

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

Bab ini menyajikan gambaran teoritis meliputi konsep dasar halusinasi dan asuhan keperawatan secara teoritis.

#### **A. Konsep Dasar Halusinasi**

##### **1. Definisi Halusinasi**

Halusinasi adalah gangguan yang terjadi pada persepsi sensori dari satu objek tanpa adanya suatu rangsangan yang nyata dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra seperti merasakan sensasi palsu berupa pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan dan perabaan. Pasien biasanya merasakan suatu stimulus khusus yang sebenarnya tidak ada (Yusuf *et al.*, 2015).

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara manusia, atau bunyi yang berkisar dari suara sederhana sampai suara yang berbicara mengenai klien sehingga klien berespon terhadap suara atau bunyi tersebut. Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara manusia, hewan atau mesin, barang, kejadian alamiah dan musik dalam keadaan sadar tanpa adanya rangsang apapun (Azizah *et al.*, 2016).

Berdasarkan dari definisi diatas dapat disimpulkan halusinasi adalah suatu gangguan/masalah yang dialami seseorang tanpa adanya rangsangan internal atau eksternal dan terjadi akibat kehilangan kemampuan untuk membedakan suatu yang nyata atau tidak nyata, halusinasi pendengaran merupakan salah satu halusinasi yang dimana ditandai dengan mendengarkan suara yang tidak nyata atau tidak ada.

##### **2. Proses terjadinya masalah**

Pada proses terjadinya masalah terdiri dari beberapa bagian yaitu faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber coping, mekanisme coping, dan rentang respon (Yusuf *et al.*, 2015).

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor perkembangan

Gangguan perkembangan dapat mengganggu hubungan interpersonal, meningkatkan stres dan kecemasan, serta menyebabkan gangguan kognitif. Pasien menekan emosinya, yang dapat menghambat pematangan fungsi intelektual dan emosional..

2) Faktor sosial budaya

Berbagai faktor di masyarakat dapat menimbulkan rasa keterasingan dan kesepian yang tidak dapat diatasi, sehingga menimbulkan akibat serius seperti delusi dan halusinasi..

3) Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas berat terakhir dengan pengingkaran terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi.

4) Faktor biologis

Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realitas, serta dapat ditemukan atropik otak, pembesaran ventikal, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbik.

5) Faktor genetik

Gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada pasien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia, serta akan lebih tinggi jika kedua orang tua skizofrenia.

b. Faktor Presipitasi

1) Stresor sosial budaya

Stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, perpisahan dengan orang yang penting, atau diasingkan dari kelompok dapat menimbulkan halusinasi.

2) Faktor biokimia

Berbagai penelitian tentang dopamin, norepineprin, indolamin, serta zat halusigenik diduga berkaitan dengan gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi.

3) Faktor psikologis

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi realitas. Pasien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.

4) Perilaku

Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik, dan sosial.

c. Penilaian Terhadap Stresor

Penilaian stres merupakan penilaian individu ketika dihadapkan pada stresor yang akan datang. Faktor biologis, psikososial, dan lingkungan saling terkait ketika seorang individu mengalami stres, sedangkan individu itu sendiri mempunyai kerentanan (diatesis) yang bila diaktivasi oleh stres akan menimbulkan gejala skizofrenia. Model diatesis stres di atas sama dengan model adaptasi. Penilaian seseorang terhadap suatu stressor terdiri dari respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Artinya ketika seseorang mengalami stresor, maka ia bereaksi terhadap stresor tersebut dan gejala mulai muncul (Satrio, 2015).

d. Sumber koping

Gangguan kesehatan jiwa merupakan penyakit yang menakutkan dan

sangat mengganggu sehingga memerlukan penyesuaian klien dan keluarga. Sumber daya keluarga seperti pemahaman orang tua tentang penyakitnya, ketersediaan keuangan, ketersediaan waktu, tenaga dan kapasitas untuk memberikan dukungan berkelanjutan mempengaruhi jalannya penyesuaian setelah timbulnya gangguan kesehatan mental (Stuart, 2016).


e. Mekanisme Koping

Pasien menggunakan sejumlah mekanisme pertahanan bawah sadar untuk mencoba melindungi diri mereka dari pengalaman menakutkan yang ditimbulkan oleh penyakit mereka (Stuart, 2016).

f. Rentang Respon Neurobiologis

Rentang respons neurobiologis yang paling adaptif adalah adanya pemikiran logis dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Reaksi maladaptif yang paling umum adalah delusi, halusinasi, termasuk isolasi sosial dan penarikan diri. Berikut ini adalah ikhtisar berbagai respons neurobiologis (Pardede, 2020).

