

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar *Skizofrenia*

1. Pengertian *Skizofrenia*

- a. Menurut Townsend (2009) dalam Satrio dkk (2015), istilah *skizofrenia* berasal dari bahasa Yunani yang terdiri dari dua kata yaitu “*schidz*” yang berarti perpecahan, “*phren*” yang berarti pikiran.
- b. Menurut Stuart (2009) dalam Satrio dkk (2015), *Skizofrenia* merupakan gangguan neurobiologikal otak yang persisten dan serius, sindroma secara klinis yang dapat mengakibatkan kerusakan hidup baik secara individu, keluarga dan komunitas.
- c. Menurut Keliat (2006), *Skizofrenia* adalah suatu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi dan waham), afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mau berfikir abstrak) dan mengalami kesukaran dalam beraktifitas sehari-hari.

2. Jenis *Skizofrenia*

Menurut direja (2011), jenis skizofrenia antara lain:

- a. *Skizofrenia simplex*, dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.
- b. *Skizofrenia hebefrenik*, gejala utama gangguan proses pikir, gangguan kemauan dan depersonalisasi, banyak terdapat waham dan halusinasi.

- c. *Skizofrenia katatonik*, dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.
- d. *Skizofrenia paranoid*, dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran.
- e. *Episode skizofrenia akut (lir skizofrenia)*, adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
- f. *Skizofrenia residual* adalah *skizofrenia* dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia.
- g. *Skizofrenia psiko-afektif*, yaitu adanya gejala utama *skizofrenia* yang menonjol dengan disertai dengan gejala depresi atau mania.

3. Penyebab *Skizofrenia*

a. Biologis

Menurut Shives (2005) dalam Satrio dkk (2015), Pengaruh faktor genetik terhadap *skizofrenia* belum teridentifikasi secara spesifik namun, ada 9 ikatan kromosom yang di percayai untuk terjadinya *skizofrenia* yaitu: 1q, 5q, 6p, 6q, 8p, 10p, 13q, 15q, dan 22q. Anak dengan orang tua yang salah satunya mengalami *skizofrenia* mempunyai risiko 10%, dan bila kedua orang tua mengalami *skizofrenia* maka anak akan berisiko 40% mengalami *skizofrenia* juga. pada masa kehamilan khususnya pada trimester kedua bila terpapar virus influenza berisiko terjadinya *skizofrenia* pada anak. Berdasarkan keterangan diatas bahwa ditinjau dari faktor biologis, *skizofrenia* terjadi

karena genetik, pengaruh neurotransmitter serta ada serangan virus pada masa kehamilan.

b. Psikologis

Menurut Stuart (2009) dalam Satrio (2015), Penyebab *skizofrenia* secara psikologis adalah karena keluarga dan perilaku individu itu sendiri.

Faktor keluarga, ibu yang sering cemas, perhatian yang berlebihan atau tidak ada perhatian, ayah yang jauh atau yang memberi perhatian berlebihan, konflik pernikahan, dan anak yang dalam keluarganya selalu di permasalahakan.

c. Sosial dan Lingkungan

Menurut Videbeck (2009) dalam Satrio dkk (2015), Penyebab *skizofrenia* secara sosial budaya adalah status sosial ekonomi yang mengacu pada pendapatan, pendidikan dan pekerjaan individu.

4. Tanda Gejala *Skizofrenia*

Menurut Stuart (2009) dalam Satrio (2015), tanda gejala *skizofrenia* terdiri dari :

a. Gejala positif

Gejala positif menggambarkan fungsi normal yang berlebihan dan khas, meliputi waham, halusinasi, disorganisasi pembicaraan dan disorganisasi perilaku seperti katatonia/kegelisahan.

b. Gejala negatif

Adanya penurunan fungsi normal pada klien *skizofrenia* seperti afek tumpul, penarikan emosi dalam berkomunikasi, penyerangan fisik

terhadap diri sendiri atau orang lain, merusak barang orang lain atau seksual dan depresi.

