

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 ini menguraikan secara teoritis sebagai landasan dalam studi kasus yang meliputi: konsep halusinasi, konsep terapi psikoreligius: membaca Al-Quran dan konsep asuhan keperawatan.

A. Konsep Halusinasi

Tinjauan pustaka terkait teori dan hasil penelitian halusinasi meliputi definisi, jenis, fase, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi yang terdiri dari: (faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, mekanisme coping, rentang respon), dan tindakan keperawatan.

1. Definisi

Halusinasi menjadi fokus utama dalam penulisan ini. Halusinasi adalah pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan (stimulus) (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Halusinasi adalah persepsi seperti pengalaman yang terjadi tanpa stimulus eksternal yang terang dan jelas, dengan kekuatan penuh dan mempengaruhi persepsi normal, dan tidak berada di bawah kendali (Llorca *et al.*, 2016). Halusinasi adalah gejala yang khas dari skizofrenia yang merupakan persepsi sensori yang menyimpang atau salah, meliputi salah satu dari kelima panca indera (Gasril *et al.*, 2020). Halusinasi didefinisikan sebagai kesan atau pengalaman sensorik yang salah, yang dapat terjadi pada salah satu dari lima modalitas sensorik utama yaitu auditori (suara), visual (penglihatan), taktil (sentuhan), gustatory (rasa), dan penciuman (bau) (Stuart, 2023).

Individu dengan halusinasi mungkin dapat mendengar, mencium, melihat, menyentuh, atau merasakan hal-hal tanpa stimulus yang nyata (Keliat *et al.*, 2019; WHO, 2022). Halusinasi memiliki beberapa implikasi klinis, diantaranya halusinasi pendengaran menunjukkan skizofrenia, halusinasi visual menunjukkan gangguan mental organik, dan halusinasi taktil menunjukkan gangguan mental organik, penyalahgunaan kokain, dan

delirium tremens (Stuart, 2023). Dengan kata lain halusinasi adalah persepsi sensori seperti pengalaman panca indra yang menyimpang, terjadi tanpa adanya stimulus yang nyata sehingga mempengaruhi persepsi normal yang menjadikan klien sulit mengendalikan dirinya.

2. Jenis Halusinasi

Stuart *et al.*, (2023); Nurhalimah (2016); Yosep & Sutini (2016) halusinasi dapat muncul dari salah satu panca indera, untuk lebih jelasnya dijabarkan sebagai berikut:

a. Halusinasi pendengaran (*Auditory-hearing voices or sounds*)

Gangguan stimulus dimana klien mendengar suara palsu yang tidak nyata, mengarakan telinga pada sumber suara, bicara dan tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, mulut komat kamit dan ada gerakan tangan (Yosep & Sutini, 2016). Videbeck & Sheila (2020) menyatakan halusinasi pendengaran meliputi mendengar suara-suara, paling sering adalah suara orang, berbicara kepada klien atau membicarakan klien.

b. Halusinasi penglihatan (*visual-seeing persons or things*)

Halusinasi penglihatan dapat mencakup melihat bayangan yang sebenarnya tidak ada sama sekali, misalnya cahaya atau orang yang telah meninggal (Videbeck & Sheila, 2020). Stimulus visual dalam bentuk beragam seperti tatapan mata pada objek yang tertentu, menunjuk kearah tertentu, serta ketakutan pada objek yang dilihat (Yosep & Sutini, 2016).

c. Halusinasi penciuman (*Olfactory-smelling odors*)

Halusinasi penghidu atau penciuman biasanya mencium tidak enak, busuk dan tengik seperti darah, urin atau feses; kadang bau menyenangkan (Stuart *et al.*, 2023). Gangguan stimulus lain pada penghidu, yang ditandai dengan ekspresi wajah seperti mencium sesuatu dengan gerakan cuping hidung, mengarahkan hidung pada tempat tertentu, klien sering mengatakan mencium bau sesuatu, tipe halusinasi ini sering menyertai klien dimensia, kejang, atau penyakit serebrovasakular (Yosep & Sutini, 2016).

d. Halusinasi perabaan (*Tactile-feeling bodily sensations*)

