

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.2.1 Definisi

Skizofrenia merupakan salah satu kelainan yang terjadi pada psikologis yang terjadi pada seseorang yaitu ditandai dengan adanya distress atau rusaknya kejiwaan yang meliputi cara berfikir, perasaan, kehendak semesta, tindakan psikomotor dan menyebabkan distress, perubahan perilaku dan berakhir dengan penurunan kualitas hidup seseorang (Stuart, 2016).

Skizofrenia merupakan gangguan psikososial yang ditandai dengan banyak hal yang mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku seseorang. yang menyebabkan mereka berperilaku agresif dan sering berteriak histeris. (Nur Syamsi Norma Lalla and Wiwi Yunita 2022)

Skizofrenia adalah psikosis fungsional yang menyebabkan inkohistensi dan distorsi kenyataan (Maulana, Hernawati, & Shalahuddin). Salah satu gejala umum skizofrenia adalah halusinasi, distorsi isi pikiran, distorsi proses pikir dan bahasa, distorsi perilaku dan pengendalian diri, dan keterbatasan dalam mengekspresikan emosi dan produktivitas berpikir (Andri et al., 2019).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Skizofrenia adalah gangguan psikologis atau psikososial serius yang memengaruhi cara berpikir, perasaan,

kehendak, dan perilaku seseorang. Gangguan ini ditandai dengan distress psikologis, distorsi realitas, halusinasi, perubahan perilaku, serta kesulitan dalam mengekspresikan emosi dan berpikir secara produktif. Penderita skizofrenia sering menunjukkan perilaku agresif, histeris, dan mengalami penurunan kualitas hidup secara signifikan.

2.2.2 Jenis Skizofrenia

Dalam jurnal (Dewi and Budianti 2024) jenis –jenis skizofrenia terdiri dari:

1. Skizofrenia Paranoid

Jenis yang paling umum diantara ketiga yang tercatat dalam dalam tabel 1, dengan jumlah kasus yang lebih tinggi di bandingkan jenis lainnya.pasien yang mengalami delusi paranoid,halusinasi dan ketidak kepercayaan yang mendalam terhadap orang lain.

2. Skizofrenia Undifferentiated

Jenis skizofrenia yang paling jarang dalam penelitian adalah skizofrenia undifferentiated, yang memiliki jumlah kasus yang jauh lebih rendah dibandingkan dengan skizofrenia paranoid. Skizofrenia undifferentiated memiliki gejala yang tidak sfresifik dan tidak cocok dengan jenis skizofrenia lainnya.

3. Gangguan Skizoafektif Tipe Depresif

Skizoafektif tipe defresi adalah jenis gangguan skizoafektif yang sedikit dalam penelitian. Karakteristik Gangguan ini menggabungkan gejala skizofrenia dengan episode depresi

4. Skizofrenia Simplex

Skizofrenia simplex, gejala utamanya adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan, sering muncul pada masa pubertas. Waham dan halusinasi sangat jarang, dan gangguan berpikir umumnya sulit dideteksi. Penyakit ini berkembang sangat lambat, dan pasien awalnya mulai menarik diri dari keluarga dan pergaulan mereka, serta mengalami kemunduran dalam pekerjaan atau pendidikan mereka, yang dapat menyebabkan pengangguran. Penderita dapat berakhir sebagai pengemis, pelacur, atau terlibat dalam perilaku kriminal jika mereka tidak mendapatkan bantuan

5. Skizofrenia Hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik biasanya berkembang secara bertahap selama masa remaja, antara usia lima belas hingga dua puluh lima tahun. Gangguan proses berpikir, gangguan kemauan, dan depersonalisasi atau adanya perasaan kepribadian ganda adalah gejala utama. Jenis ini sering menunjukkan gangguan psikomotor seperti mannerism, neologisme, dan perilaku anak-anak. Waham dan halusinasi sering terjadi dalam jumlah yang sangat besar

6. skizofrenia katatonik

Skizofrenia katatonik biasanya muncul pada usia 15 hingga 30 tahun dan sering terjadi secara akut, sering kali dipicu oleh stres emosional. Gejalanya bisa berupa kegelisahan katatonik atau stupor katatonik, yang menunjukkan kekakuan atau ketidakmampuan bergerak.

2.2.3 Gejala Skizofrenia

Menurut (Cinantyan Wibowo et al. n.d.) Gejala-gejala yang sering ditemukan pada skizofrenia antara lain:

- 1) Halusinasi pendengaran, penglihatan dan penciuman.
- 2) Delusi yaitu keyakinan atau kecurigaan tidak nyata yang orang lain ataupun budaya sekitar tidak menyakininya.
- 3) Perilaku abnormal seperti perilaku tidak menentu, berkeliaran tanpa tujuan, penampilan aneh.
- 4) Berbicara yang tidak teratur seperti perkataan yang tidak relevan.
- 5) Gangguan emosi yang ditandai dengan adanya hubungan antara mood dan afek. Skizofrenia terbagi menjadi beberapa macam, tergantung dari gejala yang dialami penderita. Jenis jenis skizorenia antara lain skizofrenia paranoidskizorenia hebrefenik, skizofrenia katatonik, skizofrenia tak terinci (Undifferentiated), depresi pasca skizofrenia, skizofrenia residual, skizofrenia simpleks, skizofrenia lainnya dan skizofrenia yang tak tergolongkan (Wibowo & Herdaetha, 2022)