5. Penatalaksanaan *Skizofrenia*

Menurut Videbeck (2008) dalam Hidayati (2014) penatalaksanaan *skizofrenia* di bagi menjadi tiga bagian yaitu :

a. Terapi farmakologi

Terapi medis utama *skizofrenia* ialah psikofarmakologi. Antipsikotik yang juga dikenal sebagai neuroleptik, diprogramkan terutama karena keefektifannya dalam mengurangi gejala psikotik. Obat-obat ini tidak menyembuhkan *skizofrenia*, tetapi digunakan untuk mengatasi gejala penyakit tersebut. Antipsikotik tipikal atau yang lebih dulu digunakan adalah antagonis dopamin. Antipsikotik terbaru atau antipsikotin atipikal adalah antagonis serotonin dan antagonis dopamin.

Menurut Videbeck,(2008) dalam Satrio dkk, (2015) menyatakan bahwa obat antipsikotik sering menimbulkan efek samping dan dapat menyebabkan ketidaknyamanan ringan sampai gangguan gerakan yang permanen. Efek samping tersebut sering kali menjadi alasan utama pasien menghentikan atau mengurangi dosis obat. Efek samping neurologis yang serius meliputi efek samping ekstra piramidal (reaksi distonia akut, akatisia, dan parkinsonisme), untuk mencegah efek samping dari antipsikotik, pasien dapat diberikan obat seperti benzotropin, triheksipenidil, biperiden, proksiklidin, amantadin, difenhidramin, diazepam, lorazepam, propranolon.

- b. Terapi kejang listrik atau *Elektro Convulsive Therapy* (ECT)
- c. Terapi nonfarmakologi
Terapi biologis, terapi kognitif, terapi keluarga, terapi perilaku, terapi kelompok, terapi bermain, terapi spiritual Yosep, (2007)

B. Konsep Dasar Halusinasi

1. Pengertian Halusinasi

- a. Menurut Fontaine (2009) dalam Satrio dkk (2015), Halusinasi adalah terjadinya penglihatan, suara, sentuhan, bau maupun rasa tanpa stimulus eksternal terhadap organ-organ indera.
- b. Menurut Townsend (2009) dalam Satrio (2015), Halusinasi merupakan suatu bentuk persepsi atau pengalaman indera dimana tidak terdapat stimulasi terhadap reseptor-reseptornya, halusinasi merupakan persepsi sensoris yang salah yang mungkin meliputi salah satu dari kelima panca indera. Hal ini menunjukkan bahwa halusinasi dapat bermacam-macam yang meliputi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan dan pengecapan.
- c. Menurut Kusumawati & Hartono (2012), Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Pasien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh pasien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara.

2. Jenis-jenis Halusinasi

Menurut Satrio dkk (2015), jenis halusinasi di bagi menjadi tujuh yaitu :

a. Halusinasi pendengaran

Mendengar suara suara atau kebisingan, paling sering suara orang. Suara berbentuk kebisingan yang kurang keras sampai kata kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai percakapan lengkap antara dua orang atau lebih. Pikiran yang didengar klien dimana pasien disuruh untuk melakukan sesuatu yang kadang- kadang membahayakan.

b. Halusinasi pengelihatn

Stimulasi visual dalam bentuk kilatnya cahaya, gambaran geometris, gambaran kartun, bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster.

c. Halusinasi penciuman

Membraui bau- bauan tertentu seperti bau darah, urin atau feces, umumnya bau- bauan yang tidak menyenangkan. Halusinasi penghidu sering akibat stroke, tumor, kejang atau demensia.

d. Halusinasi pengecapn

Berupa klien mengecap rasa yang tetap ada dalam mulut, atau perasaan bahwa makanan terasa seperti sesuatu yang lain. Rasa tersebut dapat berupa rasa logam atau pahit. Atau berupa rasa busuk, tak sedap dan anyir seperti darah, urine, atau feces.

e. Halusinasi perabaan

Klien merasakan sensasi seperti aliran listrik yang menjalar keseluruh tubuh atau binatang kecil yang merayap dikulit. Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas. Rasa tertetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

f. Halusinasi chenestetik

Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makanan atau pembentukan urine.

g. Halusinasi kinestetik

Terjadi klien tidak bergerak tetapi melaporkan sensari gerakan tubuh melaporkan gerakan tubuh yang tidak lazim seperti melayang diatas tanah.

