

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Halusinasi

1. Pengertian halusinasi

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (A. B. Keliat & Pawirowiyono, 2015). Sedangkan menurut Kusumawati & Hartono, (2012), halusinasi didefinisikan sebagai hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberikan persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata.

Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, sehingga klien menginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata tanpa stimulus atau rangsangan dari luar (G. W. Stuart, 2013). Berdasarkan pengertian halusinasi itu dapat diartikan bahwa, halusinasi adalah gangguan respon yang diakibatkan oleh stimulus atau rangsangan yang membuat klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak ada.

2. Faktor penyebab terjadinya halusinasi

Stuart, (2016), menjelaskan bahwa faktor penyebab terjadinya halusinasi yaitu :

a. Faktor Predisposisi

1) Biologis

Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan dengan penelitian-penelitian sebagai berikut

- a) Penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik.
- b) Beberapa zat kimia di otak seperti *dopamine neurotransmitter* yang berlebihan dan masalah-masalah pada sistem reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.
- c) Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atrofi yang signifikan pada otak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atrofi korteks bagian depan dan atrofi otak kecil (*cerebellum*). Temuan dan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (*post mortem*).

2) Psikologis

Keluarga, pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien. Salah satu sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien.

3) Sosial Budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stres.

a. Faktor Presipitasi

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stresor dan masalah koping dapat mengidentifikasi kemungkinan kekambuhan.

a) Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

b) Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres yang berinteraksi terhadap stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

c) Sumber koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stresor.

3. Jenis-jenis halusinasi

Stuart, (2016) halusinasi dibagi dalam :

1) Halusinasi pendengaran / *auditorik*

Karakteristik mendengar kegaduhan atau suara, paling sering dalam bentuk suara. Suara yang berkisar dari kegaduhan atau suara sederhana, suara berbicara tentang klien, menyelesaikan percakapan antara dua orang atau lebih tentang orang yang berhalusinasi. Pikiran mendengar dimana klien mendengar suara-suara yang berbicara pada klien dan perintah yang memberitahu klien untuk melakukan sesuatu, kadang - kadang berbahaya.

2) Halusinasi penglihatan / *visual*

Karakteristik ditandai dengan rangsangan visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambar geometris, tokoh kartun, atau adegan atau bayangan rumit dan kompleks. Bayangan dapat menyenangkan atau menakutkan, seperti melihat monster.

3) Halusinasi penciuman / *olfaktori*

Karakteristik ditandai dengan mencium sesuatu yang tidak enak, busuk dan tengik seperti darah, urin atau feses, kadang-kadang bau menyenangkan. Halusinasi penciuman biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang dan demensia.

4) Halusinasi perabaan / *taktil*

Karakteristik ditandai dengan adanya rasa sakit. Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan stimulus yang jelas. Contohnya rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

5) Halusinasi pengecapan / *gustatory*

Halusinasi ditandai dengan rasa mengecap seperti rasa darah, urin dan feses.

6) Halusinasi sinestetik

Karakteristik ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti rasa aliran darah vena atau arteri, pencernaan makanan dan pembentukan urin.

7) Halusinasi kinestetik

Karakteristik ditandai dengan merasakan pergerakan sementara berdiri atau bergerak.

4. Tanda dan gejala halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi menurut Keliat, (2019), sebagai berikut :

a. Mayor

1) Subjektif

- a) Mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya.
- b) Melihat benda, orang, atau sinar tanpa ada objeknya.
- c) Menghidu bau-bauan yang tidak sedap, seperti bau badan padahal tidak.

- d) Merasakan pengecapan yang tidak enak.
- e) Merasakan rabaan atau gerakan badan.

2) Objektif

- a) Bicara sendiri.
- b) Tertawa sendiri.
- c) Melihat ke satu arah.
- d) Mengarahkan telinga ke arah tertentu.
- e) Tidak dapat memfokuskan pikiran.
- f) Diam sambil menikmati halusinasinya.

