

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Halusinasi

1. Definisi Halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan persepsi sensori : merasakan sensori palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perasaan atau penghidungan. (Abdul Muhith, 2015). Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori tentang suatu objek atau gambaran dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem penginderaan. (Kusumawati,2012). Menurut Deski & Syarifh (2018) Halusinasi adalah ketidakmampuan untuk memandang realitas secara akurat yang membuat hidup menjadi sulit, seseorang yang berhalusinasi mungkin tidak memiliki cara untuk mengetahui apakah persepsi ini nyata atau tidak.

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada pasien dengan gangguan jiwa. Halusinasi sering di identikan dengan *Skizofrenia*. Dari seluruh pasien *Skizofrenia* 70% diantaranya mengalami halusinasi. Gangguan jiwa lain yang juga disertai dengan gejala halusinasi adalah gangguan manik *depresif dab delirium*. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang

sebenarnya tidak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang dialai suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksteren persepsi palsu (Praptoharsoyo,2012).

2. Jenis-jenis Halusinasi

Halusinasi terbagi menjadi 5 menurut Yusuf,dkk (2015) antara lain :

a. Halusinasi pendengaran (audiktif, akustik)

Paling sering dijumpai dapat berupa bunyi mendenging atau bising yang tidak mempunyai arti, tetapi lebih sering mendengar sebuah kata atau kalimat yang bermakna. Biasanya suara tersebut ditunjukkan oleh penderita sehingga penderita tidak jarang bertengkat dan berdebat dengan suara-suara tersebut.

b. Halusinasi Penglihatan (Visual, Optik)

Halusinasi ini lebih sering terjadi pada keadaan delirium. Biasanya muncul bersamaan dengan penurunan kesadaran, menimbulkan rasa takut akibat gambaran-gambaran yang mengerikan atau tidak menyenangkan.

c. Halusinasi Penciuman (olfaktorik)

Pada halusinasi ini biasanya mencium bau tertentu dan merasakan tidak enak, melambangkan rasa bersalah pada penderita ini. Bau ditambah dilambangkan sebagai pengalaman yang dianggap sebagai suatu kombinasi moral.

d. Halusinasi Pengecapan (gustatorik)

Halusinasi ini penderita merasakan sesuatu yang tidak nyata, biasanya merasa mengecap sesuatu.

e. Halusinasi Perabaan (taktil)

Pasien merasakan sesuatu pada kulitnya tanpa ada stimulus yang nyata. Merasa diraba, disentuh, ditiup atau merasa ada sesuatu yang bergerak dikulit.

3. Etiologi Halusinasi

a. Faktor Presdiposisi

Faktor presdiposisi merupakan faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya. Faktor presdiposisi dapat meliputi :

1) Faktor Perkembangaaan

Jika tugas perkembangaaannn mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stres dan kecemasan.

2) Faktor Sosiokultural

Berbagai faktor di masyarakat dapat menyebabkan seseorang merasa disingkirkan, sehingga orang tersebut merasa kesepian di lingkungan yang membesarkannya

3) Faktor Biokimia

Faktor ini mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Jika seseorang mengalami stres yang berlebihan, maka di dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang bersifat *halusinogenik neurokimia* seperti *buffofenon* dan *dimethytransferase*.

4) Faktor Psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis serta adanya peran ganda bertentangan yang sering diterima oleh seseorang akan mengakibatkan stres dan kecemasan yang tinggi dan berakhir pada gangguan orientasi realitas.

5) Faktor Genetik

Gen yang berpengaruh dalam skizofrenia belum diketahui, tetapi hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

b. Faktor Prespitasi

Faktor prespitasi yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk menghadapinya. Adanya rangsangan dari lingkungan, seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama tidak diajak komunikasi, objek yang ada di lingkungan, dan juga suasana sepi atau terisolasi sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi. Hal tersebut dapat meningkatkan stres dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat *halusinogenik*.

c. Perilaku

Respons klien terhadap halusinasi dapat berupa rasa curiga, takut, tidak aman, gelisah dan bingung, berperilaku yang merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan, serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seseorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosial-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi yaitu sebagai berikut :

1) Dimensi Fisik

Manusia dibangun oleh sistem indra untuk menanggapi rangsangan eksternal yang diberikan oleh lingkungannya. Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan tidur dalam waktu yang lama.

2) Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan karena problem atau masalah yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga berbuat sesuatu terhadap ketakutannya.

3) Dimensi Intelektual

Individu yang mengalami halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan implus yang menekan, tetapi pada saat tertentu menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian pasien dan tidak jarang akan mengontrol semua perilaku pasien.