3. Fase Halusinasi

Menurut Satrio dkk (2015) terdapat empat fase halusinasi yakni :

a. Fase I (*Comforting*)

Ansietas sedang, halusinasi menyenangkan.

Karakteristik: pasien mengalami perasaan yang mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah, takut sehingga mencoba untuk berfokus pada pikiran menyenangkan untuk meredakan ansietas.

Individu mengenali bahwa pikiran-pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani.

Perilaku yang dialami klien: tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asyik, diam dan asyik sendiri.

b. Fase II (*Comdemning*)

Ansietas berat, halusinasi menjadi menjijikkan. Karakteristik: pengalaman sensori yang menjijikkan dan menakutkan, pasien mulai melepas kendali dan mungkin mencoba, untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan, pasien mungkin mengalami dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain, mulai merasa kehilangan kontrol, tingkat kecemasan berat.

Perilaku yang dialami pasien: meningkatnya tanda-tanda sistem syaraf otonom akibat ansietas seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah. Rentang perhatian menyempit, asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita. Menyalahkan, menarik diri dari orang lain.

c. Fase III (*Controlling*)

Ansietas berat, pengalaman sensori jadi berkuasa.

Karakteristik: pasien berhenti melakukan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik, pasien mungkin mengalami kesepian jika sensori halusinasi berhenti.

Perilaku yang dialami pasien: kemauan yang dikendalikan halusinasi akan lebih diikuti, kesukaran berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit, adanya tanda-tanda fisik ansietas berat: (berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah). Isi halusinasi menjadi atraktif, perintah halusinasi ditaati, tidak mampu mengikuti perintah dari perawat.

d. Fase IV (*Conquering*)

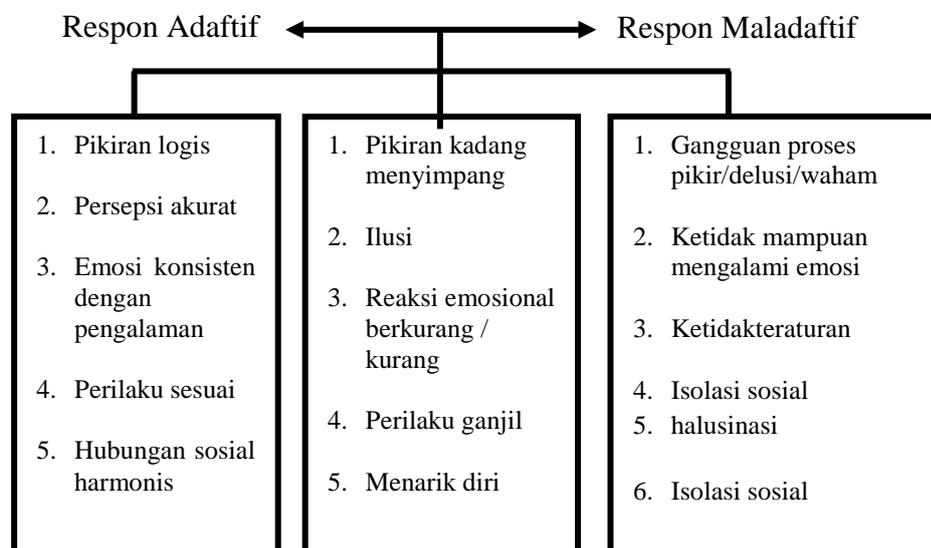
Panik, umumnya menjadi melebur dalam halusinasi. Karakteristiknya: pengalaman sensori menjadi mengancam jika pasien mengikuti perintah halusinasinya. Halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi trapeutik.

Perilaku yang dialami pasien: perilaku eror akibat panik, potensi kuat *suicide* atau *homicide*. Aktifitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri, atau katatonik. Tidak mampu merespon perintah yang kompleks, tidak mampu merespons lebih dari satu orang.

