

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Halusinasi

1. Pengertian

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara (Farida & Yudi, 2012).

Halusinasi adalah suatu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi; merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Klien seakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Nur'arif, 2015).

Halusinasi adalah suatu bentuk persepsi atau pengalaman indera dimana tidak terdapat stimulasi terhadap reseptor-reseptornya, halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah yang mungkin meliputi salah satu dari kelima panca indera. Hal ini menunjukkan bahwa halusinasi dapat bermacam-macam yang meliputi halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan, dan pengecapan (Towsend, 2009 dikutip dalam Lelono, 2015).

2. Jenis – jenis Halusinasi

a. Halusinasi pendengaran

Mendengarkan suara atau kebisingan yang kurang jelas ataupun yang jelas, dimana terkadang suara- suara tersebut seperti mengajak berbicara klien dan kadang memerintah klien untuk melakukan sesuatu.

b. Halusinasi penglihatan

Stimulus visual dalam bentuk kilatan atau cahaya, gambaran atau bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa yang menyenangkan atau menakutkan.

c. Halusinasi penciuman

Membau-bauan tertentu seperti bau darah, urine, feses, parfum, atau bau yang lain, umumnya bau-bauan yang tidak menyenangkan. Ini sering terjadi pada seseorang pasca serangan stroke, kejang, atau demensia.

d. Halusinasi pengecapan

Merasa mengecap rasa seperti darah, urine atau feses, sehingga sering meludah dan muntah.

e. Halusinasi perabaan

Merasa mengalami nyeri, rasa tersetrum aliran listrik yang menjalar ke seluruh tubuh atau binatang yang merayap dikulit atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang nyata.

f. Halusinasi *Chenesthetic*

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

g. Halusinasi Kinestetika

Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

Terjadi ketika klien tidak bergerak tetapi melaporkan sensasi gerakan tubuh, gerakan tubuh yang tidak lazim seperti melayang diatas tanah.

Sensasi gerakan sambil berdiri dan tak bergerak (Farida & Yudi, 2012)

3. Tanda dan Gejala Halusinasi

a. Halusinasi pendengaran

- 1) Melirik mata ke kanan atau ke kiri untuk mencari sumber suara
- 2) Mendengarkan dengan penuh perhatian pada orang berbicara atau benda mati di dekatnya.
- 3) Terlibat pembicaraan dengan benda mati atau orang yang tidak tampak
- 4) Menggerakkan mulut seperti mengomel

b. Halusinasi penglihatan

- 1) Tiba- tiba tampak tergegap, ketakutan karena orang lain, benda mati atau stimulus yang tak terlihat
- 2) Tiba – tiba lari keruangan lain

c. Halusinasi pengecapan

- 1) Meludahkan makanan atau minuman
- 2) Menolak makanan atau minum obat
- 3) Tiba-tiba meninggalkan meja makan

- d. Halusinasi penciuman
 - 1) Mengkerutkan hidung seperti menghirup udara yang tidak enak
 - 2) Menghirup bau tubuh
 - 3) Menghirup bau udara ketika berjalan kearah orang lain
 - 4) Berespon terhadap bau dengan panic
- e. Halusinasi peraba
 - 1) Menampar diri sendiri seakan–akan sedang memadamkan api
 - 2) Melompat–lompat dilantai seperti menghindari sesuatu yang menyakitkan
- f. Sitentik
 - 1) Mengverbalisasi terhadap proses tubuh
 - 2) Menolak menyelesaikan tugas yang menggunakan bagian tubuh yang diyakini tidak berfungsi.

(Stuart, 2009 di kutip dalam Lelono, 2015)

4. Fase Halusinasi

- a. *Comforting* (Halusinasi menyenangkan, Cemas ringan)

Klien yang berhalusinasi mengalami emosi yang intense seperti cemas, kesepian, rasa bersalah, takut dan mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk menghilangkan kecemasan. Seseorang mengenal bahwa pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kesadaran control jika kecemasan tersebut bisa di kelola.