4) Dimensi Sosial

Individu cenderung mengalami untuk menyendiri, asik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.

5) Dimensi Spiritual

Manusia diciptakan sebagai makhluk sosial, sehingga interaksi dengan manusia lainnya merupakan kebutuhan yang mendasar.

d. Sumber Koping

Sumber koping merupakan suatu evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Individu dapat mengatasi stres dan ansietas dengan menggunakan sumber koping yang ada di lingkungannya. Sumber koping tersebut dijadikan sebagai modal untuk menyelesaikan masalah. Dukungan sosial dan keyakinan budaya dapat membantu seseorang mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stres dan mengadopsi strategi koping yang efektif. (Nita, 2012)

4. Tanda dan Gejala

Menurut Azizah (2016), tanda dan gejala perlu diketahui agar dapat menetapkan masalah halusinasi, antara lain :

- a. Berbicara, tertawa dan tersenyum sendiri.
- b. Bersikap seperti mendengarkan sesuatu
- c. Berhentu berbicara saat ditengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu
- d. Disorientasi
- e. Tidak mampu atau kurang konsentrasi
- f. Cepat berubah pikiran
- g. Alur pikiran kacau
- h. Respon yang tidak sesuai
- i. Menarik diri
- j. Sering melamun

5. Tahap Halusinasi

Menurut Nita (2012) tahapan halusinasi terbagi menjadi 4 tahap yaitu :

- a. Tahap 1 *Comforting*

Halusinasi memberikan rasa nyaman pada klien, tingkat orientasi sedang, secara umum pada tahap ini halusinasi merupakan hal yang menyenangkan bagi klien.

Karakteristik :

- 1) Mengalami kecemasan, kesepian, rasa bersalah dan ketakutan.

- 2) Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan kecemasan.
- 3) Pikiran dan pengalaman sensorik masih ada dalam kontrol kesadaran.
- 4) Peilaku yang muncul : tersenyum, tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, menggerakkan mata yang cepat, respon verbal lambat, diam dan berkonsentrasi.

b. Tahap II *Condemming*

Tahap ini pasien bersikap menyalahkan dan mengalami tingkat kecemasan berat, secara umum hal ini halusinasi menyebabkan antipati.

Karakteristik :

- 1) Pengalaman sensori menakutkan atau merasa dilecehkan oleh pengalaman tersebut.
- 2) Mulai merasa kehilangan kontrol
- 3) Menarik diri dari orang lain
- 4) Perilaku yang muncul : terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan cepat dan tekanan darah meningkat. Selain itu perhatian terhadap lingkungan menurun, konsentrasi terhadap pengalaman sensori menurun dan kehilangan kemampuan dalam membedakan antara halusinasi dengan realita.

c. Tahap III *Controlling*

Pada tahap ini pasien tidak dapat mengontrol dirinya sendiri, tingkat kecemasan berat, dan halusinasi tidak dapat ditolak lagi.

Karakteristik :

- 1) Pasien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya.
- 2) Isi halusinasi menjadi atraktif.
- 3) Pasien menjadi kesepian bila pengalaman sensori berakhir
- 4) Perilaku yang muncul : pasien menuruti perintah halusinasi, sulit berhubungan dengan orang lain, perhatian terhadap lingkungan sedikit atau sesaat, tidak mampu mengikuti perintah yang nyata dan pasien tampak tremor dan berkeringat.

d. Tahap IV *Conquering*

Pasien yang sudah dikuasai dengan halusinasi biasanya terlihat panik.

Perilaku yang muncul :

- 1) Resiko tinggi mencederai
- 2) Agitasi/kataton
- 3) Tidak mampu merespons rangsangan yang ada.

Timbulnya perubahan persepsi sensori halusinasi biasanya diawali dengan seseorang yang menarik diri dari lingkungannya karena orang tersebut menilai dirinya rendah. Bila klien mengalami halusinasi dengar dan lihat atau salah satunya yang menyuruh pada kejahatan, maka akan beresiko terhadap perilaku kekerasan (Nita, 2012).