Tabel 2.1 Rentang Respon Halusinasi

Rentang Respon Neurobiologis		
		
Respon adaptif		Respon maladaptif
1. Pikiran logis	1. Distorsi pikiran	1. Gngguan pikir / delusi
2. Prepepsi akurat	2. Ilusi	2. Halusinasi
3. Emosi Konsisten dengan pengalaman	3. Emosi Berlebihan	3. Sulit merespon emosi
4. prilaku sesuai	4. Prilaku aneh/ tidak sesuai	4. Prilaku Disorganisasi
5. berhubungan sosial harmonis.	5. Menarik diri	5. Isolasi sosial

Sumber : (Pardede, 2020)

Keterangan:

### 1) Respon adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku.

- a) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- b) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
- c) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman asli.
- d) Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- e) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

### 2) Respon psikososial

Respon psikososial meliputi:

- a) Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
- b) Ilusi adalah miss interpretasi yang salah penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- c) Emosi berlebihan atau berkurang.
- d) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- e) Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

### 3) Respon maladaptif

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

- a) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.

- b) Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- c) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- d) Perilaku tidak teroganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
- e) Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

### 3. Jenis – Jenis Halusinasi

Banyak sekali jenis – jenis halusinasi yang sering kita temui di lingkungan masyarakat dan didapat dari hasil analisa data objektif maupun subjektif pada pasien berikut adalah jenis – jenis halusinasinya (Owen *et al.*,2016 ) sebagai berikut :

Tabel 2.2 Jenis – Jenis Halusinasi

NO	Jenis Halusinasi	Data Objektif	Data Subjektif
1.	Halusinasi Pendengaran	Berbicara/tertawa sendiri marah-maraha tanpa sebab, mencondongkan telinga kearah tertentu dan menutup telinga	Mendengar suara suara gaduh, bercakap dan menyuruh melakukan sesuatu
2.	Halusinasi penglihatan	Menunjuk kearah tertentu, ketakutan pada objek yang tidak jelas.	Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, kartun, hantu, atau monster.
3.	Halusinasi penciuman	Menghirup seperti sedang membaui tertentu dan menutup hidung	Mmbaui bau-bauan seperti feses, darah, urine.
4.	Halusinasi pengecapan	Sering meludah dan muntah	Merasakan bau seperti darah, urine, dan feses.
5.	Halusinasi perabaan	Menggaruk garuk permukaan kulit	Mengatakan ada serangan di kulit dan merasa seperti tersengat

Sumber : (Owen *et al.*,2016)

#### 4. Fase – Fase Halusinasi

Pada gangguan persepsi sensori halusinasi terdapat 4 fase halusinasi yaitu sebagai berikut ( Azizah *et al.*, 2016).

1) Fase I: *Comforting* Ansietas sedang Halusinasi Menyenangkan  
“Menyenangkan”

Karakteristik: klien mengalami ansietas, kesepian, rasa bersalah dan takut, mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan Ansietas. Individu mengenali bahwa pikiran dan pengalaman sensori dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani (non psikotik)

Prilaku:

- a. tersenyum, tertawa yang tidak sesuai.
- b. bibir tanpa suara.
- c. Pergerakan mata yang cepat.
- d. Respon verbal yang lambat.
- e. Diam, dipenuhi rasa yang mengasyikkan.

2) Fase II: *Condemning* Ansietas berat Halusinasi menjadi menjijikkan  
“Menyalahkan”

Karakteristik: pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan klien lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. Klien mungkin mengalami dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain (Psikotik Ringan)

Prilaku :

- 1) Meningkatkan tanda-tanda sistem saraf otonom akibat ansietas (Nadi, RR, TD) meningkat.
- 2) penyempitan kemampuan untuk konsentrasi
- 3) Asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita.

3) Fase III: *Controlling* Ansietas berat Pengalaman sensori menjadi berkuasa “Mengendalikan”

Karakteristik: klien berhenti atau menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik, klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti.