4. Rentang Respon Neurobiolo

(Stuart & laraia, 2005 dikutip dalam muhith, 2005)

Bagan 2.1 Rentang Respon Neurobiola



5. Faktor Penyebab Halusinasi

Menurut Stuart (2016) faktor penyebab halusinasi adalah sebagai berikut :

a. Faktor predisposisi

Faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Beberapa faktor predisposisi yang berkontribusi pada munculnya respon neurobiology seperti pada halusinasi antara lain:

1) Faktor Genetik

Telah diketahui bahwa secara genetic *skizofrenia* diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom yang keberapa yang menjadi factor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian.

2) Neuroanatomi

Penelitian menunjukkan kelainan anatomi ,fungsional dan neurokimia di otak klien *skizofrenia* hidup dan prefrontal, penelitian menunjukkan bahwa kortek prefrontal dan system limbic tidak sepenuhnya berkembang di otak pasien *skizofrenia*.

3) Neurokimia

Penelitian di bidang neurotransmisi telah memperjelas hipotesis disregulasi pada *skizofrenia*, gangguan terus menerus dalam satu atau lebih neurotransmitter atau neuromodulator mekanisme penganturan homeostatic menyebabkan neurotransmisi tidak stabil atau tidak menentu. Teori ini menyatakan ,bahwa area mesolimbik overaktif terhadap dopamine, sedangkan area prefrontal mengalami hipoaktif sehingga terjadi ketidakseimbangan antara

system neurotransmitter dopamine dan serotonin serta yang lain
Stuart,(2009 dalam Satrio dkk, (2015).

4) Immunovirologi

Menurut penelitian Dalman dkk (2007) dalam Satrio (2015),
penelitian untuk menemukan “Virus *skizofrenia*“ telah
berlangsung. Bukti campuran menunjukkan bahwa paparan parental
terhadap virus influenza, terutama selama trimester pertama
mungkin menjadi salah satu faktor penyebab skizofrenia pada
beberapa orang. Teori ini didukung oleh temuan riset
yang memperlihatkan lebih banyak orang dengan skizofrenia lahir
di musim dingin atau awal musim semi dan di daerah perkotaan.

5) Faktor Perkembangan

Jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan
interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stress dan
kecemasan

6) Faktor Biokimia

Dengan adanya stress yang berlebihan yang dialami seseorang,
maka tubuh akan menghasilkan suatu zat yang dapat bersifat
halusinogenik neurokimia seperti Buffofenon dan Dimetytranferase
(DMP).

7) Psikologis

Beberapa kondisi psikologis yang menjadi faktor predisposisi *skizofrenia*, antara lain anak yang diperlakukan oleh ibu yang pencemas, terlalu melindungi, dingin dan tidak berperasaan, sementara ayah yang mengambil jarak dengan anaknya, sementara itu hubungan interpersonal yang tidak harmonis serta adanya peran ganda yang bertentangan dan sering diterima oleh anak akan mengakibatkan stress dan kecemasan yang tinggi dan berakhir dengan gangguan stimulasi persepsi: halusinasi.

8) Faktor Sosiokultural

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

b. Faktor presipitasi

Stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman/tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk coping. Di samping itu juga oleh karena proses penghambatan dari suatu implus yang menyebabkan terjadinya penyimpangan dalam proses interpretasi dan interkoneksi sehingga dengan demikian faktor- faktor pencetus respon *neurobilogis* dapat dijabarkan berikut:

- 1) Berlebihannya proses informasi pada sistem syaraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak
- 2) Mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu (mekanisme abnormal)

- 3) Gejala- gejala pemicu seperti kondisi kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku

c. Penilaian terhadap *stressor*

Menurut Sinaga (2007) dalam Satrio dkk (2015) merupakan penilaian individu ketika menghadapi stressor yang datang yang terdiri dari : respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Hal ini memberikan arti bahwa apabila individu mengalami suatu stressor maka ia akan merespon stressor tersebut dan akan tampak melalui tanda dan gejala yang muncul

d. Sumber koping

Psikosis atau *Skizofrenia* adalah penyakit yang menakutkan dan sangat memerlukan penyesuaian baik pada pasien dan keluarga. Proses penyesuaian pasca psikotik terdiri dari 4 fase: disosiasi kognitif, pencapaian wawasan, stabilitas dalam semua aspek kehidupan, dan bergerak terhadap prestasi kerja atau tujuan pendidikan.