6. Rentang Respon Halusinasi

Rentang respon neurologi menurut Prabowo (2014), yaitu :



Gambar 2.1 Rentang respon halusinasi

Tabel 2.1 Rentang respon halusinasi

a. Pikiran logis	a. Distorsi pikiran	a. Gangguan pikir dan delusi
b. Persepsi akurat	b. Ilusi	b. Sulit merespons emosi
c. Emosi konsisten dengan pengalaman	c. Reaksi emosi	c. Perilaku disorganisasi
d. Perilaku sesuai	d. Perilaku aneh dan tak biasa	d. Isolasi sosial
e. Berhubungan sosial	e. Menarik diri	

a. Respon Adaptif

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

- 1) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan
- 2) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- 4) Perilaku sesuai adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.

b. Respon Psikososial

- 1) Proses berpikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan
- 2) Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- 3) Emosi berlebihan atau berkurang
- 4) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.

c. Respon Maladaptif

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

- 1) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- 2) Halusibasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- 3) Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
- 4) Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam. (Struart,G.W, 2007 dalam Rahmawati,2017)

7. Mekanisme Koping

Menurut Dalami dkk (2014) mekanisme koping adalah perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologi maladaptif meliputi:

- a. Regresi , menghindari stres, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali seperti apa perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.
- b. Proyeksi, keinginan yang tidak dapat ditoleransi, mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (supaya untuk menjelaskan keracunan persepsi).
- c. Menarik diri, reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis, reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindari sumber stresor, misalnya menjauhi polusi, sumber infeksi, gas beracun dan lain-lain. Sedangkan reaksi psikologis individu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan.

8. Penatalaksanaan Medis

Menurut Ikawati (2011), ada dua terapi untuk pemulihan halusinasi yaitu :
Dalam proses penatalaksanaan halusinasi pasien harus dilakukan tindakan terapi dalam jangka panjang dengan tujuan mempertahankan kesembuhan, mengontrol gejala-gejala yang timbul, mengurangi resiko kambuh,

mengajarkan keterampilan untuk hidup secara mandiri. Terapi ini meliputi obat-obatan, terapi suportif, pendidikan pada keluarga dan konseling. Terdapat terapi farmakologi maupun non farmakologi yang dapat dilakukan :

a. Terapi Farmakologi

Terapi pada pasien dengan halusinasi dibagi menjadi tiga tahap yakni terapi akut, *Benzodiazepin* biasanya digunakan dalam terapi akut. Penggunaan *Benzodiazepin* akan mengurangi dosis penggunaan obat antipsikotik. Terapi stabilisasi bertujuan untuk meningkatkan sosialisasi serta perbaikan kebiasaan dan perasaan. Pengobatan pada tahap ini dilakukan dengan obat-obat antipsikotik. Dan pada terapi pemeliharaan bertujuan untuk mencegah kekambuhan. Dosis pada terapi pemeliharaan dapat diberikan setengah dari dosis akut. *Klozapin* merupakan anti psikotik yang hanya digunakan apabila pasien mengalami resistensi terhadap antipsikotik yang lain.

b. Terapi Non-farmakologi

Terdapat salah satu pendekatan psikososial yang digunakan untuk mengobati halusinasi. Intervensi bagian dari keperawatan komprehensif dapat meningkatkan kesembuhan. Didalam intervensi psikososial bertujuan untuk memberikan dukungan emosional pada pasien. Suatu pendekatan dan penerapan intervensi psikososial dapat dilakukan ke pasien sesuai dengan keparahan penyakit.

Intervensi yang tepat untuk mengontrol halusinasi adalah menggunakan Sp 1 dengan teknik menghardik, SP 2 minum obat secara teratur, SP 3 berbicara dengan orang lain dan SP 4 dengan melakukan aktivitas terjadwal. Pada SP 4 dapat dilakukan dengan terapi kerajinan tangan yang merupakan salah satu terapi bagi penderita gangguan jiwa yang bersifat non farmakologi. Keluarga juga dapat memberi bantuan berupa dukungan emosional, materi, nasehat, informasi dan nilai positif yang sering disebut dukungan keluarga (Wulansih, 2017).

B. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Halusinasi

1. Pengkajian

Menurut Rohmah dan Walid (2012) pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data. Sumber data terbagi menjadi dua yaitu sumber data primer yang berasal dari klien dan sumber data sekunder yang diperoleh selain klien seperti keluarga, orang terdekat, teman, orang lain yang tahu tentang status kesehatan dan tenaga kesehatan. Data pengkajian kesehatan jiwa

a. Data Identitas

Perawat merawat klien melakukan pengenalan dan kontrak klien tentang nama perawat, nama klien, panggilan perawat, panggilan klien,

tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan.

Selanjutnya perawat menuliskan usia, no.RM.

b. Keluhan utama/ Alasan masuk

Tanyakan pada klien/keluarga :

- 1) Apa yang menyebabkan klien datang ke Rumah Sakit saat ini?
- 2) Apa yang dilakukan oleh keluarga mengatasi masalah ini ?.
- 3) Bagaimana hasilnya?

