kepala serta penggunaan NAPZA dapat berkontribusi terhadap terjadinya gangguan jiwa. Kemudian stres yang berlebihan dapat merangsang produksi zat dalam tubuh yang bersifat halusinogenik secara neurokimia seperti Dimetytranferase (DMP). Akibat dari pengaruh Buffofenon dan stres yang berkepanjangan, neurotransmitter otak dapat teraktivasi yang mengarah pada ketidakseimbangan antara acetylcholine dan dopamine.

2. Faktor presipitasi

Respon klien terhadap halusinasi dapat mencakup perasaan curiga ketakutan, ketidakamanan, kegelisahan dan kebingungan. Selain itu klien mungkin menunjukkan perilaku merusak diri, kurangnya perhatian, kesulitan dalam pengambilan keputusan serta ketidakmampuan dalam membedakan antara kenyataan dan halusinasi.

2.1.7 Fase Halusinasi

Menurut (Anipah, 2022) ada 4 fase dalam halusinasi, yaitu:

1. Fase Menyenangkan (*Comforting*)

Pada fase halusinasi ini klien mengalami perasaan mendalam seperti ansietas sedang, kesepian, mempunyai rasa bersalah dan takut. Respon pada fase ini yaitu klien tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan lidah tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, diam dan asik. Karakteristik pada fase ini klien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, melamun, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan.

2. Fase Kecemasan Berat (*Condemning*)

Pada fase ini terjadi kecemasan yang meningkat, melamun dan berpikir sendiri. Karakteristik pada fase ini terjadi pengalaman sensori yang menjijikkan dan menakutkan ditandai dengan peningkatan tanda-tanda sistem saraf otonom akibat ansietas seperti peningkatan tanda-tanda vital (denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah), asik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan untuk membedakan

halusinasi dengan realita. Reaksi klien pada fase ini, klien mulai lepas kendali dan mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan 15 sumber yang dipersepsikan, hal ini dikarenakan klien mulai merasakan bisikan yang tidak jelas dan tidak ingin orang lain tahu dan klien dapat mengontrolnya.

3. Fase Kecemasan Berat (*Controlling*)

Pada fase ini terjadi ansietas berat dan bersifat psikotik, klien berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Pada fase ini klien susah berhubungan dengan orang lain, berkeringat, tremor, tidak mampu mematuhi perintah dari orang lain dan berada dalam kondisi yang sangat menegangkan terutama jika akan berhubungan dengan orang lain. Karakteristik di fase ini meliputi bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien sehingga klien menjadi terbiasa serta tidak berdaya dengan halusinasinya, rentang perhatiannya terhadap sesuatu hanya beberapa menit ataupun detik saja.

4. Fase Panik (*Conquering*)

Fase ini dapat disebut juga fase panik yang termasuk ke dalam psikotik berat. Karakteristik yang muncul pada fase ini yaitu klien mulai mengalami gangguan sensori menjadi mengancam jika klien terus mengikuti perintah halusinasi. Klien menjadi takut dan tidak berdaya, hilang kontrol dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain dan lingkungan. Menyebabkan terjadinya perubahan pada perilaku klien menjadi perilaku teror kekerasan, agitasi, menarik diri, tidak mampu merespon terhadap perintah yang kompleks dan tidak mampu merespon lebih dari 1 orang. Kondisi klien pada fase ini sangat membahayakan.

2.1.8 Masalah Keperawatan

1. Risiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan
2. Perubahan sensori perseptual : halusinasi
3. Disorientasi Isolasi sosial : menarik diri

2.1.9 Data yang perlu dikaji

Risiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan

1. Data Subyektif : Klien mengatakan benci atau kesal pada seseorang.
Klien suka membentak dan menyerang orang yang mengusiknya jika sedang kesal atau marah. Riwayat perilaku kekerasan atau gangguan jiwa lainnya
2. Data Objektif : Mata merah, wajah agak merah. Nada suara tinggi dan keras, bicara menguasai: berteriak, menjerit, memukul diri sendiri/orang lain. Ekspresi marah saat membicarakan orang, pandangan tajam. Merusak dan melempar barang-barang.

Perubahan sensori perseptual : halusinasi

1. Data Subjektif
 - 1) Klien mengatakan mendengar bunyi yang tidak berhubungan dengan stimulus nyata
 - 2) Klien mengatakan melihat gambaran tanpa ada stimulus yang nyata
 - 3) Klien mengatakan mencium bau tanpa stimulus
 - 4) Klien merasa makan sesuatu
 - 5) Klien merasa ada sesuatu pada kulitnya
 - 6) Klien takut pada suara/bunyi/gambar yang dilihat dan didengar
 - 7) Klien ingin memukul/melempar barang-barang
2. Data Objektif
 - 1) Klien berbicara dan tertawa sendiri
 - 2) Klien bersikap seperti mendengar/melihat sesuatu
 - 3) Klien berhenti bicara ditengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu

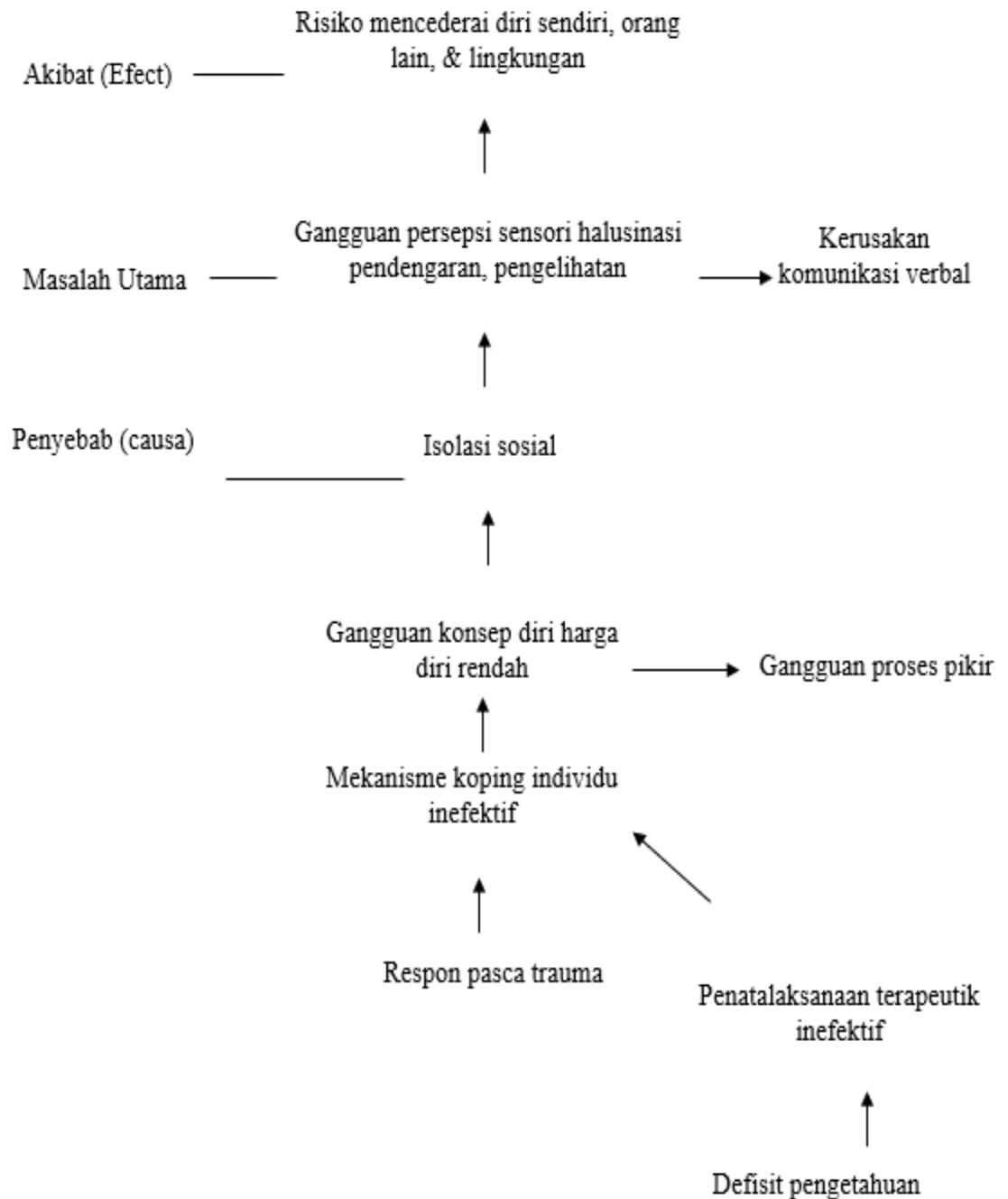
Disorientasi Isolasi sosial : menarik diri

1. Data Subyektif : Sukar didapat jika klien menolak komunikasi, kadang hanya dijawab dengan singkat "tidak", "ya".
2. Data Obyektif : Apatis, ekspresi sedih, afek tumpul, menyendiri/menghindari orang lain, berdiam diri di kamar, komunikasi kurang atau tidak ada (banyak diam), kontak mata kurang, menolak berhubungan dengan orang lain, perawatan diri kurang, posisi tidur

seperti janin (menekur).



2.1.10 Pohon Masalah



Gambar 2. 2 Pohon Masalah Halusinasi Pendengaran dan Pengelihatan

2.1.11 Penatalaksanaan Medis

1. Psikofarmalogi

Berikut ini jenis-jenis obat yang digunakan untuk mengontrol halusinasi :

a. Haloperidol

- 1) Klasifikasi : Antipsikotik, neuroleptik, butorifenon
- 2) Indikasi : Penatalaksanaan psikosis kronik dan akut, pengendalian hiperaktivitas dan masalah perilaku berat.
- 3) Mekanisme Kerja : Mekanisme kerja anti psikotik yang tepat belum terpenuhi sepenuhnya, tampak menekan susunan saraf pusat pada tingkat subkortikal formasi reticular otak, mesenfalon dan batang otak.
- 4) Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap obat ini pasien depresi, kerusakan otak subkortikal, dan penyakit parkinson.
- 5) Efek Samping : Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, mulut kering dan anoreksia.

b. Trihexypenidil (THP)

- 1) Klasifikasi : Antiparkinson
- 2) Indikasi : Segala penyakit parkinson, gejala ekstra berkaitan dengan obat antiparkinson.
- 3) Mekanisme Kerja : Mengoreksi ketidakseimbangan defisiensi dopamine dan kelebihan asetilkolin dalam korpus striatum, asetilkolin disekat oleh sinaps untuk mengurangi efek kolinergik yang berlebihan.
- 4) Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap obat ini, glukoma sudut tertutup, hipertropi prostat pada anak dibawah usia 3 tahun.
- 5) Efek samping : Mengantuk, pusing, disorientasi, hipotensi, mulut kering, mual dan muntah.

c. *Chlorpromazine (CPZ)*

- 1) Warna : Orange Klasifikasi : Antipsikotik, antiemetic
 - 2) Indikasi : Untuk mensupresi gejala-gejala Psikosa : agitasi, ansietas, ketegangan, kebingungan, insomnia, halusinasi, waham, dan gejala lainnya yang teradapat pada penderita skizofrenia, manik depresi, gangguan personalitas, psikosa involution, psikosa masa kecil.
 - 3) Cara Pemberian : Untuk kasus psikosa dapat diberikan per oral atau suntikan intamaskuler. Dosis permulaan adalah 25-100 mg dan diikuti peningkatan dosis hingga mencapai 300 mg perhari. Dosis ini di pertahankan selama satu minggu. Pemberian dapat dilakukan satu kali pada malam hari atau dapat diberikan tiga kali sehari. Bila gejala psikosa belum hilang, dosis dapat dinaikkan secara perlahan lahan sampai 600-900 mg perhari.
 - 4) Kontra Indikasi : Sebaiknya tidak diberikan kepada klien dengan keadaan koma, keracunan alkohol, barbiturate, atau narkotika, dan penderita yang hipersensitif terhadap derifat fenothiazine.
 - 5) Efek Samping : Yang sering terjadi misalnya lesu dan mengantuk, hipotensi orthostatic, mulut kering, hidung tersumbat, konstipasi, amenore pada wanita, hiperpireksia atau hipopireksia, gejala ekstrapiramida.
2. Terapi Kejang Listrik (Electro Complusive)

Terapi ECT adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grand mal secara artifikal dengan melawan aliran listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik diberikan pada skhizoprenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, terapi kejang listrik 4-5 joule/detik (Malau, 2021).

