

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Pustaka

Berdasarkan penelitian (Devy, 2017) yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa pada Klien Skizofrenia Paranoid dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Penglihatan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya” Tujuannya yaitu peneliti dapat mengetahui, memahami serta dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori. Hasil dari penelitian setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4x24 jam pasien dapat mengenal halusinasinya dan mengontrol halusinasinya.

Berdasarkan penelitian (Ilma, 2018) yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Klien Skizofrenia dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Penglihatan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda” Tujuannya yaitu memperoleh gambaran respon pasien skizofrenia dengan masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan terhadap pemberian asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan pada kedua klien dengan diagnosa utama gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan yang dilakukan selama enam hari secara keseluruhan SP untuk pasien tercapai dan frekuensi halusinasi yang dialami pasien mengalami penurunan.

2.2 Skizofrenia

2.2.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang umum terjadi dengan karakteristik adanya kerusakan pada pikiran, persepsi, emosi, pergerakan dan perilaku individu yang menyimpang (Vedebeck, 2020).

Skizofrenia adalah penyakit neurologi yang mempengaruhi cara berpikir, persepsi, emosi, bahasa dan perilaku sosial serta seseorang yang mengalami skizofrenia juga sering mengalami halusinasi pendengaran dan penglihatan secara bersamaan. Hal ini berdampak bagi seseorang yang mengalami skizofrenia akan kehilangan control dirinya seperti mengalami kepanikan dan perilakunya dikendalikan oleh halusinansi (Livana et al., 2018).

Skizofrenia adalah salah satu yang paling kompleks dan menantang dari penyakit gangguan jiwa. Skizofrenia merupakan suatu sindrom heterogen yang tidak teratur dan gangguan perilaku-prilaku aneh, delusi, halusinasi, emosi yang tidak wajar dan gangguan fungsi utama psikososial (Putri & Maharani, 2022).

2.2.2 Etiologi

Menurut Stuart & Sundeen dalam Azizah et al (2016) etiologic skizofrenia adalah :

1) Keturunan atau Genotik

Hal ini dibuktikan melalui penelitian, saudara kandung 7-15%, kembar zigot atau dua telur 5-15%, kembar satu telur atau monozigot 40-60%. Anak yang lahir dari orang tua yang mengalami skizofrenia 5-20 kali lipat akan lahir menjadi skizofrenia dibandingkan anak lahir dari kedua orang tua yang normal.

2) Endokrin

Teori ini dikemukakan berhubungan dengan sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium, tetapi teori ini tidak dapat dibuktikan.

3) Metabolisme

Teori ini didasarkan karena pasien terlihat pucat, nafsu makan berkurang dan kondisi zat asam menurun.

4) Susunan saraf pusat

Penyebab skizofrenia diarahkan pada kelainan SSP yaitu pada diensafalon atau kortek otak, tetapi kelaianan patalogis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem.

2.2.3 Manifestasi Klinis

Menurut Blueluer dalam Marimis (2016), gejala skizofrenia dibagi menjadi dua, yaitu :

1. Gejala Primer

a. Gangguan proses pikir

Pada Skizofrenia inti gangguan terdapat pada proses pikiran yang terganggu terutama ialah sosialisasi, kadang-kadang satu ide belum sesuai diutarakan, sudah timbul ide lain. Seseorang dengan Skizofrenia juga mempunyai kecenderungan untuk menyamakan hal-hal, kadang-kadang pikiran seakan-akan berhenti, tidak ti bul idea lagi. Keadaan ini dinamakan “Blocking” biasanya berlangsung beberapa detik saja, tetapi kadang-kadang sampai beberapa hari.

b. Gangguan afek dan emosi

Gangguan ini pada skozofrenia berupa :

- a) Kedangkalan efek dan emosi (emotional blunting).
- b) Parathim : apa yang seharusnya menimbulkan masa senang dan gembira, pada penderita timbul rasa sedih atau marah.
- c) Paramii : penderita merasa senang dan gembira, akan tetapi menangis. Kadang-kadang emosi dan efek serta ekspresinya tidak mempunyai kesatuan, misalnya sesudah membunuh

anaknya penderita menangis sehari-hari tetapi mulutnya tertawa.