Pasien dengan halusinasi penglihatan biasanya terjadi gejala ketakutan yang tidak jelas, menunjuk-nunjuk kearah tertentu seperti melihat bayangan yang sebenarnya tidak ada, ada pengalaman yang tidak menyenangkan dan dialami oleh pasien dan ada riwayat putus obat atau berhenti minum obat.

c. Faktor Prespitasi

Faktor pencetus / peristiwa atau kejadian terdekat sebelum masuk RS.

d. Faktor presdiposisi

Tanyakan kepada pasien/ keluarga apakah pasien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu. Jika klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu, Tanyakan bagaimana hasil pengobatan sebelumnya apabila pasien dapat beradaptasi tapi masih ada gejala-gejala bertambah atau menetap. Dan tanyakan pada pasien apakah pasien melakukan , mengalami atau menyaksikan penganiyaan fisik , seksual, penolakan dari lingkungan , kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal, dan apakah klien sebagai pelaku , korban atau saksi.

Tanyakan kepada pasien / keluarga apakah ada anggota keluarga lainnya yang mengalami gangguan jiwa, dan tanyakan bagaimana hubungan pasien dengan anggota keluarga tersebut, tanyakan apa gejala yang dialami serta riwayat pengobatan dan perawatan yang pernah diberikan pada anggota keluarga tersebut. Dan tanyakan kepada klien /keluarga tentang pengalaman yang tidak menyenangkan (kegagalan, kehilangan , perpisahan, kematian, trauma selama tumbuh kembang) yang pernah dialami pasien pada masa lalu.

e. Pemeriksaan fisik

Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ :

- 1) Ukur dan observasi tanda-tanda vital :tekanan darah, nadi, duhu dan pernafasan pasien.
- 2) Ukur tinggi badan dan berat badan pasien.
- 3) Tanyakan kepada pasien / keluarga apakah ada keluhan fisik dirasakan oleh klien.
- 4) Kaji lebih lanjut sistem dan fungsi organ dan jelaskan sesuai dengan keluhan yang ada.
- 5) Masalah keperawatan ditulis dengan data yang ada.

f. Psikososial

- 1) Genogram : Dapat digambarkan tentang silsilah keluarga pasien minimal 3 generasi dan dikaji apakah ada riwayat keturunan gangguan jiwa.

2) Konsep diri

- a) Gambaran tentang diri atau citra tubuh, apakah didapati ada anggota tubuh yang tidak disukai misal, pada bagian hidungnya yang pasien tidak menyukainya karena tidak mancung.
- b) Identitas diri : tanyakan status dan posisi pasien sebelum dirawat, dan kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, lalu apakah pasien mempunyai masalah tidak puas dengan jenis kelaminnya.
- c) Peran : tanyakan apakah ada perilaku sosial pasien yang tidak diterima oleh masyarakat, ketidakmampuan menjalankan peran.
- d) Ideal diri : tanyakan harapan pasien tentang harapan pasien tentang tubuh, posisi status, tugas dan fungsi, serta harapan pasien terkait dengan sekolahnya, pekerjaannya, keluarganya terhadap penyakitnya dan terhadap cita-citanya.
- e) Harga diri berisikan bagaimana hubungan pasien dengan orang lain terkait kondisi gambaran diri, identitas diri, peran serta ideal diri.

3) Hubungan sosial

Tanyakan pada klien siapa orang yang berarti dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat berbicara, minta bantuan atau dorongan. Dan tanyakan pada pasien apakah terlibat dalam kelompok masyarakat.

4) Spiritual

- 1) Nilai dan keyakinan : tanyakan tentang pandangan dan keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut. Dan pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa.
- 2) Kegiatan ibadah : tanyakan kegiatan ibadah dirumah secara individu dan kelompok. Dan tanyakan pendapat klien/keluarga tentang kegiatan ibadah.

g. Pemeriksaan status mental

1) Penampilan

Data ini di dapatkan melalui hasil observasi perawat / keluarga dengan melihat penampilan tidak rapih jika dari ujung rambut sampai ujung kaki ada yang tidak rapih. Misalnya dari rambut acak-acakan kancing baju tidak tepat, resleting tidak dikunci, baju terbalik, baju tidak diganti-ganti. Dan pakaian tidak sesuai misalnya : pakaian dalam dipakai diluar. Lalu jelaskan hal-hal yang ditampilkan oleh pasien dan kondisi lain yang tidak tercantum.

2) Karakteristik gaya bicara

Pembicaraan pasien dapat dilihat dari kegiatan wawancara dengan pasien apakah pasien berbicara tepat, keras, gagap, membisu, apatis atau lambat, berpindah-pindah dari satu kalimat yang lain atau bicara kacau

3) Aktivitas motorik.

