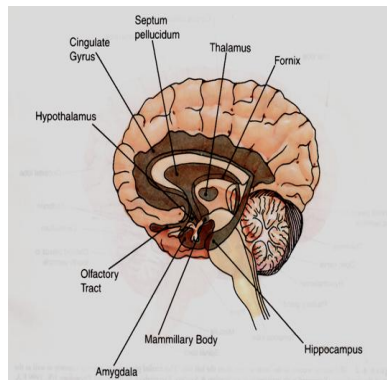


## BAB 2

### TINJAUAN TEORI

#### 2.1 Anatomi Dan fisiologi Otak



Gambar 2.1 Anatomi otak (Syaifudin, 2009).

##### 2.1.1 Otak

Otak merupakan alat tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat komputer dari semua alat tubuh. Bagian saraf sentral yang terletak di dalam rongga tengkorak (*kranium*) dibungkus oleh selaput otak yang kuat. Otak terletak dalam rongga *kranium* (tengkorak) berkembang dari sebuah tabung yang mulanya memperlihatkan tiga gejala pembesaran otak awal.

2.1.1.1 Otak depan menjadi *hemisfer serebri, korpus striatum, talamus, serta hipotalamus*.

2.1.1.2 Otak tengah, *fegmentum, krus serebrium, korpus kuadrigeminus*.

2.1.1.3 Otak belakang, menjadi *pons varoli, medula oblongata, dan serebelum* (Syaifudin, 2009).

##### 2.1.2 Serebrum

*Serebrum* (otak besar) merupakan bagian yang terluas dan terbesar dari otak, berbentuk telur. Mengisi penuh bagaian depan atas rongga tengkorak. Masing-masing disebut fosakranialis anterior atas dan fosa

kranialis media. Otak mempunyai dua permukaan, permukaan atas dan permukaan bawah. Kedua permukaan ini dilapisi kelabu (zat kelabu) yaitu pada bagian korteks serebral dan zat putih terdapat pada bagian dalam yang mengandung serabut saraf.

Pada otak besar ditemukan beberapa lobus yaitu :

- 2.1.2.1 *Lobus frontalis*, adalah bagian dari serebrum yang terletak di depan *suklus sentralis*
- 2.1.2.2 *Lobus parietalis*, terdapat di depan *suklus sentralis* dan dibelakangi oleh karako-oksipitalis.
- 2.1.2.3 *Lobus temporalis*, terdapat di bawah *lateral* dari *fisura serebalis* dan di depan *lobus oksipitalis*.
- 2.1.2.4 *Oksipitalis* yang mengisi bagian belakang dari *serebrum* (Syaifudin, 2009)

### 2.1.3 Batang otak

*Qiensefalon* ke atas berhubungan dengan *serebrum* dan *medula oblongata* kebawah dengan *medula spinalis*. *Serebrum* melekat pada batang otak di bagian *medula oblongata*. *Pons varoli* dan *mesensefalon*. Hubungan *serebelum* dengan *medula oblongata* di sebut *korpus retiformi*, *serebelum* dengan *pos varoli* di sebut *brakium pontis*, dan *serebelum* dengan *mesensefalon* disebut *brakium konjuktiva*.

Batang otak terdiri dari :

- 2.1.3.1 *Diensefalon*, bagian batak otak paling atas terdapat di antara *serebelum* dengan *mesensensefalon*.
- 2.1.3.2 *Mesensefalon*, atap dari *mesensefalon* terdiri dari empat bagian yang menonjol ke atas.
- 2.1.3.3 *Pons varoli*, *brakium pontis* yang berhubungan *mesensefalon* dengan *pons varoli* dengan *serebelum* terletak di depan *serebelum* di antara otak tengah dan *medula oblongata*.

2.1.3.4 *Medula oblongata* merupakan bagian dari batang otak yang paling bawah yang menghubungkan *pons varoli* dengan *medula spinalis* (Syaifudin, 2009)

#### 2.1.4 Serebelum

Serebelum (otak kecil) terletak pada bagian bawah dan belakang tengkorak dipisahkan dengan serebrum oleh *fisura transversalis* dibelakangi oleh *pons varoli* dan diatas *medula oblongata*. Organ ini banyak menerima *serabut aferen sensoris*, merupakan pusat koordinasi dan integasi (Syaifuddin, 2009).

## 2.2 Gambaran Umum Skizofrenia

### 2.2.1 Pengertian

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kamuan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena halusinasi dan waham; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkhoherensi (Direja, 2011).