b. Minor

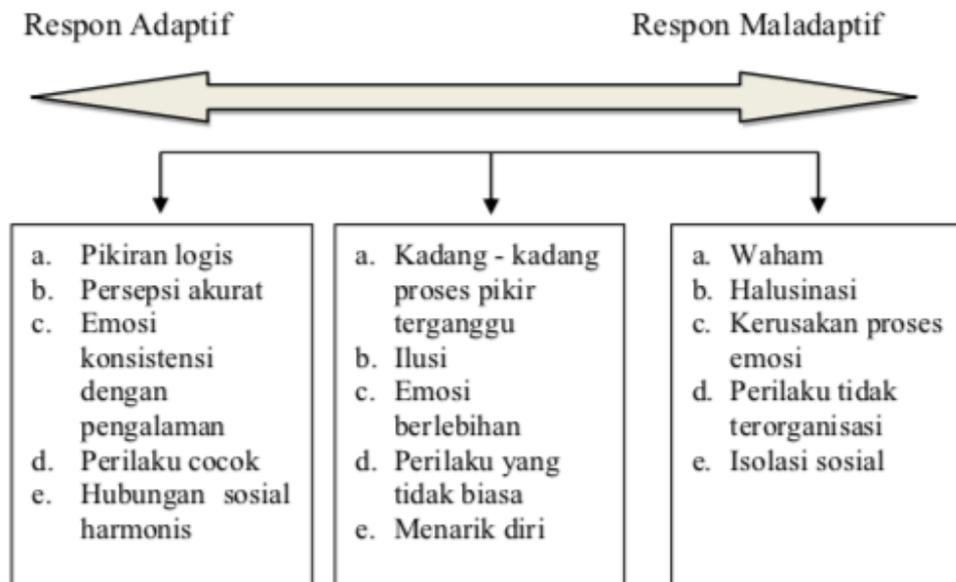
1) Subjektif

- a) Sulit tidur.
- b) Khawatir.
- c) Takut.

2) Objektif

- a) Sulit tidur.
- b) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi.
- c) Afek datar.
- d) Menyendiri, melamun.
- e) Mondar-mandir.
- f) Kurang mampu merawat diri.

5. Rentang respon halusinasi



Gambar 2.1. Rentang Respon Halusinasi (Yosep, 2014)

6. Tahapan halusinasi

Kusumawati & Hartono, (2012), menjelaskan bahwa tahapan halusinasi terdiri dari 4 fase yaitu :

a. Fase I (*comforting*)

Comforting disebut juga fase menyenangkan, pada tahapan ini masuk dalam golongan nonpsikotik. Karakteristik dari fase ini klien mengalami stres, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak dan tidak dapat diselesaikan. Pada fase ini klien berperilaku tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respons verbal yang lambat jika sedang asik dengan halusinasinya dan suka menyendiri.

b. Fase II (*Conndeming*)

Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan termasuk dalam psikotik ringan. Karakteristik klien pada fase ini menjadi pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun, dan berfikir sendiri menjadi dominan. Mulai disarankan ada bisikan yang tidak jelas. Klien tidak ingin orang lain tahu dan klien dapat mengontrolnya. Perilaku klien pada fase ini biasanya meningkatkan tanda-tanda sistem saraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah. Klien asik dengan halusinasinya dan tidak dapat membedakan realita.

c. Fase III (*Controlling*)

Controlling disebut juga ansietas berat, yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Karakteristik klien meliputi bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya dengan halusinasinya, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik. Tanda-tanda fisik berupa berkeringat, tremor, dan tidak mampu memenuhi perintah.

d. Fase IV (*Conquering*)

Conquering disebut juga fase panik yaitu klien lebur dengan halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat. Karakteristik yang muncul pada klien meliputi halusinasi berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya,

hilang kontrol dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain dan lingkungan. Perilaku klien menunjukkan perilaku *error* akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau katatonik, tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks, dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang.

Akibat yang dapat terjadi pada pasien halusinasi adalah resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

7. Penatalaksanaan halusinasi

a. Farmakologi

1) Psikofarmakologi

a) Golongan Butirefenon

Haldol, serenace, ludomer. Pada kondisi akut biasanya diberikan dalam bentuk injeksi 3 x 5 mg , IM. Pemberian injeksi biasanya cukup 3 x 24 jam. Setelahnya klien bisa diberikan obat per oral 3 x 1,5 mg (Yosep, 2014).

b) Golongan Fenotiazine

Chlorpromazine / largactile / promactile. Biasanya diberikan per oral. Kondisi akut biasanya diberikan 3 x 100 mg. Apabila kondisi sudah stabil dosis dapat dikurangi 1 x 100 mg pada malam hari saja (Yosep, 2014).

b. Psikoterapi

Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang *grandmall* secara *aetificial* dengan melewati aliran listrik melalui *electrode* yang dipasang pada satu atau dua temples. Terapi kejang listrik dapat diberikan pada skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik (Yosep, 2014).

c. Rehabilitasi

Terapi kerja baik untuk mendorong penderita bergaul dengan orang lain, penderita lain, perawat, dan dokter. Maksudnya supaya pasien tidak mengasingkan diri lagi karena bila menarik diri pasien dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Dianjurkan penderita untuk menadakan permainan atau pelatihan bersama (Yosep, 2014).

d. Non Farmakologi

Wijawanti *et al.*, (2018), menjelaskan penatalaksanaan non farmakologi pada pasien halusinasi meliputi:

1) Membantu pasien mengenali halusinasi

Perawat mencoba menanyakan pada pasien tentang isi halusinasi (apa yang ingin didengar atau dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekwensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan perasaan pasien saat halusinasi muncul.

2) Melatih pasien mengontrol halusinasi

Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol halusinasi perawat dapat mendiskusikan empat cara mengontrol halusinasi pada pasien. Keempat cara tersebut meliputi :

a) Menghardik halusinasi

Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya. Kalau ini bisa dilakukan, pasien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul. Mungkin halusinasi tetap ada namun dengan kemampuan ini pasien tidak akan larut untuk menuruti apa yang ada dalam halusinasinya. Tahapan ini meliputi:

1. Menjelaskan cara menghardik halusinasi.
2. Memperagakan cara menghardik.
3. Meminta pasien memperagakan ulang.
4. Memantau penerapan cara ini, menguatkan perilaku pasien.
5. Bercakap-cakap dengan orang lain.
6. Melakukan aktivitas terjadwal

b) Menggunakan obat secara teratur.