Proses Multifase penyesuaian dapat berlangsung 3-6 tahun Moller, (2006) dalam Stuart, (2009)

- 1) Efikasi/kemampuan pengobatan secara konsisten mengurangi gejala setelah pertama memakan waktu 6-12 bulan
- 2) Awal pengenalan diri sebagai proses mandiri melakukan pemeriksaan realitas yang dapat diandalkan.
- 3) Setelah mencapai pengenalan diri, proses pencapaian kognitif meliputi keteguhan melanjutkan hubungan interpersonal normal.
- 4) Ordinariness/kesiapan sebelum sakit ditandai dengan kemampuan untuk secara konsisten dan dapat diandalkan dan terlibat dalam

kegiatan yang sesuai dengan usia lengkap dan kehidupan sehari-hari.

e. Mekanisme koping

Menurut Satrio dkk (2015), Mekanisme koping yang sering digunakan klien dengan halusinasi adalah sebagai berikut :

- 1) Regresi : menjadi malas beraktivitas sehari-hari
- 2) Proyeksi : mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau sesuatu benda.
- 3) Menarik diri : sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal.
- 4) Keluarga mengingkari masalah yang dialami oleh pasien

C. Konsep dasar asuhan keperawatan pada klien dengan Halusinasi

1. Data Fokus

a. Data Subjektif :

- 1) Mendengar suara-suara bisikan atau melihat bayangan
- 2) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecapan
- 3) Menyatakan kesal

b. Data objektif :

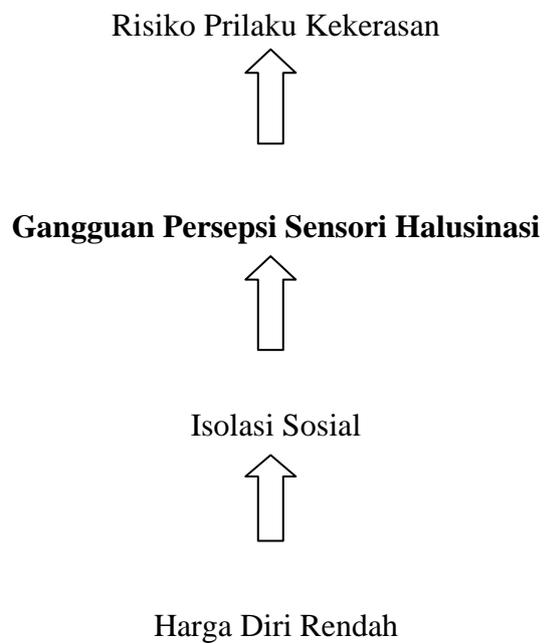
- 1) Distorsi sensori
- 2) Respon tidak sesuai
- 3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mencium, mengecap, meraba sesuatu

- 4) Menyendiri
- 5) Melamun
- 6) Konsentrasi buruk
- 7) Disorientasi waktu, tempat, orang, situasi
- 8) Curiga
- 9) Melihat kesatu arah
- 10) Mondar-mandir
- 11) Bicara sendiri

2. Pohon Masalah

Menurut Keliat (2006) Pohon masalah gangguan persepsi sensori halusinasi adalah sebagai berikut.