- d) Emosi yang berlebihan, sehingga kelihatan seperti dibuat-buat seperti sedang bermain sandiwara. Skizofrenia ialah hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik (emotional rapport) karena terpecah belahnya kepribadian, maka dua hal yang berlawanan mungkin terdapat bersama-sama, umpama mencintai dan membenci satu orang yang sama atau menangis dan tertawa tentang satu hal yang sama ini dinamakan ambivalensi pada efek

c. Gangguan Kemaian

Banyak penderita dengan Skizofrenia mempunyai kelemahan kemaian mereka tidak dapat mengambil keputusan, tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan, selalu memberikan alasan, meskipun alasan itu tidak jelas atau tepat atau mereka menganggap hal itu biasa saja dan tidak perlu diterangkan.

d. Gejala Psikomotor

Gejala ini juga dinamakan gejala-gejala katatonik atau gangguan perbuatan kelompok.

2. Gejala Sekunder

a. Waham

Skizofrenia waham dibagi menjadi 2, yaitu :

- a) Waham primer timbul secara tidak logis sama sekali tanpa penyebab apa-apa
- b) Waham sekunder biasanya logis kedengarannya, dapat diikuti dan merupakan cara bagi penderita untuk menerangkan gejala-gejala Skizofrenia lain.

b. Halusinasi

Pada Skizofrenia, halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan suatu gejala yang hampir tidak dijumpai pada keadaan lain. Skizofrenia ialah halusinasi pendengaran (aditif atau akustik), kadang-kadang terdapat halusinasi penciuman (olfaktorik), halusinasi cita rasa (gustatorik) atau halusinasi singgungan (taktik).

2.2.4 Klasifikasi

Menurut Baradero (2015), klasifikasi skizofrenia terbagi menjadi :

1. Skizofrenia Paranoid

Gejala yang mencolok ialah waham primer disertai waham-waham sekunder halusinasi. Adanya gangguan proses berfikir, gangguan afek emosi dan kemauan.

2. Skizofrenia Heberenik

Permulaannya perlahan-lahan subakut dan sering timbul pada masa remaja antara 15-25 tahun. Gejalanya adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan depersonalisasi atau *double personality*.

Gangguan psikomotor seperti mannerism, neologisme sering terjadi pada skizofrenia.

3. Skizofrenia Katatonik

Timbulnya pertama kali anantara umur 15-30 tahun dan biasanya akut, sering didahului oleh stress emosional. Terjadi gaduh, gelisah atau stupor katatonik.

4. Skizofrenia Simplex

Sering timbul pertama kali pada usia pubertas, gejala utamanya seperti kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir sukar ditemukan, waham dan halusiansi jarang ditemukan, jenis ini timbulnya perlahan-lahan.

5. Skizofrenia Residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejalanya berkembang kearah gejala negatif. Gejala negatif terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif dan tidak ada inisiatif, kurang bicara, ekspresi non verbal menurun, kurang perawatan diri dan fungsi sosial.

2.2.5 Penatalaksanaan

Terapi dalam gangguan jiwa meliputi pengobatan dengan farmakoterapi, serta pemberian psikoterapi sesuai gejala dan penyakit yang akan mendukung penyembuhan pasien jiwa. Terapi obat yang digunakan pada pasien gangguan jiwa yang disebut dengan Psikofarmakoterapi memiliki efek langsung pada proses mental penderita karena kerjanya berpengaruh pada sistem saraf pusat, misalnya antipsikotik yang digunakan untuk mengatasi pikiran kacau, meredakan halusinasi (Kusumawati, 2010). Adapun jenis pengobatan pada pasien skizofrenia (Maramis, 2012), adalah sebagai berikut :

1. Farmakoterapi

Indikasi pemberian obat psikotik pada skizofrenia adalah untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Penulisan strategi pengobatan tergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronis. Fase akut biasanya ditandai oleh gejala psikotik (yang baru dialami atau yang kambuh) yang perlu segera diatasi. Tujuannya pengobatan ini adalah untuk mengurangi gejala psikotik yang parah (Maramis, 2012).