Perilaku yang dapat di observasi :

- 1) Tersenyum lebar, menyeringai tetapi tampak tidak tepat
- 2) Menggerakkan bibir tanpa membuat suara

- 3) Pergerakan mata yang cepat
- 4) Respon verbal yang lambat seperti asyik
- 5) Diam dan tampak asyik

b. *Comdemning* (Halusinasi menjijikan, Cemas sedang)

Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan. Klien yang berhalusinasi mulai merasa kehilangan control dan mungkin berusaha menjauhkan diri, serta merasa malu dengan adanya pengalaman sensori tersebut dan menarik diri dari orang lain.

Perilaku yang dapat di observasi :

- 1) Ditandai dengan peningkatan kerja system saraf autonomic yang menunjukkan kecemasan misalnya terdapat peningkatan nadi, pernafasan dan tekanan darah.
- 2) Rentang perhatian menjadi sempit
- 3) Asyik dengan pengalaman sensori dan mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dengan realitas

c. *Controlling* (pengalaman sensori berkuasa, Cemas berat)

Klien yang berhalusinasi menyerah untuk mencoba melawan pengalaman halusinasinya. Isi halusinasi bisa menjadi menarik atau memikat. Seseorang mungkin mengalami kesepian jika pengalaman sensori berakhir.

Perilaku yang dapat di observasi :

- 1) Arahkan yang diberikan halusinasi tidak hanya dijadikan objek saja oleh klien tetapi mungkin akan diikuti atau dituruti
- 2) Klien mengalami kesulitan berhubungan dengan orang lain

- 3) Rentang perhatian hanya dalam beberapa detik atau menit
- 4) Tampak tanpa kecemasan berat seperti berkeringat, tremor, tidak mampu mengikuti perintah.

d. *Conquering* (Melebur dalam pengaruh halusinasi, panic)

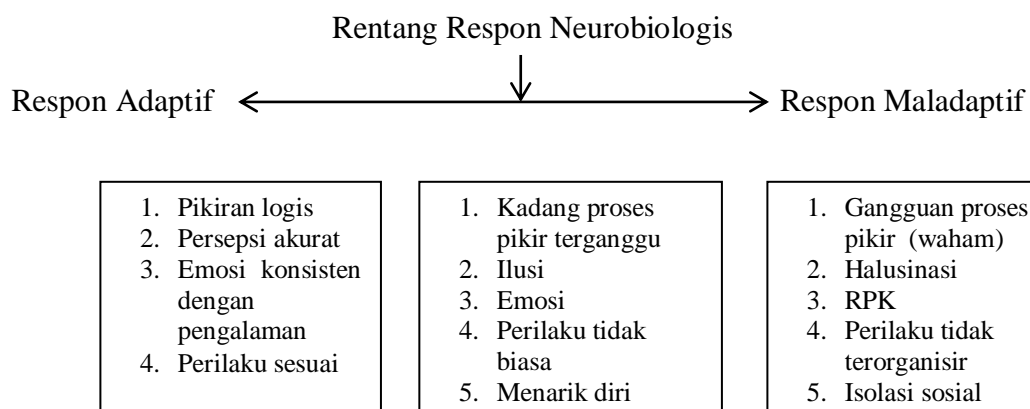
Pengalaman sensori bisa mengancam jika klien tidak mengikuti perintah dari halusinasi. Halusinasi mungkin berakhir dalam waktu empat jam atau sehari bila tidak ada intervensi terapeutik.

Perilaku yang dapat di observasi :

- 1) Perilaku klien tampak seperti di hantui terror dan panic
- 2) Potensi kuat untuk bunuh diri dan membunuh orang lain
- 3) Aktifitas fisik yang digambarkan klien menunjukkan isi dari halusinasi misalnya klien melakukan kekerasan, agitasi, menarik diri, atau katatonia
- 4) Klien tidak dapat berespon pada arahan kompleks
- 5) Klien tidak dapat berespon pada lebih dari satu orang

(Lelono, 2015)

5. Respon Rentang



(Lelono, 2015)

6. Proses Terjadinya Masalah

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi yang dapat menyebabkan terjadinya halusinasi pada klienskizofrenia meliputi faktor biologi, psikologi dan juga sosialkultural(Stuart,2009dikutipdalamLelono, 2015).