Perilaku :

- a. Lebih cenderung mengikuti petunjuk halusinasinya.
- b. Kesulitan berhubungan dengan orang lain.
- c. Rentang perhatian hanya dalam beberapa menit atau detik.
- d. Gejala fisik Ansietas berat, berkeringat, tremor, tidak mampu mengikuti petunjuk.

4) Fase IV: *Conquering* panik umumnya menjadi melebur dalam halusinasinya.

Karakteristik : Pengalaman sensori menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasi. Halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik (Psikotik Berat)

Perilaku :

- a. Perilaku teror akibat panik.
- b. Potensial *suicide* atau *homicide*.
- c. Aktivitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti kekerasan, agitasi, menarik diri, katatonia.
- d. Tidak mampu merespon terhadap perintah yang kompleks.
- e. Tidak mampu merespon > 1 orang.

## 5. Manifestasi Klinis

Tanda-gejala yang muncul pada pasien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi menurut (Keliat *et al.*, 2019), terbagi menjadi tanda dan gejala halusinasi berupa mayor dan minor yaitu sebagai berikut

- a. Tanda Gejala Mayor :

1) Subjektif: Mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya. Melihat benda, orang, atau sinar tanpa ada objeknya. Menghidu bau-bauan yang tidak sedap, seperti bau badan padahal tidak. Merasakan pengecapan yang tidak enak, merasakan rabaan atau gerakan badan

2) Objektif : Bicara sendiri, tertawa sendiri, melihat ke satu arah, mengarahkan telinga ke arah tertentu, tidak dapat memfokuskan pikiran, diam sambil menikmati halusinasinya

b. Tanda Gejala Minor :

1) Subjektif : Sulit tidur, khawatir, takut

Objektif : Konsentrasi buruk, disorientasi waktu, tempat. Orang, atau situasi, afek datar, curiga, menyendiri, melamun, mondar-mandir, kurang mampu merawat diri.

## 6. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan pada pasien halusinasi dapat dilakukan, dengan dua cara yaitu terapi biologi dan terapi psikologi (Wulandari et al., 2023).

a. Terapi Biologi

1) Farmakologis

Obat-obatan untuk terapi halusinasi berupa antipsikotik haloperidol. Dan lain-lain.

a) (HLD) Obat yang dianggap sangat efektif dalam pengelolaan hiperaktivitas, gelisah, agresif, waham, dan halusinasi.

b) Chlorpromazine (CPZ) Obat yang digunakan untuk gangguan psikosis yang terkait skizofrenia dan gangguan perilaku yang tidak terkontrol.

c) Trihexilpenidyl (THP)

(1) Dosis

- (a) Haloperidol 3 x 5 mg (tiap 8 jam) intra muscular.
- (b) Clorpromazin 25-50 mg diberikan intra muscular setiap 6 – 8 jam sampai keadaan akut teratasi.

(2) Dalam keadaan agitasi dan hiperaktif diberikan tablet:

- (a) Haloperidol 2 x 1.5 – 2.5 mg per hari.
- (b) Klorpromazin 2 x 100 mg per hari.
- (c) Triheksifenidil 2 x 2 mg per hari.

(3) Dalam keadaan fase kronis diberikan tablet:

- (a) Haloperidol 2 x 0.5 – 1 mg perhari.
- (b) Klorpromazin 1 x 50 mg sehari (malam).
- (c) Triheksifenidil 1-2x2 mg sehari.
- (d) Psikosomatik.

## 2) Terapi Psikososial

Karakteristik dari halusinasi adalah rusaknya kemampuan untuk membentuk dan mempertahankan hubungan sesama manusia, maka intervensi utama difokuskan untuk membantu klien memasuki dan mempertahankan sosialisasi yang penuh arti dalam kemampuan pasien.

### a) Terapi Modalitas

Semua sumber daya di rumah sakit disarankan untuk menggunakan komunikasi yang terapeutik, termasuk semua (staf administrasi, pembantu kesehatan, mahasiswa, dan petugas instalasi).

### b) Terapi Aktifitas Kelompok

Terapi kelompok adalah psikoterapi yang dilakukan pada klien bersama dengan jalan yang diarahkan oleh seseorang yang terlatih. Terapi aktifitas yang dapat diberikan pada pasien gangguan persepsi sensori halusinasi adalah dengan TAK stimulasi persepsi.