Menurut Andreasen, (2008) Skizoprenia (*schizophrenia*) adalah gangguan yang terjadi pada fungsi otak dalam *Broken Brain, The Biological Revolution in Psychiatry*, bahwa bukti-bukti terkini tentang serangan skizofrenia merupakan suatu hal yang melibatkan banyak sekali faktor. Faktor-fa2ktor itu meliputi perubahan struktur fisik otak, perubahan struktur kimia otak, dan faktor genetik (Yosep, 2014).

Menurut penulis skizofrenia merupakan gangguan jiwa dan kondisi medis yang mempengaruhi fungsi otak, mempengaruhi emosional dan tingkah laku.

## 2.2.2 Etiologi

Penyebab skizofrenia menurut Maramis, (2008) adalah :

### 2.2.2.1 Keturunan

Dapat dipastikan bahwa ada faktor keturunan yang juga menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia dan terutama anak-anak kembar satu telur.

### 2.2.2.2 Endokrin

Dahulu dikira bahwa skizofrenia mungkin disebabkan oleh suatu gangguan *endokrin*. Teori ini dikemukakan berhubungan dengan sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau *puerporium* dan waktu *klimakterium*. Tetapi ini tidak dapat dibuktikan.

### 2.2.2.3 Metabolisme

Ada orang yang menyangka bahwa skizofrenia disebabkan oleh suatu gangguan metabolisme, karena penderita dengan skizofrenia tampak pucat dan tidak sehat.

### 2.2.2.4 Susunan saraf pusat

Ada yang mencari penyebab skizofrenia ke arah kelainan susunan saraf pusat, yaitu pada *diensfalon* atau kortek otak. Tetapi kelainan patologis yang ditemukan itu mungkin disebabkan oleh perubahan-perubahan *postmortem* atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan.

### 2.2.2.5 Teori *Adolf Meyer*

Skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi. Oleh karena itu timbul suatu disorganisasi kepribadian dan lama kelainan orang itu menjauhkan diri dari kenyataan (*otisme*).

### 2.2.2.6 Teori *Sigmund Freud*

Kelemahan ego yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun *somatic*. Super ego dikesampingkan

sehingga tidak bertenaga lagi dan Id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase *narsisme*. Kehilangan kapasitas untuk pemindahan sehingga terapi *psikoanalitik* tidak mungkin.

### 2.2.3 Gejala-gejala skizofrenia menurut Maramis, (2008).

#### 2.2.3.1 Gejala primer

- a. Gangguan proses pikir
- b. Gangguan afek dan emosi gangguan kemauan
- c. Gangguan psikomotor

#### 2.2.3.2 Gejala-gejala sekunder

- a. Waham
- b. Halusinasi

### 2.2.4 Jenis-jenis skizofrenia menurut Direja, (2011).

#### 2.2.4.1 *Skizofrenia simplex*

Dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.

#### 2.2.4.2 *Skizofrenia hebefrenik*

Gejala utama gangguan proses fikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.

#### 2.2.4.3 *Skizofrenia katatonik*

Dengan gejala utama pada psikomotor seperti *stupor* maupun gaduh gelisah *katatonik*.

#### 2.2.4.4 *Skizofrenia paranoid*

Dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran serta halusinasi.

#### 2.2.4.5 *Efisode schizofrenia akut (lir schizofrenia)*

Adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.

2.2.4.6 *Skizofrenia psiko-afektif*, yaitu adanya gejala utama skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.

2.2.4.7 *Skizofrenia residual*

Adalah *skizofrenia* dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia.

2.2.4.8 Skizofrenia Tak Terinci

Skizofrenia tak terinci umumnya ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari persepsi serta efek yang tak wajar, kesadaran yang jernih dan kemauan yang intelektual biasanya tetap terpelihara walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian.

## 2.2.5 Penatalaksanaan medis

Obat-obat yang sering digunakan dalam penanganan gangguan jiwa antara lain:

Tabel 2.1 Obat-obatan halusinasi

| Nama obat           | Indikasi                                                                                                                                                                                                                                    | Mekanisme kerja                                                                         | Efek samping                                                                                                                                                                                                             | Kontra indikasi                                                                                                                                   |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                   | 2                                                                                                                                                                                                                                           | 3                                                                                       | 4                                                                                                                                                                                                                        | 5                                                                                                                                                 |
| Clopromazine (CPZ). | Untuk sindrom psikosis yaitu berdaya berat dalam kemampuan menilai realitas, kesadaran diri terganggu, daya nilai norma sosial dan tilik diri terganggu, berdaya berat dalam fungsi-fungsi mental: waham, halusinasi, gangguan perasaan dan | Memblokade dopamin pada reseptor pasca sinap di otak khususnya system ekstra piramidal. | Sedasi<br>Gangguan otonomik (hipotensi, antikolinergi/ parasimpatik, mulut kering, kesulitan dalam miksi dan defekasi, hidung tersumbat, mata kabur, tekanan intra okuler meninggi, gangguan irama jantung).<br>Gangguan | Penyakit hati, penyakit darah, epilepsi, kelainan jantung, febris, ketergantungan obat, penyakit SSP, gangguan kesadaran disebabkan CNS depresan. |