Halusinasi perabaan biasanya klien mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas (Stuart *et al.*, 2023). Yosep & Sutini, (2016) menyatakan halusinasi perabaan merupakan gangguan stimulus yang ditandai dengan klien mengatakan sesuatu yang menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil, makhluk halus, klien merasakan sesuatu di permukaan kulit, merasakan sangat panas atau dingin, merasakan tersengat aliran listrik, klien tampak mengusap, menggaruk-garuk meraba-raba kulit, serta terlihat menggerak-gerakan badan seperti merasakan sesuatu rabaan.

e. Halusinasi pengecapan (*gustatory-experiencing tastes*)

Halusinasi pengecapan mencakup yang tetap ada dalam mulut, atau perasaan bahwa makanan terasa seperti sesuatu yang lain (Videbeck & Sheila, 2020). Pengertian lain yaitu gangguan stimulus yang ditandai dengan klien sedang merasakan makanan tertentu, rasa tertentu atau mengunyah sesuatu, klien tampak seperti mengecap sesuatu, gerakan mengunyah, meludah atau muntah (Yosep & Sutini, 2016).

f. Halusinasi kenestetik (*Cenesthetic hallucinations*)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan klien melaporkan bahwa fungsi tubuhnya tidak dapat terdeteksi misalnya tidak adanya denyutan di otak, atau sensasi pembentukan urine dalam tubuhnya, perasaan tubuhnya melayang diatas bumi, klien terlihat menatap tubuhnya sendiri dan terlihat merasakan sesuatu yang aneh tentang tubuhnya (Yosep & Sutini 2016; Videbeck & Sheila 2020).

g. Halusinasi kinestetik (*Kinesthetic hallucinations*)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan sensasi gerakan sambil berdiri tidak bergerak (Stuart *et al.*, 2023).

3. Tanda dan Gejala

Keliat *et al.*, (2019) membagi 2 tanda dan gejala halusinasi yaitu, tanda dan gejala mayor dan minor. Tanda gejala mayor dari data subjektif yaitu; mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya, melihat benda, orang, atau

sinar tanpa objeknya, menghidu bau bauan yang tidak sedap, seperti bau badan padahal tidak, dan merasakan pengecapan yang tidak enak, serta merasakan rabaan atau gerakan badan (Kelialat *et al.*, 2019). Data objektif yaitu; bicara sendiri, tertawa sendiri, melihat ke satu arah, mengarahkan telinga kearah tertentu, tidak dapat memfokuskan pikiran dan diam sambil menikmati halusinasinya (Kelialat *et.al*, 2019). Tanda gejala Minor pada halusinasi dari data subjektif yaitu: sulit tidur, khawatir, dan takut sedangkan data objektifnya; konsentrasi buruk, disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi, afek datar, curiga, menyendiri, melamun, mondar mandir dan kurang mampu merawat diri (Kelialat *et al.*, 2019; PPNI, 2017).

4. Fase Halusinasi

Fase halusinasi dibagi menjadi empat fase, yaitu *comforting*, *comdemning*, *controlling*, dan *conquering*. Tahap *comforting* (halusinasi menyenangkan, cemas ringan) dimana klien mengalami halusinasi dengan emosi yang intens seperti cemas, kesepian, merasa bersalah, dan mencoba untuk fokus pada pikiran yang menyenangkan untuk menghilangkan kecemasan (Stuart, 2023). Tahap ini memberi rasa nyaman dengan tingkat ansietas sedang, dimana secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan (Yusuf *et al.*, 2015).

Kedua, *comdemning* (halusinasi menjijikkan, cemas sedang) yaitu pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan, dimana klien halusinasi mulai merasa kehilangan kontrol dan berusaha menjauhkan diri serta merasa malu karena adanya pengalaman sensori tersebut (Stuart, 2023). Tahap menyalahkan dimana tingkat kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipati dimana pengalaman sensori mulai terasa menakutkan (Yusuf *et al.*, 2015).

Ketiga, *controlling* (pengalaman sensori berkuasa, cemas berat), klien mengalami halusinasi menyerah untuk melawan pengalaman halusinasinya (Stuart, 2023). Tahap ini mengontrol tingkat kecemasan berat pengalaman sensori tidak dapat ditolak lagi dan klien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya (Yusuf *et al.*, 2015).