### c) Terapi Keluarga

Tujuan dari terapi keluarga :

- (1) Menurunkan konflik kecemasan
- (2) Meningkatkan kesadaran keluarga terhadap kebutuhan masing-masing keluarga.
- (3) Meningkatkan pertanyaan kritis
- (4) Menggambarkan hubungan peran yang sesuai dengan tumbuh kembang. Perawat membekali keluarga dengan pendidikan tentang kondisi klien dan kepedulian pada situasi keluarga.

## B. Asuhan Keperawatan Teoritis Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Prabowo, 2017). Berikut ini isi dari pengkajian tersebut adalah:

#### a. Pengumpulan data

##### 1) Identitas klien

Melakukan perkenalan dan kontrak dengan klien tentang : nama mahasiswa, nama panggilan, nama pasien, nama panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat pasien usia pasien dan NO RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

##### 2) Alasan masuk

Apa yang menyebabkan pasien atau keluarga datang, atau dirawat di rumah sakit, apakah sudah tau penyakit sebelumnya, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah ini.

3) Riwayat penyakit sekarang dan faktor presipitasi

Menanyakan bagaimana pasien bisa mengalami gangguan jiwa.  
Faktor yang memperberat kejadian seperti putus pengobatan.

4) Faktor predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada pasien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan pasien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan.

5) Pemeriksaan Fisik

Memeriksa TTV, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien.

6) Pengkajian psikososial

a) Genogram

Genogram menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh

b) Konsep Diri

(1) Gambaran Diri

Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.

(2) Identitas Diri

Status dan posisi klien sebelum klien dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya, kepuasan kliensebagai lakilaki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelaminnya dan posisinya.

(3) Fungsi Peran

Tugas atau peran klien dalam keluarga atau pekerjaan atau kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam

melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi saat klien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan klien akibat perubahan tersebut.

(4) Ideal Diri

Harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya.

(5) Harga Diri

Hubungan klien dengan orang lain sesuai dengan kondisi, dampak pada klien dalam berhubungan dengan orang lain, harapan, identitas diri tidak sesuai harapan, fungsi peran tidak sesuai harapan, ideal diri tidak sesuai harapan, penilaian klien terhadap pandangan atau penghargaan orang lain.

c) Hubungan Sosial

Tanyakan orang yang paling berarti dalam hidup klien, tanyakan upaya yang biasa dilakukan bila ada masalah, tanyakan kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, keterlibatan atau peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain.

d) Spiritual Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah atau menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan.

7) Status Mental

a) Penampilan

Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki apakah ada yang tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, kemampuan klien dalam berpakaian, dampak ketidakmampuan berpenampilan baik atau berpakaian terhadap status psikologi klien.

b) Pembicaraan

Amati pembicaraan klien apakah cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering terhenti atau bloking, apatis, lambat, membisu, menghindar, tidak mampu menyelesaikan masalah.

c) Aktivitas motorik

(1) Lesu, tegang, gelisah

(2) Agitasi: gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan

(3) Tik : gerakan-gerakan kecil otot muka yang tidak terkontrol

(4) Grimasem : gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak terkontrol klien

(5) Tremor : jari – jari yang bergetar ketika klien menjulurkan tangan dan merentangkan jari – jari

(6) Kompulsif : kegiatan yang dilakukan berulang-ulang

d) Afek dan Emosi

(1) Afek Kaji afek klien yang meliputi:

(a) Adekuat : perubahan roman-roman muka sesuai dengan stimulus eksternal

(b) Datar : tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan

(c) Tumpul : hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang sangat kuat

(d) Labil : emosi klien cepat berubah-ubah

(e) Tidak sesuai: emosi bertentangan atau berlawanan dengan stimulus

(2) Emosi

Pada status emosi klien perlu dikaji apa klien merasakan kesepian, apatis, marah, anhedonia, euforia, depresi atau sedih dan cemas.

e) Interaksi selama wawancara

(1) Kooperatif: berespon dengan baik terhadap pewawancara

(2) Tidak kooperatif : tidak dapat menjawab pertanyaan

pewawancara dengan spontan.