|                       |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                    |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       | prilaku yang aneh dan tidak terkendali, berdaya berat dalam fungsi kehidupan sehari-hari, tidak mampu bekerja, hubungan sosial dan melakukan kegiatan rutin. |                                                                                                                                             | ekstra piramidal (distonia akut, akathisia, sindroma parkinson tremor, bradikinesia rigiditas) Gangguan endokrin (amenorrhea, ginekomastia). Metabolik (jaundice). Hematologik, agranulosis, biasanya untuk pemakaian jangka panjang. |                                                                                                                                                                    |
| Haloperidol (HP)      | Berdaya berat dalam kemampuan menilai realita dalam fungsi netral serta dalam fungsi kehidupan sehari-hari.                                                  | Obat anti psikosis dalam memblokir dopamin pada reseptor pasca sinaptik neuron di otak khususnya sistem limbik dan sistem ekstra piramidal. | Sedasi dan inhibisi psikomotor. Gangguan otonomik (hipotensi, antikolinergik/parasimpatik, mulut kering, kesulitan miksi dan defekasi, hidung tersumbat, mata kabur, tekanan intra okuler meningkat, gangguan irama jantung).         | Penyakit hati, penyakit darah, epilepsi, kelainan jantung, demam, ketergantungan obat, penyakit SSP, gangguan kesadaran.                                           |
| Trihexyphenidyl (THP) | Segala jenis penyakit parkinson, pasca ensefalitis dan idiopatik, sindrom parkinson akibat obat misalnya reserpin dan fenotiazin.                            | Sinergis dengan kinidine, obat anti depresan trisiklik dan anti kolinergik lainnya.                                                         | Mulut kering penglihatan kabur, pusing, mual, muntah, bingung, agitasi, konstipasi, takikardi, dilatasi ginjal, retensi urin.                                                                                                         | Hipersensitivitas terhadap trihexyphenidyl, glaukoma sudut sempit, psikosis berat, psikosis berat, psikoneurosis, hipertrofi prostat, dan obstruksi saluran cerna. |

## 2.3 Tinjauan Teoritis Kasus Keperawatan pada Klien dengan Halusinasi

### Pendengaran

#### 2.3.1 Pengertian

Halusinasi adalah satu gejala gangguan sensori persepsi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa. Pasien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus nyata (Keliat, 2011).

Halusinasi adalah persepsi sensori klien yang salah terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, memberi persepsi yang salah atau pendapat tentang sesuatu tanpa ada objek/rangsangan yang nyata dan hilangnya kemampuan manusia untuk membedakan rangsangan internal pikiran dan rangsangan eksternal (Trimelia, 2011).

Menurut Varcarolis, Halusinasi dapat didefenisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak terdapat *stimulus* (Yosep, 2014).

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara atau bunyi yang berkisar dari suara sederhana sampai suara berbicara mengenai klien sehingga klien berespon terhadap suara atau bunyi tersebut (Keliat, 2011).

Halusinasi pendengaran adalah persepsi sensorik yang keliru melibatkan panca indra pendengaran (Isaac, 2009).

Berdasarkan Beberapa pengertian diatas menurut penulis halusinasi adalah gangguan persepsi sensori yang salah dari seseorang terhadap *stimulus eksternal* yang tidak nyata.



### 2.3.2 Klasifikasi halusinasi

#### 2.3.2.1 Halusinasi pendengaran (*auditory*)

Mendengar suara yang berbicara mengejek, mentertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu (kadang-kadang hal yang berbahaya).

#### 2.3.2.2 Halusinasi penglihatan (*visual*)

Stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambar, orang atau panorama yang luas dan kompleks, bisa yang menyenangkan atau menakutkan.

#### 2.3.2.3 Halusinasi penciuman (*olfactory*)

Tercium bau busuk, dan bau yang menjijikan, seperti bau darah, *urine* atau *feses* atau bau harum seperti parfum.

#### 2.3.2.4 Halusinasi pengecapan (*gustatory*)

Merasa mengecap sesuatu yang busuk, amis dan menjijikan, seperti rasa darah, *urine* atau *feses*.

#### 2.3.2.5 Halusinasi perabaan (*taktil*)

Mengalami rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik dari tanah, benda mati atau orang. Merasakan ada yang menggeranyangi tubuh seperti tangan, binatang kecil dan makhluk halus.