Agar pasien mampu mengontrol halusinasi maka perlu dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan

program. Klien gangguan jiwa yang dirawat di rumah seringkali mengalami putus obat sehingga akibatnya pasien mengalami kekambuhan. Bila kekambuhan terjadi maka untuk mencapai kondisi seperti semula akan lebih sulit. Berikut ini tindakan keperawatan agar klien patuh menggunakan obat :

1. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa.
2. Jelaskan akibat bila obat tidak digunakan sesuai program.
3. Jelaskan akibat bila putus obat.
4. Jelaskan cara mendapatkan obat / berobat.
5. Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 8 (delapan) benar.

c) Melatih bercakap-cakap dengan orang lain.

Mengontrol halusinasi dapat juga dengan bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi, fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut sehingga salah satu cara yang efektif untuk mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

d) Melatih pasien beraktivitas secara terjadwal.

Libatkan pasien dalam terapi modalitas untuk mengurangi risiko halusinasi yang muncul lagi adalah dengan menyibukan diri dengan bimbingan klien membuat jadwal yang teratur, dengan beraktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan memiliki

banyak waktu luang yang seringkali mencetuskan halusinasi. Oleh sebab itu, pasien yang mengalami halusinasi bisa dibantu untuk mengatasi halusinasinya dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu. Tahap intervensinya sebagai berikut :

1. Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.
 2. Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien.
 3. Melatih pasien melakukan aktivitas.
 4. Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan klien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu.
 5. Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan, memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.
- e) Melibatkan keluarga dalam tindakan.

Diantara penyebab kambuh yang paling sering adalah faktor keluarga dan pasien sendiri. Keluarga adalah *support system* terdekat dan 24 jam bersama-sama dengan klien. Keluarga yang mendukung pasien secara konsisten akan membuat pasien mandiri dan patuh mengikuti program pengobatan. Salah satu tugas perawat adalah melatih keluarga agar mampu merawat pasien gangguan jiwa di rumah. Perawat perlu memberikan

pendidikan kesehatan kepada keluarga. Informasi yang perlu disampaikan kepada keluarga meliputi :

1. Pengertian halusinasi.
2. Jenis halusinasi yang dialami oleh pasien.
3. Tanda dan gejala halusinasi.
4. Proses terjadinya halusinasi.
5. Cara merawat pasien halusinasi.
6. Cara berkomunikasi.
7. Pengaruh pengobatan dan cara pemberian obat.
8. Pemberian aktivitas kepada pasien.
9. Sumber-sumber pelayanan kesehatan yang bisa dijangkau.
10. Pengaruh stigma masyarakat terhadap kesembuhan pasien.

B. Perawatan Diri

1. Pengertian perawatan diri

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan, dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, klien dinyatakan terganggu keprawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri (G. Stuart, 2016).

Perawatan diri adalah perawatan sendiri yang dilakukan setiap orang dan ditentukan oleh nilai-nilai dan praktek-praktek individu, seperti: hygiene tubuh secara umum, mandi, eliminasi, dan berhias. Perawatan diri

mempunyai tujuan dan berperan terhadap integritas struktural, fungsi, dan perkembangan manusia (Potter & Perry, 2012). Kebutuhan perawatan diri adalah kebutuhan yang dimiliki setiap individu untuk memenuhi dan menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang ditentukan oleh nilai-nilai dan praktek-praktek individu yang bertujuan dan berperan terhadap integritas struktural, fungsi, dan perkembangan manusia.

2. Faktor yang mempengaruhi perawatan diri

Pilihan perawatan diri dipengaruhi oleh beberapa faktor sehingga individu memiliki variasi dalam praktiknya. Perawatan diri bukanlah suatu rutinitas, hal ini membutuhkan kontak intim antara perawat dengan klien dan komunikasi untuk mewujudkan hubungan terapeutik. faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan diri meliputi praktik sosial, pilihan pribadi, citra tubuh, status sosial ekonomi, kepercayaan dan motivasi kesehatan, variabel budaya, dan kondisi fisik (Potter & Perry, 2012).

a. Praktik sosial

Kelompok sosial mempengaruhi pilihan *hygiene*, termasuk produk dan frekuensi perawatan pribadi. Selama masa kanak-kanak, kebiasaan keluarga mempengaruhi *hygiene*, misalnya frekuensi mandi, waktu mandi, dan jenis *hygiene* mulut. Pada masa remaja, *hygiene* pribadi dipengaruhi oleh kelompok teman. Remaja wanita misalnya menjadi tertarik pada penampilan pribadi dan mulai memakai riasan wajah. Pada masa dewasa, teman dan kelompok kerja membentuk harapan tentang

penampilan pribadi. Beberapa praktik *hygiene* pada lansia berubah karena kondisi dan sumber yang tersedia.