Aktivitas motorik pasien dapat dilihat dari saat perawat/keluarga melakukan observasi dengan pasien apakah pasien terlihat:

- a) Lesu, tegang, gelisah sudah jelas.
- b) Agitasi gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan.
- c) Tik gerakah-gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol.
- d) Grimasen yang merupakan gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat di kontrol pasien.
- e) Tremor yang merupakan jari-jari yang tampak gemeter ketika pasien menjulurkan tangan dan merentangkan jari-jari
- f) Komplusif , kegiatan yang dilakukan berulang-ulang seperti berulang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi , mengeringkan tangan dan sebagainya.

4) Alam perasaan.

Perasaan pasien dapat dilihat dari saat melakukan observasi perawat/keluarga dengan pasien apakah pasien mempunyai perasaan sedih, merasa putus asa, adanya ketakutan terhadap suatu hal, bahkan terdapat kecemasan dan merasa tidak mempunyai harapan tentang kehidupan

5) Afek

Data ini didapatkan melalui observasi perawat/keluarga dengan apakah pasien terlihat :

- a) Datar , tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan
- b) Tumpul , hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat.
- c) Labil , emosi yang cepat berubah-ubah
- d) Tidak sesuai , emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada.

6) Interaksi selama wawancara

Data ini didapatkan melalui hasil wawancara dan observasi perawat/ keluarga apakah pasien terlihat :

- a) Bermusuhan , tidak kooperatif, mudah tersinggung sudah jelas.
- b) Kontak mata kurang, tidak mau menatap mata lawan bicara.
- c) Defensif , selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya.
- d) Curiga, menunjukkan sikap/ perasaan tidak percaya pada orang lain.

7) Persepsi

Pada tahap ini halusinasi pasien sudah terlihat jelas , kecuali penghidu dan dengan penciuman.

8) Proses pikir

Data ini diperoleh dari observasi pada saat wawancara perawat/ keluarga apakah pasien terlihat :

- a) Sirkumstansial , pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan.

- b) Tangensial, pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai tujuan
 - c) Kehilangan asosiasi, pembicaraan tidak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya dan pasien tidak menyadarinya.
 - d) *Fight of ideas*, pembicaraan yang meloncat dari satu topik ke topik lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan.
 - e) Bloking. Pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali.
 - f) *Preservasi*, pembicaraan yang diulang berkali-kali
- 9) Isi pikir
- Data ini didapatkan melalui wawancara yang dilakukan oleh perawat apakah pasien terlihat :
- a) Obsesi, pikitan yang selalu muncul walaupun nklien berusaha menghilangkannya.
 - b) Phobia , ketakutan yang patologis/ tidak logis terhadap objek / situasi tertentu.
 - c) *Hipokondria*, keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada.
 - d) *Depersonalisasi*, perasaan klien yang asing terhadap diri sendiri , orang atau lingkungan

- e) Ide yang terkait, keyakinan klien terhadap kejadian yang terjadi di lingkungan yang bermakna dan terkait pada dirinya
- f) Pikiran magis , tanyakan keyakinan pasien tentang kemampuannya melakukan hal-hal yang mustahil/ diluar kemampuannya.
- g) Waham
- (1) Agama, keyakinan pasien terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tapi tidak sesuai dengan kenyataan
 - (2) Somatik , klien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan
 - (3) Kebesaran , klien mempunyai keyakinan yang berlebihan terhadap kemampuannya yang disampaikan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.
 - (4) Curiga , klien mempunyai keyakinan bahwa ada seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
 - (5) *Nihilistik*, klien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia / meninggal yang dinyatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.

10) Tingkat Kesadaran

Data ini tentang bingung dan sedasi diperoleh melalui wawancara dan observasi, stupor diperoleh melalui observasi, orientasi klien (waktu tempat, orang) diperoleh melalui wawancara, apakah klien terlihat :

- a) Tampak bingung dan kacau
- b) Sedasi, mengatakan merasa melayang-layang antara sadar dan tidak sadar.
- c) Stupor, gangguan motorik seperti kekakuan , gerakan-gerakan yang diulang, anggota tubuh klien dapat diletakan dalam sikap danggung dan dipertahankan klien , tapi klien mengerti semua yang terjadi di lingkungan
- d) Orientasi waktu, tempat, orang jelas

11) Memori

Data yang diperoleh melalui wawancara yang dilakukan perawat :

- a) Gangguan daya ingat jangka panjang, tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan.
- b) Gangguan daya ingat jangka pendek, tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam seminggu terakhir
- c) Gangguan daya ingat saat ini, tidak sapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi.
- d) Konfabulasi, pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingat.

