

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. KONSEP HALUSINASI**

##### **1. Pengertian Halusinasi**

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada klien dengan gangguan jiwa. Halusinasi identik dengan skizofrenia, seluruh klien skizofrenia diantaranya mengalami halusinasi. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersiapkan sesuatu banyak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang dialami seperti suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksternal persepsi palsu. Berbeda dengan ilusi dimana klien mengalami persepsi sebagai suatu yang nyata (Herawati, 2020).

Halusinasi adalah kesalahan sensori persepsi yang menyerang pancaindera, hal umum yang terjadi yaitu halusinasi pendengaran dan pengelihatannya walaupun halusinasi pencium, peraba, dan pengecap dapat terjadi (Townsend, 2010). Halusinasi adalah suatu keadaan dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi yang disebabkan stimulus yang sebenarnya itu tidak ada (Sutejo, 2017).

Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, sehingga klien menginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata tanpa stimulus atau rangsangan dari luar (Stuart dalam Azizah, 2016).

Halusinasi adalah suatu gejala yang sering di temukan pada klien dengan gangguan jiwa. Halusinasi identik dengan skizofrenia seluruh klien dengan skizofrenia diantaranya mengalami halusinasi (Maramis, 1998 dikutip dalam Muhith, 2015).

## 2. Jenis halusinasi

Menurut Yosep dalam Prabowo, 2014 halusinasi terdiri dari beberapa jenis dengan karakteristik tertentu, diantaranya

### a. Halusinasi pendengaran (*audotorik*)

Gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara terutama suara orang. Biasanya mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

### b. Halusinasi penglihatan (*visual*)

Stimulus visual dalam bentuk beragam seperti bentuk pancaran cahaya, gambaran geometric, gambar kartun, panorama yang luas dan bayangan yang menakutkan.

### c. Halusinasi penghidu (*Olfaktori*)

Gangguan stimulus pada penghidu, yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis, dan bau menjijikan, tapi kadang terhidu bau harum

### d. Halusinasi peraba (*taktil*)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak

enek tanpa ada stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

e. Halusinasi pengecap (*gustatorik*)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan

f. Halusinasi sinestetik

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine.

g. Rentang Respon Neuobiologis Halusinasi

a. Respon Adaptif

Kata adalah respon yang masih diterima oleh norma-norma sosial dan kebudayaan secara umum yang berlaku. Dengan lain individu tersebut masih dalam batas normal saat menyelesaikan masalah

b. Respon Maladaptif

Adalah respon yang menyimpang dari norma social dan kehidupan disuatu tempat

<b>Adaptif</b>		<b>Maladaptif</b>
1.Pikiran logis	1. kadang menyimpang	1.Gangguan proses pikir : waham
2.Persepsi akurat	2. Ilusi	2. Halusinasi
3.Emosi konsisten dengan pengalaman	3.Emosi tidak stabil	3. RPK
	4.Menarik diri	4. Ketidakmampuan untuk

4.Perilaku sesuai  Hubungan Sosial		mengalami emosi  Ketidakteraturan  5. Isolasi social
--	--	--

### 3. Fase Halusinasi

- a. *Comforting* (halusinasi menyenangkan, cemas ringan) Pada fase ini klien mengalami kecemasan, kesepian rasa bersalah, takut dan mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk menghilangkan kecemasan
- b. *Condemning* (cemas sedang). Kecemasan meningkat berhubungan dengan pengalaman internal dan eksternal, klien berada pada tingkat listening pada halusinasi, pemikiran menonjol seperti gambaran suara dan sensasi
- c. *Controlling* (pengalaman sensori berkuasa, cemas berat). Halusinasi lebih menonjol, menguasai dan mengontrol, klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya pada halusinasinya.
- d. *Conquering* (melebur dalam pengaruh halusinasi, panik) Pengalaman sensori bisa mengancam jika klien tidak mengikuti perintah dari halusinasi (Stuart & Laraia, 2015 dikutip dalam Muhith 2015).

### 4. Tanda dan gejala halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien, halusinasi adalah sebagai berikut (Oktaviani 2020).

a. Halusinasi Penglihatan

- 1) Melirik mata kekanan dan kekiri untuk mencari sumber yang dilihat
- 2) Melihat dengan penuh perhatian pada orang yang berbicara/benda mati di dekatnya
- 3) Terlihat pembicara dengan mati atau orang yang tampak
- 4) Melirikkan mata seperti ada yang di lihat

b. Halusinasi Pendengaran

- 1) Tiba-tiba tampak tertangkap ketentuan karena orang lain, benda mati/stimulus yang tidak terlihat
- 2) Tiba-tiba lari keruangan

c. Halusinasi Pengecapan

- 1) Meludahkan makanan atau minuman
- 2) Menolak makanan atau minuman obat

d. Halusinasi Penciuman

- 1) Mengkrutukan hidung seperti menghirup udarayang tidak enak
- 2) Penciuman bau tubuh
- 3) Menghirup bau udara ketika berjalan ke arah orang lain
- 4) Respon terhadap bau dengan panik

e. Halusinasi Kinestetik

**5. Mekanisme koping**

Pada klien skizofrenia, klien berusaha untuk melindungi dirinya dan pengalaman yang di sebabkan oleh penyakitnya. Klien akan melakukan

regresi untuk mengatasi kecemasan yang di alaminya, melakukan proyeksi sebagai usaha untuk menjelaskan persepsinya dan menarik diri yang berhubungan dengan malah membangun kepercayaan dan keyakinan terhadap pengalaman internal (Stuart, 2009 dikutip dalam Satrio 2015).