2.1.12 Penatalaksanaan Non Medis

1. Terapi aktifitas kelompok (TAK)

Terapi aktivitas kelompok stimulasi sensorik (TAK) penatalaksanaan pada sesi 1 sampai dengan sesi 4 terapi aktivitas kelompok stimulasi

persepsi dilakukan untuk menghardik halusinasi, stimulasi persepsi mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan, stimulasi persepsi mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dan stimulasi persepsi dengan patuh minum obat.

2. Mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan teknik strategi pelaksanaan (SP) kepada pasien halusinasi (Sianturi, 2022).
 - a. Strategi pelaksanaan 1: mengenal masalah dalam merawat pasien dan mengontrol halusinasi pasien dengan cara menghardik.
 - b. Strategi pelaksanaan 2: melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.
 - c. Strategi pelaksanaan 3: melatih pasien halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal, salah satunya dengan cara terapi okupasi menggambar.
 - d. Strategi pelaksanaan 4: melatih pasien mengontrol halusinasi dengan lima cara benar minum obat
3. Pengekangan atau Pengikatan
 Pengembangan fisik menggunakan pengekangan mekanik seperti minset untuk pergelangan tangan dan pergelangan kaki dimana klien dapat dimobilisasi dengan membalutnya, cara ini dapat dilakukan pada klien Halusinasi yang mulai menunjukkan perilaku kekerasan diantaranya : marahmarah atau mengamuk.

2.1.13 Faktor yang Mempengaruhi Kesembuhan

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kesembuhan pada pasien yang mengalami halusinasi, yaitu :

1. Pengetahuan Keluarga (Family Knowledge)

Pengetahuan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia dapat membantu keluarga dalam perawatan pasien skizofrenia (Yuliati & Jenniver, 2022). Pengetahuan keluarga terhadap pengobatan berkorelasi dengan kepatuhan pasien dalam meminum obat, baik untuk gangguan kejiwaan atau penyakit kronis lainnya. Pengetahuan terhadap nama, dosis, frekuensi, efek samping, dan tujuan

pengobatan berkorelasi positif dengan kepatuhan (Yanti & Armiyadi, 2020). Pengetahuan yang perlu dimiliki oleh keluarga antara lain pemahaman tentang gangguan mental yang diderita klien (penyakit skizofrenia), faktor penyebab, cara pemberian obat, dosis obat, efek samping pengobatan, gejala kekambuhan, sikap yang perlu ditunjukkan dan dihindari selama merawat klien di rumah (Yuliati & Jenniver, 2022). Kepatuhan minum obat pada pasien skizofrenia sangat penting untuk mencegah terjadinya kekambuhan. Peran keluarga dalam kepatuhan minum obat ini untuk mencegah terjadinya kekambuhan sangat penting karena keluarga adalah orang terdekat dari pasien. Jika keluarga memiliki pengetahuan yang baik terhadap halusinasi maka keluarga dapat merawat anggota keluarga secara baik. Keluarga pasien harus diberikan informasi yang jelas tentang sifat halusinasi pasien, pengobatan yang diberikan kepada pasien halusinasi dan didorong untuk mengingatkan pasien jika halusinasi berulang selama perawatan pasien. Pengetahuan yang baik akan menjadikan keluarga memiliki peran yang baik sebaliknya bila pengetahuannya kurang maka mereka akan berperan kurang sehingga kekambuhan pasien akan sering terjadi dan hal ini akan merugikan baik pasien itu sendiri, keluarga maupun masyarakat (Wenny, 2023).

2. Dukungan Keluarga (*Family Support*)

Keluarga memiliki peran penting dalam pencegahan dan penanganan pasien gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan. Berikut beberapa peran keluarga dalam hal ini:

1. Menjaga Lingkungan Aman Keluarga juga harus memastikan lingkungan tempat pasien tinggal aman dari benda-benda tajam atau benda-benda yang bisa digunakan untuk melakukan kekerasan. Keluarga juga harus memastikan bahwa pasien tidak memiliki akses ke senjata api atau bahan peledak.
2. Memberikan Dukungan Emosional Pasien gangguan jiwa seringkali mengalami tekanan emosional yang tinggi. Keluarga harus

memberikan dukungan emosional yang memadai untuk membantu pasien mengatasi perasaan cemas atau depresi. Contoh dari memberikan dukungan emosional adalah dengan:

- a. Membantu pasien untuk merasa tenang dan nyaman saat berbicara. mendengarkan keluhan pasien tanpa menghakimi atau menyalahkan.
 - b. Menunjukkan bahwa keluarga selalu ada untuk pasien dan siap membantu dalam situasi apapun.
 - c. Mendorong pasien untuk mencari bantuan profesional seperti psikolog
 - d. Memberikan pujian dan dorongan pada pasien ketika berhasil melakukan sesuatu yang positif atau bermanfaat bagi dirinya dan orang di sekitarnya.
3. Membantu Pasien Menjalani Terapi Keluarga harus mendukung pasien untuk menjalani terapi yang direkomendasikan oleh dokter dan membantu pasien untuk mematuhi pengobatan secara teratur.
 4. Kemampuan Pasien Mengontrol Halusinasi

Kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi menurut (Irwan et al., 2021) dipengaruhi oleh faktor internal dimana hal ini ditentukan dari diri pasien itu sendiri, bagaimana sikap dan respon pasien serta sejauh mana pemahaman pasien mengenai halusinasi contohnya pasien mampu mengenali halusinasinya sendiri, pasien memiliki keinginan untuk sembuh, keterbukaan pasien untuk menyampaikan isi halusinasi atau apa yang pasien alami, dan respon atau sikap pasien dalam menghadapi halusinya apabila muncul. Selain faktor internal, peneliti juga menerangkan adanya faktor eksternal yang mempengaruhi kemampuan mengontrol pasien seperti pengetahuan dan dukungan yang ada pada keluarga pasien, lingkungan tempat tinggal pasien, dan asuhan keperawatan.