- (3) Mudah tersinggung
- (4) Bermushan : kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah.
- (5) Kontak kurang: tidak mau menatap lawan bicara.
- (6) Curiga : menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

f) Persepsi sensori

(1) Halusinasi

Ditanyakan apakah klien mengalami gangguan sensori persepsi halusinasi diantaranya : pendengaran, penglihatan, perabaan, pengecapan, penciuman.

(2) Ilusi

Perlu ditanyakan apakah klien mengalami halusinasi.

(3) Depersonalisasi

Perlu ditanyakan apakah klien mengalami dipersonalisasi.

(4) Derealisasi

Perlu ditanyakan apakah klien mengalami derealisasi.

g) Proses pikir

(1) Bentuk pikir

- (a) Otistik Hidup dalam dunianya sendiri dan cenderung tidak memperdulikan lingkungan sekitarnya
- (b) Dereistik Proses mental tidak diikuti dengan kenyataan logika atau pengalaman
- (c) Non realistik Pikiran yang tidak didasarkan pada kenyataan

(2) Arus pikir

- (a) Sirkumtansial : pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan
- (b) Tangensial : pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan

- (c) Kehilangan asosiasi : pembicaraan tidak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya
  - (d) Flight of ideas : pembeciraan yang meloncat dari satu topik ke topik yang lainnya
  - (e) Bloking : pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan dari luar kemudia dilanjutkan kembali
  - (f) Perseferasi : kata-kata yang diulang berkali-kali
  - (g) Perbigerasi : kalimat yang diulang berkali-kali
- (3) Isi pikir
- (a) Obsesi: pikiran yang selalu muncul walaupun klien berusaha untuk menghilangkannya.
  - (b) Phobia: ketakutan yang patologis atau tidak logis terhadap objek atau situasi tertentu.
  - (c) Hipokondria: keyakinan terhadap adanya gangguan organ tubuh yang sebenarnya tidak ada.
  - (d) Depersonalisasi: perasaan klien yang asing terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan
  - (e) Ide yang terkait: keyakinan klien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungan yang terkait pada dirinya
  - (f) Pikiran magis: keyakinan klien tentang kemampuannya hal-hal yang mustahil atau diluar kemampuannya
  - (g) Waham :
    - i. Agama: keyakinan klien terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan
    - ii. Somatik: keyakinan klien terhadap tubuhnya dan diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan keyakinan
    - iii. Kebesaran: keyakinan klien yang berlebihan terhadap kemampuannya dan diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan

- iv. Curiga: keyakinan klien bahwa ada seseorang yang berusaha merugikan, mencederai dirinya, diucapkan berulang-ulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan
  - v. Nihilistik: klien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada didunia atau meninggal yang dinyatakan secara berulang-ulang dan tidak sesuai dengan kenyataan  
Waham yang bizar
  - vi. Sisip pikir: klien yakin ada ide pikiran orang lain yang disisipkan didalam pikirannya, disampaikan secara berulang-ulang dan tidak sesuai dengan kenyataan
  - vii. Siar pikir: klien yakin ada orang lain yang menegetahuiapa yang klien pikirkan walaupun klien tidak pernah menceritakannya kepada orang, disampaikan secara berulang-ulang dan sesuai kenyataan
  - viii. Kontrol pikir: klien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar, disampaikan secara berulang-ulang dan tidak sesuai dengan kenyataan
- h) Tingkat kesadaran
- (1) Bingung: tampak bingung dan kacau (perilaku yang tidak pada tujuan).
  - (2) Sedasi: mengatakan merasa melayang-layang antara sadar atau tidak sadar.
  - (3) Stupor: gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan yang diulang-ulang, anggota tubuh klien dalam sikap yang canggung dan dipertahankan klien tapi klien mengerti semua yang terjadi dilingkungannya.
- i) Orientasi: waktu, tempat dan orang Jelaskan apa yang dikatakan klien saat wawancara.
- j) Memori:
- (1) Gangguan mengingat jangka panjang: tidak dapat mengingat

kejadian lebih dari 1 bulan

- (2) Gangguan mengingat jangka pendek: tidak dapat mengingat kejadian dalam minggu terakhir
- (3) Gangguan mengingat saat ini: tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi
- (4) Konfabulasi : pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.