2. *Electro Convulsive Therapy*

Electro convulsive therapy atau yang lebih dikenal dengan elektroshock adalah suatu terapi psikiatri yang menggunakan energi shock listrik dalam usaha pengobatannya. Biasanya ECT ditunjukkan untuk pasien

gangguan jiwa yang tidak merespon kepada obat psikiatri pada dosis terapinya. ECT bertujuan untuk menginduksi suatu kejang kronik yang dapat memberi efek terapi (therapeutic clonic seizure) setidaknya pada 15 detik. Kejang yang dimaksud adalah suatu kejang dimana seseorang mengalami kehilangan kesadaran yang mengalami rejatan. ECT dapat meningkatkan kadar serum Brain-derived Neurotrophic Factor (BDNF) pada pasien depresi yang tidak responsif terhadap terapi farmakologis.

3. Psikoterapi dan Rehabilitasi

Psikoterapi suportif individual atau kelompok dapat membantu pasien serta bimbingan yang praktis dengan maksud mengembalikan pasien ke masyarakat. Teknik terapi perilaku kognitif (*Cognitive Behaviour Therapy*) dicoba pada pasien skizofrenia dengan hasil yang menjanjikan.

2.3 Halusinasi

2.3.1 Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori meliputi seluruh panca indra. Halusinasi adalah gangguan jiwa dimana klien mengalami gangguan persepsi sensori, munculnya sensasi palsu berupa suara, rasa, sentuhan, penglihatan, atau penciuman (Abdurkhman & Maulana, 2022).

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori tentang suatu obyek atau gambaran dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar

yang dapat meliputi semua system indra. Halusinasi rangsangan internal atau pikiran dan rangsangan eksternal atau dari dunia luar. Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata (Azizah et al., 2016).

Halusinasi adalah kondisi dimana pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada. Pasien mengalami gangguan persepsi sensori dimana pasien akan merasa ada suara padahal tidak ada stimulus suara. Pasien merasa melihat bayangan orang atau sesuatu yang menakutkan padahal tidak ada bayangan tersebut. Pasien merasa membaui bau-bauan tertentu padahal orang lain tidak merasakan sensasi serupa. Pasien merasakan sesuatu padahal tidak sedang ada apapun dalam permukaan kulit (Sutejo, 2019).

2.3.2 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala menurut Fajariyah (2012) :

1) Halusinasi Pendengaran (*Auditory-hearing voices or sounds*)

DS :

- Klien mengatakan mendengar suara atau kegaduhan.
- Klien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya untuk bercakap-cakap.
- Klien mengatakan mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu yang berbahaya.

- Klien mengatakan mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain

DO :

- Klien tampak bicara sendiri
- Klien tampak tertawa sendiri
- Klien tampak marahmarah tanpa sebab
- Klien tampak mengarahkan telinga ke arah tertentu
- Klien tampak menutup telinga

2) Halusinasi Penglihatan (*Visual-seeing persons or things*)

DS :

- Klien mengatakan melihat seseorang yang sudah meninggal, melihat makhluk tertentu, melihat bayangan hantu atau sesuatu yang menakutkan

DO :

- Klien tampak tatapan mata pada tempat tertentu
- Klien tampak menunjuk ke arah tertentu
- Klien tampak ketakutan pada objek tertentu yang dilihat

3) Halusinasi Penciuman (*Olfactory-smelling odors*)

DS :

- Klien mengatakan mencium sesuatu seperti : bau mayat, bau darah,

bau bayi, bau feses, atau bau masakan, parfum yang menyenangkan

- Klien mengatakan sering mencium bau sesuatu

DO :