Tahap keempat, conquering (panik) dimana pengalaman sensori bisa mengancam jika klien tidak mengikuti perintah halusinasi (Stuart, 2023). Tahap ini menguasai tingkat kecemasan panik secara umum diatur dan dipengaruhi oleh pengalaman sensori yang menjadi ancaman, dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari (jika tidak diinvensi) (Yusuf *et al.*, 2015).

Tabel 2.1 Perilaku Klien Halusinasi Berdasarkan Fase Halusinasi

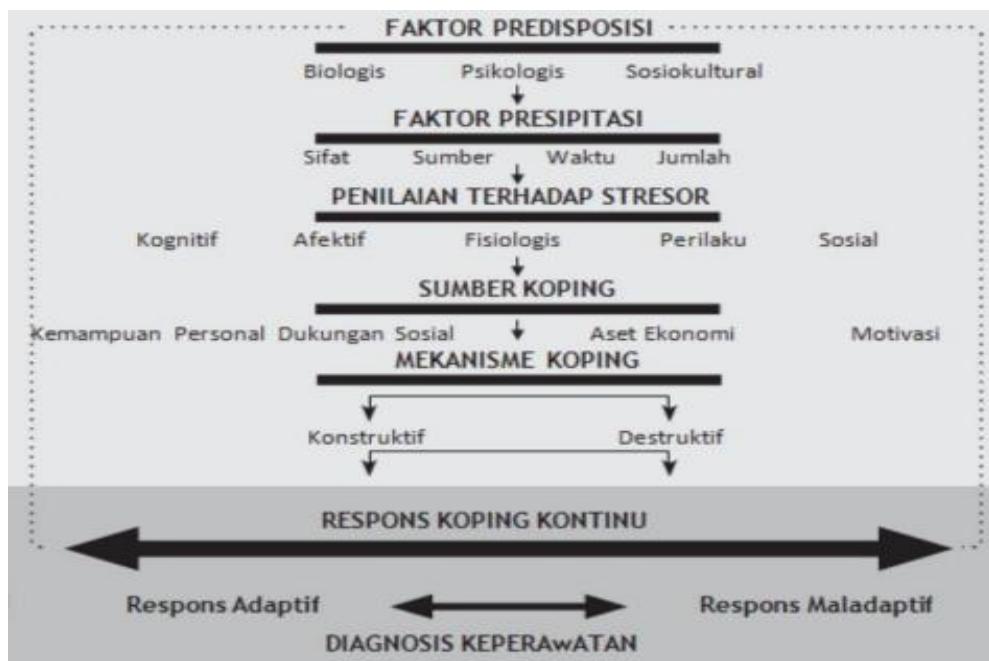
| No | Fase | Perilaku |
|----|--------------------|--|
| 1. | <i>Comforting</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tersenyum lebar sendiri 2. Tertawa sendiri 3. Menggerakkan bibir tanpa membuat suara 4. Diam dan tampak asyik atau berkonsentrasi 5. Respon verbal lambat 6. Penggerakan mata yang cepat |
| 2. | <i>Comdemning</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan kerja sistem saraf otonom yang menunjukkan kecemasan, misalnya peningkatan nadi, pernafasan, dan tekanan darah 2. Rentang respon atau perhatian menjadi sempit 3. Berkonsentrasi pada pengalaman sensori 4. Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita |
| 3. | <i>Controlling</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Arahan dari halusinasi tidak hanya dijadikan objek saja, tetapi diikuti atau dituruti 2. Klien kesulitan berhubungan dengan orang lain 3. Rentang respon hanya beberapa detik atau menit 4. Terlihat tanda ansietas berat seperti berkeringat, tremor, dan tidak mampu mengikuti perintah. |
| 4. | <i>Conquering</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Potensi kuat untuk bunuh diri dan membunuh orang lain |

| No | Fase | Perilaku |
|----|------|---|
| | | <p>2. Aktivitas fisik yang ditunjukkan klien dari isi halusinasi seperti melakukan kekerasan, agitasi, menarik diri atau katatonia.</p> <p>3. Klien tidak dapat berespon pada lebih dari satu orang atau perintah kompleks</p> <p>4. Perilaku panik</p> |

(Stuart, 2023; Yusuf *et al.*, 2015)