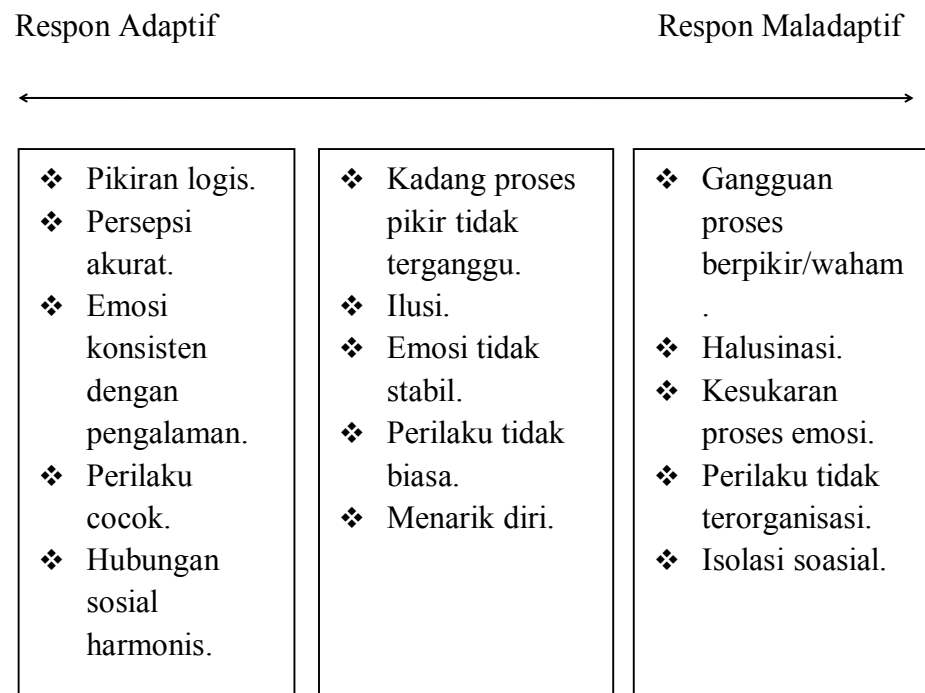
#### 2.3.2.6 Halusinasi *sinestik*

Merasakan fungsi tubuh, seperti darah mengalir melalui *vena* dan *arteri*, makanan dicerna atau pembentukan *urine*, perasaan tubuhnya melanyang diatas permukaan bumi (Trimelia, 2011).

### 2.3.3 Rentang respon halusinasi

Halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori, waham merupakan gangguan pada isi pikiran. Keduanya merupakan gangguan dari respons *neorobiologi*. Oleh karenanya secara

keseluruhan, rentang respon halusinasi mengikuti kaidah rentang respons *neorobiologi*.



Gambar 2.2 Rentang respons *neurobiologis* (Yusuf, 2015)

#### 2.3.4 Etologi berdasarkan menurut Yosef, (2014)

##### 2.3.4.1 Predisposisi

###### a. Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien yang terganggu misalkan rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stres.

###### b. Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi (*unwanted child*) akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

c. Faktor biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang bersifat *halusinogenik neurokimia* seperti *buffofenondan Dimetytranferase* (DMP). Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasi *neurotransmitter* otak. misalnya terjadi ketidakseimbangan *acetylcholin* dan *dopamin*.

d. Faktor psikologis.

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

e. Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

#### 2.3.4.2 Presipitasi

Perilaku klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah, dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Memecahkan masalah halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seseorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosio-

spiritual dapat dilihat dari lima dimensi yaitu menurut ,  
adalah

a. Dimensi fisik

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

b. Dimensi emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan.

c. Dimensi intelektual

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

d. Dimensi sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan *comforting*, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asie dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.

e. Dimensi spiritual

Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk mensucikan diri. Irama *sirkardiannya* terganggu, karena ia sering tidur larut malam dan bangun sangat

siang. Saat terbangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya.

#### 2.3.5 Fase-fase halusinasi

Semakin berat fase halusinasi, klien semakin berat mengalami *ansietas* dan makin dikendalikan oleh halusinasinya (di kutip dari diktat Pelatihan Nasional Asuhan Keperawatan Profesional Jiwa Dan Komunikasi Terapeutik Keperawatan).

Fase-fase halusinasi menurut (Trimelia, 2011)

##### 2.3.5.1. Fase I (*Sleep disorder*)

Fase awal individu sebelum muncul halusinasi.

Karakteristik :

Individu merasa banyak masalah, ingin menghindar dari orang lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah.