5. Psikofarmaka

Metode pengobatan farmakologis untuk Halusinasi pendengaran dan penglihatan adalah melalui pengobatan antipsikotik. Pasien yang mendapatkan obat ini, halusinasinya sering tidak muncul lagi namun masalah seperti perilaku menarik diri atau ketidakmauan untuk melakukan aktivitas tidak ada perbaikan.

2.2 Manajemen Asuhan Keperawatan pada Pasien Halusinasi

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian terhadap masalah konsep diri adalah persepsi diri atau pola konsep diri, pola berhubungan atau peran, pola reproduksi, koping terhadap stress, serta adanya nilai keyakinan dan tanda-tanda ke arah perubahan fisik, seperti kecemasan, ketakutan, rasa marah, rasa bersalah dan lain lain (Risal et al., 2022).

1. Identitas klien
 - a. Perawat yang merawat klien melakukan pengenalan dan kontrak dengan klien tentang: nama, perawat, nama klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan
 - b. Usia dan No. Rekam Medik
 - c. Mahasiswa menuliskan sumber data yg akan didapat.
(Sarfika, 2018)
2. Alasan Masuk

Tanyakan kepada klien/keluarga :

 - a. Apa yang menyebabkan klien/keluarga datang ke rumah sakit saat ini ?
 - b. Apa yang sudah dilakukan oleh keluarga untuk mengatasi masalah ini ?
 - c. Bagaimana hasilnya ?. (Sarfika, 2018)
3. Faktor predisposisi
 - a. Tanyakan kepada klien / keluarga apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, apabila ya beri tanda pada kotak ya dan apabila tidak beri tanda pada kotak tidak.

- b. Apabila jawaban pada poin 1 adalah ya, tanyakan bagaimana hasil pengobatan sebelumnya. Apabila dia dapat beradaptasi di masyarakat tanpa gejala-gejala gangguan jiwa, beri tanda pada kotak berhasil; apabila dia dapat beradaptasi, tetapi masih ada gejala – gejala sisa, beri tanda pada kotak kurang berhasil; apabila tidak ada kemajuan atau gejala – gejala bertambah atau menetap, beri tanda pada kotak tidak berhasil.
- c. Tanyakan kepada klien apakah klien pernah melakukan, mengalami, atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal, beri tanda sesuai dengan penjelasan klien/ keluarga dan apakah klien sebagai pelaku, korban, dan atau saksi maka beri tanda pada kotak pertama, isi usia saat kejadian pada kotak kedua. Jika klien pernah sebagai pelaku, korban, dan saksi (2 atau lebih) tuliskan pada penjelasan.
- d. Beri penjelasan secara singkat dan jelas tentang kejadian yang dialami klien terkait No. a,b,c,. masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data
- e. Tanyakan kepada klien / keluarga apakah ada anggota keluarga lain yang mengalami gangguan jiwa, jika ada beri tanda pada kotak ya dan jika tidak beri tanda pada kotak tidak. Apabila ada anggota keluarga lain yang mengalami gangguan jiwa, tanyakan bagaimana hubungan klien dengan anggota keluarga tersebut.
- f. Tanyakan kepada klien / keluarga tentang pengalaman yang tidak menyenangkan (kegagalan, kehilangan/ perpisahan/ kematian, trauma selama tumbuh kembang) yang pernah dialami klien pada masa lalu.
 - 1) Faktor yang mempengaruhi harga diri meliputi perilaku yang objektif dan teramati serta bersifat subjektif dan dunia dalam pasien sendiri. Perilaku berhubungan dengan harga diri yang rendah, keracuan identitas dan depersonalisasi.

- 2) Faktor yang mempengaruhi peran adalah stereotipik peran seks, tuntutan peran kerja dan harapan peran kultural.
- 3) Faktor yang mempengaruhi identitas personal meliputi ketidakpercayaan orang tua, tekanan dari kelompok sebaya dan perubahan dalam struktur sosial.

(Risal et al., 2022)

4. Pemeriksaan fisik

Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ :

- a. Ukur dan observasi tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi suhu, pernapasan klien.
- b. Ukur tinggi badan dan berat badan klien.
- c. Tanyakan apakah berat badan klien naik atau turun dan beri tanda sesuai hasil. Tanyakan kepada klien / keluarga apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien, apabila ada beri tanda di kotak ya, dan apabila tidak beri tanda di kotak tidak.
- d. Kaji lebih lanjut tentang sistem dan fungsi organ serta jelaskan sesuai dengan keluhan yang ada.
- e. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data yang ada.

5. Psikososial

- a. Genogram
Buat genogram 3 generasi dan jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, dan pola asuh..

b. Konsep diri

- 1) Citra tubuh adalah kumpulan dari sikap individu yang disadari dan tidak disadari terhadap tubuhnya. Termasuk persepsi masa lalu dan sekarang, serta perasaan tentang ukuran, fungsi, penampilan dan potensi, yang secara berkesinambungan dimodifikasi dengan persepsi dan pengalaman yang baru. Hal-hal yang perlu dikembangkan dalam citra tubuh pasien adalah sebagai berikut: a. Berat badan; b. Tinggi badan; c. Bentuk tubuh; d. Tanda-tanda pertumbuhan sekunder. Banyak faktor dapat

yang mempengaruhi gambaran diri seseorang, seperti, munculnya stresor yang dapat mengganggu integrasi gambaran diri. Stresor-stresor tersebut dapat berupa: Operasi; Kegagalan fungsi tubuh; Waham yang berkaitan dengan bentuk dan fungsi tubuh; Tergantung pada mesin (pengobatan penyakit); Perubahan tubuh; Umpan balik interpersonal yang negatif; Standard sosial budaya (Sarfika, 2018).