Bagan 2.2 Pohon Masalah



3. Rencana tindakan keperawatan pasien gangguan jiwa

Tabel 2.1
Rencana Tindakan Keperawatan

No.Dx	Dx.Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
	Gangguan Persepsi sensori: Halusinasi	<u>Tujuan Umum:</u> Pasien mampu mengontrol halusinasi yang dialami		
		<u>Tujuan Khusus:</u> Pertemuan Pengkajian Pasien mampu menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat dan mengenali masalah yang dialami	1.setelah...X pertemuan pasien menunjukkan tanda-tanda percaya perawat dan mengenali masalah yang dialami, dengan kriteria: a) ekspresi wajah bersahabat b) menunjukkan rasa senang c) ada kontak mata d) mau berkenalan e) bersedia menceritakan masalah yang dialami	Identifikasi fokus masalah pasien, dengan: a) sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal b) perkenalkan nama, nama panggilan perawat, dan tujuan perawat berinteraksi c) tanyakan dan panggil nama kesukaan pasien d) tunjukkan sikap empati, jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi e) tanyakan perasaan pasien dan masalah yang dialami pasien f) buat kontrak interaksi yang jelas g) dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan masalah pasien

<p>Pertemuan I Pasien mampu mengidentifikasi halusinasi dan mampu mengendalikan halusinasi yang dialami dengan latihan menghardik</p>	<p>Setelah...X pertemuan pasien menjelaskan halusinasi dengan kriteria:</p> <p>a) menceritakan isi halusinasi yang dialami</p> <p>b) menceritakan waktu halusinasi yang dialami</p> <p>c) menceritakan frekuensi yang dialami</p> <p>d) menceritakan situasi halusinasi yang dialami</p> <p>e) menceritakan perasaan dan respon dari halusinasi yang dialami</p>	<p>Bantu pasien mengidentifikasi halusinasi:</p> <p>a) adakah kontak sering dan singkat secara bertahap</p> <p>b) observasi tingkah laku pasien terkait dengan halusinasi(dengar,lihat,raba,kecap,bau)</p> <p>c) jika pasien tidak sedang berhalusinasi klarifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi diskusikan dengan pasien adanya isi, waktu, frekuensi, situasi dan perasaan dan respon waktu halusinasi muncul</p>
	<p>2. Setelah...X pertemuan pasien mengendalikan halusinasi yang dialami dengan latihan menghardik dengan kriteria:</p> <p>a) menutup kedua telinga</p> <p>b) memejamkan mata</p> <p>c) melawan halusinasi yang dialami dengan menghardik</p>	<p>1. Latih klien mengendalikan halusinasi dengan menghardik</p> <p>a) diskusikan cara yang digunakan pasien (membiarkan,tidur,m arah)</p> <p>b) jelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan.</p> <p>c) diskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi</p> <p>d) menghardik sambil tutup mata dan tutup telinga</p> <p>e) anjurkan pasien menggunakan cara</p>

			yang sudah dilatih saat halusinasi muncul f) masukkan pada jadwal kegiatan untuk dilatih menghardik
	Pertemuan II pasien mampu mengendalikan halusinasi yang dialami dengan memanfaatkan obat	1.Setelah...X pertemuan pasien mengendalikan halusinasi yang dialami dengan latihan memanfaatkan obat, dengan kriteria: a) mengungkapkan prinsip 6 benar obat b) menjelaskan prinsip: benar pbat,dosis, aktu, cara c) mengungkapkan kontinuitas minum obat dan pengobatan	2. latih pasien mengendalikan halusinasi dengan memanfaatkan obat a) evaluasi kegiatan latihan menghardik. beri pujian b) latih cara mengontrol halusinasi dengan obat c) masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat
Lowongan	Petemuan III pasien mampu mengendalikan halusinasi yang dialami dengan cara verbal/bercakap-cakap	1.Setelah...X pertemuan pasien mengendalikan halusinasi yang dialami dengan latihan cara fisik, dengan kriteria: a) mengungkapkan halusinasi yang muncul kepada oranglain b) bercakap-cakap dengan sesama klien c) bercakap-cakap dengan perawat anggota keluarga d) meminta	3. Latih pasien mengendlikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap a) evaluasi kegiatan latihan menghardik & obat. beri pujian b) latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjasi halusinasi c) menemui oranglain untuk menceritakan tentang tentang halusinasinya. d) meminta perawat/ sesama pasien/anggota