2.3 Konsep Skizofrenia Heberfrenik

2.3.1 Definisi Skizofrenia Hebefrenik

skizofrenia hebefrenik. Penderita skizofrenia hebefrenik sering terlihat aktif, tertawa tanpa alasan, dan menyeringai, menurut penelitian. Namun, perilaku mereka tampaknya tidak konstruktif dan tanpa tujuan. Arus pikir dan isi pikirnya sangat terstruktur, menonjol, dan mungkin tidak sesuai dengan keadaan nyata. Sangat menyedihkan jika gejala skizofrenia menghambat usia produktif yang seharusnya digunakan untuk belajar, memulai bekerja, mempersiapkan pernikahan, dan melakukan peran lainnya. Eddy (2017) menyatakan bahwa tipe hebefrenik sering disebut sebagai tipe dengan prognosis yang buruk ketika dibandingkan dengan tipe lain. Untuk mencegah gejala menjadi lebih buruk, yang meningkatkan prognosis, jelas diperlukan penanganan yang tepat. Menurut Risna Amalia dan Tatik Meiyuntariningsih pada tahun 2020,

Skizofrenia hebefrenik yang didasarkan pada PPDG. Remaja atau dewasa muda berusia 15 hingga 25 tahun mendapatkan Tanda-tanda kepribadian premorbid termasuk menjadi pemalu dan menyukai waktu sendirian. Untuk memastikan bahwa gambaran yang diamati benar, pengamatan terus-menerus harus dilakukan selama dua hingga tiga bulan. Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diprediksi serta perilaku yang menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan menunjukkan kecenderungan untuk menyendiri. tindakan kecil dan tidak wajar yang disertai dengan keluhan hipokondriakal, ungkapan kata berulang, senyum sendiri, tertawa menyeringai, cekikikan, dan perasaan puas diri. Menurut Risna Amalia dan Tatik Meiyuntariningsih pada tahun 2020,

Skizofrenia hebefrenik adalah gangguan mental yang ditandai dengan perilaku, pembicaraan, halusinasi, dan pikiran yang tidak logis dan kacau seperti orang normal. Orang yang menderita skizofrenia hebefrenik juga menghadapi kesulitan untuk berpartisipasi dalam kegiatan sosial dan beraktivitas secara baik.(Cahyani et al., 2024)

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan Skizofrenia hebefrenik adalah gangguan mental yang ditandai dengan regresi perilaku, tindakan yang tidak teratur, serta ekspresi emosi yang tidak wajar, seperti tertawa tanpa alasan dan menyeringai tanpa tujuan. Gangguan ini biasanya muncul pada usia remaja hingga dewasa muda (15-25 tahun) dan sering kali berhubungan dengan kepribadian premorbid yang cenderung pemalu serta suka menyendiri. Penderita skizofrenia hebefrenik mengalami gangguan dalam berpikir, berbicara, dan bertindak, yang menyebabkan kesulitan dalam berpartisipasi dalam aktivitas sosial serta menjalani kehidupan produktif. Prognosis gangguan ini cenderung buruk dibandingkan tipe skizofrenia lainnya, sehingga diperlukan pemantauan intensif serta penanganan yang tepat untuk mencegah kondisi semakin memburuk dan meningkatkan kualitas hidup penderita.

2.2.3 Gejala skizofrenia Hebefrenik

Gejala Skizofrenia Hebefrenik menurut (Amimi et al. 2020)

1. Gejala Primer

a. Gangguan proses pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi.

b. Gangguan afek emosi

1) terjadi kedangkalan afek-emosi

2) Paramimi dan paratimi

3) Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan.

4) Emosi berlebihan

5) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik

c. Gangguan kemauan

1) Terjadi kelemahan kemauan

2) Perilaku negativisme atas permintaan

3) Otomatisme : merasa pikiran/ perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain.

d. Gangguan psikomotor

- 1) Stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologisme
- 2) Stereotipi
- 3) Katelepsi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama.
- 4) Echolalia dan Echopraxia

2. Gejala Sekunder

a. Waham dan Halusinasi

Istilah ini menggambarkan persepsi sensori yang salah, yang mungkin meliputi salah satu dari kelima pancaindra. Halusinasi pendengaran dan penglihatan yang paling umum terjadi, halusinasi penciuman, perabaan, dan pengecapan juga dapat terjadi.

2.1.2 Jenis Skizofrenia Hebefrenik

Jenis atau Karakteristik Skizofrenia Hebefrenik menurut (Serenity, Rafiyah, and Hidayati 2024) :

1. Skizofrenia Hebefrenik Murni

- Pasien mengalami gangguan berpikir dan emosi yang sangat tidak terorganisir.
- Tidak ada gejala katatonik yang dominan.
- Sering kali menunjukkan ekspresi wajah yang aneh dan tertawa tanpa alasan.

2. Skizofrenia Hebefrenik dengan Dominasi Gejala Negatif

- Ditandai dengan afek datar atau kurangnya ekspresi emosi.
- Menunjukkan kurangnya motivasi, inisiatif, dan minat terhadap aktivitas sehari-hari.
- Perilaku tampak apatis, malas, dan sering menarik diri dari lingkungan sosial.

3. Skizofrenia Hebefrenik dengan Dominasi Perilaku Kekanakanakan

- Perilaku pasien cenderung tidak sesuai dengan usianya.
- Sering membuat lelucon atau tertawa dalam situasi yang tidak tepat.
- Kurang bisa memahami norma sosial dan sering melakukan tindakan yang aneh atau tidak pantas.