5. Proses Terjadinya Masalah

Stuart mengembangkan konsep model adaptasi stress pada tahun 1980 sebagai hasil dari beragam ilmu pengetahuan dari keperawatan psikiatri dan sebagai aplikasi dari pengetahuan ini dalam praktik klinisnya. Stuart mengangkat konsep model adaptasi stress dalam keperawatan psikiatri dimana konsep ini menggambangkan antara cakupan biologis, psikologis, sosiokultural, lingkungan dan aspek etik legal dalam perawatan pasien dalam kesatuan kerangka kerja untuk proses pelatihan



Gambar 2.1 Model Adaptasi Stuart (Stuart *et al.*, 2016)

Menggunakan pendekatan model stres adaptasi Stuart, proses terjadinya halusinasi dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko dan protektif yang memengaruhi jumlah dan jenis sumber yang dapat digunakan seseorang untuk mengatasi halusinasi yang terdiri dari aspek biologis, psikologis dan sosial budaya (Stuart *et al.*, 2023).

1) Faktor Biologis

Faktor biologis yang berhubungan dengan perkembangan sistem saraf yang tidak normal (Stuart *et al.*, 2023). Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realitas, serta dapat ditemukan atropi otak, pembesaran ventikal, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbik (Yusuf *et al.*, 2015).

2) Faktor Psikologis

Faktor psikologis seperti pola asuh orang tua, kondisi keluarga dan lingkungan (Stuart *et al.*, 2023). Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, serta peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas berat terakhir dengan pengingkaran terhadap kenyataan, sehingga terjadi halusinasi (Yusuf *et al.*, 2015). Penelitian menunjukkan kejadian halusinasi disebabkan oleh faktor risiko meliputi kepekaan terhadap stres, harga diri rendah, dan seksualitas (DeVylder & Hilimire, 2015). Penjelasan di atas menunjukkan halusinasi sangat berkaitan dengan faktor-faktor psikologis klien.

3) Faktor Sosial Budaya

Predisposisi sosial budaya secara umum meliputi usia, gender, pendidikan, penghasilan, pekerjaan, latar belakang budaya, keyakinan religi, politik, pengalaman sosialisasi dan tingkat hubungan sosial (DeVylder & Hilimire, 2015). Faktor sosial budaya seperti kondisi ekonomi, konflik sosial, serta kehidupan yang terisolasi disertai stres (Stuart *et al.*, 2016). Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya tidak dapat

diatasi sehingga timbul akibat berat seperti delusi dan halusinasi (Yusuf *et al.*, 2015). Memperbaiki kondisi sosial budaya yang bermasalah dapat mengurangi faktor risiko halusinasi.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah stimulus yang mengancam individu, faktor ini memerlukan energi yang besar untuk menghadapi stres ataupun tekanan dalam hidup (Yusuf *et al.*, 2015). Faktor presipitasi merupakan faktor pencetus (Townsend, 2015). Menurut Stuart *et al* (2023) stresor presipitasi adalah stimulus yang menantang, mengancam, atau menuntut individu sehingga mereka memerlukan energi tambahan dan menyebabkan ketegangan dan stres. Stresor ini bisa bersifat biologis, psikologis, atau sosio- kultural, dan dapat berasal dari lingkungan internal maupun eksternal. Penilaian waktu stresor, termasuk kejadian stresor, durasi paparan, dan frekuensi kejadian, juga penting. Jumlah stresor yang dialami individu dalam periode tertentu mempengaruhi kemampuan untuk mengatasinya, terutama jika terjadi dalam waktu berdekatan.

c. Penilaian Terhadap Stresor

Penilaian terhadap stresor adalah evaluasi individu terhadap makna suatu stresor bagi kesejahteraan individu, didalam stresor sendiri memiliki arti intensitas dan kepentingan (Stuart *et al.*, 2016). Stresor yang dinilai terdiri dari respons kognitif, afektif, perilaku, sosial dan fisiologi (Stuart *et al.*, 2023).

Respons kognitif merupakan penilaian seseorang terhadap stresor berdasarkan pemahamannya tentang situasi yang dapat membahayakan dan bagaimana ketersediaan sumber yang dimiliki untuk menghilangkan atau meminimalkan bahaya (Stuart *et al.*, 2016). Respons kognitif terhadap stres dibagi menjadi tiga jenis yaitu bahaya atau kehilangan yang telah terjadi, ancaman terhadap bahaya yang akan terjadi, dan tantangan terhadap risiko bahaya yang mungkin akan terjadi (Stuart *et al.*, 2023). Respons kognitif diketahui ketika kita sebagai perawat berkomunikasi lansung dengan pasien.