1) Faktor biologi

Faktor biologi yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia adalah faktor genetik, neuroanatomi, neurokimia serta imunovirologi(Stuart, 2009 dikutip dalam Lelono, 2015).

a) Genetik

Secara genetik ditemukan perubahan pada kromosom 5 dan 6 yang mempredisposisikan individu yang mengalami skizofrenia, sedangkan kromosom lain yang juga berperan adalah kromosom 4, 8, 15, dan 22. Penelitian yang paling penting memusatkan pada anak kembar yang menunjukkan anak kembar identik beresiko mengalami skizofrenia sebesar 50%, sedangkan pada kembar non identik atau fraternal beresiko 15% mengalami skizofrenia, angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia. Semua penelitian ini menunjukkan bahwa faktor genetik hanya sebagian kecil penyebab terjadinya skizofrenia. (Stuart, 2009 dikutip dalam Lelono, 2015).

b) Neuroanatomi

Fungsi utama dari lobus frontalis adalah aktivasi motorik, intelektual, perencanaan konseptual, aspek kepribadian, aspek produksi bahasa. Sehingga apabila terjadi gangguan pada lobus frontalis, maka akan terjadi perubahan pada aktivitas motorik, gangguan intelektual, perubahan kepribadian dan juga emosi yang tidak stabil. Sedangkan fungsi utama dan lobus temporalis adalah pengaturan bahasa, ingatan, dan juga emosi. Sehingga gangguan yang terjadi pada korteks temporalis dan nukleus-nukleus limbik yang berhubungan pada lobus temporalis akan menyebabkan timbulnya gejala halusinasi (Townsend, 2009 dikutip Lelono, 2015).

c). Neurokimia

Penelitian dibidang neurotransmisi telah memperjelas hipotesis disregulasi pada skizofrenia, gangguan terus menerus dalam satu atau lebih neurotransmitter atau neuromodulator mekanisme pengaturan homestatic menyebabkan neurotransmisi tidak stabil atau tidak menentu. Beberapa referensi menunjukkan bahwa neurotransmitter yang berperan menyebabkan skizofrenia adalah dopamin dan serotonin. Satu teori yang terkenal memperlihatkan dopamin sebagai faktor penyebab, ini dibuktikan dengan obat-obatan yang menyekat reseptordopamin pascasinaptik untuk mengurangi gejala psikotik dan mengurangi gejala skizofrenia, sedangkan

serotonin berperan sebagai modulasi dopamine, yang membantu mengontrol kelebihan dopamin, beberapa peneliti yakin bahwa kelebihan serotonin berperan dalam perkembangan skizofrenia, dibuktikan dengan penggunaan obat antipsikotik atipikal seperti klopazin (clozaril) merupakan antagonis dopamin dan serotonin. Penelitian menunjukkan bahwa klopazin dapat menghasilkan penurunan gejala psikotik secara dramatis dan mengurangi tanda-tanda negatif skizofrenia (Stuart, 2009 dikutip dalam Lelono, 2015).

d). Immunovirologi

Temuan menunjukkan musim potensial dan tempat lahir dampak terhadap risiko untuk skizofrenia. Infeksi virus lebih sering terjadi pada tempat-tempat keramaian dan musim dingin dan awal musim semi dan dapat terjadi in utero atau pada anak usia dini pada beberapa orang yang rentan (Stuart, 2009 dikutip dalam Lelono, 2015).

2) Faktor Psikologis

Menurut Townsend (2009) awal terjadi skizofrenia di fokuskan pada hubungan dalam keluarga yang mempengaruhi perkembangan gangguan ini, teori awal menunjukkan kurangnya hubungan antara orangtua dan anak serta disfungsi system keluarga sebagai penyebab skizofrenia. Lingkungan emosional yang tidak stabil mempunyai resiko besar pada perkembangan skizofrenia, pada masa kanak disfungsi situasi sosial seperti trauma masa kecil,

kekerasan, hostilitas dan hubungan interpersonal yang kurang hangat diterima oleh anak sangat mempengaruhi perkembangan neurologikal anak sehingga lebih rentan mengalami skizofrenia dikemudian hari. (Townsend, 2009 dikutip Lelono, 2015)