k) Tingkat konsentrasi

- (1) Mudah beralih: perhatian mudah berganti dari satu objek ke objek lainnya.
- (2) Tidak mampu berkonsentrasi: klien selalu minta agar pertanyaan diulang karena tidak menangkap apa yang ditanyakan atau tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.
- (3) Tidak mampu berhitung: tidak dapat melakukan penambahan atau pengurangan pada benda-benda yang nyata.

l) Kemampuan penilaian

Kaji bagaimana kemampuan klien dalam melakukan penilaian terhadap situasi, kemudian dibandingkan dengan yang seharusnya.

m) Daya tilik diri

- (1) Mengingkari penyakit yang diderita: klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan atau klien menyangkal keadaan penyakitnya, klien tidak mau bercerita tentang penyakitnya.
- (2) Menyalahkan hal-hal diluar dirinya: menyalahkan orang lain atau lingkungan yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah sekarang.

8) Kebutuhan persiapan pulang

a) Makan

Tanyakan frekuensi, jumlah, variasi, macam dan cara makan, observasi kemampuan klien menyiapkan dan membersihkan alat makan.

b) Buang air besar dan buang air kecil

Observasi kemampuan klien untuk buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK), menggunakan WC atau membersihkan WC.

c) Mandi

Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, observasi kebersihan tubuh dan bau badan pasien.

d) Berpakaian

Observasi kemampuan klien dalam mengambil, memilih dan mengenakan pakaian, observasi penampilan dandanan klien.

e) Istirahat dan tidur

Observasi dan tanyakan lama dan waktu tidur siang atau malam, persiapan sebelum tidur dan aktivitas sesudah tidur.

f) Penggunaan obat

Observasi penggunaan obat, frekuensi, jenis, dosis, waktu, dan cara pemberian.

g) Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan kepada klien tentang bagaimana, kapan perawatan lanjut, siapa saja sistem pendukung yang dimiliki.

h) Aktivitas di dalam rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam mengolah dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri, mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

i) Aktivitas di luar rumah

Tanyakan kemampuan klien dalam belanja untuk keperluan sehari-hari, aktivitas lain yang dilakukan diluar rumah.

j) Mekanisme koping

Data didapat melalui wawancara dengan klien atau keluarganya.

k) Masalah psikososial dan lingkungan

Perlu dikaji tentang masalah dengan dukungan kelompok, masalah berhubungan dengan lingkungan dan masalah dengan pendidikan, pekerjaan, perumahan ekonomi, pelayanan kesehatan.

l) Pengetahuan kurang tentang

Apakah klien mempunyai masalah yang berkaitan dengan pengetahuan yang kurang tentang: penyakit atau gangguan jiwa, sistem pendukung, faktor predisposisi dan presipitasi, mekanisme koping, penyakit fisik, obat-obatan dan lain-lain.

m) Aspek medis.

Tulis diagnosa medis yang telah diterapkan oleh dokter, tuliskan obat-obatan klien saat ini, baik obat fisik, psikofarmaka dan terapi lain.

b. Analisa Data

1) Data subjektif

Mengatakan mendengar suara – suara, dan melihat sesuatu yang tidak nyata, tidak percaya, terhadap lingkungan, sulit tidur, tidak dapat memusatkan perhatian dan konsentrasi, rasa berdosa, menyesal dan bingung terhadap halusinasi, perasaan tidak aman, merasa cemas, takut dan kadang – kadang panik kebingungan.

