

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN  
GANGGUAN SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI DI  
RUANG MERPATI RSJ PROVINSI JAWA BARAT**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi Diploma III Keperawatan  
Universitas Bhakti Kencana Bandung

**Oleh:**

**ZIHAN NURUL PRATIWI**

**201FK01059**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA  
2023**

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **1.3 Konsep Skizofrenia**

##### **2.1.1 Pengertian Skizofrenia**

Skizofrenia berasal dari dua kata “Skizo” yang artinya retak dan “frenia” yang artinya jiwa. Seorang yang menderita gangguan jiwa skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (Zuraida, 2017).

Skizofrenia adalah gangguan jiwa dimana terjadi gangguan neurobiologi dengan karakteristik kekacauan pada pola pikir dan isi pikir, halusinasi dan delusi, serta kekacauan pada proses persepsi, afek dan perilaku sosialnya (Famela et al., 2022).

Skizofrenia biasanya timbul secara tidak langsung dimana keluarga biasanya kurang menyadari dan mengenali bahwa terdapat sesuatu yang janggal atau tidak normal dalam kurun waktu yang lama. Skizofrenia kadang kala juga muncul secara tiba-tiba. Terkadang perubahan tingkah laku, kebiasaan dan pola kehidupan yang dramatis terjadi dalam beberapa hari (Krismonita, 2020). Penderita gangguan skizofrenia dapat menarik diri dari lingkungan pergaulan sosial dan realita ke dalam keyakinan atau pemikiran aneh (delusi) dan halusinasi (Paramita dan Alfinuha, 2021).

Berdasarkan pengetian diatas maka penulis menyimpulkan bahwa skizofrenia merupakan gangguan jiwa dimana terjadi gangguan neurobiologi dengan karakteristik kekacauan pada pola pikir berupa

perubahan tingkah laku, kebiasaan dan pola kehidupan yang dramatis sehingga penderita dapat menarik diri dari lingkungan pergaulan sosial dan realita ke dalam keyakinan atau pemikiran aneh (delusi) dan halusinasi.

### **2.1.2 Etiologi Skizofrenia**

Pada pendapat Luana (2018), mengatakan bahwa penyebab dari skizofrenia, antara lain :

#### **a. Fator Biologis**

##### **1. Ibu penderita skizofrenia yang melahirkan bayi laki - laki**

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

##### **2. Memiliki hipotesis pada hormon dopamine.**

Dopamine merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala dari skizofrenia.

##### **3. Infeksi**

Penelitian mengatakan bahwa terpapar infeksi virus pada trimester kedua kehamilan akan meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami skizofrenia.

##### **4. Kelainan struktur otak**

Otak pada pasien penderita skizofrenia sedikit berbeda pada orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan ada beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik.

#### 5. Hipotesis pada Serotonin.

Suatu zat yang bersifat campuran agonis (antagonis) 5-HT.

Ternyata zat tersebut menyebabkan keadaan psikosisnya tidak normal

#### b. Faktor Genetik

Menurut para ilmuwan skizofrenia diturunkan 1 persen dari masyarakat umum namun 10 persen orang yang mempunyai hubungan paling dekat seperti orang tua, kakak perempuan dan lelaki yang memiliki riwayat skizofrenia.

### 1.3.3 Patofisiologi Skizofrenia

Patofisiologi skizofrenia disebabkan adanya ketidak seimbangan neurotransmitter di otak, terutama norepinefrin, serotonin, dan dopamine. Namun, proses patofisiologi skizofrenia masih belum diketahui secara pasti (Kaplan & Sadock, 2015). Secara umum penelitian telah mendapatkan bahwa skizofrenia dikaitkan dengan penurunan volume otak, terutama bagian temporal (termasuk mediotemporal), bagian frontal, termasuk substansia alba dan grisea. Dari sejumlah penelitian ini, daerah otak yang secara konsisten menunjukkan kelainan yaitu daerah hipokampus dan parahipokampus (Abrams, DJ., Rojas, DC., Arciniegas, 2018).