- Klien tampak mengarahkan hidung pada tempat tertentu
- Ekspresi wajah klien tampak seperti mencium sesuatu dengan gerakan cuping hidung

4) Halusinasi Perabaan (*Tactile-feeling bodily sensations*)

DS :

- Klien mengatakan ada sesuatu yang menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil, atau makhluk halus
- Klien mengatakan merasakan sesuatu di permukaan kulitnya seperti merasakan sangat panas atau dingin, merasakan tersengat aliran listrik

DO :

- Klien tampak mengusap, menggaruk-garuk, meraba-raba permukaan kulitnya
- Klien tampak bergerak-gerakkan tubuhnya seperti merasakan sesuatu merabanya

5) Halusinasi Pengecapan (*Gustatory experiencing tastes*)

DS :

- Klien mengatakan merasakan makanan tertentu, rasa tertentu, atau mengunyah tertentu padahal tidak ada yang sedang dimakannya
- Klien mengatakan merasakan minum darah, nanah

DO :

- Klien tampak seperti mengecap sesuatu
- Klien tampak sering meludah
- Klien tampak mual atau muntah

2.3.3 Tahapan Halusinasi

Tahapan halusinasi menurut Keliat (2016) :

1. Tahap I : Memberi rasa nyaman, tingkat ansietas sedang

- Karakteristik Halusinasi
 - Mengalami ansietas kesepian, rasa bersalah, dan ketakutan.
 - Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas.
 - Pikiran dan pengalaman sensori masih ada dalam kontrol kesadaran (jika kecemasan dikontrol).
- Perilaku Pasien
 - Tersenyum/tertawa sendiri.
 - Menggerakkan bibir tanpa suara.

- Penggerakan mata yang cepat.
 - Respons verbal yang lambat.
 - Diam dan berkonsentrasi
2. Tahap II : Menyalahkan. Tingkat kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipati.
- Karakteristik Halusinasi
 - Pengalaman sensori menakutkan.
 - Mulai merasa kehilangan kontrol.
 - Merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut.
 - Menarik diri dari orang lain.
 - Perilaku Pasien
 - Peningkatan sistem saraf otak, tanda-tanda ansietas, seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah.
 - Rentang perhatian menyempit.
 - Konsentrasi dengan pengalaman sensori.
 - Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dari realita.
3. Tahap III : Mengontrol tingkat kecemasan berat pengalaman sensori tidak dapat ditolak lagi
- Karakteristik Halusinasi
 - Pasien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya.
 - Isi halusinasi menjadi atraktif

- Kesepian bila pengalaman sensori berakhir.
- Perilaku Pasien
 - Perintah halusinasi ditaati.
 - Sulit berhubungan dengan orang lain.
 - Rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit.
 - Gejala isika ansietas berat berkeringat, tremor, dan tidak mampu mengikuti perintah.
- 4. Tahap IV : Menguasai tingkat kecemasan panik secara umum diatur dan dipengaruhi oleh waham.
 - Karakter Halusinasi
 - Pengalaman sensori menjadi ancaman.
 - Halusinasi dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari (jika tidak diintervensi).
 - Perilaku Pasien
 - Perilaku panik.
 - Potensial tinggi untuk bunuh diri atau membunuh.
 - Tindakan kekerasan agitasi, menarik diri, atau katatonik.
 - Tidak mampu berespons terhadap perintah yang kompleks.
 - Tidak mampu berespons terhadap lebih dari satu orang

2.3.4 Klasifikasi Halusinasi

Menurut Pardede dan Ramadia (2021), jenis halusinasi adalah :

1. Halusinasi Pendengaran (*auditory*)

Mendengarkan suara yang membicarakan, mengejek, mentertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu (kadang-kadang hal yang berbahaya). Perilaku yang muncul adalah mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, mulut komat-kamit, dan adanya gerakan tangan.