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Data diperoleh melalui wawancara yang dilakukan oleh perawat :

- a) Mudah dialihkan , perhatian klien mudah berganti dari satu objek ke objek lain
- b) Tidak mampu berkonsentrasi, klien selalu minta agar pertanyaan diulang/ tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.
- c) Tidak mampu berhitung, tidak dapat melakukan penambahan / pengurangan pada benda-benda nyata.

13) Kemampuan penilaian

- a) Gangguan kemampuan penilaian ringan, klien dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain. Contoh : berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan, klien dapat mengambil keputusan.
- b) Gangguan kemampuan penilaian, klien tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain. Contoh : berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi.

14) Daya tilik diri

Data diperoleh melalui wawancara yang dilakukan oleh perawat :

- a) Mengingkari penyakit yang diderita tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik, emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu pertolongan.

b) Menyalahkan hal-hal diluar dirinya, menyalahkan orang lain / lingkungan yang menyebabkan kondisi saat orang lain / lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini.

h. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Observasi dan tanyakan pada klien tentang frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka/tidak suka/ pantangan) dan cara makan dan observasi kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan.

2) BAB/BAK

Observasi kemampuan klien untuk BAB/BAK saat pergi apakah menggunakan dan membersihkan WC dan apakah klien membersihkan diri dan merapikan pakaian.

3) Mandi

Observasi dan tanyakan frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur (kumis, jenggot dan rambut). Dan observasi kebersihan tubuh dan bau badan.

4) Berpakaian

Observasi kemampuan klien dalam mengambil, memilih dan mengenakan pakaian, alas kaki dan observasi penampilan dandanannya klien dan nilai kemampuan yang harus dimiliki klien mengambil, memilih dan mengenakan pakaian. Tanyakan kepada keluarga dan observasi frekuensi klien berganti pakaian.

5) Istirahat dan tidur

Observasi dan tanyakan tentang berapa lama waktu tidur siang/malam klien, dan apakah klien mempersiapkan tidurnya seperti menyikat gigi, cuci kaki dan berdoa.

6) Penggunaan obat

Observasi dan tanyakan kepada klien dan keluarga tentang penggunaan obat dan bagaimana areaksi obat tersebut.

7) Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan kepada klien dan keluarga tentang apa, bagaimana, kapan dan kemana perawatan dan pengobatan lanjut klien dan siapa saja sistem pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, institusi dan lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya.

8) Kegiatan didalam rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam merencanakan, mengolah dan menyajikan makanan, merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu, mengepel), mencuci pakaian sendiri dan mengatur kebutuhan biaya sehari-hari. Tanyakan kemampuan klien untuk belanja keperluan sehari-hari lalu dalam melakukan perjalanan mandiri dengan jalan kaki, menggunakan kendaraan dan kegiatan lain yang dilakukan klien di luar rumah.

i. Mekanisme koping

Data ini didapat melalui wawancara pada klien atau keluarganya

j. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Data didapatkan melalui wawancara pada klien atau keluarganya, pada tiap masalah klien beri uraian spesifik, singkat dan jelas.

k. Pengetahuan

Data didapatkan melalui wawancara pada klien, pada tiap item yang dimiliki oleh klien disimpulkan dalam masalah.