4. Skizofrenia Hebefrenik dengan Gangguan Bahasa yang Parah

- Pasien mengalami alogia (penurunan kemampuan berbicara).
- Ucapan sering kali tidak koheren dan sulit dipahami.
- Menggunakan kata-kata atau frasa yang tidak masuk akal.

5. Skizofrenia Hebefrenik dengan Gejala Psikotik Berat

- Bisa mengalami halusinasi dan delusi, meskipun tidak sekuat pada skizofrenia paranoid.

Sering mengalami gangguan realitas, di mana mereka kesulitan membedakan mana yang nyata dan mana yang tidak

2.2 Konsep Bercakap-cakap

2.2.1 Definisi terapi bercakap cakap

Bercakap-cakap adalah salah satu cara terbaik untuk mengatasi masalah mental yang ditandai dengan halusinasi. Berbicara dengan orang lain mengalihkan perhatian dari halusinasi dan ke diskusi yang sedang berlangsung. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Ramdani dkk.2023) mendokumentasikan bahwa halusinasi pasien dapat diatasi dengan penggunaan terapi percakapan, termasuk mengalihkan fokusnya. Jika dibandingkan dengan teguran, terapi percakapan menghasilkan temuan evaluasi yang lebih signifikan, menjadikannya pilihan yang lebih baik bagi orang yang mengalami halusinasi. Konsisten dengan penelitian sebelumnya dan bukti subjektif yang baru muncul, pasien melaporkan bahwa verbalisasi adalah strategi yang paling membantu untuk mengelola halusinasi mereka. (Alfaniyah & Pratiwi, 2022).

2.2.2 Tujuan terapi bercakap cakap

Tujuan terapi bercakap-cakap yaitu untuk mengurangi, mengatasi atau mengontrol halusinasi yang timbul lagi yaitu dengan menyibukan diri

melakukan kegiatan bercakap-cakap, dan pasien juga merasa senang bersosialisasi dengan lingkungan nya (Alfaniyahdan Pratiwi,2021)

2.2.3 Manfaat terapi bercakap cakap

manfaat penerapan terapi bercakap-cakap dapat membuat pasien mengalami peningkatan kemampuan mengontrol halusinasi yang ditandai dengan penurunan tanda dan gejala halusinasi setelah diberikan terapi (Alfaniyah & Pratiwi, 2021)

2.3 Konsep Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

2.3.2 Definisi Penyakit Halusinasi

Skizofrenia simplex, gejala utamanya adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan, sering muncul pada masa pubertas. Waham dan halusinasi sangat jarang, dan gangguan berpikir umumnya sulit dideteksi. Penyakit ini berkembang sangat lambat, dan pasien awalnya mulai menarik diri dari keluarga dan pergaulan mereka, serta mengalami kemunduran dalam pekerjaan atau pendidikan mereka, yang dapat menyebabkan pengangguran. Penderita dapat berakhir sebagai pengemis, pelacur, atau terlibat dalam perilaku kriminal jika mereka tidak mendapatkan bantuan. (Trimelia, 2019).

Persepsi sensori adalah kemampuan untuk mengenal sesuatu melalui pengamatan, pemahaman, dan interpretasi melalui rangsangan panca indera. Menurut Lilik (2019) Halusinasi adalah ketidakmampuan manusia untuk membedakan antara rangsangan internal (pikiran) dan eksternal (dunia luar).

Tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata, pasien memberikan persepsi atau pendapat tentang lingkungan mereka. Pasien mengatakan mereka mendengar suara meskipun tidak ada orang yang berbicara. Salah satu gejala gangguan jiwa adalah halusinasi, di mana pasien mengalami perubahan persepsi sensori, seperti merasakan suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penciuman. Halusinasi adalah ketika pasien melihat lingkungannya tanpa stimulus nyata; dalam hal ini, pasien menganggap sesuatu yang nyata tanpa ada rangsangan atau stimulus dari luar. Dengan mempertimbangkan beberapa definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah salah satu gangguan jiwa yang berkembang persepsi tentang lingkungan tanpa objek nyata (Direja, 2018). Salah satu gejala gangguan jiwa adalah halusinasi, di mana pasien mengalami perubahan persepsi sensori, seperti merasakan sensasi palsu seperti suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan. Pasien menganggap ada stimulus yang tidak ada (Damayanti and Hernawaty 2018) Persepsi yang terjadi tanpa rangsangan dari luar disebut halusinasi. Halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang "teresepsi", meskipun tampak seperti sesuatu yang "khayal". (Yosep, 2019).

halusinasi pendengaran. Mendengar suara, yang paling umum adalah suara manusia yang menyuruh untuk melakukan suatu tindakan (Jayanti, Budianto, and Laksmi 2022) Menurut Yosep (2019), respons pasien terhadap

halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, ketidakmampuan untuk membuat keputusan, dan ketidakmampuan untuk membedakan situasi yang benar atau salah. Berdasarkan beberapa definisi sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa halusinasi pendengaran adalah respons pasien terhadap suara-suara dan perasaan takut yang disebabkan oleh halusinasi.