Masalah makin terasa sulit, karena berbagai *stressor terakumulasi* (Misal : putus cinta, dikhianati kekasih, di PHK, bercerai, masalah dikampus dan lain-lain).



Masalah semakin tersa menekan, support sistem kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk.



Sulit tidur terus menerus sehingga terbiasa menghayal.



Klien menganggap lamuan-lamuan awal tersebut sebagai pemecahan masalah.

#### 2.3.5.2 Fase II (*comforting moderate level of anxiety*)

Halusinasi bersifat menyenangkan dan secara umum individu terima sebagai sesuatu alami.

Karakteristiknya :

Individu mengalami emosi yang berlanjut, seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa dan ketakutan.



Individu mencoba untuk memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan dan pada penenangan pikiran untuk mengurangi kecemasan tersebut. Individu beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensori yang dialaminya dapat dikontrol atau dikendalikan jika kecemasannya bisa diatasi.

(Dalam tahap ini ada kecenderungan individu merasa nyaman dengan halusinasinya dan halusinasi bisa bersifat sementara).



Perilaku yang muncul adalah menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara, gerakan mata cepat, respon verbal lamban, diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikkan.

#### 2.3.5.3 Fase III (*Condemning severe level of anxiety*)

Halusinasi bersifat menyalahkan, sering mendatangi individu, dan secara umum halusinasi menjijikan.

Karakteristiknya :

Pengalaman sensori individu menjadi sering datang dan mengalami bias.



Pengalaman sensori mulai bersifat menjijikan dan menakutkan. Mulai merasa kehilangan kendali dan merasa tidak mampu lagi mengontrolnya.



Mulai berusaha untuk menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang sumber yang dipersepsikan individu.



Individu mungkin merasa malu karena pengalaman sensorinya tersebut dan menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama.



Perilaku yang muncul adalah terjadi peningkatan *sistem otonom* yang menunjukkan *ansietas* atau kecemasan, seperti : pernafasan meningkat, tekanan darah dan denyut nadi meningkat, konsentrasinya menurun, dipenuhi dengan pengalaman sensori dan mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dan realita.

#### 2.3.5.4 Fase IV (*Controlling severe level of anxiety*)

Halusinasi bersifat mengendalikan, fungsi sensori menjadi tidak *relevan* dengan kenyataan dan pengalaman sensori tersebut menjadi kuasa.

Karakteristiknya :

Halusinasi lebih menonjol, menguasai dan mengontrol individu.



Klien mencoba melawan suara-suara atau *sensory abnormal* yang datang.



Klien menjadi tidak berdaya dan menyerah untuk melawan halusinasi, sehingga membiarkan halusinasi menguasai dirinya.



Individu mungkin akan mengalami kesepian jika pengalaman sensori atau halusinasinya tersebut berakhir (Dari sinilah dimulai *fase gangguan psikotik*).



Perilaku yang muncul : cenderung mengikuti petunjuk sesuai isi halusinasi, kesulitan berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa detik/menit, gejala fisik dari kecemasan berat, seperti : berkeringat, *tremor*, ketidakmampuan untuk mengikuti petunjuk.

#### 2.3.5.5 Fase V (*Conquering panic level of anxiety*)

Halusinasi bersifat menakutkan, halusinasi menjadi lebih rumit dan klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya.

Karakteristiknya :

Pengalaman sensorinya menjadi terganggu.



Halusinasi berubah mengancam, memerintah, memarahi, dan menakutkan apabila tidak mengikuti perintahnya, sehingga klien mulai terasa terancam.





Klien merasa terpukau dan tidak berdaya melepaskan diri, klien tidak dapat berhubungan dengan orang lain dan menjadi menarik diri.



Klien berada dalam dunia menakutkan dalam waktu yang singkat atau bisa juga beberapa jam atau beberapa hari atau selamanya/kronis (Terjadi *gangguan psikotik* berat).



Perilaku yang muncul adalah perilaku menyerang, risiko bunuh diri atau membunuh, kegiatan fisik yang merefleksikan isi halusinasi (Amuk, *agitasi*, menarik diri), tidak mampu berespon terhadap petunjuk yang kompleks dan lebih dari satu orang.