	perawat/ sesama pasien / anggota keluarga menyapa/ mengajak bercakap-cakap	keluarga menyapa/ mengajak bercakap-cakap saat halusinasi muncul e) masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap
Pertemuan IV pasien mampu mengendalikan halusinasi yang dialami dengan cara latihan kegiatan terjadwal	1.Setelah...X pertemuan pasien mengendalikan halusinasi yang dialami dengan latihan cara spiritual,dengan kriteria: a) mengungkapkan kegiatan aktivitas sehari-hari dari bangun tidur sampai tidur lagi b) mengisi kegiatan yang bisa dilakukan pada waktu halusinasi muncul c) memilih kegiatan dan mempraktekkan kegiatan untuk mengendalikan halusinasi	4. Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara kegiatan terjadwal a) evaluasi kegiatan latihan menghardik & obat dan bercakap-cakap. beri pujian b) latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (latihan terapi spiritual dzikir) c) membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari-hari yang telah di susun d) masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardi, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian (dzikir)

Pertemuan V dst pasien mampu mengendalikan halusinasi yang dialami	1. Setelah...X pertemuan pasien mengendalikan halusinasi yang dialami dengan latihan cara fisik, obat, verbal dan spiritual, dengan kriteria: a) mempraktekkan latihan menghardik b) mempraktekkan latihan obat c) mempraktekkan latihan bercakap-cakap d) mempraktekkan latihan kegiatan terjadwal (dzikir)	5. Latihan pasien mengendalikan halusinasi dengan cara latihan menghardik, obat, bercakap-cakap dan kegiatan terjadwal (dzikir) a) evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat, bercakap-cakap & kegiatan terjadwal (dzikir) beri pujian b) nilai kemampuan yang sudah mandiri c) nilai apakah halusinasi sudah terkontrol
--	--	---

4. Penatalaksanaan intervensi dengan strategi pelaksanaan

a. Pertemuan Pengkajian

Pasien mampu menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat dan mengenali masalah yang dialami

Identifikasi fokus masalah pasien, dengan:

- 1) sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal
- 2) perkenalkan nama, nama panggilan perawat, dan tujuan perawat berinteraksi
- 3) tanyakan dan panggil nama kesukaan pasien
- 4) tunjukkan sikap empati, jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi
- 5) tanyakan perasaan pasien dan masalah yang dialami pasien

- 6) buat kontrak interaksi yang jelas
- 7) dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan masalah pasien

b. Pertemuan I

Pasien mampu mengidentifikasi halusinasi dan mampu

mengendalikan halusinasi yang dialami dengan latihan menghardik

- 1) diskusikan cara yang digunakan pasien (membiarkan,tidur,marah)
- 2) jelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan.
- 3) diskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi
- 4) menghardik sambil tutup mata dan tutup telinga
- 5) anjurkan pasien menggunakan cara yang sudah dilatih saat halusinasi muncul
- 6) masukkan pada jadwal kegiatan untuk dilatih menghardik

c. Pertemuan II

pasien mampu mengendalikan halusinasi yang dialami dengan

memanfaatkan obat

- 1) evaluasi kegiatan latihan menghardik. beri pujian
- 2) latih cara mengontrol halusinasi dengan obat
- 3) masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat

d. Pertemuan III

mampu mengendalikan halusinasi yang dialami dengan cara

verbal/bercakap-cakap

- 1) evaluasi kegiatan latihan menghardik & obat. beri pujian
- 2) latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi
- 3) menemui oranglain untuk menceritakan tentang tentang halusinasinya.
- 4) meminta perawat/ sesama pasien/anggota keluarga menyapa/ mengajak bercakap-cakap saat halusinasi muncul
- 5) masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap

e. Pertemuan IV

pasien mampu mengendalikan halusinasi yang dialami dengan cara latihan kegiatan terjadwal

- 1) evaluasi kegiatan latihan menghardik & obat dan bercakap-cakao. beri pujian
- 2) latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (spiritual dzikir)
- 3) membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan sehari-hari yang telah di susun sesuai tahapan latihan terapi spiritual dzikir
- 4) masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardi, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian

f. Pertemuan V

pasien mampu menegndalikan halusinasi yang dialami

- 1) evaluasi kegiatan latihan cara menghardik, obat-obatan, bercakap-cakap & kegiatan terjadwal (latihan terapi spiritual dzikir) berpujian
- 2) nilai kemampuan yang sudah mandiri
- 3) nilai apakah halusinasi sudah terkontrol

5. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan tindakan keperawatan yang telah disesuaikan dengan rencana keperawatan dan dilakukan berdasarkan kebutuhan klien (Muhith, 2014). Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih diperlukan oleh klien, rencana keperawatan harus disesuaikan dengan kondisi klien (Yosep, 2013), pendapat tersebut sama dengan pendapat Kusumo(2015), implementasi keperawatan merupakan tindakan keperawatan yang telah disesuaikan dengan rencana keperawatan, pada klien dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi yaitu dengan melakukan pendekatan SP, yaitu: SP 1 sampai SP 5).

6. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengetahui kemajuan atau keberhasilan dari pelaksanaan intervensi yang telah dilaksanakan (Keliat, 2010 dalam kusumo, 2015). Menurut yosep(2013). Evaluasi adalah untuk melihat hasil akhir, untuk menganalisa berhasil atau tidaknya sebuah implementasi. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan, evaluasi hasil atau somatik dilakukan

dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir, dimana masing-masing huruf tersebut akan diuraikan sebagai berikut :

S : Respon subjek klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O : Respon objek klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

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

P : Perencana atau tidak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien (Dalami, dkk, 2014).

7. Jurnal terkait

- a. Badaria, 2019 dalam penelitiannya membahas tentang asuhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa dengan masalah halusinasi pendengaran, dimana halusinasi itu adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar).
- b. Modiska, 2019 dalam penelitiannya membahas tentang asuhan keperawatan jiwa pada klien skizofrenia simplek dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran. Tujuan penulisan ini menjelaskan tentang asuhan keperawatan dengan masalah

halusinasi pendengaran dengan skizofrenia kompleks. Dari hasil penelitian didapatkan penurunan tanda dan gejala halusinasi pendengaran, pasien kooperatif, klien mampu melaksanakan sp.

- c. Suryani ,2013 dalam pembahasannya tentang pengalaman penderita skizofrenia tentang proses terjadinya halusinasi, Halusinasi adalah gejala khas skizofrenia yang merupakan pengalaman sensori menyimpang atau salah yang dipersepsikan sebagai sesuatu yang nyata. Kondisi ini menyebabkan individu tidak dapat kontak dengan lingkungan dan hidup dalam dunianya sendiri. Penderita skizofrenia dengan halusinasi yang masih kuat dapat berbahaya bagi dirinya sendiri dan orang lain. Hingga saat ini, mekanisme terjadinya halusinasi yang dialami penderita skizofrenia belum jelas. Penelitian yang dilakukan pada Desember 2007 hingga April 2008 ini bertujuan menggali pengalaman penderita skizofrenia tentang proses terjadinya halusinasi. Metode yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Delapan orang responden yang memenuhi kriteria diwawancara secara mendalam dan seluruh pembicaraannya direkam dengan tape recorder. Hasil wawancara dianalisis dengan pendekatan Collaizi dan diperoleh lima tema besar yakni proses terjadinya halusinasi dimulai dengan serangkaian masalah yang dipikirkan atau dirasakan penderita, situasi atau kondisi tertentu dapat mencetuskan halusinasi, proses halusinasi terjadi secara bertahap, waktu proses halusinasi, dan pencegahan halusinasi

dengan pendekatan spiritual serta penggunaan coping yang konstruktif. Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa dalam merawat penderita skizofrenia yang mengalami halusinasi, perawat harus memahami bagaimana terjadinya halusinasi secara komprehensif. Penelitian mengenai pengalaman penderita skizofrenia ini secara umum menggambarkan karakteristik halusinasi yang dialami penderita skizofrenia. Pemahaman yang lebih mendalam tentang terjadinya halusinasi sangat diperlukan dalam mengungkap misteri dibalik kejadian halusinasi. Pemahaman tersebut menjadi penting untuk diteliti mengenai pengalaman penderita skizofrenia tentang terjadinya halusinasi.