b. Pilihan pribadi

Tiap klien memiliki keinginan sendiri dalam menentukan waktu bercukur, mandi, dan mengurus rambut. Pilihan produk didasarkan pada penilaian pribadi, kebutuhan dan dana pengetahuan tentang pilihan klien akan membantu perawatan yang terindividualisasi. Selain itu bantu klien untuk membangun praktik *hygiene* baru jika ada penyakit. Contoh: perawat harus mengajarkan *hygiene* kaki pada klien penderita diabetes.

c. Citra tubuh

Citra tubuh mempengaruhi cara seseorang memelihara *hygiene*. Jika klien tampak rapi, mempertimbangkan detail kerapihan saat merencanakan keperawatan dan berkonsultasi dengan klien sebelum memberikan perawatan *hygiene*. Klien yang tampak berantakan dan tidak peduli dengan *hygiene* dirinya akan membutuhkan edukasi tentang kepentingan *hygiene* atau pemeriksaan lebih lanjut untuk melihat kemampuan klien berpartisipasi dalam *hygiene* harian. Penampilan umum klien menggambarkan pentingnya *hygiene* bagi dirinya. Citra tubuh adalah konsep subyektif seseorang tentang tubuhnya, termasuk penampilan, struktur atau fungsi fisik. Citra ini sering berubah; saat klien menjalani operasi, menderita penyakit, atau perubahan status fungsional, citra tubuh akan berubah dramatis.

Perawat berusaha untuk meningkatkan kenyamanan dan penampilan *hygiene* klien.

d. Status sosial ekonomi

Status ekonomi akan mempengaruhi jenis dan sejauh mana praktik *hygiene* dilakukan. Perawat harus sensitif terhadap status ekonomi klien dan pengaruhnya terhadap kemampuan pemeliharaan *hygiene*nya. Jika klien mengalami masalah ekonomi, dirinya akan sulit berpartisipasi dalam aktivitas promosi kesehatan seperti *hygiene* dasar. Jika barang untuk perawatan diri tidak dapat dibeli oleh klien, carilah alternatifnya. Pelajari juga apakah penggunaan produk tersebut merupakan bagian kebiasaan yang dilakukan oleh kelompok sosial klien. Contohnya tidak semua klien menggunakan deodoran atau kosmetik.

e. Kepercayaan dan motivasi kesehatan

Pengetahuan akan *hygiene* mempengaruhi praktik *hygiene*. Motivasi merupakan kunci penting dalam pelaksanaan *hygiene*. Kesulitan internal yang mempengaruhi praktik *hygiene* adalah ketiadaan motivasi karena kurangnya pengetahuan. Klien berperan penting dalam menentukan kesehatan dirinya karena perawatan diri merupakan hal yang paling dominan pada kesehatan masyarakat kita. Banyak keputusan pribadi yang dibuat tiap hati yang membentuk gaya hidup dan lingkungan sosial / fisik .

f. Variabel budaya

Kepercayaan budaya dan nilai pribadi klien akan mempengaruhi perawatan *hygiene*. Berbagai budaya memiliki praktik *hygiene* yang berbeda. Beberapa budaya tidak menganggap kesehatan sebagai hal yang penting.

g. Kondisi fisik

Klien dengan keterbatasan fisik biasanya tidak memiliki energi dan ketangkasan untuk melakukan *hygiene*. Contoh klien dengan traksi, penyakit dengan rasa nyeri membatasi ketangkasan dan rentang gerak, klien dibawah efek sedasi tidak memiliki koordinasi mental untuk melakukan perawatan diri, penyakit kronis, jantung, kanker, neurologis, atau psikiatrik. Genggaman yang melemah akibat stroke atau kelainan otot akan menghambat klien untuk menggunakan sikat gigi, handuk basah, atau sisir.

3. Tingkat fungsi perawatan diri

Klasifikasi tingkat fungsi perawatan diri klien digambarkan berdasarkan skala menurut NANDA dalam (Walkinson and Ahern, 2013) sebagai berikut:

0 = mandiri total.

1 = membutuhkan peralatan atau alat bantu.

2 = membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, atau penyuluhan.

3 = membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu.

4 = ketergantungan, tidak berpartisipasi dalam aktivitas.

4. Defisit perawatan diri

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilannya tidak rapi. Defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah yang timbul pada pasien gangguan jiwa. Keadaan ini merupakan gejala perilaku negatif dan menyebabkan penderita dikucilkan baik dalam keluarga maupun masyarakat (Yusuf *et al.*, 2015).

Defisit perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan hidupnya, kesehatannya, dan kesejahteraannya sesuai dengan kondisi kesehatannya. Klien dinyatakan terganggu perawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan dirinya (Keliat, 2019).