- 2) Identitas diri, tanyakan tentang :
 - a) Status dan posisi klien sebelum di rawat
 - b) Kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, kelompok)
 - c) Kepuasan klien sebagai laki-laki / perempuan
- 3) Peran, tanyakan tentang :
 - a) Tugas / peran yang diemban dalam keluarga / kelompok / masyarakat.
 - b) Kemampuan klien dalam melaksanakan tugas / peran tersebut
- 4) Ideal diri, tanyakan tentang :
 - a) Harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas/ peran
 - b) Harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat)
 - c) Harapan klien terhadap penyakitnya
- 5) Harga diri, tanyakan tentang :
 - a) Hubungan klien dengan orang lain sesuai dengan kondisi gangguan citra tubuh
 - b) Penilaian / penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.
- 6) Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data

c. Hubungan sosial

- 1) Tanyakan kepada klien siapa orang terdekat dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan atau sokongan
- 2) Tanyakan kepada klien kelompok apa saja yang didikutinya dalam masyarakat.
- 3) Tanyakan kepada klien sejauh mana ia terlibat dalam kelompok di masyarakat
- 4) Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

d. Spiritual

- 1) Nilai dan keyakinan : Tanyakan tentang :
 - a) Pandangan dan keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut
 - b) Pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa
- 2) Kegiatan ibadah, tanyakan tentang :
 - a) Kegiatan ibadah di rumah secara individu dan kelompok
 - b) Pendapat klien / keluarga tentang kegiatan ibadah.
- 3) Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data..

e. Status mental

- 1) Penampilan (data ini dapat melalui hasil observasi perawat / keluarga)
 - a) Penampilan tidak rapi. Apabila dari ujung rambut sampai ujung kaki ada yang tidak rapi, misalnya rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak di kunci, baju terbalik, baju tidak diganti-ganti.
 - b) Penggunaan pakaian tidak sesuai, misalnya pakaian dalam dipakai di luar baju.
 - c) Cara berpakaian tidak seperti biasanya, tidak sesuai dengan waktu, tempat, identitas, dan situasi/ kondisi.
 - d) Jelaskanlah hal-hal yang ditampilkan klien dan kondisi lain, yang tidak tercantum.

- e) Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
- 2) Pembicaraan
 - a) Amati pembicaraan klien, apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis, dan / atau lambat.
 - b) Apabila pembicaraan berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lain dan tidak ada kaitannya, beri tanda pada kotak inkoheren.
 - c) Jelaskanlah hal-hal yang tidak tercantum.
 - d) Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
- 3) Aktivitas motorik (data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat / keluarga)
 - a) Lesu, tegang, dan gelisah yang tampak jelas.
 - b) Agitasi (gerakkan motorik yang menunjukkan kegelisahan)
 - c) Tik (gerakkan-gerakan kecil yang tidak terkontrol pada otot muka)
 - d) Grimasen (gerakan otot muka yang berubah- ubah dan tidak dapat di kontrolkan oleh klien)
 - e) Tremor (jari-jari tampak gemetar ketika klien mengulurkan tangan dan merentangkan jari-jari)
- 4) Kompulsif (kegiatan yang dilakukan berulang-ulang, seperti berulang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan, dan sebagainya.
 - a) Jelaskan aktivitas yang ditampilkan klien dan kondisi lain yang tidak tercantum.
 - b) Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
- 5) Alam perasaan (data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/ keluarga)
 - a) Sedih, putus asa, gembira berlebihan yang tampak jelas.
 - b) Ketakutan (objek yang ditakuti sudah jelas)
 - c) Khawatir (objeknya belum jelas)
 - d) Jelaskan kondisi klien yang tidak tercantum.

- e) Masalah keperawatan ditulis sesuai data.
- 6) Afek (data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga).
 - a) Datar (tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulasi yang menyenangkan atau menyedihkan).
 - b) Tumpul (hanya bereaksi bila ada stimulasi emosi yang kuat).
 - c) Labil (emosi berubah dengan cepat).
 - d) Tidak sesuai (emosi tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulasi yang ada).
 - e) Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum
 - f) Masalah kepearwatan ditulis sesuai dengan data.
- 7) Interaksi selama wawancara (data ini didapatkan malalui hasil wawancara dan observasi perawat / keluarga)
 - a) Bermusuhan, tidak kooperatif, dan mudah tersinggung telah tampak jelas.
 - b) Kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara)
 - c) Defensif (selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya).
 - d) Curiga (menunjukkan sikap/ perasaan tidak percaya pada orang lain)
 - e) Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum
 - f) Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
- 8) Persepsi
 - a) Jenis-jenis halusinasi sudah jelas; penghidu sama dengan pengciuman
 - b) Jelaskan isi halusinasi, frekuensi gejala yang tampak pada saat klien berhalusinasi, dan perasaan klien terhadap halusinasinya.
 - c) Masalah keperawatan sesuai dengan data

- 9) Proses pikir (data diperoleh dari observasi ketika wawancara)
 - a) Sirkumstansial (pembicaraan yang berbelit-belit, tetapi sampai pada tujuan pembicaraan).
 - b) Tangensial (pembicaraan yang berbelit-belit, tetapi tidak sampai pada tujuan pembicaraan)
 - c) Kehilangan asosiasi (pembicaraan tidak memiliki hubungan antara satu kalimat dan kalimat lainnya, serta klien tidak menyadarinya).
 - d) Flight of ideas (pembicaraan yang meloncat dari satu topik ke topik lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan).
 - e) Blocking (pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali).
 - f) Perseverasi (pembicaraan yang diulang berkali-kali).
 - g) Jelaskan apa yang dikatakan klien ketika wawancara.
 - h) Masalah keperawatan sesuai dengan data.
- 10) Isi pikir (data didapatkan melalui wawancara).
 - a) Obpertemuan (pikiran yang selalu muncul walaupun klien berusaha menghilangkannya).
 - b) Fobia (ketakutan yang patologis / tidak logis terhadap objek/situasi tertentu).
 - c) Hipokondria (keyakinan terhadap adanya gangguan pada organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada).
 - d) Depersonalisasi (perasaan klien yang asing terhadap diri sendiri, orang, atau lingkungan).
 - e) Ide yang terkait (keyakinan klien terhadap kejadian yang terjadi di lingkungan, bermakna, dan terkait pada dirinya).
 - f) Pikiran magis (keyakinan klien tentang kemampuannya untuk melakukan hal-hal yang mustahil / diluar kemampuannya).
 - g) Waham