2. Halusinasi Penglihatan (*visual*)

Stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambar, orang atau panorama yang luas dan kompleks, biasanya menyenangkan atau menakutkan. Perilaku yang muncul adalah tatapan mata pada tempat tertentu, menunjuk kearah tertentu, serta ketakutan pada objek yang dilihat.

3. Halusinasi Penciuman (*Olfaktori*)

Tercium bau busuk, amis, dan bau yang menjijikan seperti : darah, urine atau feses, kadang-kadang terhidu bau harum seperti parfum. Perilaku yang muncul adalah ekspresi wajah seperti mencium, mengarahkan hidung pada tempat tertentun dan menutup hidung.

4. Halusinasi pengecapan (*Gustatory*)

Merasa mengecap sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikkan, seperti rasa darah, urine, dan feses. Perilaku yang muncul adalah seperti mengecap, mulut seperti gearakan mengunyah sesuatu sering meludah, muntah.

5. Halusinasi Perabaan (Taktil)

Mengalami rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain, merasakan ada yang menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil dan mahluk halus. Perilaku yang muncul adalah mengusap, menggaruk-garuk atau meraba-raba permukaan kulit terlihat menggerak-gerakan badan seperti merasakan sesuatu rabaan.

2.3.5 Rentang Respon

		
Adaptif		Maladaptif
a. Pikiran logis b. Persepsi akurat c. Emosi konsistensi dengan pengalaman d. Perilaku cocok e. Hubungan sosial humoris	a. Proses pikir terganggu b. Ilusi c. Emosi berlebih d. Perilaku yang tidak biasa e. Menarik diri	a. Waham, halusinasi b. Kerusakan proses emosi c. Perilaku tidak terorganisasi d. Isolasi sosial

Tabel 2.3 Rentang Respon

1. Respon adaptif meliputi :

- a. Pikiran logis berupa mendapat atau pertimbangan yang dapat di terima akal.
- b. Persepsi akurat berupa pandangan dari seseorang tentang sesuatu peristiwa secara cermat dan tepat sesuai perhitungan.
- c. Emosi konsisten dengan pengalaman berupa ke mantapan perasaan jiwa yang timbul sesuai dengan peristiwa yang penuh di alami.
- d. Perilaku sesuai dengan kegiatan individu atau sesuatu yang berkaitan dengan individu tersebut di wujudkan dalam bentuk gerak atau ucapan yang bertentangan dengan moral.
- e. Hubungan social dapat di ketahui melalui hubungan seseorang dengan orang lain dalam pergaulan di tengah masyarakat.

2. Respon maladaptive meliputi :

- a. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh di pertahankan walaupun tidak di yakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan social.
- b. Halusinasi merupakan gangguan yang timbul berupa persepsi yang salah terhadap rangsangan.
- c. Tidak mampu mengontrol emosi berupa ketidak mampuan atau menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan kebahagiaan, keakraban, dan kedekatan.

- d. Ketidakteraturan perilaku berupa ketidakselarasan antara perilaku dan gerakan yang di timbulkan.
- e. Isolasi social adalah kondisi kesendirian yang di alami oleh individu karna orang lain menyatakan sikap yang di alami oleh individu (Yusuf, dkk, 2015).

2.3.6 Etiologi

Menurut Oktaviani (2021), penyebab halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Sosial Budaya

Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga timbul gangguan seperti delusi dan halusinasi. Meliputi klien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien meganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan Halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dakam dunia nyata.

b. Faktor Psikologis

Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stress dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi. Pasien mungkin menekan perasaannya

sehingga pematangan fungsi intelektual dan emosi tidak efektif. 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 khayal.

c. Faktor Biologis

Faktor biologis Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogen neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak. Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realitas, serta dapat ditemukan atropik otak, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbic. Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada pasien skizofrenia. Skizofrenia akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia (Yusuf, 2015).

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energy ekstra untuk menghadapinya. Penyebab Halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi (Oktiviani, 2021) yaitu :

- a. Dimensi fisik: Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.
- b. Dimensi Emosional: Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut
- c. Dimensi Intelektual: Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tidak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.
- d. Dimensi Sosial: Klien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan Halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi

kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.

e. Dimensi Spiritual

Spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri. Saat bangun tidur klien merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya.