### 1.3.4 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Gejala-gejala skizofrenia menurut Mashudi (2021) adalah sebagai berikut:

a. Gejala Positif

1. Waham : keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
2. Halusinasi : gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecap, pembau dan perabaan).
3. Perubahan Arus Pikir :
  - a) Arus pikir terputus : dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
  - b) Inkohoren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).
  - c) Neologisme : menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.

4. Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku pasien skizofrenia secara umum yaitu cenderung menarik diri dari orang lain, mudah tersinggung dan marah, terjadinya perubahan pola tidur, kurangnya motivasi, hingga terjadi kesulitan dalam menjalani aktivitas.

b. Gejala Negatif

- a) Penarikan sosial: menjadi tertutup, dingin, egois, terasing dari orang lain, dll.
- b) Kurangnya motivasi: hilangnya minat terhadap hal-hal di sekitarnya, bahkan kebersihan pribadi dan perawatan diri.
- c) Berpikir dan bergerak secara lambat.
- d) Ekspresi wajah yang datar.

### 1.3.5 Tipe-Tipe Skizofrenia

*American Psychiatric Association* (APA) dikutip dalam (Paramita dan Setyani Alfinuha et al., 2021) mengatakan bahwa gangguan skizofrenia sendiri terbagi menjadi 3 tipe yaitu :

- a. Skizofrenia disorganisasi seringkali digambarkan dengan ciri-ciri perilaku yang kacau, pembicaraan yang tidak koheren dan waham yang tidak terorganisasi dengan tema seksual/religius.
- b. Skizofrenia hebefrenik seringkali muncul dalam bentuk perlambatan aktivitas yang berkembang menjadi stupor bahkan fase agitasi.
- c. Skizofrenia paranoid terlihat dengan sering munculnya halusinasi auditoris dan waham yang menyebabkan kegelisahan atau ketakutan.

### 1.3.6 Komplikasi

Menurut Prabowo (2014) ada 13 komplikasi yang bisa terjadi pada pasien dengan skizofrenia, yaitu :

- a. Penganiayaan fisik, psikologis, atau seksual.
- b. Sindrom otak organik misalnya, penyakit Alzheimer.

- c. Gangguan perilaku.
- d. Oppositional defiant disorder.
- e. Depresi.
- f. Serangan panik.
- g. Gangguan Tourette.
- h. Delirium.
- i. Demensia.
- j. Gangguan amnestik.
- k. Halusinasi.
- l. Risiko bunuh diri.
- m. Abnormalitas neurotransmitter otak.

#### **1.3.7 Pemeriksaan Penunjang**

- a. Pemeriksaan psikologi :
  - 1. Pemeriksaan psikiatri
  - 2. Pemeriksaan psikometri
- b. Pemeriksaan lain jika diperlukan seperti :
  - 1. Pemeriksaan darah rutin
  - 2. Pemeriksaan fungsi hepar
  - 3. Pemeriksaan fungsi ginjal
  - 4. Pemeriksaan enzim hepar
  - 5. Pemeriksaan EKG
  - 6. Pemeriksaan CT scan
  - 7. Pemeriksaan EEG

### 1.3.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan skizofrenia menurut Yusuf & Nihayati (2015) diantaranya sebagai berikut :

a. Terapi Medis (Psikofarmako)

Terapi psikofarmako adalah terapi berbagai jenis obat yang bekerja pada susunan saraf pusat. Efek utamanya pada aktivitas mental dan perilaku, yang biasanya digunakan untuk pengobatan gangguan kejiwaan.

b. Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) merupakan terapi yang bertujuan mengubah perilaku pasien dengan memanfaatkan dinamika kelompok.

c. Terapi Keluarga

Terapi keluarga adalah suatu cara untuk menggali masalah emosi yang timbul kemudian dibahas atau diselesaikan bersama dengan anggota keluarga, dalam hal ini setiap anggota keluarga diberi kesempatan yang sama untuk berperan serta dalam menyelesaikan masalah.

d. Terapi Kognitif

Terapi jangka pendek ini dilakukan secara rutin dan memberikan alasan kepada klien untuk menunjukkan emosi negatif, memahami masalah, mengatasi emosi negatif dan memberikan klien alasan untuk menyelesaikan masalah.

e. Terapi Perilaku

Terapi pendekatan perilaku, terapi yang membuat seseorang berperilaku sesuai dengan proses belajar dimana mereka berinteraksi dengan lingkungan yang mendukungnya.

f. Terapi Rehabilitas

Selain program pengobatan, penderita skizofrenia yang berulang dan kronis yang memerlukan program rehabilitas untuk mempersiapkan klien secara fisik dan mental. Rehabilitasi merupakan tindakan fisik, penyesuaian psikososial dan latihan vocational dalam penempatan dan lingkungan.