#### **5. Sumber koping**

Keluarga merupakan salah satu sumber koping yang dibutuhkan individu ketika mengalami stres. Keluarga merupakan salah satu sumber pendukung yang utama dalam penyembuhan klien skizofrenia. Psikosis atau skizofrenia adalah penyakit yang menakutkan dan sangat menjengkelkan yang memerlukan penyesuaian baik bagi klien dan keluarga. Proses penyesuaian pasca psikotik terdiri dari empat fase yaitu disosiasi kognitif (psikosis aktif), pencapaian wawasan, stabilitas dalam semua aspek kehidupan (ketetapan kognitif) dan bergerak terhadap prestasi kerja atau tujuan pendidikan (Videbeck, 2008 dikutip dalam Satrio, 2015)

## 6. Proses Terjadinya Masalah

Halusinasi sering secara umum ditemukan pada klien skizofreni. Proses terjadinya halusinasi pada klien skizofrenia dapat di jelaskan berdasarkan model adaptasi Stuart dan Laria (Stuart, 2009 dalam Satrio 2015).

factor penyebab halusinasi, yaitu:

### a. Faktor predisposisi

#### 1) Faktor Perkembangan

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

#### 2) Faktor Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungan sejak bayi sehingga akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya

#### 3) Faktor Biokimia

Hal ini berpengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang bersifat halusiogenik neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak, misalnya terjadi ketidakseimbangan acetylcholin dan dopamine.

#### 4) Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien mengambil keputusan tegas, klien lebih suka memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

#### 5) Faktor Genetik dan Pola Asuh

Penelitian Menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orangtua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

#### b. Faktor Presipitasi

Menurut Rawlins dan Heacock dalam Yosep (2014) dalam hakekatnya seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi, yaitu:

##### 1) Dimensi Fisik

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



## 2) Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi. Halusinasi dapat berupa perintah memasa dan menakutkan. Klien tidak sanggup menentang sehingga klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

## 3) Dimensi Intelektual

Dalam hal ini klien dengan halusinasi mengalami penurunan fungsi ego. Awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

## 4) Dimensi Sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial di dalam fase awal dan comforting menganggap bahwa bersosialisasi nyata sangat membahayakan. Klien halusinasi lebih asyik dengan halusinasinya seolah-olah itu tempat untuk bersosialisasi.

## 5) Dimensi Spiritual

Klien halusinasi dalam spiritual mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, dan hilangnya aktivitas beribadah. Klien halusinasi dalam setiap bangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya.

## **B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN**

### **1. Konsep model**

#### **a. Adaptasi Colista Roy**

- 1) Manusia adalah keseluruhan dari biopsikososial yang terus menerus berintraksi dengan lingkungan
- 2) Manusia menggunakan mekanisme pertahanan tubuh untuk mengatasi perubahan bopsikososial yang membantu seseorang untuk beradaptasi terhadap perubahan fisiologis. Konsep peran, hubungan independen selama sehat sakit.

#### **b. Pengkajian**

Pengkajian adalah proses untuk tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, social dan spiritual. Pengkelompokan data pengkajian kesehatan jiwa dapat berupa factor penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan kemampuan yang di miliki. Saat melakukan pengkajian dengan menggunakan pendekatan kepada pasien dan keluarga. Pengkajian pada pasien dapat di lakukan menggunakan metode wawancara, diskusi, dan observasi (Aji, 2019)

Pengkajian awal mencakup :

- a. Keluhan atau masalah utama
- b. Status kesehatan fisik, mental, dan emosional
- c. Riwayat pribadi dan keluarga
- d. Sistem dukungan dalam keluarga, kelompok sosial, atau komunitas
- e. Kegiatan sehari-hari
- f. Kebiasaan dan keyakinan kesehatan
- g. Pemakaian obat yang diresepkan
- h. Pola koping
- i. Keyakinan dan nilai spiritual

Dalam proses pengkajian dapat dilakukan secara observasional dan wawancara. Data pengkajian memerlukan data yang dapat dinilai secara observasional

Data pengkajian terhadap klien halusinasi yaitu:

- a. Data Subjektif
  - 1) Mendengar suara menyuruh
  - 2) Mendengar suara mengajak bercakap-cakap
  - 3) Melihat bayangan, hantu, atau sesuatu yang menakutkan
  - 4) Mencium bau darah, feses, masakan dan parfum yang menyenangkan

- 5) Merasakan sesuatu dipermukaan kulit, merasakan sangat panas atau dingin
- 6) Merasakan makanan tertentu, rasa tertentu, atau mengunyah sesuatu

b. Data Objektif

- 1) Mengarahkan telinga pada sumber suara
- 2) Bicara atau tertawa sendiri
- 3) Marah-marah tanpa sebab
- 4) Tatapan mata pada tempat tertentu
- 5) Menunjuk-nunjuk arah tertentu
- 6) Mengusap atau meraba-raba permukaan kulit tertentu

**c. Pohon masalah**

Pohon masalah Gangguan Persepsi Halusinasi (Satrio 2015, Andri 2019).

**d. Diagnosis Keperawatan**

Menurut Andri (2019) ada beberapa diagnosa keperawatan yang sering di temukan pada klien dengan klien halusinasi, yaitu :

1. Gangguan sensori persepsi halusinasi
2. Isolasi sosial
3. Resiko perilaku kekerasan
4. Harga diri rendah

**e. Rencana Tindakan Keperawatan**

Diagnosis Keperawatan	Sp klien	Sp keluarga
Gangguan sensori persepsi halusinasi	<p>Sp. 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Membantu pasien mengenal halusinasi (isi, waktu, terjadinya, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi)</li> <li>Menjelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan harian.</li> <li>Mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi.</li> <li>Masukan jadwal harian untuk latih menghardik.</li> </ol>	<p>Sp.1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diskusikan masalah yang di rasakan dalam merawat klien.</li> <li>Menjelaskan pengertian tanda dan gejala, dan proses terjadinya halusinasi.</li> <li>Jelaskan cara merawat klien halusinasi.</li> <li>Latih cara merawat halusinasi, dengan meng hardik.</li> <li>Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan memberi pujian.</li> </ol>
	<p>Sp. 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi kegiatan menghardik dan beri pujian</li> <li>Latih cara mengontrol halusinasi.</li> <li>Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat).</li> <li>Masukan jadwal harian untuk latih menghardik dan minum obat.</li> </ol>	<p>Sp. 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih klien menghardik, dan beri pujian.</li> <li>Jelaskan cara 6 benar memberi obat.</li> <li>Latih cara membimbing atau memberi obat.</li> <li>Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan memberi pujian.</li> </ol>
	<p>Sp. 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi kegiatan harian menghardik dan memberi obat, beri pujian.</li> <li>Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi.</li> <li>Masukan jadwal harian untuk latih menghardik, minum obat dan bercakap-cakap.</li> </ol>	<p>Sp. 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih klien menghardik, memberikan obat, dan beri pujian.</li> <li>Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi.</li> <li>Latih dan sediakan waktu klien terutama pada saat halusinasi.</li> </ol>

		d. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal, dan beri pujian.
	<p>Sp. 4</p> <p>a. Evaluasi kegiatan harian menghardik, memberi obat, dan bercakap-cakap, beri pujian.</p> <p>b. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai dari 2 kegiatan).</p> <p>c. Masukan pada kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap dalam kegiatan harian</p>	<p>Sp. 4</p> <p>a. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih klien menghardik, memberikan obat, bercakap-cakap beri pujian.</p> <p>b. Jelaskan ketika akan datang ke RSJ pada saat adanya tanda-tanda kambuh, dan ada surat rujukan</p> <p>c. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal, dan beri pujian.</p>

### A. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan keperawatan pada situasi nyata sering pelaksanaannya berbeda jauh dengan rencana, hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apa rencana tindakan masih sesuai dengan kondisinya. Perawat juga menilai diri sendiri, apakah kemampuan interpersonal, intelektual, teknis sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan, dinilai kembali apakah aman bagi klien. Setelah semuanya tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilakukan (Farida & Yudi 2012, Andri 2019).

## **B. Evaluasi**

Evaluasi adalah proses hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah di tentukan halusinasi pengelihatan tidak terjadi perilaku kekerasan, klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal halusinasinya, klien dapat mengontrol halusinasi penglihatan dari jangka waktu 4x24 jam di dapatkan data subjektif keluarga menyatakan senang karena sudah diajarkan mengontrol halusinasi. Data subjektif pasien tampak berbicara sendiri saat halusinasi itu datang, pasien dapat berbincang-bincang dengan orang lain, pasien mampu melakukan aktivitas jadwal, dan minum obat secara teratur (Farida & Yudi 2012, Aji 2019).

(Santri, 2021) Evaluasi dapat di lakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir, dimana masing-masing huruf tersebut ada di uraikan sebagai berikut :

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah di laksanakan

A : Analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah baru atau ada yang kontra indikasi dengan masalah yang ada

P : Perencanaan atau tindak lanjut bedasarkan hasil analisa pada respon klien