Dari definisi di atas yang dapat disimpulkan bahwa skizofrenia simplex adalah jenis skizofrenia yang ditandai oleh kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan, tanpa waham atau halusinasi yang mencolok. Penyakit ini berkembang perlahan, sering muncul pada masa pubertas, dan menyebabkan pasien menarik diri dari kehidupan sosial serta mengalami penurunan dalam pekerjaan atau pendidikan. Sementara itu, halusinasi adalah gangguan persepsi sensori di mana seseorang mengalami sensasi tanpa adanya rangsangan nyata dari lingkungan. Halusinasi pendengaran adalah jenis halusinasi yang paling umum, di mana pasien mendengar suara, sering kali berupa perintah, meskipun tidak ada sumber suara eksternal. Respons pasien terhadap halusinasi pendengaran dapat mencakup perasaan takut, curiga, bingung, hingga perilaku merusak diri dan kesulitan dalam membedakan kenyataan.

2.3.3 Tanda dan gejala Halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien menurut (Oktiviani, 2020) : (Muhitha 2022)

1. Menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai
2. Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara
3. Gerakan mata cepat
4. Menutup telinga
5. Respon verbal lambat atau diam
6. Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikkan
7. Terlihat bicara sendiri
8. Menggerakkan bola mata dengan cepat
9. Bergerak seperti membuang atau mengambil sesuatu
10. Duduk terpaku, memandang sesuatu, tiba-tiba berlari ke ruangan lain
11. Disorientasi (waktu, tempat, orang)
12. Perubahan kemampuan dan memecahkan masalah
13. Perubahan perilaku dan pola komunikasi
14. Gelisah, ketakutan, ansietas
15. Peka rangsang
16. Melaporkan adanya halusinasi

2.4.3 Klasifikasi Halusinasi

Menurut Yosep (2017) halusinasi terdiri dari delapan jenis yaitu:

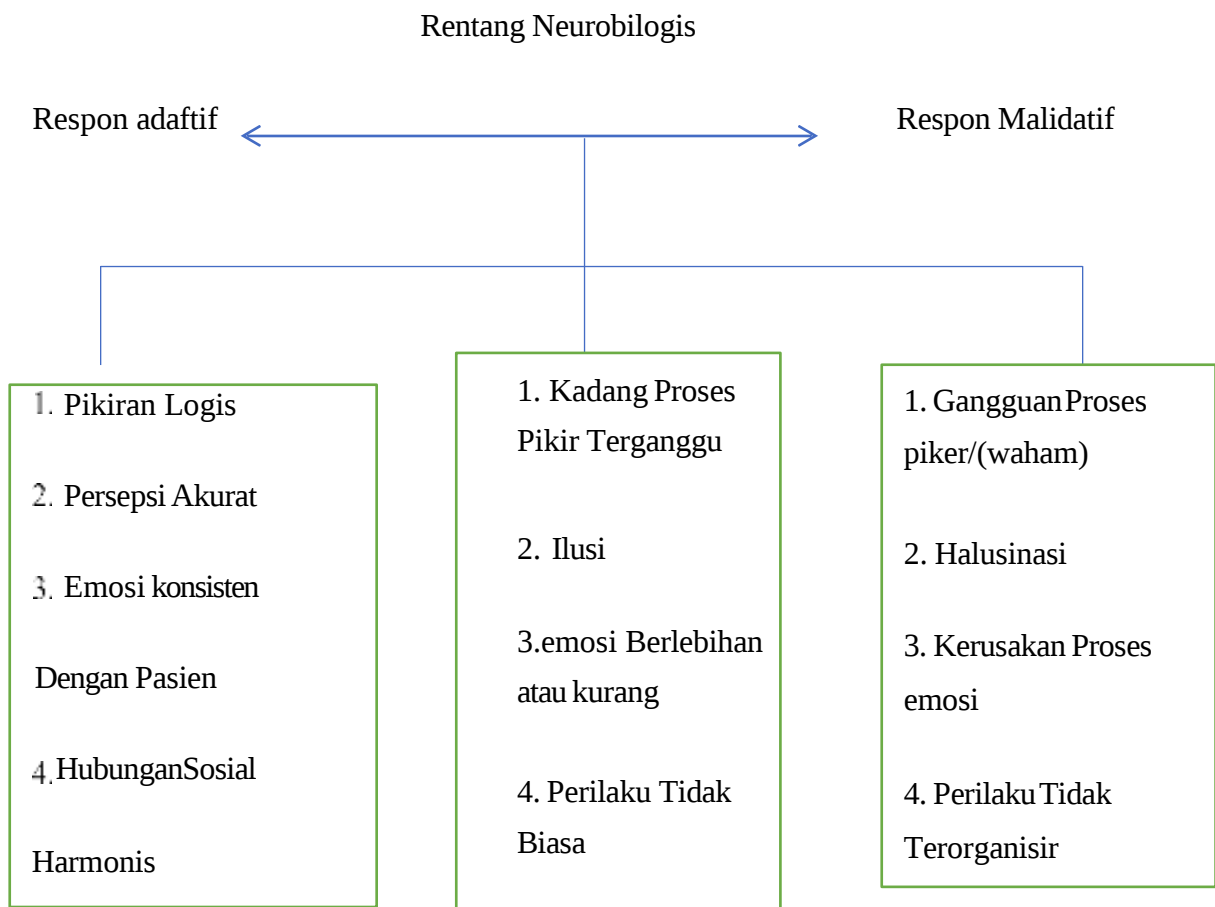
- a. Halusinasi Pendengaran (Auditif, Akustik) Paling sering dijumpai dapat berupa bunyi mendenging atau suara bising yang tidak mempunyai arti, tetapi lebih sering terdengar sebagai sebuah kata atau kalimat yang bermakna. Biasanya suara tersebut ditujukan pada penderita sehingga tidak jarang penderita bertengkar dan berdebat dengan suara-suara tersebut.
- b. Halusinasi Penglihatan (visual, Optik) Lebih sering terjadi pada keadaan delirium (penyakit organik). Biasanya sering muncul bersamaan dengan penurunan kesadaran, menimbulkan rasa takut akibat gambaran-gambaran yang mengerikan.
- c. Halusinasi Penciuman (Olfaktorik) Halusinasi ini biasanya berupa mencium sesuatu bau tertentu dan dirasakan tidak enak, melambangkan rasa bersalah pada penderita. Bau dilambangkan sebagai pengalaman yang dianggap penderita sebagai suatu kombinasi normal.
- d. Halusinasi Pengecapan (Gustatorik) Walaupun jarang terjadi, biasanya bersamaan