## **1.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia**

### **1.4.1 Pengkajian**

Pengkajian menurut Mashudi (2021) sebagai berikut :

a. Identitas

Sering ditemukan pada usia dini atau muncul pertama kali pada masa pubertas.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang menyebabkan pasien dibawa ke rumah sakit biasanya akibat adanya kumunduran kemauan dan kedangkalan emosi.

c. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi sangat erat terkait dengan faktor etiologi yakni keturunan, endokrin, metabolisme, susunan syaraf pusat, kelemahan ego.

d. Psikososial

1. Genogram

Orang tua penderita skizofrenia, salah satu kemungkinan anaknya 7-16% skizofrenia, bila keduanya menderita 40-68%, saudara tiri kemungkinan 0,9-1,8%, saudara kembar 2-15%, saudara kandung 7-15%.

2. Konsep Diri

Kemunduran kemauan dan kedangkalan emosi yang mengenai pasien akan mempengaruhi konsep diri pasien.

3. Hubungan Sosial

Klien cenderung menarik diri dari lingkungan pergaulan, suka melamun, berdiam diri.

4. Spiritual

Aktifitas spiritual menurun seiring dengan kemunduran kemauan.

e. Status Mental

1. Penampilan Diri

Pasien tampak lesu, tak bergairah, rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tak terkunci, baju tak diganti,

baju terbalik sebagai manifestasi kemunduran kemauan pasien.

2. Pembicaraan

Nada suara rendah, lambat, kurang bicara, apatis.

3. Aktivitas Kelompok

Kegiatan yang dilakukan tidak berfariatif, kecenderungan mempertahankan pada satu posisi yang dibuatnya sendiri (katalepsia).

4. Emosi

Emosi dangkal.

5. Afek

Dangkal, tak ada ekspresi roman muka.

6. Interaksi Selama Wawancara

Cenderung tidak kooperatif, kontak mata kurang, tidak mau menatap lawan bicara, diam.

7. Persepsi

Tidak terdapat halusinasi atau waham.

8. Proses Berfikir

Gangguan proses berfikir jarang ditemukan.

9. Kesadaran

Kesadaran berubah, kemampuan mengadakan hubungan dengan dan pembatasan dengan dunia luar dan dirinya sendiri

sudah terganggu pada taraf tidak sesuai dengan kenyataan (secara kualitatif).

#### 10. Memori

Tidak ditemukan gangguan spesifik, orientasi tempat, waktu, orang baik.

#### 11. Kemampuan Penilaian

Tidak dapat mengambil keputusan, tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan, selalu memberikan alasan meskipun alasan tidak jelas atau tidak tepat.

#### 12. Tilik Diri

Tidak ada yang khas.

#### f. Kebutuhan Sehari-hari

Minat untuk memenuhi kebutuhannya sendiri sangat menurun dalam hal makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian, istirahat tidur.

### 1.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien skizofrenia SDKI PPNI (2017) adalah sebagai berikut :

- a. Gangguan persepsi sensori: Halunisasi berhubungan dengan gangguan penglihatan, pendengaran, penghiduan, perabaan (D.0085).
- b. Harga diri rendah kronis berhubungan dengan Kurangnya pengakuan dari orang lain, gangguan psikiatri (D.0086).
- c. Isolasi sosial Ketidakmampuan menjalin hub. yang memuaskan, perubahan status mental (D.0121).

- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis/psikotik (D.0109).
- e. Risiko perilaku kekerasan berhubungan dengan waham (D.0146).