- (1) Agama (keyakinan klien yang berlebihan terhadap suatu agama dan dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan).
 - (2) Somatik (keyakinan klien tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataannya).
 - (3) Kebesaran (keyakinan klien yang berlebihan terhadap kemampuannya dan dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan).
 - (4) Curiga (keyakinan klien bahwa ada seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya dan dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan).
 - (5) Nihilistik (keyakinan klien bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia/ meninggal dan dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.
 - (6) Waham yang bizar:
 - (7) Sisip pikir (keyakinan klien bahwa ada ide/ pikiran orang lain yang disisipkan dalam pikirannya dan dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan).
 - (8) Siar pikir (keyakinan klien bahwa orang lain mengetahui apa yang dipikirkannya, walaupun dia tidak mengatakan kepada orang tersebut, dikatakan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan).
 - h) Kontrol pikir (keyakinan klien bahwa pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar).
 - i) Jelaskan apa yang dikatakan oleh klien pada saat wawancara.
 - j) Masalah keparawatan sesuai dengan data.
- 11) Tingkat kesadaran (data tentang bingung dan sedasi diperoleh melalui wawancara dan observasi, stupor diperoleh melalui

observasi, orientasi klien (waktu, tempat, orang) diperoleh melalui wawancara).

- a) Bingung (tampak bingung dan kacau).
- b) Sedasi (pasien mengatakan bahwa ia merasa melayang-layang antara sadar atau tidak sadar).
- c) Stupor (gangguan motorik, seperti kekakuan, gerakan yang diulang-ulang, anggota tubuh klien dalam sikap canggung yang dipertahankan dalam waktu lama, tetapi klien menyadari semua yang terjadi di lingkungan).
- d) Orientasi waktu, tempat dan orang cukup jelas.
- e) Jelaskan data objektif dan subjektif yang terkait dengan hal-hal di atas.
- f) Masalah keperawatan sesuai dengan data.
- g) Jelaskan apa yang dikatakan klien pada saat wawancara.

12) Memori (data yang diperoleh melalui wawancara)

- a) Gangguan daya ingat jangka panjang (tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan).
- b) Gangguan daya ingata jangka pendek (tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir).
- c) Gangguan daya ingat saat ini (tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi).
- d) Konfabolasi (pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya).
- e) Jelaskan sesuai dengan data terkait.
- f) Masalah keperawatan sesuai dengan data.

13) Tingkat konsentrasi dan berhitung (data diperoleh melalui wawancara)

- a) Mudah dialihkan (perhatian klien mudah berganti dari satu objek ke objek lain).

- b) Tidak mampu berkonsentrasi (klien selalu meminta agar pertanyaan diulang/ tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan).
- c) Tidak mampu berhitung (tidak dapat melakukan penambahan/ pengurangan pada benda-benda nyata).
- d) Jelaskan sesuai dengan data terkait.
- e) Masalah keperawatan sesuai dengan data.

14) Kemampuan penilaian.

- a) Gangguan kemampuan penilaian ringan (dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain. Contoh: berikan kesempatan kepada klien untuk memilih mandi dahulu sebelum makan atau makan dahulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan, klien dapat mengambil keputusan).
- b) Gangguan kemampuan penilaian bermakna (tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain. Contoh: berikan kesempatan kepada klien untuk memilih mandi dahulu sebelum makan atau makan dahulu sebelum mandi. Setelah diberi penjelasan klien masih tidak mampu mengambil keputusan).
- c) Jelaskan sesuai dengan data terkait.
- d) Masalah keperawatan sesuai dengan data.

15) Daya tilik diri (data diperoleh melalui wawancara)

- a) Mengingkari penyakit yang diderita: tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik, emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu pertolongan.
- b) Menyalahkan hal-hal diluar dirinya (menyalahkan orang lain/ lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini).
- c) Jelaskan dengan data terkait.
- d) Masalah keperawatan sesuai dengan data.

(Sarfika, 2018)

f. Kebutuhan Persiapan Pulang

a) Makan

- a) Observasi dan tanyakan tentang: frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka/ tidak suka/ pantang), dan cara makan.
- b) Observasi kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan.

2) Defekasi/ berkemih

- a) Observasi kemampuanklien untuk defekasi/ berkemih.
- b) Pergi ke WC, menggunakan dan kemudian mebersihkannya.
- c) Membersihkan diri dan merapikan pakaian.

3) Mandi

- a) Observasai dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur (kumis, jenggot dan rambut).
- b) Observasi kebersihan tubuh dan bau badan.

4) Berpakaian

- a) Observasi kemepuan klien untuk mengambil, memilih dan mengenakan pakaian serta alas kaki.
- b) Observasi penampilan dan dandanan klien.
- c) Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian.
- d) Nilai kemampuan yang harus dimiliki klien, seperti mengambil, memilih dan mengenakan pakaian.

5) Istirahat dan tidur

Observasi dan tanyakan tentang:

- a) Lama dan waktu tidur siang/ malam.
- b) Persiapan sebelum tidur, seperti menyikat gigi, mencuci kaki, dan bedoa.
- c) Aktifitas sesudah tidur, mandi/ cuci muka, dan menyikat gigi.

6) Penggunaan obat

- a) Observasi dan tanyakan kepada klien serta keluarga tentang:
- b) Penggunaan obat: frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara pemberian.
- c) Reaksi obat.

7) Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan kepada klien dan keluarga tentang:

- a) Apa, bagaimana, kapan, dan tempat perawatan lanjutan.
- b) Siapa saja sistem pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, institusi dan lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya.

8) Aktivitas di dalam rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam:

- a) Merencanakan, mengolah dan menyajikan makanan.
- b) Merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu dan mengepel).
- c) Mencuci pakaian sendiri.
- d) Mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

9) Aktivitas di luar rumah

Tanyakan kemampuan klien:

- a) Belanja untuk keperluan sehari-hari.
- b) Melakukan perjalanan mandiri, yaitu dengan berjalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum.
- c) Aktivitas lain yang dilakukan di luar rumah (bayar listrik/ telepon/ air, kantor pos dan bank).
- d) Jelaskan data terkait
- e) Masalah keperawatan ditulis dengan data.

g. Mekanisme Koping

Data didapat melalui wawancara pada klien atau pada keluarganya. Beri tanda ✓ pada kotak koping yang dimiliki klien,

baik adaptif maupun maladaptif.