dengan halusinasi penciuman penderita merasa mengecap sesuatu. Halusinasi gastorik lebih jarang dari halusinasi gustatorik.

- e. Halusinasi Perabaan (Taktil) Merasa diraba, disentuh, ditiup atau seperti ada ulat yang bergerak dibawah kulit. Terutama pada keadaan delirium toksis skizofrenia.

2.4.4. Rentang respon

1.1 Bagan Rentang Respon



Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptive individu yang berada dalam rentang respon neurobiologis (Stuart dan Laraia, 2005 dalam Pardede et al, 2021). Ini merupakan respon persepsi paling maladaptif. Jika klien sehat maka persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui pancaindra (pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecap, dan perabaan), klien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus pancaindra walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada. Respon individu (yang karena suatu hal mengalami kelainan persepsi) yaitu salah mempersepsikan stimulus yang diterimanya yang disebut dengan ilusi. Klien mengalami ilusi jika interpretasi yang dilakukan terhadap stimulus pancaindra tidak akurat sesuai dengan stimulus. (Muhitha 2022).

2.4.5 Faktor Predisposisi

Menurut Stuart (2017) Faktor penyebab terjadinya halusinasi adalah :

- 1) Biologis Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami.
- 2) Psikologis Keluarga, pengasuh dan lingkungan pasien sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien. Salah satu sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien. Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada

lingkungannya.

- 3) Sosial Budaya Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti: kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stress

2.4.6 Faktor Presipitasi

Secara umum pasiendengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stressor dan masalah koping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan (Keliat, 2016). Faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah :

- f. Biologis Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.
- g. Stress Lingkungan Ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.
- h. Sumber Koping Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor. Pada pasien dengan halusinasi, biasanya

menggunakan pertahanan diri dengan menggunakan pertahanan diri dengan cara proyeksi yaitu untuk mengurangi perasaan emasnya pasien menyalahkan orang lain dengan tujuan menutupi kekurangan yang ada pada dirinya.

2.4.7 Mekanisme Koping Dan sumber koping

Pada halusinasi terdapat 2 mekanisme koping yaitu:

- 1) Menarik diri dan pasien sudah asyik dengan pengalaman internalnya.
- 2) Proyeksi: Menggambarkan dan menjelaskan persepsi yang membingungkan (dalam mengalihkan respon kepada sesuatu atau seseorang). Regresi: Terjadi dalam hubungan sehari-hari untuk memproses masalah dan mengeluarkan sejumlah energi dalam mengatasi cemas.

Pada halusinasi ada 4 sumber koping yaitu :

- 1) Personal ability: Ketidakmampuan memecahkan masalah, ada gangguan dari kesehatan fisiknya, ketidakmampuan berhubungan dengan orang lain, pengetahuan tentang penyakit dan intelegensi yang rendah, identitas ego yang tidak adekuat.
- 2) Social support : Hubungan antara individu, keluarga, kelompok, masyarakat tidak adekuat, komitmen dengan jaringan sosial tidak adekuat
- 3) Material asset : Ketidakmampuan mengelola kekayaan, misalnya boros

atau santa pelit, tidak mempunyai uang untuk berobat, tidak ada tabungan, tidak memiliki kekayaan dalam bentuk barang, tidak ada pelayanan kesehatan dekat tempat tinggal

- 4) Positif belief : Distress spiritual, tidak memiliki motivasi, penilaian negatif terhadap pelayanan kesehatan, tidak menganggap itu suatu gangguan.

2.4.8 Proses terjadinya masalah

Halusinasi berkembang melalui empat fase, menurut Direja (2017), yaitu sebagai berikut :

1. Fase pertama

Disebut juga sebagai fase comforting yaitu fase yang menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik. Karakteristik: klien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan. Klien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara.

Perilaku klien: tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya, dan suka menyendiri.

2. Fase kedua

Disebut dengan fase condemning atau ansietas berat yaitu halusinasi

menjadi menjijikan, termasuk dalam psikotik ringan. Karakteristik: pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun, dan berfikir sendiri jadi dominan. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas dan klien tidak ingin orang lain tahu, dan ia tetap mengontrolnya.

Perilaku klien: meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom seperti peningkatan denyut jantung

3. Fase ketiga

Fase controlling atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Termasuk dalam gangguan psikotik. Karakteristik: bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya.

Perilaku klien: kemauan dikendalikan halusinasi, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik. Tanda-tanda fisik berupa klien berkeringat, tremor dan tidak mematuhi perintah.

4. Fase keempat

Fase conquering atau panic yaitu klien lebur dengan halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat. Karakteristik: halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain di lingkungan.