5. Tanda dan gejala defisit perawatan diri

Wijawanti *et al.*, (2018), menjelaskan tanda dan gejala defisit perawatan diri menjadi 2, yaitu:

a. Subyektif

- 1) Menyatakan tidak ada keinginan mandi dengan teratur.
- 2) Perawatan diri harus dimotivasi.
- 3) Menyatakan buang air besar / buang air kecil sembarangan.
- 4) Menyatakan tidak mampu menggunakan alat bantu makan.

b. Obyektif

1. Tidak mampu membersihkan badan.
2. Penampilan tidak rapi, pakaian kotor, tidak mampu berpakaian secara benar.
3. Tidak mampu melaksanakan kebersihan yang sesuai, setelah melakukan toileting.
4. Makan hanya beberapa suap dari piring / porsi tidak habis.

6. Etiologi defisit perawatan diri

Menurut Azizah & Imam Zainuri, (2016), penyebab Defisit perawatan diri yaitu:

a. Faktor Predisposisi

1) Perkembangan

Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan pasien sehingga perkembangan inisiatif pasien terganggu.

2) Biologis

Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri.

3) Kemampuan realitas turun

Pasien dengan gangguan jiwa dengan kemampuan realitas yang kurang dan menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.

4) Sosial

Gangguan ini diakibatkan karena kurangnya dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri pada lingkungannya. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri.

b. Faktor Presipitasi

Yang merupakan faktor presipitasi defisit perawatan diri adalah kurang penurunan motivasi, kerusakan kognisi, afektif dan psikomotor sehingga menyebabkan individu kurang mampu dalam melakukan perawatan diri.

7. Jenis-jenis defisit perawatan diri

Menurut NANDA, (2012), jenis defisit perawatan diri dibagi menjadi :

a. *Self Care Deficit*, mandi

Adanya hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi / beraktivitas perawatan diri untuk diri sendiri.

b. *Self Care Deficit*, berpakaian

Adanya hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian dan berias untuk diri sendiri.

c. *Self Care Deficit*, makan

Adanya hambatan kemampuan untuk melakukan dan menyelesaikan aktivitas sendiri.

d. *Self Care Deficit*, eliminasi

Adanya hambatan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi sendiri.

Jenis-jenis defisit perawatan diri menurut Yusuf *et al.*, (2015), yaitu meliputi :

a. Kebersihan diri

Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.

b. Berdandan atau berhias

Kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis.

c. Makan

Mengalami kesukaran dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap makanan dari piring.

d. Toileting

Ketidakmampuan atau tidak adanya keinginan untuk melakukan defekasi atau berkemih tanpa bantuan.

8. Dampak defisit perawatan diri

Menurut (Mukhrifah, 2012) dampak dari defisit perawatan diri yaitu meliputi :

a. Dampak fisik

Dampak yang sering dialami seseorang yang tidak melakukan perawatan diri secara benar salah satunya adalah terjadinya gangguan fisik seperti : gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, gangguan fisik pada kuku.

b. Dampak psikososial

Adanya masalah yang berhubungan dengan personal *hygiene* adalah gangguan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial.

C. Kemandirian

1. Pengertian kemandirian

Kata kemandirian berasal dari kata dasar diri yang mendapatkan awalan ke dan akhiran an yang kemudian membentuk suatu kata keadaan atau kata benda. Karena kemandirian berasal dari kata dasar diri, pembahasan mengenai perkembangan diri itu sendiri, yang dalam konsep Carl Rogers disebut dengan istilah *self* karna diri itu merupakan inti dari kemandirian. Menelusuri berbagai literatur sesungguhnya banyak sekali istilah yang berkenaan diri (Ali & Asrori, 2015).

Menurut Rachman, (2015), kemandirian adalah kebebasan untuk bertindak, tidak tergantung pada orang lain, tidak terpengaruh pada orang lain dan bebas mengatur diri sendiri atau aktivitas seseorang baik individu maupun kelompok dari berbagai kesehatan atau penyakit

kemandirian adalah suatu sikap yang memungkinkan seseorang untuk berbuat bebas, melakukan sesuatu atas dorongan diri sendiri untuk kebutuhan sendiri, mengejar prestasi, penuh ketekunan, serta berkeinginan untuk melakukan sesuatu tanpa bantuan orang lain, mampu berpikir dan bertindak original, kreatif dan penuh inisiatif, mampu mempengaruhi lingkungannya, mempunyai rasa percaya diri terhadap kemampuan diri sendiri, menghargai keadaan diri sendiri, dan memperoleh kepuasan dari usahanya (Ichsantana, 2022).

Berdasarkan beberapa pendapat para ahli diatas, maka dapat disimpulkan bahwa kemandirian adalah sikap (perilaku) dan mental yang memungkinkan seseorang untuk bebas, benar, dan bermanfaat, berusaha melakukan segala sesuatu dengan jujur dan benar atas dorongan dirinya sendiri, sesuai dengan hak dan kewajibannya, sehingga dapat menyelesaikan masalah-masalah yang dihadapinya, serta bertanggung jawab terhadap segala keputusan yang telah diambilnya melalui berbagai pertimbangan sebelumnya.