2.3.7 Mekanisme Koping

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

1) Regresi

Menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali seperti pada perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.

2) Proyeksi

Keinginan yang tidak dapat ditoleransi, mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (sebagai upaya untuk menjelaskan keracunan persepsi).

3) Menarik diri

Reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis, reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindari sumber stressor, misalnya menjauhi polusi, sumber infeksi, gas beracun dan lain-lain, sedangkan reaksi psikologis individu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan.

2.3.8 Fase Halusinasi

Halusinasi terbagi atas beberapa fase (Oktiviani, 2020):

1. Fase Pertama / *Sleep disorder*

Pada fase ini Klien merasa banyak masalah, ingin menghindari dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinyabanyak masalah. Masalah makin terasa sulit karna berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dikhianati kekasih, masalah dikampus, drop out, dst. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support sistem kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus-menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunanlamunan awal tersebut sebagai pemecah masalah.

2. Fase Kedua / *Comforting*

Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan, dan mencoba memusatkan

pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat dia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya

3. Fase Ketiga / *Condemning*

Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain, dengan intensitas waktu yang lama.

4. Fase Keempat / *Controlling Severe Level of Anxiety*

Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.

5. Fase ke lima / *Conquering Panic Level of Anxiet*

Pengalaman sensorinya terganggu. Klien mulai terasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal empat jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadi gangguan psikotik berat.

2.3.9 Penatalaksanaan Medis

Menurut Rahayu (2016), penatalaksanaan medis pada pasien halusinasi penglihatan yaitu :

1. Terapi Farmakologi

- Chlorpromazine
 - Dosis : 25-100 mg dan diikuti peningkatan dosis hingga 300 mg per hari
 - Indikasi : Penanganan gangguan psikotik seperti skizofrenia, fase mania pada gangguan bipolar, gangguan skizofrenia, ansietas dan agitasi, anak hiperaktif yang menunjukkan aktivitas motorik berlebih.
 - Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap obat ini, pasien koma atau depresi sumsum tulang, penyakit Parkinson, insufisiensi hati, ginjal dan jantung, anak usia dibawah 6 tahun dan wanita selama masa kehamilan dan laktasi.
 - Efek Samping : Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, hipertensi, ortostatik, hipotensi, mulut kering, mual dan muntah.
- Trihexypenidyl
 - Dosis : dosis awal obat TPH sebaiknya rendah (12,5 mg) diberikan tiap 2 minggu. Bila efek samping ringan dosis ditingkatkan 25 mg

- Indikasi : Segala penyakit Parkinson, gejala ekstra pyramidal berkaitan dengan obat antiparkinson.
- Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap obat ini, glaucoma sudut tertutup, hipertropi prostat pada anak dibawah usia 3 tahun.
- Efek samping: mengantuk, pusing, disorientasi, hipotensi, mulut kering, mual dan muntah.
- Haloperidol
 - Dosis : dewasa 1-6 mg sehari yang terbagi menjadi 6-15 mg untuk keadaan berat. Dosisi parenteral untuk dewasa 2-5 mg intramuskuler setiap 1-8 jam, tergantung kebutuhan.
 - Indikasi : Penatalaksanaan psikosis kronik akut, pengendalian hiperaktivitas dan masalah perilaku berat pada anak-anak.
 - Kontraindikasi : Hipersensivitas terhadap obat ini pasien depresi SSP dan sumsum tulang belakang, kerusakan otak subkortikal, penyakit Parkinson dan anak dibawah usia 3 tahun.
 - Efek samping : Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, mulut kering dan anoreksia.
- Elektro Convulsif Therapy (ECT), merupakan pengobatan secara fisik meggunakan arus listrik dengan kekuatan 75-100 volt, cara kerja belum diketahui secara jelas namun dapat dikatakan bahwa

terapi ini dapat memperpendek lamanya serangan Skizofrenia dan dapat permudah kontak dengan orang lain.