Perilaku klien: perilaku terror akibat panic, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau kakatonik, tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks, dan tidk mampu berespons lebih dari satu orang

2.5 Konsep asuhan keperawatan

2.5.1 Pengkajian Keperawatan (Direja, 2018)

a) Identitas Pasien

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, asal suku bangsa, agama, status perkawinan, pendidikan, tanggal MRS (masuk rumah sakit) dan nama orang tua serta pekerjaan orang tua.

b) Keluhan Utama

Biasanya pasien mendengar suara suara atau bisikan yang tidak berwujud dan seolah olah kaya menyuruh nya untuk melakukan bisikan tersebut

c) Faktor Predisposisi

1) Biologis

Abnormalitas yang menyebabkan respon neurobiologi yang maladaptif termasuk hal-hal penelitian pencitraan otak yang menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia, lesi pada area frontal, temporal dan limbic. Beberapa kimia otak dikaitkan dengan skizofrenia seperti

dopamine neurotransmitter yang berlebihan dan masalah pada respon dopamine.

2) Psikologis

Teori psikodinamika yang menggambarkan bahwa halusinasi terjadi karena adanya isi alam tidak sadar yang masuk alam sadar sebagai suatu respon terhadap konflik psikologis dan kebutuhan yang tidak terpenuhi, sehingga halusinasi merupakan gambaran dan rangsangan keinginan dan ketakutan dialami oleh pasien.

3) Sosial budaya

Stress yang menumpuk dapat menunjang terhadap gangguan psikotik lain tetapi diyakini sebagai penyebab utama gangguan.

d) Faktor Presipitasi

1) Biologi

Stressor biologi yang berhubungan dengan respon neurobiologi yang maladaptif, termasuk gangguan dalam putaran umpan balik otak yang mengatur proses informasi dan abnormalisasi pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk selektif menghadapi rangsangan.

2) Stress Lingkungan

Secara biologis menetapkan ambang toleransi terhadap stress

yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3) Pemicu Gejala

Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologi yang maladaptif berhubungan dengan kesehatan (gizi buruk, infeksi), lingkungan rasa bermusuhan/lingkungan yang penuh kritik, gangguan dalam hubungan interpersonal, sikap dan perilaku (keputusasaan, kegagalan).

e) Mekanisme Koping

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

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 keraguan 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-lainn, sedangkan reaksi psikologis individu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan. Kemudian data yang diperoleh dapat dikelompokkan menjadi dua macam sebagai berikut :

a. Data Subjektif

Data yang disampaikan secara lisan oleh pasien dan keluarga.

Data ini diperoleh melalui wawancara perawat kepada pasien dan keluarga. Data langsung didapat oleh perawat disebut data primer, dan data yang di ambil dari hasil catatan tim kesehatan lain sebagai data sekunder.

b. Data Objektif

Data yang ditemukan secara nyata. Data ini didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung.

1) Psikososial

a. Genogram

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

b. Konsep diri

1. Gambaran diri klien biasanya mengeluh dengan keadaan tubuhnya, ada bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai
2. Identitas diri; klien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya merasa bahwa klien tidak berguna
3. Peran klien dalam keluarga atau dalam kelompok masyarakat, kemampuan dalam melaksanakan fungsi atau perannya dan bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut. Pada klien halusinasi bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain, perilaku agresif
4. Ideal diri yaitu harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya (Hulu et al. 2021)
5. Harga diri klien memiliki harga diri yang rendah sehubungan dengan sakitnya namun klien yang mengalami halusinasi ada pula

menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan, dan kegagalan ia tetap merasa dirinya sangat berharga (Syahdi, D., & Pardede 2020)

c. Hubungan Sosial

Tanyakan siapa orang terdekat di kehidupan pasien tempat mengadu, berbicara, minta bantuan, atau dukungan. Serta tanyakan organisasi yang diikuti dalam kelompok atau masyarakat. Klien dengan halusinasi cenderung tidak mempunyai orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat. Lebih senang menyendiri dan asik dengan isi halusinasinya (Syahdi & Pardede, 2022)

d. Spiritual

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

2) Mental

a. Penampilan

Biasanya penampilan diri yang tidak rapi, tidak serasi atau cocok dan berubah dari biasanya

b. Pembicaraan

Tidak terorganisir dan bentuk yang maladaptif seperti kehilangan, tidak logis, berbelit-belit

c. Aktivitas motorik

Meningkat atau menurun, impulsif, kataton dan beberapa gerakan yang abnormal.

d. Alam perasaan

Berupa suasana emosi yang memanjang akibat dari faktor presipitasi misalnya sedih dan putus asa disertai apatis.

e. Afek

Afek sering tumpul, datar, tidak sesuai dan ambivalen.

f. Interaksi selama wawancara

Selama berinteraksi dapat dideteksi sikap klien yang tampak komat-kamit, tertawa sendiri, tidak terkait dengan pembicaraan.

g. Persepsi

Halusinasi apa yang terjadi dengan klien. Data yang terkait tentang halusinasi lainnya yaitu berbicara sendiri dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindar dari orang lain, tidak dapat membedakan nyata atau tidak nyata, tidak dapat memusatkan perhatian, curiga, bermusuhan, merusak, takut, ekspresi muka tegang, dan mudah tersinggung.

- Waktu

Perawat juga perlu mengkaji waktu munculnya halusinasi yang dialami pasien. Kapan halusinasi terjadi? Apakah pagi, siang, sore, malam? Jika muncul pukul berapa?