### 2.1.3 Perencanaan

Berikut merupakan rencana tindakan sesuai dengan diagnosa keperawatan (Keliat et al, 2019) :

1. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi
  - a. Identifikasi isi, waktu terjadi, situasi pencetus, dan respon terhadap halusinasi
  - b. Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
  - c. Mengontrol Halusinasi dengan cara minum obat secara teratur
  - d. Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap - cakap dengan orang lain.
2. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah
  - a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien
  - b. Menilai kemampuan yang dapat digunakan
  - c. Menetapkan/memiliki kegiatan sesuai kemampuan
  - d. Melatih kemampuan sesuai kemampuan yang dipilih 1
  - e. Melatih kemampuan sesuai kemampuan yang dipilih 2
  - f. Melatih kemampuan sesuai kemampuan yang dipilih 3
3. Isolasi Sosial : Menarik Diri
  - a. Menjelaskan keuntungan dan kerugian memiliki teman

- b. Melatih klien berkenalan dengan dua orang atau lebih
  - c. Melatih klien bercakap-cakap sambil melakukan kegiatan harian
  - d. Melatih berbicara sosial : seperti berbelanja meminta sesuatu
4. Defisit Perawatan Diri
- a. Melatih cara perawatan diri mandi
  - b. Melatih cara perawatan diri berhias
  - c. Melatih cara perawatan diri makan/minum
  - d. Melatih cara perawatan diri BAB/BAK
5. Risiko Perilaku Kekerasan
- a. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat dan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam
  - b. Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara pukul bantal/kasur
  - c. Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal
  - d. Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual

#### **2.1.4 Pelaksanaan**

Pelaksanaan adalah fase ketika perawat melaksanakan rencana atau perencanaan keperawatan. Pelaksanaan terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan perencanaan. Perawat melakukan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk rencana yang disusun dalam tahap rencana dan kemudian mengakhiri tahap pelaksanaan

dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon klien terhadap tindakan tersebut (Stuart, 2016).

### **2.1.5 Evaluasi**

Evaluasi adalah penilaian keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah diberikan dan fokusnya adalah pada kualitas hubungan teraupetik. Karena hubungan adalah pusat perawatan yang afektif, jenis evaluasi harus dilakukan pada dua tingkat. Tingkat evaluasi pertama berfokus pada perawat dan partisipasi perawat dalam hubungan. Tingkat evaluasi kedua berfokus pada perilaku klien dan perubahan perilaku yang harus difasilitasi oleh perawat (Stuart, 2016).

S: Respon subjek klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

O: Respon objek klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

A: Analisa terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada/tidak teratasi atau muncul masalah baru.

P : Perencanaan tindak lanjut berdasarkan analisa respon klien.

## **1.5 Konsep Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia**

### **1.5.1 Pengertian Halusinasi**

Halusinasi merupakan gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan persepsi sensori, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, rasa, sentuhan, atau penciuman (Abdurkhman & Maulana, 2022). Halusinasi merupakan distorsi persepsi palsu yang terjadi pada

respon neurobiologist maladaptive, penderita sebenarnya mengalami distorsi sensori sebagai hal yang nyata dan meresponnya (Pardede, 2020).

Halusinasi merupakan persepsi yang diterima oleh panca indera tanpa adanya stimulus eksternal. Klien dengan halusinasi sering merasakan keadaan/kondisi yang hanya dapat dirasakan olehnya namun tidak dapat dirasakan oleh orang lain (Aldam & Wardani, 2019). Halusinasi pendengaran terjadi ketika klien mendengar suara-suara, halusinasi ini sudah melebur dan pasien merasa sangat ketakutan, panik dan tidak bisa membedakan antara khayalan dan kenyataan yang dialaminya (Hafizuddiin, 2021).

### **1.5.2 Etiologi Halusinasi**

Faktor predisposisi dan presipitasi menurut (Oktaviani, Hasanah, & Utami, 2022) :

#### **a. Faktor predisposisi**

##### **1. Faktor Perkembangan**

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

##### **2. Faktor Sosial Budaya**

Meliputi klien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan Halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi

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

### 3. Faktor Biologis

Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogen neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya neurotransmitter otak.

### 4. Faktor sosiokultural

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

### 5. Psikologis

Kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya, klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayalan.