2. Terapi Non Farmakologi

- a. Terapi Aktivitas Kelompok yang sesuai dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi adalah TAK Stimulasi Persepsi.
- b. SAK (Standar Asuhan Keperawatan) yaitu untuk membina hubungan yang saling percaya sehingga klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap, melakukan aktivitas dan meminum obat (Keliat, 2014). SAK dilakukan karena klien yang mengalami halusinasi membutuhkan perhatian karena dampak yang ditimbulkan oleh seseorang yang mengalami halusinasi yaitu risiko perilaku kekerasan dan membahayakan lingkungan sekitar (Nuniek, 2016).

2.3.10 Komplikasi

Halusinasi dapat menjadi suatu alasan mengapa klien melakukan tindakan perilaku kekerasan karena melihat makhluk gaib memberinya perintah sehingga rentan melakukan perilaku yang tidak adaptif. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia diawali Dengan adanya perasaan tidak berharga, takut dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan Interpersonal dengan orang lain (keliat, 2014). Komplikasi yang dapat terjadi pada Klien dengan masalah

utama gangguan sensori persepsi: halusinasi, Antara lain: resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah.

2.4 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Halusinasi Penglihatan

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, status perkawinan, tanggal pengkajian, tanggal dirawat.

b. Alasan masuk

Alasan pasien biasanya pasien sering berbicara sendiri, mendengar atau melihat sesuatu, suka berjalan tanpa tujuan, membanting peralatan di rumah, menarik diri.

c. Faktor predisposisi

- 1) Faktor genetik, secara genetic skizofrenia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu.
- 2) Faktor biologis, adanya gangguan pada otak sehingga menyebabkan timbul respon neurological yang maladaptive.
- 3) Faktor psikologis, keluarga, lingkungan, pola asuh anak tidak adekuat
- 4) Sosial budaya : kemiskinan konflik sosial budaya

d. Faktor Presipitasi

Stresor presipitasi pada pasien dengan halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis atau kelainan struktur otak,

kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan dalam keluarga atau masyarakat yang sering tidak sesuai dengan pasien serta konflik antar masyarakat.

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik seperti tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan menanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien.

f. Psikososial

1) Genogram. Pada genogram biasanya terlihat ada anggota keluarga yang mengalami kelainan jiwa, pola komunikasi pasien terganggu begitupun dengan pengambilan keputusan dan pola asuh.

2) Konsep diri

Gambaran diri pasien biasanya mengeluh dengan keadaan tubuhnya, ada bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai, identifikasi diri : pasien biasanya mampu menilai identitasnya, peran diri pasien menyadari peran sebelum sakit, saat dirawat peran pasien terganggu, ideal diri tidak menilai diri, harga diri pasien memiliki harga diri yang rendah sehubungan dengan sakitnya.

3) Hubungan sosial

Tanyakan siapa orang terdekat dikehidupan klien dan bercerita kepada siapa jika terjadi masalah. Menanyakan organisasi yang diikuti dalam kelompok masyarakat.

4) Spiritual Nilai dan keyakinan

Biasanya pasien dengan sakit jiwa dipandang tidak sesuai dengan agama dan budaya, kegiatan ibadah pasien biasanya menjalankan ibadah di rumah sebelumnya, saat sakit ibadah terganggu atau sangat berlebihan.

g. Status Mental

- 1) Penampilan. Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki apakah bersih atau sebaliknya.
- 2) Pembicaraan. Klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri.
- 3) Aktivitas motorik. Klien dengan halusinasi tampak gelisah, lesu, tremor dan kadang menunjuk-nunjuk ke arah tertentu.
- 4) Afek emosi. Klien yang mengalami halusinasi tingkat emosinya lebih tinggi, berperilaku agresif dan ketakutan berlebih.
- 5) Interaksi selama wawancara. Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif dan mudah tersinggung.
- 6) Persepsi-sensori
 Jenis halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi terjadinya apakah terus menerus atau hanya sesekali, situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi, respon terhadap halusinasi,
- 7) Proses berfikir
 - Bentuk fikir, pemikirannya tidak sesuai dengan kenyataan yang ada atau tidak mengikuti logika secara umum.