- Frekuensi

Frekuensi terjadinya apakah terus menerus atau hanya sekali- kali kadang kadang, jarang atau sudah tidak muncul lagi. dengan mengetahui frekuensi terjadinya halusinasi dapat direncanakan frekuensi tindakan untuk mencegah terjadinya halusinasi pada pasien halusinasi sering kali halusinasi pada saat pasien tidak memiliki kegiatan atau pada saat melamun maupun duduk sendiri.

- Situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi

Situasi terjadinya apakah ketika sendiri, atau setelah terjadi kegiatan tertentu. Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadi halusinasi, menghindari situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi, sehingga pasien tidak larut dengan halusinasinya.

- Respon

Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul. Perawat dapat menanyakan kepada pasien hal yang dirasakan atau yang dilakukan saat halusinasi itu timbul. Perawat juga dapat menanyakan kepada keluarga nya atau orang terdekat pasien. Selain itu, dapat juga dengan mengobservasi perilaku pasien saat halusinasi timbul. Pada pasien halusinasi sering kali mengarah, mudah tersinggung, merasa curiga pada orang lain

h. Proses pikir

Biasanya klien tidak mampu mengorganisir dan Menyusun pembicaraan logis dan koheren, tidak berhubungan, berbelit. Ketidakmampuan klien ini sering membuat lingkungan takut dan merasa aneh terhadap klien.

i. Isi pikir

Selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersoalisasi yaitu perasaan yang aneh atau asing terhadap diri sendiri, orang lain lingkungan sekitar, berisikan keyakinan berdasarkan penilaian non realistis.

j. Tingkat kesadaran

Biasanya klien akan mengalami disorientasi terhadap orang, tempat dan waktu.

k. Memori

- Daya ingat jangka panjang : mengingat kejadian masa lalu lebih dari satu bulan
- Daya ingat jangka menengah : dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir.
- Daya ingat jangka pendek : dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini.

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

m. Pada pasien dengan halusinasi tidak dapat berkonsentrasi dan dapat menjelaskan kembali pembicaraan yang baru saja di bicarakan dirinya atau orang lain.

n. Kemampuan penilaian

Klien mengalami ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, menilai, dan mengevaluasi diri sendiri dan juga tidak mampu melaksanakan keputusan yang telah disepakati. Sering tidak merasa yang dipikirkan dan diucapkan adalah salah.

o. Daya tilik diri

Pada pasien halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang diderita: pasien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan atau pasien menyangkal keadaan penyakitnya, pasien tidak mau bercerita tentang penyakitnya.

3) Kebutuhan persiapan klien pulang

a. Makan

Keadaan berat, klien sibuk dengan halusinasi dan cenderung tidak memperhatikan diri termasuk tidak peduli makanan karena tidak memiliki minat dan kepedulian.

b. BAB atau BAK

Observasi kemampuan klien untuk BAK atau BAK serta kemampuan klien untuk membersihkan diri.

c. Mandi

Biasanya klien mandi berulang-ulang atau tidak mandi sama sekali.

d. Berpakaian

Biasanya tidak rapi, tidak sesuai dan tidak diganti.

e. Observasi tentang lama dan waktu tidur siang dan malam : biasanya istirahat klien terganggu bila halusinasinya datang.

f. Pemeliharaan Kesehatan

Pemeliharaan kesehatan klien selanjutnya, peran keluarga dan sistem pendukung sangat menentukan.

g. Aktifitas dalam rumah

Klien tidak mampu melakukan aktivitas di dalam rumah seperti menyapu.

4) Aspek medis

a. Diagnosa medis

b. Terapi yang diberikan

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Tahap kedua yaitu menetapkan diagnosis keperawatan dengan mengetahui gejala dan tanda gangguan persepsi sensori. Hal ini termasuk penemuan halusinasi Diagnosa Keperawatan Menurut (PPNI, 2016) diagnosa keperawatan yang paling utama pada pasien halusinasi adalah:

1. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran (D.0085)

2. Risiko perilaku kekerasan (D.0146)

3. Isolasi Sosial (D.0121)

2.5.3 Perencanaan

Rencana keperawatan adalah langkah-langkah yang dirancang untuk menangani masalah berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan, dengan tujuan memenuhi kebutuhan klien. Perencanaan keperawatan mencakup tiga aspek utama, yaitu tujuan umum, tujuan khusus, dan tindakan keperawatan. Tujuan umum bertujuan untuk mengatasi masalah utama, sedangkan pencapaian tujuan umum akan didukung oleh keberhasilan dalam mencapai serangkaian tujuan khusus (Yosep & Sutini, 2014)

1.1 Tabel Perencanaan

Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1. Pasien mampu dan dapat membina hubungan saling percaya.	Setelah dilakukan Intervensi keperawatan.... pertemuan, pasien mampu	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi	Observasi 1. Deteksi dini membantu mencegah eskalasi gejala.
2. Pasien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala halusinasi yang dialami.	1. Mengenal jenis, isi, waktu frekuensi	1. Monitor yang mengindikasi halusinasi 2. Monitor dan sesuaikan Tingkat aktivitas dan	2. Lingkungan yang seimbang dapat mengurangi pemicu halusinasi.
3. Pasien dapat			