3) Faktor sosial budaya

Faktor sosial budaya yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia adalah adanya doublebind dalam keluarga dan konflik dalam keluarga. Salah satu faktor sosial yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia adalah disfungsi dalam pengasuhan anak maupun dinamika keluarga. Konflik tersebut apabila tidak diatasi dengan baik maka akan menyebabkan resiko terjadinya skizofrenia (Lelono, 2015)

4) Faktor presipitasi

a. Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologik yang maladaptif termasuk gangguan dalam putaran umpan balik otak yang mengatur proses informasi dan adanya abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menggapai rangsangan.

b. Pemicu Gejala

Pemicu atau stimulus yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit yang biasanya terdapat pada respon

neurobiologis yang maladaptif berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku individu.

- a) Kesehatan, seperti gizi buruk, kurang tidur, kelelahan, infeksi, obat sistem saraf pusat, gangguan proses informasi, kurang olahraga, alam perasaan abnormal dan cemas.
- b) Lingkungan, seperti lingkungan penuh kritik, gangguan dalam hubungan interpersonal, masalah perumahan, stress, kemiskinan, tekanan terhadap penampilan, perubahan dalam kehidupan dan pola aktivitas sehari – hari, kesepian (kurang dukungan) dan tekanan pekerjaan
- c) Perilaku, seperti konsep diri rendah, keputusan, kehilangan motivasi, tidak mampu memenuhi kebutuhan spiritual, bertindak berbeda dengan orang lain, kurang keterampilan sosial, perilaku agresif dan amuk (Trimelia, 2011)

7. Sumber Koping

Sumber koping merupakan hal yang penting dalam membantu klien dalam mengatasi stressor yang dihadapinya. Sumber koping tersebut meliputi asset ekonomi, sosial support, nilai dan kemampuan individu mengatasi masalah. Apabila individu mempunyai sumber koping yang adekuat maka ia akan mampu beradaptasi dan mengatasi stressor yang ada. Keluarga merupakan salah satu sumber koping yang di butuhkan individu ketika mengalami stress. Keluarga merupakan salah satu sumber pendukung yang utama dalam penyembuhan skizofrenia. Psikosis atau Skizofrenia adalah penyakit menakutkan dan sangat menjengkelkan yang

memerlukan penyesuaian baik bagi klien dan keluarga. Proses penyesuaian pasca psikotik terdiri dari empat fase yaitu :

a. disosiasi kognitif (Psikosis aktif), (2) pencapaian wawasan, (3) stabilitas dalam semua aspek kehidupan (ketetapan kognitif), dan (4) bergerak terhadap prestasi kerja atau tujuan pendidikan (*ordinariness*). Proses multifase penyesuaian dapat berlangsung 3 sampai 6 tahun :

- 1) efikasi atau kemandirian pengobatan untuk secara konsisten mengurangi gejala dan menstabilkan disosiasi kognitif setelah episode pertama memakan waktu 6 sampai 12 bulan
- 2) awal pengenalan diri atau insight sebagai proses mandiri melakukan pemeriksaan realitas yang dapat diandalkan. Pencapaian keterampilan ini memakan waktu 6 sampai 18 bulan dan tergantung pada keberhasilan pengobatan dan dukungan yang berkelanjutan
- 3) setelah mencapai pengenalan diri/insight, proses pencapaian kognitif meliputi keteguhan melanjutkan hubungan interpersonal normal dan reengaging dalam kegiatan yang sesuai dengan usia yang berkaitan dengan sekolah dan bekerja. Fase ini berlangsung 1 sampai 3 tahun
- 4) *Ordinariness* atau kesiapan, kemampuan secara konsisten dan dapat diandalkan dan terlibat dalam kegiatan yang sesuai dengan usia lengkap dari kehidupan sehari-hari mencerminkan tujuan prepsychosis. Fase ini berlangsung 2 tahun. (Lelono, 2015).