h. Masalah Psikologis dan Lingkungan

Data didapatkan melalui wawancara pada klien atau keluarganya. Untuk setiap masalah yang dimiliki klien, berikan uraian spesifik, singkat, dan jelas.

i. Pengetahuan

Data didapatkan melalui wawancara pada klien. Untuk setiap poin yang dimiliki klien, simpulkan dalam masalah

j. Aspek Medis

- 1) Tuliskan diagnosa medis klien yang telah dirumuskan oleh dokter yang merawat.
- 2) Tuliskan obat-obat klien saat ini, baik obat fisik maupun psikofarmaka dan terapi lain
(Sarfika, 2018)

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Berikut diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Halusinasi pendengaran dan penglihatan :

1. Resiko perilaku kekerasan
2. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran dan penglihatan
3. Isolasi sosial: menarik diri
4. Gangguan proses pikir : waham keagamaan
5. Koping individu tidak efektif
6. Defisit perawatan diri

2.2.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan dibuat dan disusun khusus untuk menyelesaikan suatu masalah atau diagnosa keperawatan serta untuk meningkatkan kesehatan pasien. Seiring berjalannya waktu rencana tindakan keperawatan bisa berubah prioritasnya sesuai dengan masalah

keperawatan yang muncul pada pasien (PPNI, 2018). Dalam buku Standar Intervensi Keperawatan. Indonesia (SIKI), tindakan yang dapat dilakukan pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi yang disebut Manajemen Halusinasi. Klien Dengan Perubahan Sensori Persepsi : Halusinasi.



Tabel 2. 2 Rencana Asuhan Keperawatan pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

Tgl	No Dx	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
		Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi	TUM: Klien tidak mencederai diri sendiri maupun orang lain.	-	-
			TUK 1: Klien dapat membina hubungan saling percaya.	Ekspresi wajah bersahabat, kontak mata baik, mau berjabat tangan, menyebutkan nama, menjawab salam, duduk berdampingan dengan perawat, dan mengungkapkan masalah yang dihadapi.	1. Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik. 2. Sapa klien dengan ramah secara verbal dan nonverbal. 3. Perkenalkan diri dengan sopan. 4. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan klien. 5. Jelaskan tujuan pertemuan. 6. Bersikap jujur dan menepati janji. 7. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya. 8. Perhatikan kebutuhan dasar klien.
			TUK 2: Klien dapat mengenal halusinasinya.	Klien dapat menyebutkan isi, waktu, frekuensi, dan situasi yang menimbulkan halusinasi serta mengungkapkan perasaannya terhadap halusinasi.	1. Lakukan kontak sering dan singkat secara bertahap. 2. Observasi perilaku yang berhubungan dengan halusinasi. 3. Bantu klien mengenali isi halusinasi, waktu muncul, frekuensi, dan situasi pencetus.

Tgl	No Dx	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
					4. Validasi pengalaman halusinasi tanpa menghakimi. 5. Diskusikan situasi yang memicu atau mengurangi halusinasi. 6. Beri kesempatan klien mengungkapkan perasaan saat mengalami halusinasi.
			TUK 3: Klien dapat mengontrol halusinasinya.	Klien mampu menyebutkan dan mempraktikkan cara mengendalikan halusinasi serta mengikuti terapi aktivitas kelompok.	1. Identifikasi cara yang biasa digunakan klien untuk mengatasi halusinasi. 2. Diskusikan manfaat cara yang telah digunakan. 3. Ajarkan teknik menghardik halusinasi. 4. Anjurkan bercakap-cakap dengan orang lain. 5. Susun jadwal kegiatan harian. 6. Minta keluarga/perawat menyapa saat klien tampak berbicara sendiri. 7. Latih dan evaluasi cara pengendalian halusinasi secara bertahap. 8. Berikan pujian atas keberhasilan klien. 9. Anjurkan mengikuti terapi aktivitas kelompok,

Tgl	No Dx	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
					orientasi realita, dan stimulasi persepsi.
			TUK 4: Klien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasi.	Keluarga mampu menjelaskan pengertian, tanda, dan cara mengendalikan halusinasi serta merawat klien di rumah.	1. Anjurkan klien memberitahu keluarga saat mengalami halusinasi. 2. Diskusikan gejala halusinasi yang dialami klien dengan keluarga. 3. Jelaskan cara memutus halusinasi yang dapat dilakukan keluarga. 4. Ajarkan cara merawat klien di rumah (memberi aktivitas, tidak membiarkan sendiri, makan dan beraktivitas bersama). 5. Informasikan jadwal kontrol dan tanda-tanda yang memerlukan bantuan tenaga kesehatan.
			TUK 5: Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.	Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis, efek samping obat, prinsip 5 benar obat, serta memahami akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi.	1. Diskusikan manfaat, dosis, dan efek samping obat dengan klien dan keluarga. 2. Anjurkan klien meminta dan minum obat secara mandiri sesuai program. 3. Anjurkan klien berkonsultasi dengan dokter mengenai manfaat dan efek samping obat. 4. Diskusikan akibat penghentian obat

Tgl	No Dx	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
					tanpa konsultasi. 5. Bimbing penggunaan obat sesuai prinsip 5 benar pemberian obat.



2.3 Penerapan Teknik Terapi Okupasi Berkebun

2.3.1 Pengertian

Berasal dari kata *Ocuupational Therapy*. *Occupational* berarti suatu pekerjaan dan *Therapy* berarti pengobatan. Terapi okupasi merupakan perpaduan antara seni dan ilmu pengetahuan untuk mengarahkan penderita kepada aktivitas selektif agar kesehatan pasien dapat ditingkatkan dan dipertahankan. Untuk mencegah terjadinya kecacatan melalui kegiatan fisik dan kesibukan kerja untuk penderita cacat mental maupun fisik. Terapi okupasi membantu individu yang mengalami gangguan dalam fungsi motorik, sensori, kognitif juga fungsi sosial yang menyebabkan individu tersebut mengalami hambatan dalam melakukan aktivitas perawatan diri, aktivitas produktif dan dalam aktivitas untuk mengisi waktu luang.

Tujuan dari pelatihan ini yaitu mengembalikan fungsi penderita semaksimal mungkin dari kondisi abnormal ke normal yang diarahkan pada kecacatan fisik maupun mental dengan memberikan aktivitas yang sudah terencana dengan memperhatikan kondisi penderita sehingga penderita dapat mandiri di dalam keluarga maupun masyarakat (Muhith, 2020).