2. Aspek-aspek kemandirian

Ada beberapa aspek yang dikemukakan oleh Steinberg (dalam Ali & Asrori, (2015), yaitu:

- a. Kemandirian emosional, yakni kemandirian yang menyatakan perubahan kedekatan hubungan emosional antar individu. Kemandirian remaja dalam aspek emosional ditunjukkan dengan tiga hal yaitu tidak bergantung secara emosional dengan orangtua namun tetap mendapat pengaruh dari orangtua, memiliki keinginan untuk berdiri sendiri, dan mampu menjaga emosi di depan orangtuanya.
- b. Kemandirian tingkah laku, yakni suatu kemampuan untuk membuat keputusan-keputusan tanpa tergantung pada orang lain dan melakukannya secara bertanggung jawab. Kemandirian remaja dalam tingkah laku memiliki tiga aspek, yaitu perubahan kemampuan dalam membuat keputusan dan pilihan, perubahan dalam penerimaan pengaruh orang lain, dan perubahan dalam merasakan pengendalian pada dirinya sendiri (*self-resilience*).
- c. Kemandirian nilai, yakni kemampuan memaknai seperangkat prinsip tentang benar dan salah, dan tentang apa yang penting dan tidak penting.

3. Faktor yang mempengaruhi kemandirian

Menurut Ali & Asrori, (2015), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kemandirian, yaitu sebagai berikut:

- a. Gen atau keturunan orang tua. Orang tua yang memiliki sifat kemandirian tinggi sering kali menurunkan anak yang memiliki kemandirian juga. Namun faktor keturunan ini masih menjadi perdebatan karena ada yang berpendapat bahwa sesungguhnya bukan sifat kemandirian orangtuanya menurun kepada anaknya, melainkan sifat orangtuanya muncul berdasarkan cara orang tua mendidik anaknya.
- b. Pola asuh orang tua. Cara orang tua mengasuh atau mendidik anak akan mempengaruhi perkembangan kemandirian anak remajanya. Orang tua yang terlalu banyak melarang atau mengeluarkan kata “jangan” kepada anak tanpa disertai dengan penjelasan yang rasional akan menghambat perkembangan kemandirian anak. Sebaliknya, orang tua yang menciptakan suasana aman dalam interaksi keluarganya akan dapat mendorong kelancaran perkembangan anak. Demikian juga orang tua yang cenderung sering membanding-bandingkan anak yang satu dengan yang lainnya juga akan berpengaruh kurang baik terhadap perkembangan kemandirian anak.
- c. Sistem pendidikan di sekolah. Proses pendidikan di sekolah yang tidak mengembangkan demokratisasi pendidikan dan cenderung menekankan indoktrinasi tanpa argumentasi akan menghambat perkembangan kemandirian remaja. Demikian juga, proses pendidikan yang banyak menekankan pentingnya pemberian sanksi atau hukuman (*punishment*) juga dapat menghambat perkembangan kemandirian

remaja. Sebaliknya, proses pendidikan yang lebih menekankan pentingnya penghargaan terhadap potensi anak, pemberian *reward*, dan penciptaan kompetensi positif akan memperlancar perkembangan kemandirian remaja.

- d. Sistem kehidupan dimasyarakat. Sistem kehidupan masyarakat yang terlalu menekankan pentingnya hierarki struktur sosial, merasa kurang aman atau mencekam serta kurang menghargai manifestasi potensi remaja dalam kegiatan produktif dapat menghambat kelancaran perkembangan kemandirian remaja. Sebaliknya, lingkungan masyarakat yang aman, menghargai ekspresi potensi remaja dalam bentuk berbagai kegiatan, dan tidak terlalu hierarkis akan merangsang dan mendorong perkembangan kemandirian remaja.

4. Tingkatan dan karakteristik kemandirian

Lovinger (dalam Ali & Asrori, (2015), mengemukakan perkembangan kemandirian seseorang juga berlangsung secara bertahap sesuai dengan tingkatan perkembangan kemandirian, adapun tingkatan dan ciri-cirinya sebagai berikut:

- a. Tingkatan pertama, adalah tingkat impulsif dan melindungi diri. Ciri-ciri tingkatan ini adalah:
1. Peduli terhadap kontrol dan keuntungan yang dapat diperoleh dari interaksinya dengan orang lain.
 2. Mengikuti aturan secara oportunistik dan hedonistik.

3. Berfikir tidak logis dan tertegun pada cara berfikir tertentu (*stereotype*).
 4. Cenderung menyalahkan dan mencela orang lain serta lingkungannya.
- b. Tingkatan kedua, adalah tingkatan konformistik. Ciri-ciri tingkatan ini adalah:
1. Peduli terhadap penampilan diri dan penerimaan sosial.
 2. Cenderung berfikir *stereotype* dan klise.
 3. Peduli akan konformitas terhadap aturan eksternal.
 4. Bertindak dengan motif yang dangkal untuk memperoleh pujian.
 5. Menyakan diri dalam ekspresi emosi dan kurangnya introspeksi diri.
 6. Perbedaan kelompok didasarkan atas cirri-ciri eksternal.
 7. Takut tidak diterima kelompok.
 8. Tidak sensitif terhadap keindividualan.
 9. Merasa berdosa jika melanggar aturan.
- c. Tingkatan ketiga, adalah tingkat sadar diri. Ciri-ciri ini adalah:
1. Mampu berfikir alternatif.
 2. Melihat harapan dan berbagai kemungkinan dalam situasi.
 3. Peduli untuk mengambil manfaat dari kesempatan yang ada.
 4. Menekankan pada pentingnya pemecahan masalah.
 5. Memikirkan cara hidup.
 6. Penyesuaian terhadap situasi dan peranan.