8. Mekanisme Koping

Pada klien skizofrenia, klien berusaha untuk melindungi dirinya dan pengalaman yang disebabkan oleh penyakitnya. Klien akan melakukan regresi untuk mengatasi kecemasan yang dialaminya, melakukan proyeksi sebagai usaha untuk menjelaskan persepsinya dan menarik diri yang berhubungan dengan masalah membangun kepercayaan dan keasyikan terhadap pengalaman internal (Stuart, 2009 dikutip dalam Lelono 2015).

Menurut (Rawlins dan Heacockck dalam Yosep, 2010) terdapat lima dimensi perilaku yaitu:

a. Dimensi fisik

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

b. Dimensi emosional

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

c. Dimensi intelektual

Bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego.

d. Dimensi sosial

Klien mengalami interaksi soforiting. Klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi dalam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan

halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri, dan harga diri yang tidak didapatkan di dunia nyata.

e. Dimensi spiritual

Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Konsep Model

a. Adaptasi Roy

- 1) Manusia adalah keseluruhan dari biopsiksosial yang terus menerus berinteraksi dengan lingkungan
- 2) Manusia menggunakan mekanisme pertahanan tubuh untuk mengatasi perubahan biopsikososial yang bertujuan untuk membantu seseorang untuk beradaptasi terhadap perubahan fisiologi, konsep diri, fungsi peran, hubungan interdependen selama sehat sakit.

b. Pengkajian

Merupakan tahapan awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis sosial dan cultural.

1) Data subyektif

Yaitu data yang di sampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini di peroleh melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarga.

2) Data obyektif

Yaitu data yang ditemukan secara nyata. Data ini di dapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat

- a) Membina hubungan saling percaya dengan klien
- b) Mengkaji data subjektif dan data objektif
- c) Mengkaji waktu, frekuensi, dan situasi munculnya halusinasi
- d) Mengkaji respon terhadap halusinasi
- e) Mengkaji tahapan halusinasi pasien (Yosep, 2010)

c. Pohon Masalah



Pohon masalah gangguan persepsi sensori :halusinasi (Keliat, 2010 dikutip dalam Lelono, 2015)

d. Diagnosa keperawatan

Menurut Lelono, 2015 diagnosa keperawatan ada 4 yaitu :

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

e. Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 2.1
Rencana Tindakan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Sp 1	SP Keluarga
	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi	<p>Sp 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu klien mengenal halusinai (isi, frekuensi, waktu terjadinya, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi) 2. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi : hardik, obat, bercakap – cakap, melakukan kegiatan harian 3. Mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik <p>Sp 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menghardik beri pujian 2. Latihan cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 5 benar jenis, guna dosis, frekuensi, cara kontinuitas minum obat) 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat <p>Sp 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan harian menghardik dan obat, beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi 	<p>Sp 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat klien 2. Jelaskan pengertian tanda dan gejala dan proses terjadinya halusinasi 3. Jelaskan cara merawat halusinasi 4. Latih cara merawat halusinasi : hardik 5. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan memberi pujian <p>Sp 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih klien menghardik , beri pujian 2. Jelaskan 6 benar cara memberi obat 3. Latih cara menghardik atau membimbing minum obat 4. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan memberi pujian <p>Sp 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam

		<p>dengan cara bercakap – cakap saat terjadi halusinasi</p> <p>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap – cakap</p> <p>Sp 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan harian menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan) 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian 	<p>merawat / melatih klien menghardik dan memberi obat beri pujian</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan cara bercakap – cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi 3. Latih dan sediakan waktu bercakap – cakap dengan klien terutama pada saat halusinasi 4. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal <p>Sp 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih klien menghardik, memberi obat dan bercakap – cakap beri pujian 2. Jelaskan follow up ke RSJ / PKM, tanda kambuh, rujukan 3. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan memberikan pujian
--	--	---	--

f. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah di rencanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan di sesuaikan dengan kondisi klien saat ini (Farida & Yudi, 2012).

g. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan dan dilakukan terus-menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah di laksanakan evaluasi dapat dibagi dalam menjadi 2 yaitu sebagai berikut :

1) Evaluasi proses (formatif) yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan keperawatan

2) Evaluasi hasil (Sumatif) dilakukan dengan cara membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A : Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru

P : Perencanaan tindakan lanjut berdasarkan hasil analisis respon klien (Farida & Yudi, 2012).