Mengidentifikasi akibat halusinasi yang dialami	2. Mengenal situasi yang menimbulkan halusinasi.	3. Monitor isi lingkungan	3. Menilai risiko bahaya dan menentukan intervensi yang sesuai.
4. Pasien dapat menyebutkan cara mengontrol halusinasi .	3. Menjelaskan respon terhadap halusinasi.	3. Kekerasan atau membahayakan diri)	Terapeutik
5. Pasien dapat mempraktekan caramengontrol diri	4. Mampu menghardik	Terapeutik	SP 1 :
	5. Mampu minumobat secara teratur	1) Mengatasi dan identifikasi penyebab, tanda gejalasertaakibat halusinasi pendengaran.	Mengenal penyebab & cara mengontrol halusinasi, latihan menghardik halusinasi, , jadwal kegiatan.
	6. Mampu bercakap–cakap jika terjadi halusinasi.	2) Jelaskan cara mengontrol halusinasi.	
	7. Melakukan kegiatan harian sesuai jadwal	3) Latihan cara mengontrol halusinasidengan cara pertama : menghardik halusinasi. Tahapantindakan meliputi : a) Jelaskan cara menghardik halusinasi b) Peragaan cara menghardik	

c) Meminta
Pasien
memperagakan
ulang

d) Pantau
penerapan
cara ini, beri
penguatan
perilaku

4) Melakukan
penerapan terapi
bercakap cakap

5) Memasukan
dalam jadwal
kegiatan

SP 2 :

Evaluasi, latihan
bercakap cakap ,
kegiatan terjadwal.

SP 2 :

1. Evaluasi kegiatan
yang lalu (SP 1)
2. Latihan sp 2 yaitu
bercakap cakap
3. Memasukkan
dalam jadwal
kegiatan

SP 3 :

1. Evaluasi kegiatan
(SP 1 dan 2)
 2. Latihan
-

mengontrol
halusinasi dengan
cara beraktivitas
dengan orang
lain.

SP 3 :

3. Masukkan dalam
jadwal kegiatan
- Evaluasi, latihan
mengontrol halusinasi
dengan bercakap-cakap,
kegiatan terjadwal

SP 4 :

1. Evaluasi kegiatan
yang lalu (SP 1,2,
dan 3)
2. Latihan
mengontrol
halusinasi dengan
minum obat
secara teratur
aktivitas terjadwal
3. Masukkan kegiatan
terjadwal.

Edukasi

1. Anjurkan
memonitor sendiri
situasi terjadinya
halusinasi
 2. Anjurkan bicara
pada orang yang
-

bertahap dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitarnya.	3) Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan		efektivitas pengobatan.
4. Berkomunikasi saat melakukan kegiatan rumah tangga dan kegiatan sosial.	4) Mengontrol perilaku kekerasan secara : fisik, sosial/verbal, spiritual, terapi psikofarmaka	Manajemen resiko perilaku kekerasan	Kolaborasi
		Setelah pertemuan pasien mampu :	Mengurangi gejala dan kecemasan, memastikan efektivitas terapi.
		• Menyebutkan penyebab, tanda, gejala dan akibat perilaku kekerasan • Memperagakan cara fisik 1 untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP1
			• Identifikasi penyebab tanda dan gejala serta akibat perilaku kekerasan • Latih secara fisik 1 : tarik nafas dalam • Masukkan dalam jadwal harian pasien
		Setelah pertemuan pasien mampu :	SP2
		• Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan • Memperagakan	• Evaluasi SP1 • Latih cara fisik 2 : pukul kasur / bantal • Masukkan dalam jadwal harian pasien

cara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan	
Setelah pertemuan pasien mampu :	SP3
• Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan • Memperagakan	• Evaluasi SP1 dan SP2 • Latih secara sosial / verbal
seara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan	• Menolak dengan baik • Mengeintadengn bik • Mengungkapkan dengan baik • Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien
Setelah pertemuan pasien mampu:	SP4
• Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan • memperagakan secara spiritua	• Evaluasi SP 1, 2 dan 3 • Latih secara spiritual berdoa • Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien
Setelah pertemuan pasien	

mampu :	
• Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan	SP5
• Memperagakan cara patuh minum obat	• Evaluasi SP 1, 2, 3 dan 4 • Latih patuh obat • Minum obat secara teratur dengan prinsip 5B • Susun jadwal minum obat dengan teratur • Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien

2.5.4 Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan rencana yang telah disusun sebelumnya. Sebelum melaksanakan tindakan tersebut, perlu dilakukan validasi untuk memastikan bahwa rencana keperawatan masih relevan dan sesuai dengan kondisi terkini klien (Kusumawati & Hartono, 2014)

2.5.5 Evaluasi

Evaluasi adalah suatu proses untuk menilai hasil secara sumatif dengan membandingkan respons pasien terhadap tujuan umum dan khusus yang telah ditetapkan. Dalam konteks halusinasi pendengaran, evaluasi bertujuan untuk memastikan bahwa perilaku kekerasan tidak terjadi, pasien mampu membangun hubungan saling percaya, mengenali halusinasinya, serta dapat mengendalikan halusinasi dalam kurun waktu 4x24 jam.

Menurut Nurliali (2021), evaluasi dapat dilakukan menggunakan pendekatan SOAP, yang terdiri dari:

- S (Subjective): Respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan.
- O (Objective): Respons objektif pasien terhadap intervensi yang dilakukan.
- A (Assessment): Analisis ulang data subjektif dan objektif untuk menentukan apakah ada masalah baru atau kontraindikasi.
- P (Plan): Rencana atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis terhadap respons pasien.