- d. Tingkatan keempat, adalah tingkatan saksama. Ciri-ciri ini adalah:
1. Bertindak atas dasar nilai-nilai internal.
 2. Mampu melihat diri sebagai pembuat pilihan dan pelaku tindakan.
 3. Mampu melihat keragaman emosi, motif, dan perspektif diri sendiri maupun orang lain.
 4. Sadar akan tanggung jawab.
 5. Mampu melakukan kritik dan penilaian diri.
 6. Peduli akan hubungan mutualistik.
 7. Memiliki tujuan jangka panjang.
 8. Cenderung melihat peristiwa dalam konteks sosial.
 9. Berfikir lebih kompleks atas dasar pola analitis.
- e. Tingkatan kelima, adalah tingkatan individualistis. Ciri-ciri tingkatan ini adalah:
1. Peningkatan kesadaran individualistis.
 2. Kesadaran akan konflik emosional antara kemandirian dan ketergantungan.
 3. Menjadi lebih toleran terhadap diri sendiri dan orang lain.
 4. Mengenal eksistensi perbendaan individual.
 5. Mampu bersikap toleran terhadap pertentangan dalam kehidupan.
 6. Membedakan kehidupan internal dengan kehidupan luar dirinya.
 7. Mengenal kompleksitas diri.
 8. Peduli akan perkembangan dan masalah-masalah sosial.

- f. Tingkatan keenam adalah tingkatan mandiri. Ciri-ciri tingkatan ini adalah:
1. Memiliki pandangan hidup sebagai suatu keseluruhan.
 2. Cenderung bersikap realistis dan objektif terhadap diri sendiri dan
 3. orang lain.
 4. Peduli terhadap pemahaman abstrak, seperti keadilan sosial.
 5. Mampu mengintegrasikan nilai-nilai yang bertentangan.
 6. Toleran terhadap ambiguitas.
 7. Peduli akan pemenuhan diri.
 8. Ada keberanian untuk menyelesaikan konflik internal.
 9. Responsif terhadap kemandirian orang lain.
 10. Sadar akan adanya ketergantungan dengan orang lain.
 11. Mampu mengekspresikan perasaan dengan penuh keyakinan dan
 12. keceriaan.

D. Pengetahuan

1. Pengertian pengetahuan

Pengetahuan adalah suatu hasil rasa keingintahuan melalui proses sensori, terutama pada mata dan telinga terhadap objek tertentu. Pengetahuan atau *knowledge* adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek melalui panca indra yang dimilikinya. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*). Pengetahuan

merupakan hasil dari pengamatan dan pengalaman individu terhadap suatu hal baru yang dapat berguna bagi individu tersebut (Notoatmodjo, 2014).

Panca indra manusia guna pengindraan terhadap objek yakni pengelihatian, pendengaran, penciuman, rasa dan perabaan. Pada waktu pengindraan untuk menghasilkan pengetahuan tersebut dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan seseorang sebagian besar diperoleh melalui indra pendengaran dan indra pengelihatian (Notoatmodjo, 2014).

2. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda – beda, secara garis besar Notoatmodjo, (2014), membagi menjadi 6, yakni:

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

b. Memahami (*comprehensif*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat mengintreprestasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

c. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan, atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

f. Evaluasi

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku dimasyarakat.

3. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Budiman & Agus, (2013), meliputi:

a. Pendidikan

Proses perubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok dan merupakan usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin cepat menerima dan memahami suatu informasi sehingga pengetahuan yang dimiliki juga semakin tinggi (Sriningsih, 2011). Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan nonformal.

b. Informasi atau media massa

Suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisis dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu. Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun nonformal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Berkembangnya teknologi akan menyediakan bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru.

c. Sosial budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian, seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlakukan untuk kegiatan tertentu sehingga status sosial ekonomi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

d. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu. Jika orang berada dilingkungan yang baik maka pengetahuan yang didapatkan akan baik.