#### 2.3.6 Tanda dan gejala

Trimelia (2011) data subjektif dan objektif klien halusinasi adalah sebagai berikut :

- 2.3.6.1 Menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai
- 2.3.6.2 Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara
- 2.3.6.3 Gerakan mata cepat
- 2.3.6.4 Respon verbal lamban atau diam
- 2.3.6.5 Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikan
- 2.3.6.6 Terlihat bicara sendiri
- 2.3.6.7 Menggerakkan bola mata dengan cepat
- 2.3.6.8 Bergerak seperti membuang atau mengambil sesuatu
- 2.3.6.9 Duduk terpukau, memandang sesuatu, tiba-tiba berlari ke ruangan lain
- 2.3.6.10 Disorientasi (waktu, tempat, orang)
- 2.3.6.11 Perubahan kemampuan dan memecahkan masalah

2.3.6.12 Perubahan perilaku dan pola komunikasi

2.3.6.13 Gelisah, ketakutan, ansietas

2.3.6.14 Peka rangsang

2.3.6.15 Melaporkan adanya halusinasi

### 2.3.7 Diagnosis

Menentukan Aksis menurut Maslim, (2008)

2.3.7.1 Penentunya mengikuti diagnosis *multiaksial* yang terdiri dari lima aksis :

Aksis I : Gangguan klinis kondisi lain yang menjadi fokus perhatian klinis

Aksis II : Gangguan kepribadian Retardasi mental

Aksis III : Kondisi medik umum

Aksis IV : masalah psikososial dan lingkungan

Aksis V : Penilaian fungsi secara global

Keterangan : Antara aksis I, II, III, tidak selalu harus ada hubungan etiologi atau patogenesis.

Hubungan antara aksis I, II, III dan aksis IV dapat timbal balik dan saling mempengaruhi.

2.3.7.2 Tujuan dari diagnosis multiaksial :

Mencakup informasi yang komprehensif (Gangguan jiwa kondisi medik umum, masalah psikososial dan lingkungan, taraf fungsi secara global), sehingga dapat membantu dalam :

- a. Perencanaan terapi.
- b. Meramalkan *outcome* atau *prognosis*.

Format yang mudah dan sistematis, sehingga dapat membantu dalam :

- 1) Menata dan mengkomunikasikan informasi klinis.
- 2) Menangkap kompleksitas situasi klinis.

- 3) Menggambarkan heterogenitas individual dengan diagnosis klinis yang sama.
- 4) Memacu penggunaan model biopsikososial dalam klinisn, pendidikan dan penelitian.

#### 2.3.8 Diagnosis Keperawatan

Menurut Trimelia (2011), Perawat kesehatan jiwa menganalisis data pengkajian dalam menentukan diagnosis yang mendukung oleh data serta pendapat ilmiah terbaru. Di mana komponen rumusan pernyataan diagnosis keperawatan meliputi : Masalah dan pengkajian subjektif dan objektif.

Menyatakan diagnosis yang lazim muncul pada klien dengan perubahan persepsi sensori : halusinasi adalah