Respon afektif adalah respon berupa perasaan dari dalam individu yang muncul ketika adanya stresor. Respon afektif ini juga berupa emosi yang muncul pada individu terhadap stresor. Perasaan ini berupa perasaan marah, takut, sedih, gembira, menolak, menerima, tidak percaya, dan lain-lain. Perasaan ini muncul karena adanya faktor yang menyebabkan stres sehingga muncul respon individu secara psikologis (Stuart *et al.*, 2023). Respons afektif yang buruk akan menghambat ketika berinteraksi atau wawancara dengan pasien halusinasi.

Respon perilaku merupakan hasil dari respon fisiologis dan emosional, selain itu juga analisa respon kognitif dari stresor. Terdapat empat fase perilaku yang dapat menimbulkan stres sebagai berikut. 1) Fase 1 berupa perilaku menghindari dan mengubah lingkungan yang dapat menyebabkan stres. 2) Fase 2 berupa perilaku mengubah lingkungan external dan hasilnya. 3) Fase 3 berupa perilaku mempertahankan kondisi psikologis individu untuk menstabilkan emosi. 4) Fase 4 berupa perilaku yang membantu individu untuk memahami situasi melalui penyesuaian internal (Stuart *et al.*, 2023). Mengamati secara langsung bisa terlihat dengan jelas perubahan perilaku pasien halusinasi.

Respon sosial merupakan respon individu yang ditampakkan pada kehidupan sosial sebagai penyikapan dari stresor. Respon sosial dibagi menjadi tiga sebagai berikut. 1) Mencari makna, individu berusaha untuk mencari informasi tentang masalah yang menjadi stresor. 2) Atribut sosial, individu mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan munculnya atau terjadinya stresor. 3) Perbandingan sosial, individu membandingkan masalah yang dialami dengan orang lain yang memiliki permasalahan yang sama seperti individu tersebut (Stuart *et al.*, 2023). Pasien halusinasi sering tidak mau mendiskusikan pengalaman mereka karena mereka telah menerima pandangan negatif dari orang lain terkait pikiran mereka yang tidak wajar (Stuart *et al.*, 2016). Perawat perlu membuat pasien yakin bahwa kita percaya, dia mengalami pengalaman tersebut namun diperlukan validasi bahwa perawat tidak mengalami hal yang sama.

Respon fisiologi berupa respon tubuh terkait dengan beberapa sistem tubuh individu. Sistem ini berupa neuroendokrin yang apabila muncul stresor maka akan mengalami kompensasi. Neuroendokrin ini melibatkan pertumbuhan hormon dan berbagai neurotransmitter di otak. Respon berhubungan dengan sistem saraf simpatis dan parasimpatis yang akan cenderung mengalami perubahan karena adanya stresor (Stuart *et al.*, 2023).

d. Sumber coping

Sumber coping merupakan pilihan-pilihan dan strategi-strategi yang membantu menentukan apa yang dapat dilakukan dan apa yang berisiko (Stuart *et al.*, 2023). Sumber coping yang dapat menjadi faktor pelindung bagi klien mencakup kemampuan personal (*personal abilities*), dukungan sosial (*social support*), keyakinan positif (*positif belief*), dan aset material (*material assets*) (Stuart & Laraia 2005, dalam Sutejo, 2017). Sumber coping klien halusinasi dalam penelitian ini akan lebih melihat dari segi kemampuan personal (*personal abilities*).

e. Mekanisme Koping

Mekanisme coping adalah segenap upaya yang ditunjukkan untuk mengelola halusinasi yang dapat bersifat konstruktif dan destruktif (Stuart *et al.*, 2023). Mekanisme coping dapat dibagi menjadi tiga jenis yaitu mekanisme coping berfokus pada masalah, berfokus secara kognitif dan berfokus pada emosi (Sincero, 2017; Stuart *et al.*, 2023). Mekanisme coping berfokus pada masalah adalah dengan melakukan suatu upaya untuk mengatasi halusinasinya misalnya dengan cara merubah perilaku yang sesuai seperti menghindari sumber suara, menutup telinga, mencari teman untuk bicara, atau melakukan aktivitas lainnya (Sincero, 2017). Mekanisme ini dilakukan klien secara sadar dan berorientasi secara objektif.