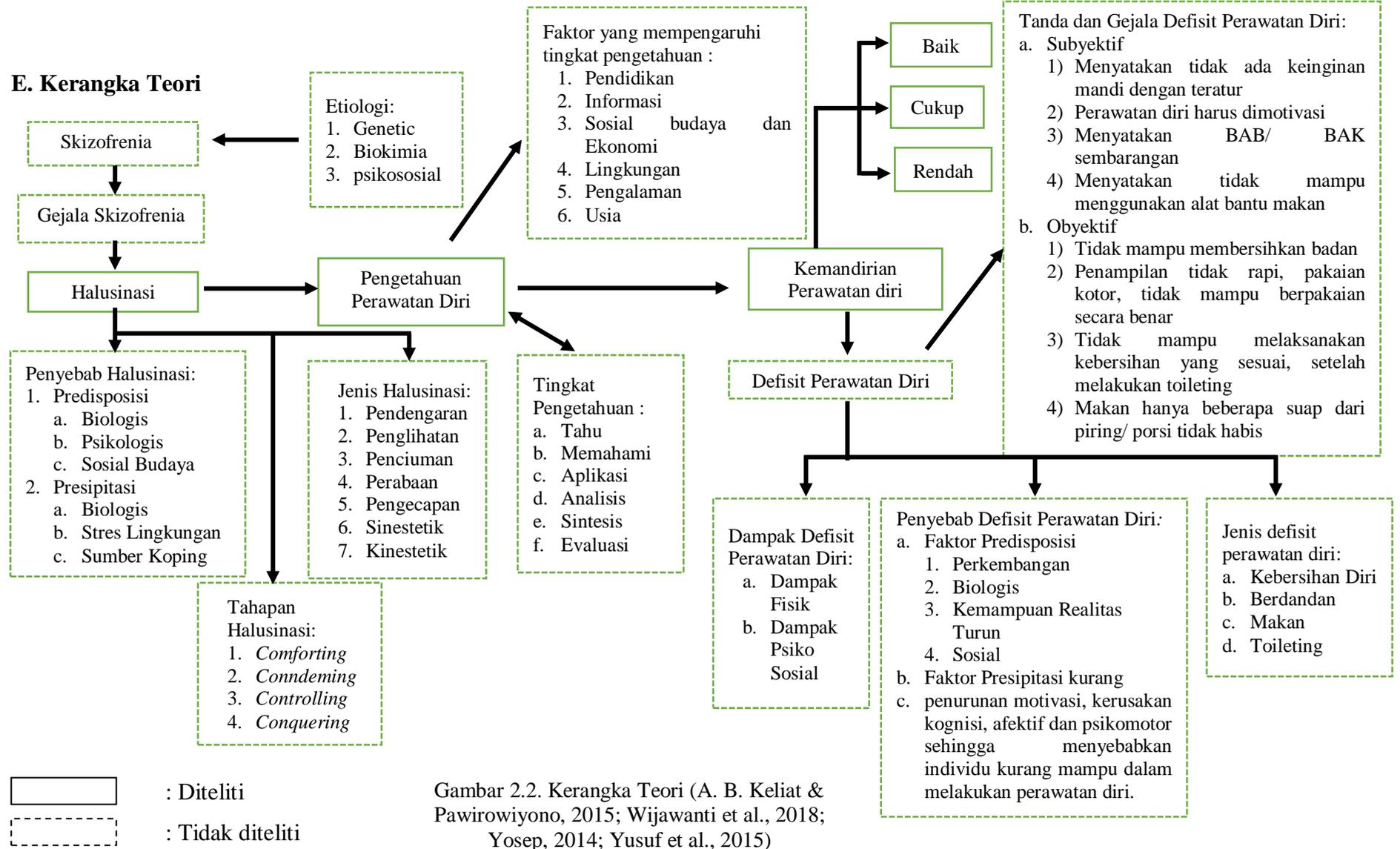
e. Pengalaman

Pengalaman merupakan peristiwa yang tertangkap oleh panca indera dan tersimpan dalam memori. Pengalaman yang terjadi dapat diberikan kepada siapa saja untuk digunakan dan menjadi pedoman serta pembelajaran manusia (Notoatmodjo dalam Saparwati,2012). Pengalaman dalam bekerja memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional, serta pengalaman belajar selama bekerja dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan

manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya.

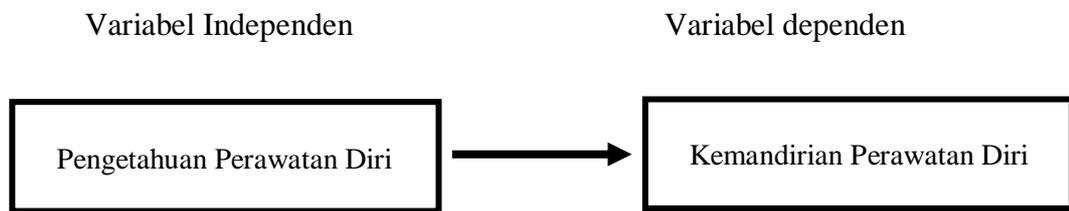
f. Usia

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik.



Gambar 2.2. Kerangka Teori (A. B. Keliat & Pawirowiyono, 2015; Wijawanti et al., 2018; Yosep, 2014; Yusuf et al., 2015)

F. Kerangka Konsep



Gambar 2.3. Kerangka Konsep Penelitian

G. Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian, atau suatu pernyataan asumsi tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian (Nursalam, 2017). Hipotesis pada penelitian ini adalah:

Ada hubungan antara pengetahuan perawatan diri dengan tingkat kemandirian perawatan diri pasien halusinasi.