2.3.8.1 Gangguan persepi sensori : halusinasi pendengaran/ penglihatan/ penciuman/ perabaan/ pengecapan.

2.3.8.2 Isolasi sosial

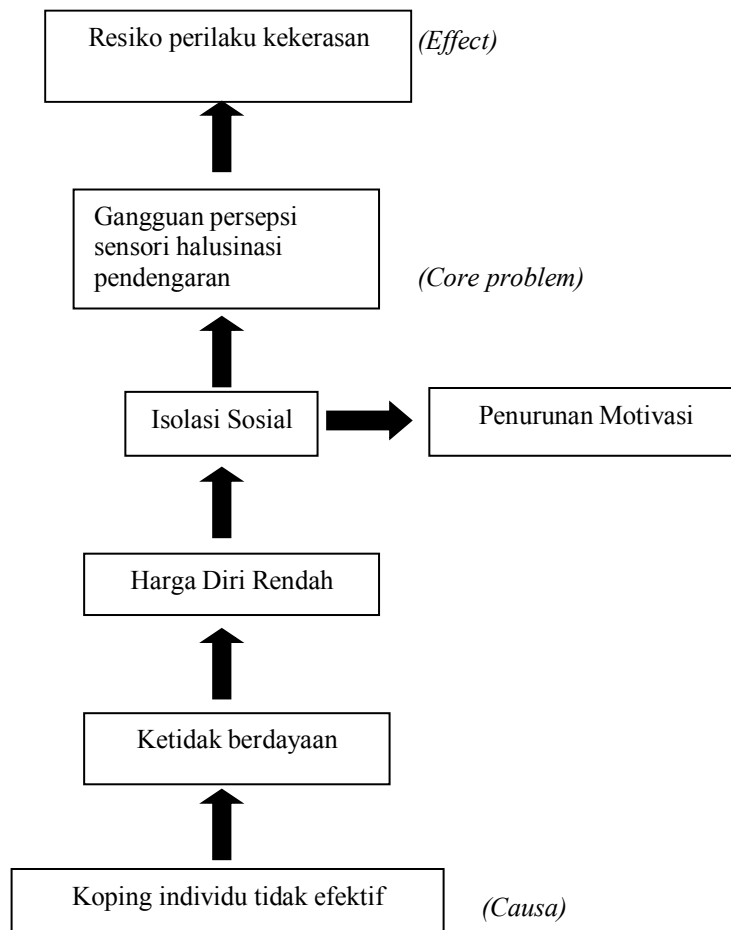
2.3.8.3 Harga diri rendah

2.3.8.4 Ketidakberdayaan

2.3.8.5 Koping individu tidak efektif

2.3.8.6 Defisit perawat diri

### 2.3.9 Pohon masalah



Gambar 2.3 Pohon Masalah Perubahan Persepsi Sensori Halusinasi (Trimelia, 2011).

### 2.3.10 Intervensi keperawatan halusinasi

Menurut Trimelia (2011), intervensi keperawatan pada klien halusinasi dapat dilihat pada di bawah ini.

Tindakan keperawatan :

#### 2.3.10.1 Tujuan umum(TUM) :

Klien dapat mengontrol halusinasinya.

### 2.3.10.2 Tujuan khusus (TUK) :

#### a. Klien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria hasil :

- 1) Klien dapat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat
- 2) Menunjukkan rasa sayang
- 3) Ada kontak mata
- 4) Mau berjabat tangan
- 5) Mau menyebut nama
- 6) Mau berdampingan dengan perawat
- 7) Mau mengutarakan masalah yang dihadapi

Tindakan keperawatan :

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan prinsip terapeutik

Rasional : Agar terbina hubungan saling percaya dari klien merupakan hal yang mutlak serta akan memudahkan pendekatan dan tindakan keperawatan kepada klien

- 2) Sapa klien dengan ramah
- 3) Tanyakan nama lengkap klien, dan nama panggilan yang disukai
- 4) Jelaskan tujuan pertemuan
- 5) Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya
- 6) Beri perhatian pada klien dan penuhi kebutuhan klien

#### b. Klien dapat mengenal halusinasinya

Kriteria hasil :

- 1) Klien dapat menyebutkan waktu, isi dan frekuensi timbulnya halusinasi
- 2) Klien dapat mengungkapkan perasaan halusinasinya

Tindakan keperawatan :

- 1) Kaji pengetahuan klien tentang perilaku dan tandatandanya

Rasional : Untuk mengetahui jenis halusinasi yang dialami klien

- 2) Adakan kontak singkat dan sering secara bertahap
- 3) *Observasi* perilaku *verbal* dan *nonverbal* yang berhubungan dengan halusinasinya
- 4) Terima halusinasi sebagai hal nyata bagi klien dan tidak nyata bagi perawat
- 5) Identifikasi bersama klien tentang waktu munculnya halusinasi, isi halusinasi dan frekuensi timbulnya halusinasi
- 6) Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya ketika halusinasi muncul
- 7) Diskusikan dengan klien mengenai perasaannya saat terjadi halusinasi
- 8) Berikan *reinforcement positif* atau pujian terhadap kemampuan klien dalam menungkapkan perasaannya

c. Klien dapat mengontrol halusinasinya

Kriteria hasil :

- 1) Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya
- 2) Klien dapat menyebutkan cara baru untuk mengontrol halusinasi
- 3) Klien dapat memilih cara mengatasi halusinasinya
- 4) Klien dapat memilih cara mengendalikan halusinasinya

Tindakan kepeawatan :

- 1) Identifikasi bersama klien tindakan yang biasa dilakukan jika halusinasi muncul

Rasional : Untuk memberitahukan kepada klien cara mengatasi halusinasinya yang benar

- 2) Beri pujian dan penguatan terhadap tindakan yang positif
- 3) Bersama klien merencanakan kegiatan untuk mencegah terjadinya halusinasi
- 4) Diskusikan cara mencegah timbulnya halusinasi dan mengontrol halusinasi
- 5) Dorong klien untuk memilih cara yang digunakan dalam menghadapi halusinasi
- 6) Beri pujian dan penguatan terhadap pilihan yang benar
- 7) Diskusikan bersama klien hasil upaya yang telah dilakukan

- d. Klien mendapat dukungan keluarga atau memanfaatkan sistem pendukung untuk mengendalikan halusinasinya

Kriteria hasil :

- 1) Keluarga dapat saling percaya dengan perawat
- 2) Keluarga dapat menjelaskan perasaanya
- 3) Keluarga dapat menjelaskan cara merawat klien halusinasi
- 4) Keluarga dapat mendemonstrasikan cara perawatan klien halusinasi di rumah
- 5) Keluarga dapat berpartisipasi dalam perawatan klien halusinasi

Tindakan keperawatan :

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan keluarga (ucapan salam, perkenalkan diri, sampaikan tujuan, buat kontrak dan eksplorasi perasaan).