#### b. Faktor Presipitasi

##### 1. Dimensi fisik

Kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

## 2. 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.

## 3. Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego.

## 4. 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.

## 5. Dimensi Spiritual

Klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara sepiritual untuk menyucikan diri.

### 1.5.3 Tanda Dan Gejala

Menurut Azizah dan Zainuri (2016) tanda dan gejala halusinasi antara lain:

- a. Berbicara, tertawa dan tersenyum sendiri
- b. Bersikap seperti mendengarkan sesuatu
- c. Berhenti berbicara sesaat ditengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu
- d. Disorientasi
- e. Tidak mampu atau kurang konsentrasi
- f. Cepat berubah pikiran
- g. Alur pikir kacau
- h. Respon yang tidak sesuai
- i. Menarik diri
- j. Suka marah dengan tiba-tiba dan menyerang orang lain tanpa sebab
- k. Sering melamun

### 1.5.4 Rentang Respon Halusinasi

Rentang respon tersebut sebagai berikut (Pardede, 2021) :

- a. Respon Adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut, respon adaptif :

1. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.  
Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.

2. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman.
3. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
4. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

b. Respon Maladaptif

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

1. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
2. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
3. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati
4. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
5. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

### 1.5.5 Jenis-Jenis Halusinasi

Jenis halusinasi menurut Pardede (2021) adalah sebagai berikut :

a. Halusinasi pendengaran (*auditorik*)

Karakteristik ditandai dengan mendengar suara, terutama suara–suara orang, biasanya klien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

b. Halusinasi penglihatan (*visual*)

Karakteristik dengan adanya stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartun atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan bisa menyenangkan atau menakutkan.

c. Halusinasi penghidu (*olfactory*)

Karakteristik 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 demensia.

d. Halusinasi peraba (*tactile*)

Karakteristik ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat. Contoh : merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

e. Halusinasi pengecap (*gustatory*)

Karakteristik ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikkan, merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin atau feses.

### 1.5.6 Fase-fase Halusinasi

Halusinasi terbagi beberapa fase (Oktaviani et al., 2022) :

a. Fase Pertama (*Sleep disorder*)

Klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak 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 lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecah masalah.

b. 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.

c. 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.

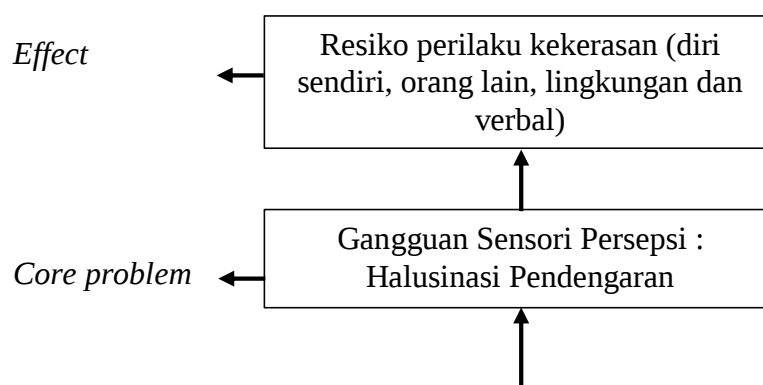
d. Fase Keempat (*Controlling Severe Level of Anxiety*)

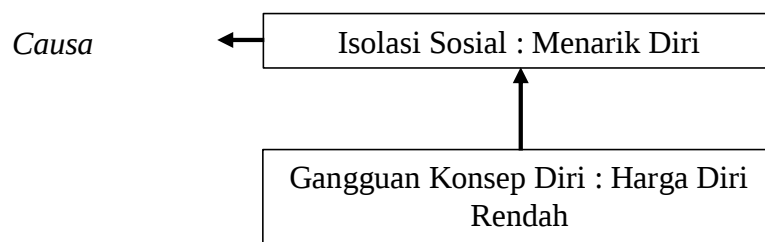
Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.

e. Fase ke lima (*Conquering Panic Level of Anxiety*)

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 dan terjadi gangguan psikotik berat.