Salah satu bentuk terapi aktif adalah terapi berkebun yang sudah menjadi bagian penting dari perawatan pasien karena dapat meningkatkan kesehatan tubuh, pikiran dan semangot pasien serta kualitas hidup mereka. Terapi berkebun adalah unik karena membuat pasien berhubungan dengan makhluk hidup yaitu tumbuh-tumbuhan secara tidak diskriminatif (Yosep & Sutini, 2023).

4. Tujuan Terapi Berkebun

Menurut Kumar et al., (2020) terapi berkebun memiliki tujuan, yaitu :

- a. Untuk bisa melatih kesabaran
- b. Kebersamaan
- c. Memanfaatkan waktu luang

5. Manfaat Terapi Berkebun

Menurut Kumar et al., (2020) manfaat terapi berkebun terhadap kesehatan yaitu :

- a. Meningkatkan kebugaran : Memiliki hobi berkebun adalah cara untuk menjalani gaya hidup aktif secara fisik. Melakukan banyak gerakan cenderung meningkatkan tingkat kebugaran seseorang. Selain itu membawa dan menggunakan alat berkebun akan memberikan latihan kesehatan yang bermanfaat.
- b. Meningkatkan kreativitas : pikiran akan jauh lebih bersemangat, berkebun juga bisa meningkatkan kreativitas. Ketika banyak melihat tanaman hijau, pikiran akan lebih positif dan jauh lebih produktif.
- c. Menjadikan pikiran rileks : menghirup udara segar atau menyentuh tanah memberikan pengalaman baru, pikiran akan jauh lebih santai. Bahkan tanpa disadari sebelumnya, aktivitas ini membuat pikiran rileks dan membuat peminatnya semakin sehat.
- d. Mengurangi stress : seseorang dapat meminimalkan tingkat stress dengan cara berkebun di halaman belakang rumah.
- e. Meningkatkan sirkulasi darah : ada banyak sekali gerakan yang dapat dilakukan ketika berkebun, hal ini tentu saja dapat membantu meningkatkan sirkulasi darah sehingga peredaran darah menjadi lancar. Aktivitas berkebun sangat baik sebagai alternatif latihan.

6. Instrumen Terapi Okupasi Berkebun

Penulis melakukan beberapa modifikasi untuk instrumen terapi (okupasi) berkebun yang didapatkan dari Krissanti & Asti, (2019) untuk alat atau bahan yang digunakan oleh penulis saat akan melakukan terapi okupasi berkebun, yaitu :

- a. Bibit cabai rawit
- b. Pupuk kompos organik
- c. Pollybag ukuran 20x20 cm
- d. Sekop plastik kecil
- e. Tanah

- f. Sumpit
- g. Ember
- h. Gayung
- i. Kertas untuk menamai tanaman
- j. Pulpen
- k. Streples

Tabel 2. 3 Tinjauan Jurnal yang Relevan

No	Judul – Author – Tahun	Population (P)	Intervention (I)	Comparison (C)	Outcome (O)
1	Penerapan Terapi Okupasi Berkebun pada Pasien dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi (Rizky Dwi & Uswatun, 2023)	Pasien dengan gangguan halusinasi/skizofrenia	Terapi okupasi berkebun yang diberikan sebagai terapi tambahan bersama terapi generalis. Intervensi dilakukan melalui aktivitas berkebun (menanam, merawat tanaman, dan aktivitas perawatan media tanam) sesuai program terapi pasien. Dilaksanakan secara bertahap selama periode perawatan pasien dengan durasi mengikuti jadwal terapi di ruang perawatan (tidak disebutkan jumlah hari spesifik), setiap sesi dilakukan dalam rentang waktu kegiatan terapi yang telah ditentukan di ruang rawat.	Tidak ada kelompok kontrol (pre-post test/case study)	Terjadi penurunan tanda dan gejala halusinasi serta penurunan risiko perilaku kekerasan setelah intervensi
2	Penerapan Terapi Okupasi Menanam untuk Menurunkan Tingkat Halusinasi pada Pasien	2 pasien dengan halusinasi pendengaran	Terapi okupasi menanam dilakukan selama 4 hari berturut-turut. Setiap sesi berlangsung ± 30 menit per hari. Kegiatan mencakup menyiapkan media tanam, menanam bibit,	Tidak ada kelompok kontrol (pre-post test/case study)	Tanda dan gejala halusinasi menurun, dari kategori berat menjadi sedang

	Skizofrenia di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Klaten (Agustina & Wahyu, 2023)		serta merawat tanaman dengan pendampingan perawat. Intervensi diberikan pada waktu pelaksanaan terapi keperawatan jiwa di ruang perawatan.		setelah diberikan terapi okupasi
--	---	--	--	--	----------------------------------

Analisa Jurnal

1. Novelty (Kebaruan)

Kedua jurnal mengangkat terapi okupasi berkebun sebagai intervensi nonfarmakologis pada pasien halusinasi. Kebaruannya terletak pada penggunaan aktivitas berkebun sebagai media terapi untuk membantu pasien mengontrol halusinasi dan meningkatkan keterlibatan pasien dalam aktivitas nyata.

2. Desirability (Manfaat)

Terapi berkebun memberikan manfaat positif bagi pasien, seperti menurunkan frekuensi halusinasi, membuat pasien lebih tenang, rileks, kooperatif, serta mengurangi perilaku menyendiri. Aktivitas ini juga membantu meningkatkan fokus pasien pada lingkungan nyata.

3. Viability (Kelayakan)

Terapi okupasi berkebun mudah diterapkan di rumah sakit jiwa karena menggunakan alat dan bahan sederhana, biaya relatif murah, serta dapat dilakukan di lingkungan rumah sakit maupun rehabilitasi dengan pendampingan perawat.

4. Impact (Dampak)

Kedua jurnal menunjukkan adanya dampak positif berupa penurunan tingkat halusinasi pada pasien skizofrenia. Selain itu, terapi berkebun juga meningkatkan kemampuan sosial, konsentrasi, dan aktivitas produktif pasien sehingga mendukung proses rehabilitasi jiwa.