- Isi fikir, pasien akan cenderung selalu merasa curiga terhadap suatu hal.
- h. Tingkat kesadaran, seringkali klien yang mengalami halusinasi merasa bingung
- i. Memori
 - Daya ingat jangka panjang : mengingat kejadian masa lalu lebih dari 1 bulan
 - Daya ingat jangka menengah : dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir
 - Daya ingat jangka pendek : dapat mengingat kejadian yang terjadi pada saat ini
- j. Tingkat konsentrasi dan berhitung
- k. Kemampuan penilaian dan pengambilan keputusan
 - Ganggaun ringan : dapat mengambil keputusan secara sederhana baik dibantu orang lain atau tidak
 - Ganggaun bermakna : tidak dapat mengambil keputusan sendiri.
- l. Daya tilik diri. Pada klien halusinasi klien cenderung mengingkari penyakit yang dideritanya.
- m. Kebutuhan pulang

Kemampuan klien memenuhi kebutuhan, tanyakan apakah klien mampu atau tidak memenuhi kebutuhannya sendiri.
- n. Mekanisme koping

Biasanya klien cenderung berperilaku maladaptive, seperti mencedarai diri sendiri atau orang lain.
- o. Masalah psikososial dan lingkungan

Biasanya pada klien halusinasi mempunyai masalah di masa lalu.

p. Aspek pengetahuan

Klien halusinasi biasanya kurang mengetahui penyakit jiwanya karena tidak merasa hal yang dilakukan dalam tekanan.

q. Aspek Medis

Memberikan penjelasan tentang diagnose medis dan terapi yang dikonsumsi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan gangguan halusinasi menurut (Yosep, 2014) yaitu:

- a. Gangguan persepsi sensori : halusinasi
- b. Isolasi Sosial
- c. Resiko Perilaku Kekerasan

3. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan asuhan keperawatan jiwa (Keliat et al, 2019).

1) Rencana Keperawatan pada klien :

- a. Tidak mendukung dan tidak membantah halusinasi klien
- b. Latih klien melawan halusinasi dengan cara menghardik
- c. Latih klien mengalihkan halusinasi dengan bercakap-cakap

- d. Latih klien mengalihkan halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari
- e. Latih klien minum obat dengan benar.
- f. Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan halusinasi
- g. Berikan pujian pada klien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan halusinasi

4. Implementasi keperawatan

- a. Tujuan tindakan keperawatan untuk pasien meliputi pasien dapat mengenali halusinasi yang dialaminya, pasien dapat mengontrol halusinasi dan pasien mengikuti program pengobatan secara optimal.
- b. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu :
 - Sp mengenali halusinasi dengan cara mengardik. Mengetahui terjadinya halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi ketika terjadi halusinasi, respon klien saat terjadi halusinasi.
 - SP bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika klien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi pengalihan perhatian.
 - Sp melakukan aktivitas sehari-hari. Dengan melakukan aktivitas sehari-hari secara terjadwal klien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri.

- Sp meminum obat secara teratur dan memberi tahu jika terjadi putus obat lagi.
-

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon pasien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan. Halusinasi pendengaran tidak terjadi, perilaku kekerasan, pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengenal halusinasinya, pasien dapat mengontrol halusinasi. Data subjektif keluarga menyatakan senang karena sudah diajarkan teknik mengontrol halusinasi, keluarga menyatakan pasien mampu melakukan beberapa teknik mengontrol halusinasi. Data objektif pasien tampak berbicara sendiri saat halusinasi itu datang, pasien dapat berbincang-bincang dengan orang lain, pasien mampu melakukan aktivitas terjadwal, dan minum obat secara teratur (Aji, 2019).