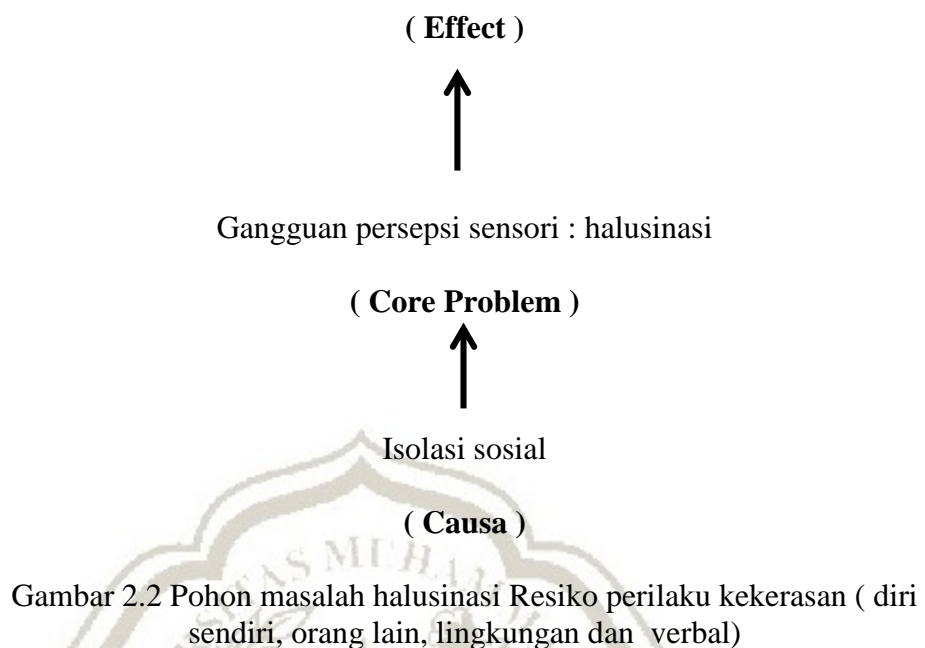
l. Aspek Medik

Tuliskan diagnosa medik klien yang telah dituliskan oleh dokter yang merawat. Tuliskan obat-obat klien saat ini, baik obat fisik, psikofarmaka dan terapi lain (Nurjanah, 2020)

2. Pohon Masalah

Pasien biasanya memiliki lebih dari satu masalah keperawatan. Sejumlah masalah pasien akan saling berhubungan dan dapat digambarkan sebagai pohon masalah (Yusuf dkk, 2015). Untuk membuat pohon masalah, minimal harus ada tiga masalah yang berkedudukan sebagai penyebab (*causa*), masalah utama (*core problem*), dan akibat (*effect*).

Menurut Damiyanti (2014), pohon masalah pada pasien halusinasi adalah sebagai berikut :



3. **Diagnosis Keperawatan**

Rumuskan diagnosis dengan rumusan P (masalah) dan E (etiologi) berdasarkan pohon masalah dan urutkan diagnosis sesuai dengan prioritas.

- a. Gangguan persepsi sensori : halusinasi
- b. Resiko perilaku kekerasan
- c. Isolasi sosial

4. **Rencana Tindakan Keperawatan Pada Pasien Halusinasi**

Menurut Rencana tindakan yang dilakukan pada pasien dengan halusinasi adalah sebagai berikut :

- a. SP 1 klien : Perawat membantu klien untuk mengenal halusinasi , menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi dan mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama yaitu dengan menghardik.

- b. SP 2 klien : Perawat membantu melatih pasien untuk menggunakan obat secara teratur.
- c. SP 3 klien : Perawat melatih pasien untuk mengontrol halusinasi dengan cara ke dua dengan bercakap-cakap dengan orang lain.
- d. SP 4 klien : Perawat melatih pasien untuk mengontrol halusinasi menggunakan cara ke empat yaitu dengan melaksanakan aktivitas terapi kerajinan tangan.
- e. SP 1 keluarga: Perawat menjelaskan kepada keluarga mengenai pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi , jenis halusinasi yang dialami klien, tanda dan gejala halusinasi dan cara-cara merawat klien halusinasi.
- f. SP 2 keluarga: Perawat melatih keluarga untuk praktek merawat klien secara langsung.
- g. SP 3 keluarga: Perawat membuat perencanaan pulang bersama keluarga.

5. Implementasi

Pada diagnosa keperawatan halusinasi penglihatan maka dilakukan tindakan keperawatan dengan cara melakukan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan :

- a. SP 1 pasien : Perawat mengenal halusinasi pada pasien , menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara pertama dengan menghardik.

- b. SP 2 pasien : Perawat melatih pasien menggunakan obat secara teratur
- c. SP 3 pasien : Perawat melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga yaitu dengan bercakap-cakap dengan orang lain.
- d. SP 4 pasien : Perawat melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas fisik berupa terapi kerajinan tangan.
- e. SP 1 keluarga : Perawat melakukan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi , jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi dan cara- cara merawat pasien halusinasi.
- f. SP 2 keluarga : Perawat melatih keluarga untuk praktek merawat pasien secara langsung.
- g. SP 3 keluarga : Perawat membuat rencana pulang bersama keluarga (Wahyuni, 2017).

6. Evaluasi

Evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan untuk pasien gangguan sensori persepsi halusinasi adalah sebagai berikut :

- a. Pasien mampu :
 - 1) Mengungkapkan isi halusinasi yang dialaminya, gejala yang timbul pada saat halusinasi muncul.
 - 2) Mengungkapkan kapan halusinasi muncul dan berapa lama halusinasi terjadi.
 - 3) Menjelaskan situasi pencetus halusinasi.
 - 4) Mengungkapkan perasaanya ketika terjadi halusinasi.