### 1.5.7 Pohon Masalah





**Gambar 2. 1 Pohon Masalah Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran (Keliat, 2019).**

### 1.5.8 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut Keliat et al (2019) yang muncul pada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi sebagai berikut :

- a. Gangguan sesori persepsi : halusinasi pendengaran berhubungan dengan menarik diri
- b. Isolasi sosial : menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah
- c. Risiko perilaku kekerasan berhubungan dengan halusinasi pendengaran

### 1.5.9 Perencanaan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa gangguan persepsi sensori halusinasi meliputi pemberian tindakan keperawatan berupa terapi. Perencanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan standart asuhan keperawatan jiwa Indonesia (Keliat et al., 2019).

#### 1. Kognitif

1. Menyebutkan penyebab halusinasi
2. Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan seperti jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan halusinasi dan respon
3. Menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi

4. Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi
  5. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat.
2. Psikomotor
1. Melawan halusinasi dengan menghardik.
  2. Mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek.
  3. Mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas.
  4. Minum obat dengan prinsip 8 benar yaitu benar nama klien, benar manfaat obat, benar dosis obat, benar frekuensi obat, benar cara, benar tanggal kadaluarsa, dan benar dokumentasi.
3. Afek
1. Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi.
  2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.

#### **1.5.10 Pelaksanaan Halusinasi**

Menurut Keliat et al (2019) tindakan keperawatan pasien halusinasi bertujuan untuk pasien mengenali halusinasi yang dialaminya, pasien dapat mengontrol halusinasinya, dan pasien mengikuti program pengobatan secara optimal. Berikut merupakan standar pelaksanaan pada pasien halusinasi :

- a. Tindakan keperawatan untuk Pasien
  1. SP 1 : Mengontrol halusinasi dengan menghardik

- a) Pasien mampu mengenal halusinasi yang dialaminya : isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan dan respon.
  - b) Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Dengan cara :
    - 1) Menjelaskan cara menghardik
    - 2) Memperagakan cara menghardik.
    - 3) Meminta pasien memperagakan ulang.
    - 4) Memantau penerapan cara ini.
    - 5) Memperkuat perilaku pasien
  - c) Memasukan dalam jadwal kegiatan pasien
2. SP 2 : Mengontrol halusinasi dengan cara menggunakan obat
- a) Evaluasi jadwal pasien yang lalu (SP 1)
  - b) Latih kontrol halusinasi dengan cara menggunakan obat. Dengan cara :
    - 1) Menjelaskan pentingnya penggunaan obat. Jelaskan bila obat tidak digunakan sesuai program.
    - 2) Jelaskan akibat putus obat.
    - 3) Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat.
    - 4) Jelaskan menggunakan obat dengan prinsip 6 benar.
  - c) Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien
3. SP 3 : Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap
- a) Evaluasi jadwal pasien yang lalu (SP 1 & 2)
  - b) Latih kontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap.

- c) Masukkan dalam jadwal aktivitas pasien
- 4. SP 4 : Mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal
  - a) Evaluasi jadwal pasien yang lalu (SP 1, 2 & 3)
  - b) Latih kontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal.
  - c) Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien.
- b. Tindakan Keperawatan Untuk Keluarga

Menurut Keliat et al (2019) tindakan keperawatan pada keluarga dengan pasien halusinasi bertujuan untuk keluarga dapat teribat dalam perawatan pasien di rumah dan keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien. Berikut merupakan standar pelaksanaan pada keluarga :

1. SP 1

Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi, dan cara-cara merawat pasien halusinasi.

2. SP 2

Latih keluarga merawat pasien langsung dihadapan pasien. Memberi kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung dihadapan pasien.

3. SP 3

Buat perencanaan aktivitas di rumah dan menjelaskan *follow up* dan rujukan pasien.

### 1.5.11 Evaluasi

Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus-menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dibagi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon klien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan pendekatan SOAP (Keliat, 2019) sebagai pola pikir yaitu :

S: Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan menanyakan “Bagaimana perasaan ibu setelah latihan nafas dalam ?”

O: Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan atau menanyakan kembali apa yang telah diajarkan atau memberi umpan balik sesuai dengan hasil observasi.

A: Analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.

P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut perawat.