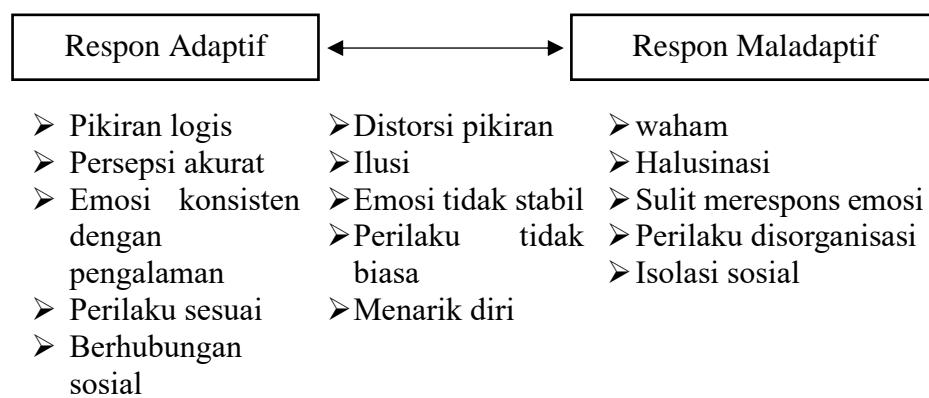
Mekanisme coping berfokus secara kognitif yaitu klien mencoba untuk mengendalikan halusinasi lalu menetralisirnya, contohnya melawan halusinasi dan teratur minum obat (Keliat *et al.*, 2013). Mekanisme coping

berfokus kepada emosi yaitu klien melakukan mekanisme pertahanan ego untuk menghilangkan halusinasinya, contohnya adalah menarik diri (Stuart *et al.*, 2016). Klien secara tidak sadar melakukan mekanisme pertahanan ego untuk mengatasi halusinasinya.

Menarik diri merupakan mekanisme pertahanan ego yang sering digunakan digunakan klien halusinasi. Menarik diri dilakukan klien berkaitan dengan masalah membangun kembali kepercayaan karena halusinasi tidak dipercaya orang lain dan keasyikan dengan pengalaman halusinasi yang dialami klien (Stuart *et al.*, 2016).

f. Rentang respons halusinasi

Halusinasi merupakan gangguan dari respons neurobiologi, oleh sebab itu rentang respons halusinasi mengikuti kaidah rentang respons neurobiologi (Yusuf, 2015). Rentang respon neurobiologis yang paling adaptif yaitu adanya pikiran logis, persepsi akurat, emosi yang konsisten dengan pengalaman, perilaku cocok, dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Sedangkan, respon maladaptif yang meliputi waham, halusinasi, kesukaran proses emosi, perilaku tidak terorganisasi, dan isolasi sosial (Stuart *et al.*, 2023). Rentang respon neurobiologis halusinasi digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.2 Rentang Respon Halusinasi (Stuart *et al.*, 2023)

Manurut Stuart (2016) rentang respon neurobiologis diatas dapat dijelaskan keadaan adaptif sampai maladaptif sebagai berikut:

1) Respon Neurobiologis Adaptif

- (a) Pikiran logis adalah kemampuan individu untuk berpikir sesuai dengan kenyataan atau realitas.
- (b) Persepsi akurat adalah kemampuan mengenali objek, kualitas, atau hubungan dengan tepat, serta membedakan antara berbagai hal melalui proses pengamatan, pemahaman, dan interpretasi berdasarkan rangsangan yang diterima oleh panca indera.
- (c) Emosi yang konsisten dengan pengalaman adalah emosi yang sesuai dengan kejadian atau pengalaman yang sedang dialami.
- (d) Perilaku yang sesuai adalah tindakan individu yang sesuai dengan situasi atau kondisi yang sedang dihadapi.
- (e) Hubungan sosial yang harmonis adalah kemampuan individu untuk menjalin hubungan dengan orang lain dan lingkungan sekitar dengan baik.