- 5) Mengungkapkan perasaanya ketika terjadi halusinasi.
 - 6) Melaksanakan empat strategi pelaksanaan halusinasi :
 - a) Pasien dapat menghardik halusinasi
 - b) Pasien dapat menggunakan obat secara teratur
 - c) Pasien dapat melakukan percakapan dengan orang lain disekitarnya bila timbul halusinasi.
 - d) Pasien dapat menyusun jadwal kegiatan dari bangun tidur di pagi hari dalam seminggu dan melaksanakan jadwal tersebut secara mandiri.
 - 7) Menilai manfaat cara mengontrol halusinasi dalam mengendalikan halusinasi.
- b. Keluarga mampu :
- 1) Menjelaskan halusinasi yang dialami pasien
 - 2) Menjelaskan cara merawat pasien halusinasi melalui empat cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan aktivitas
 - 3) Mendemonstrasikan cara erawat pasien halusinasi
 - 4) Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah pasien.
 - 5) Mampu melaporkan keberhasilan merawat pasien (Nurhalimah, 2016).

C. Konsep Kerajinan Tangan

1. Definisi Terapi Kerajinan Tangan

Latihan keterampilan melalui kegiatan kerajinan tangan merupakan salah satu terapi bagi penderita gangguan jiwa yang bersifat nonfarmakologi. Terapi bagi penderita gangguan jiwa post hospitalisasi bukan hanya pemberian obat dan rehabilitasi medik. Keluarga juga sapat memberi bantuan berupa dukungan emosional, materi, nasehat, informasi dan nilai positif yang sering disebut dukungan keluarga. Semakin baik sikap keluarga akan semakin mengurangi potensi kekambuhan (Wulansih dan Widodo, 2017).

Pemberian pelatihan kerajinan tangan merupakan salah satu intervensi dengan teknik modifikasi perilaku yang didasarkan pada prinsip-prinsip bermain peran, praktek dan umpan balik guna meningkatkan kemampuan pasien dalam menyelesaikan masalah pada pasien dengan skizofrenia, depresi, halusinasi, ansietas, harga diri rendah dan isolasi sosial (Maharani, 2012).

Penanganan pasien yang mengalami halusinasi adalah dengan aktivitas yang disenangi pasien yang bertujuan untuk memberi motivasi dan memberikan kegembiraan, hiburan, serta mengalihkan perhatian pasien dari halusinasi yang dialaminya. Aktivitas mengisi waktu luang dapat membantupasien mencegah terjadinya stimuli panca indera tanpa adanya rangsang dari luar dan membantu pasien untuk berhubungan dengan orang lain dan lingkungannya. Pasien dapat memilih kegiatan membuat kerajinan tangan seperti merenda, menyulam, membuat gelang, menjahit dan mengukir (Crek, 2010).

2. Manfaat Kerajinan Tangan

Kerajinan tangan dapat dilakukan dengan cara memberikan aktivitas klien dalam bentuk kegiatan sederhana sebagai aktivitas yang bertujuan mengembangkan keterampilan fisik seperti membuat gelang dengan manik-manik, menyulam, membuat bunga, dan dapat meningkatkan manfaat interaksi sosial (Pardede, 2019).

Manfaat kerajinan tangan bagi kesehatan jiwa :

- a. Menyalurkan ekspresi.
- b. Menyalurkan perasaan (yang dapat menyebabkan ketegangan).
- c. Mengatasi kecewa, khawatir dan takut.
- d. Membantu mengatasi masalah
- e. Mengespresikan berbeda-beda
- f. Memberi kepuasan seseorang
- g. Mempengaruhi perkembangan sosial dan emosi pasien (Rahmawati, 2018).

3. Evaluasi Kerajinan Tangan

Dengan terapi kerajinan tangan diharapkan pasien mampu :

- a. Pasien dapat tenang
- b. Pasien dapat memberikan fokus perhatian pada objek
- c. Pasien dapat mendengarkan dan mengikuti petunjuk
- d. Keterampilan pasien bertambah
- e. Aktivitas hobi bertambah sebagai kegiatan sehari-hari (Perdede,2019).

4. Hasil Penelitian Pendukung

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Munjianti (2021), selama 3 hari di Desa Kedongdong Kecamatan Sokaraja Kabupaten Banyumas. Melaksanakan kegiatan berupa pengabdian masyarakat tentang orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berupa kegiatan pembuatan kerajinan tangan. Dalam kegiatan tersebut efektif dibuktikan dengan dilakukan pre test dengan nilai rata-rata 43,75 dan post test dengan nilai 65 yang mengalami peningkatan membuktikan bahwa membuat kerajinan tangan efektif dalam peningkatan pengetahuan ODGJ.