Rasional :

1. Memberi-kan penjelasan dan bina hubungan saling percaya dengan keluarga
  2. Untuk menambah pengetahuan keluarga tentang halusinasi
- 2) Diskusikan dengan anggota keluarga tentang:
- 1) Perilaku halusinasi
  - 2) Akibat yang akan terjadi jika perilaku halusinasi tidak ditanggapi
  - 3) Cara keluarga menghadapi klien halusinasi
  - 4) Cara keluarga merawat klien halusinasi
  - 5) Dorong anggota keluarga secara rutin dan bergantian menjenguk klien minimal satu minggu sekali
  - 6) Berikan *reinforcement positif* atau pujian atas hal-hal yang telah dicapai keluarga
- e. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik
- Kriteria hasil :
- 1) Klien dapat menyebutkan manfaat, dosis, dan efek samping obat
  - 2) Klien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar
  - 3) Klien mendapat informasi tentang efek samping obat dan akibat berhenti minum obat
  - 4) Klien dapat menyebutkan prinsip lima benar penggunaan obat
- Tindakan keperawatan :
- 1) Diskusikan dengan klien tentang dosis, frekuensi serta manfaat minum obat
- Rasional : Menambah pengetahuan klien



- 2) Anjurkan klien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya
- 3) Anjurkan klien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat
- 4) Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter
- 5) Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip lima benar
- 6) Berikan *reinforcement positif* atau pujian

#### 2.3.11 Implementasi

Menurut Trimelia (2011), implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan, untuk memudahkan pelaksanaan tindakan keperawatan, maka perawat perlu membuat strategi pelaksanaan tindakan untuk klien dan keluarga seperti berikut (strategi pelaksanaan tindakan dengan menggunakan komunikasi terapeutik berdasarkan SP halusinasi yaitu :

##### 2.3.11.1 SP untuk klien :

###### SP 1.

- a. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien
- b. Mengidentifikasi isi halusinasi klien
- c. Mengidentifikasi waktu halusinasi klien
- d. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien
- e. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
- f. Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi
- g. Mengajarkan klien menghardik halusinasi
- h. Menganjurkan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

## SP 2.

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- b. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur
- c. Mengajukan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

## SP 3.

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- b. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain
- c. Mengajukan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

## SP 4.

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- b. Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien)
- c. Mengajukan klien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

## 2.3.11.2 SP untuk keluarga klien :

## SP 1.

- a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
- b. Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, jenis halusinasi serta proses terjadinya halusinasi
- c. Menjelaskan cara merawat klien dengan halusinasi

## SP 2

- a. Melatih keluarga mempraktikan cara merawat klien dengan halusinasi
- b. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien halusinasi

## SP 3

- a. Membantu keluarga membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk obat (*discharge planning*)
- b. Menjelaskan *follow up* klien setelah pulang.

#### 2.3.12 Evaluasi

Evaluasi menurut Trimelia (2011) dilakukan dengan berfokus pada perubahan perilaku klien setelah diberikan tindakan keperawatan. Keluarga juga perlu dievaluasi karena merupakan sistem pendukung yang penting.

2.3.12.1 Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP dengan penjelasan sebagai berikut :

S : Respon Subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan. Dapat diukur dengan menanyakan pertanyaan sederhana terkait dengan tindakan keperawatan seperti “coba bapak sebutkan kembali bagaimana cara mengontrol atau memutuskan halusinasi yang benar?”.

O : Respon objektif dari klien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan. Dapat diukur dengan mengobsevasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan.

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

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut perawat. Rencana tindak lanjut dapat berupa :

- a. Rencana diteruskan, jika masalah tidak berubah.

- b. Rencana dimodifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijalankan tetapi hasil belum memuaskan.
- c. Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosis lama diberikan.

2.3.12.2 Hasil yang diharapkan pada asuhan keperawatan klien dengan halusinasi adalah :

- a. Klien mampu memutuskan halusinasi dengan berbagai cara yang telah diajarkan.
- b. Klien mampu mengetahui tentang halusinasinya.
- c. Meminta bantuan atau partisipasi keluarga.
- d. Mampu berhubungan dengan orang lain.
- e. Menggunakan obat dengan benar.
- f. Keluarga mampu mengidentifikasi gejala halusinasi
- g. Keluarga mampu merawat klien di rumah dan mengetahui tentang cara mengatasi halusinasi serta dapat mendukung kegiatan-kegiatan klien.