2) Respon Neurobiologis Borderline

- (a) Proses berpikir yang kadang tidak terganggu adalah kondisi dimana individu sesekali mampu berpikir sesuai dengan realitas dan kemampuannya yang dimilikinya.
- (b) Ilusi adalah salah penilaian atau interpretasi terhadap rangsangan yang sebenarnya terjadi, yang disebabkan oleh kesalahan dalam persepsi panca indera.
- (c) Emosi yang berlebihan atau kurang adalah reaksi emosi yang tidak wajar, baik itu terlalu kuat atau terlalu lemah.
- (d) Perilaku yang tidak biasa adalah tindakan individu yang tidak sesuai dengan kenyataan atau situasi yang dihadapi.
- (e) Menarik diri adalah kondisi di mana seseorang mengalami kesulitan untuk menjalin hubungan terbuka dengan orang lain.

3) Respon Neurobiologis Maladaptif

- (a) Gangguan proses berpikir atau waham adalah keyakinan berlebihan terhadap sesuatu yang diungkapkan secara berulang, tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.

- (b) Halusinasi adalah kondisi di mana seseorang mengalami perubahan dalam jumlah dan pola stimulus yang mendekat, baik yang bersifat internal maupun eksternal, sehingga merespons stimulus tersebut secara tidak normal.
- (c) Kesulitan dalam proses emosi adalah kondisi di mana individu tidak mampu memberikan respon emosional yang tepat.
- (d) Perilaku yang tidak terorganisir adalah tindakan individu yang tidak sesuai antara apa yang dipikirkan dengan apa yang dilakukan.
- (e) Isolasi sosial adalah kondisi di mana individu tidak mampu berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan sekitar.

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada klien skizofrenia dengan halusinasi bertujuan membantu klien mengontrol halusinasinya sehingga diperlukan beberapa tindakan keperawatan yang dapat dilakukan perawat dalam upaya meningkatkan kemampuan untuk mengontrol halusinasinya (Keliat *et al.*, 2019). Iyan (2021) menyatakan, penatalaksanaan halusinasi ada beberapa seperti psikofarmakoterapi, terapi aktivitas kelompok, rehabilitas, dan psikoterapi

a. Psikofarmakoterapi

Gejala halusinasi merupakan salah satu ciri khas gangguan psikotik seperti skizofrenia, umumnya diatasi dengan pemberian obat antipsikotik. Obat-obatan ini termasuk golongan *butirofenon*, seperti *Haloperidol*, *Haldol*, *Serenase* dan *Ludomer*. Pada fase akut, pengobatan seringkali dimulai dengan suntikan intramuskular (IM) sebanyak 3 x 5 mg, yang biasanya diberikan setiap 3 hingga 24 jam. Setelah kondisi Klien membaik atau lebih stabil, pemberian obat dilanjutkan secara oral (diminum). Pemberian obat juga dapat dilakukan dengan dosis 3x 1,5 mg atau 3x 5 mg, khususnya untuk golongan *fenotiazin* seperti *Chlorpromazine* (*Largactile/Promactile*) yang umumnya diberikan secara oral. Pada kondisi akut, dosis awal yang umum adalah 3 x 100 mg. Setelah kondisi klien stabil, dosis dapat diturunkan menjadi 1 x 100 mg yang diberikan pada malam hari (Yosep, 2019).

b. Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok yang diberikan pada klien halusinasi (Kelialat dan Akemat, 2020) yaitu:

1) Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Stimulasi Kognitif/ Persepsi

Klien dilatih mempersepsikan stimulus yang disediakan atau stimulus yang pernah dialami. Kemampuan persepsi klien di evaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi. Dengan proses ini, diharapkan respon terhadap berbagai stimulus dalam kehidupan menjadi adaptif. Aktifitas berupa stimulus dan persepsi. Stimulus yang disediakan yaitu membaca artikel atau majalah, membaca buku, puisi, menonton acara TV (ini merupakan stimulus yang disediakan), stimulus dari pengalaman masa lalu yang menghasilkan proses persepsi klien yang maladaptive atau distruktif misalnya kemarahan, kebencian, putus hubungan, pandangan negatif pada orang lain dan halusinasi. Kemudian persepsi klien dilatih terhadap stimulus.