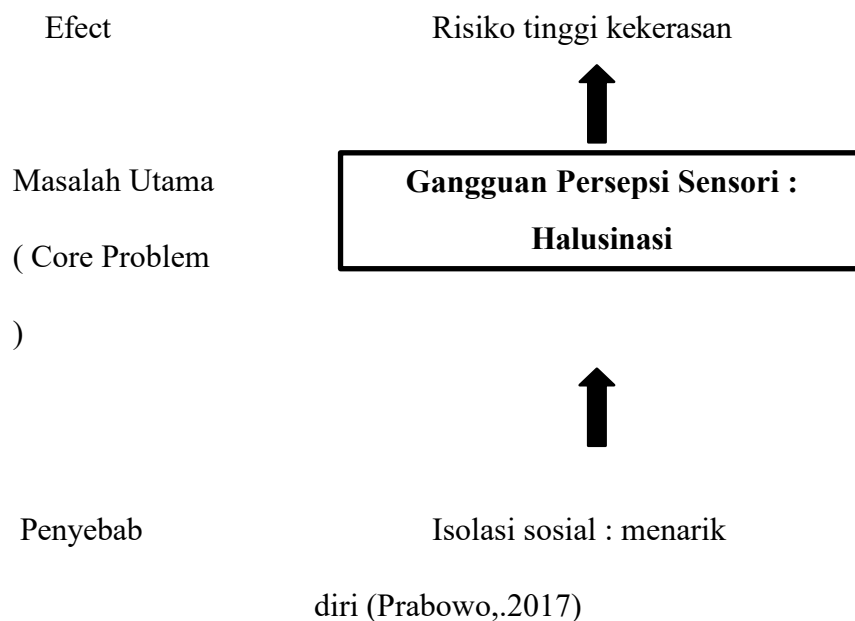
2) Data objektif

Tidak dapat membedakan hal nyata dan tidak nyata, pembicara kacau dan kadang tidak masuk akal, sulit membuat keputusan, tidak perhatian terhadap perawatan dirinya, sering menyangkal dirinya sakit, atau kurang menyadari adanya masalah, ekspresi wajah sedih, ketakutan dan gembira, klien tampak gelisah, insting kurang, tidak ada minat untuk makan.

c. Pohon Diagnosa

Pohon masalah halusinasi menurut (Prabowo, 2017) sebagai berikut :

Tabel 2.3 Pohon Diagnosa



2. Diagnosa Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian langkah selanjutnya adalah menentukan diagnosa keperawatan, diagnosa yang muncul berdasarkan hasil analisa data subjektif dan objektif pada pasien. Menurut (Keliat et al, 2019). Diagnosa yang muncul pada masalah halusinasi yaitu :

1) Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi (pendengaran dan penglihatan, Penciuman, dan Perabaan)

1) Tanda gejala Mayor :

(a) Data Subjektif

- (1) Mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya
- (2) Melihat benda, orang, atau sinar tanpa ada objeknya
- (3) Menghidu bau-bauan yang tidak sedap, seperti bau badan padahal tidak
- (4) Merasakan pengecapan yang tidak enak
- (5) Merasakan rabaan atau gerakan badan

(b) Data Objektif

- (1) Bicara sendiri
- (2) Tertawa sendiri
- (3) Melihat ke satu arah
- (4) Mengarahkan telinga ke arah tertentu
- (5) Tidak dapat memfokuskan pikiran
- (6) Diam sambil menikmati halusinasinya.

2) Tanda gejala minor

(a) Data subjektif

- (1) Sulit tidur
- (2) Khawatir
- (3) Takut

(b) Data objektif

- (1) Konsentrasi buruk
- (2) Disorientasi waktu, tempat. Orang, atau situasi
- (3) Afek datar
- (4) Curiga
- (5) Menyendiri, melamun

(6) Mondar-mandir

(7) Kurang mampu merawat diri

2) Isolasi Sosial

1) Tanda gejala mayor

(a) Data Subjektif

(1) Ingin sendiri

(2) Merasa tidak nyaman di tempat umum

(3) Merasa berbeda dengan orang lain

(b) Data Objektif

(1) Menarik diri

(2) Menolak melakukan interaksi

(3) Afek datar

(4) Afek sedih

(5) Afek tumpul

(6) Tidak ada kontak mata

(7) Tidak bergairah atau lesu

2) Tanda gejala minor

(a) Data Subjektif

(1) Menolak berinteraksi dengan orang lain

(2) Merasa sendirian

(3) Merasa tidak diterima

(4) Tidak mempunyai sahabat

(b) Data Objektif

(1) Afek datar

(2) Afek sedih

(3) Riwayat ditolak

(4) Menunjukkan permusuhan

(5) Tidak mampu memenuhi harapan orang lain

(6) Kondisi difabel

- (7) Tindakan tidak berarti
- (8) Tidak ada kontak mata
- (9) Perkembangan terlambat
- (10) Tidak bergairah atau lesu

### 3) Resiko Perilaku Kekerasan

- 1) Faktor risiko untuk masalah risiko perilaku kekerasan adalah:
  - a) Pemikiran waham/delusi
  - b) Curiga pada orang lain
  - c) Halusinasi
  - d) Berencana bunuh diri
  - e) Disfungsi sistem keluarga
  - f) Kerusakan kognitif
  - g) Disorientasi atau konfusi
  - h) Kerusakan kontrol impuls
  - i) Persepsi pada lingkungan tidak akurat
  - j) Alam perasaan depresi
  - k) Riwayat kekerasan pada hewan
  - l) Kelainan neurologis
  - m) Lingkungan tidak teratur
  - n) Penganiayaan atau pengabaian anak
  - o) Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain
  - p) Impulsif
  - q) Ilusi.

## 1. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perawat dapat memberikan alasan ilmiah terbaru dari tindakan yang diberikan. Rencana tindakan terbagi menjadi 3 bagian yaitu individu, keluarga dan kelompok (Keliat, *et, al* 2019).

### a. Rencana Keperawatan pada Klien

#### 1) Rencana Keperawatan pada Klien Individu

##### a) Bantu klien mengenali halusinasinya

Untuk membantu pasien mengenali halusinasi, perawat dapat berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang dengar, dilihat, atau dirasa), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan respons pasien saat halusinasi muncul.

##### b) Melatih klien mengontrol halusinasi

Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol halusinasi perawat dapat melatih pasien empat cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi. Keempat cara mengontrol halusinasi adalah dengan cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktifitas yang terjadwal, dan minum obat yang teratur.

### b. Rencana Keperawatan pada Keluarga

1) Kaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.

2)Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, serta proses terjadinya halusinasi yang dialami klien. \

3)Diskusikan cara merawat halusinasi dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi klien Melatih keluarga cara merawat halusinasi:

- (1) Menghindari situasi yang menyebabkan halusinasi.
  - (2) Membimbing klien melakukan latihan cara mengendalikan halusinasi sesuai dengan yang dilatih perawat kepada klien.
  - (3) Memberi pujian atas keberhasilan klien
  - 4) Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk bercakap-cakap secara bergantian, memotivasi klien melakukan latihan dan memberi pujian atas keberhasilannya.
  - 5) Menjelaskan tanda dan gejala halusinasi yang memerlukan rujukan segera yaitu isi halusinasi yang memerintahkan kekerasan, serta melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur.
- c. Rencana Keperawatan pada Kelompok

TAK yang dapat dilakukan untuk pasien dengan halusinasi adalah sebagai berikut

- 1) Terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi
  - Sesi 1: Mengenal halusinasi.
  - Sesi 2: Melawan halusinasi dengan menghardik.
  - Sesi 3: Melawan halusinasi dengan melakukan kegiatan.
  - Sesi 4: Melawan halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain dan de-eskalasi.
  - Sesi 5: Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat.

Adapun intervensi diharapkan memperoleh kriteria hasil sebagai berikut :

- a) Kognitif, klien mampu:
  - 1) Menyebutkan penyebab halusinasi.

- 2) Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan seperti jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan halusinasi dan respon.
  - 3) Menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi.
  - 4) Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi.
  - 5) Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat.
- b) Psikomotor, klien mampu :
- 1) Melawan halusinasi dengan menghardik.
  - 2) Mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek.
  - 3) Mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas.
  - 4) Minum obat dengan prinsip 8 benar yaitu benar nama klien, benar manfaat obat, benar dosis obat, benar frekuensi obat, benar cara, benar tanggal kadaluarsa, dan benar dokumentasi.
- c) Afektif, klien mampu:
- 1) Merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi.
  - 2) Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan

### 3. Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing-masing masalah utama (Keliat,*et al.*,2019).

### 4. Evaluasi

Evaluasi respon umum adaptasi pasien dilakukan setiap akhir Tindakan penelitian. Pada pasien halusinasi yang membahayakan diri, orang lain dan lingkungan evaluasi meliputi respon perilaku dan emosi

lebih terkendali yang pasien sudah tidak mengamuk lagi, bicara dan tertawa

sendiri, sikap curiga, perasaan cemas berat, serta pasien mempercayai perawatnya, pasien dapat mengontrol halusinasi. Sehingga, persepsi pasien membaik, pasien dapat membedakan hal yang nyata dan tidak nyata (Yusuf, 2015). Evaluasi terhadap masalah keperawatan halusinasi meliputi kemampuan pasien dan keluarganya serta kemampuan keluarga dalam merawat pasien halusinasi (Keliat, 2014).