2) Terapi Aktivitas Kelompok Stimulus Sensori

Aktivitas digunakan sebagai stimulus pada sensori klien. Kemudian di observasi reaksi sensori klien terhadap stimulus yang disediakan, berupa ekspresi perasaan secara nonverbal (ekspresi wajah dan gerakan tubuh). Biasanya klien yang tidak mau mengungkapkan komunikasi verbal akan terstimulasi emosi dan perasaanya, serta menampilkan respon. Aktivitas yang digunakan sebagai stimulus adalah music, seni menyanyi, menari. Jika hobi klien diketahui sebelumnya, dapat dipakai sebagai stimulus, misalnya lagu kesukaan klien dapat digunakan sebagai stimulus.

c. Rehabilitasi

Rehabilitasi adalah segala tindakan fisik, penyesuaian psikososial, dan latihan vocational sebagai usaha untuk memperoleh fungsi dan penyesuaian diri secara maksimal, serta untuk mempersiapkan Klien secara fisik, mental, dan vocational. Terapi rehabilitasi ini ditujukan untuk mencapai perbaikan fisik sebesar-besarnya, penempatan vokasional

sehingga dapat bekerja dengan kapasitas maksimal, penyesuaian diri dalam hubungan perseorangan, dan sosial secara memuaskan sehingga dapat berfungsi sebagai warga masyarakat yang berguna (Yusuf *et al.*, 2015).

d. Psikoterapi

Psikoterapi adalah metode terapi tatap muka di mana individu menjelajahi perasaan, pikiran, dan perilaku untuk mencapai perubahan positif, pemahaman diri, perbaikan hubungan, atau penyembuhan emosional. Proses terapi berkembang melalui tahapan pengenalan, kerja, dan terminasi. Keberhasilan terapi sangat bergantung pada hubungan yang kuat dan harmonis antara klien dan terapis (Sheila & Videbeck, 2016). Salah satu jenis psikoterapi yang menggunakan pendekatan spiritual dalam proses penyembuhannya adalah psikoreligius dan dianggap lebih tinggi dari terapi psikologi lainnya, alasannya yaitu terdapat di dalam unsur spiritual tersebut karena bisa menumbuhkan harapan, percaya diri, dan keimanan, hal tersebut otomatis bisa meningkatkan kekebalan tubuh dan pikiran dan membantu mempercepat proses penyembuhan. (Maryudiana, 2022).

B. Konsep Terapi Psikoreligius: Membaca Al-Quran

Tinjauan pustaka terkait teori dan hasil penelitian terapi psikoreligius: membaca Al-Quran meliputi definisi, tujuan, indikasi, kontra indikasi, pelaksanaan, serta sesi-sesi dalam pelaksanaan.

1. Definisi

Terapi psikoreligius adalah terapi psikis atau terapi jiwa yang dengan menggunakan pendekatan rohani atau keagamaan (Yosep, 2016). Terapi psikoreligius merupakan implementasi asuhan keperawatan jiwa merupakan terapi non-farmakologis yang mengarah kepada terapi modalitas (Videbeck, 2020). Terapi psikoreligius menggabungkan antara konsep psikologis dengan pendekatan agama yang berbasis terapeutik yang dapat mengatasi atau menurunkan masalah gangguan jiwa (Hawari, 2018). Terdapat berbagai cara

dalam terapi psikoreligius yang digunakan dalam mengontrol gangguan persepsi sensori: halusinasi, yaitu dengan dzikir, membaca surat al-fatihah, dan membaca kitab suci Al-Qur'an dan juga bisa dengan terapi aktivitas kelompok (Prasetyo, 2023). Terapi yang sering digunakan dalam terapi psikoreligius ini adalah terapi membaca dan mendengarkan ayat suci Al-Qur'an (Riyadi *et al.*, 2022).

Membaca Al Quran sebagai kegiatan harian klien, merupakan bagian dari tindakan keperawatan kepada klien dengan halusinasi dengan pendekatan spiritual. Intervensi ini termasuk kedalam melatih klien mengontrol hausinasi dengan aktivitas terjadwal. Aktivitas membaca Al Quran mampu memberikan relaksasi, menghilangkan kebosanan, mengurangi rasa stress dan depresi bila dilakukan secara terjadwal dan terus menerus (Darabinia, *et al.*, 2017).

2. Tujuan Terapi Psikoreligius: Membaca Al-Quran

Tujuan dari penerapan terapi psikoreligius atau psikospiritual yaitu (Setyoadi & Kushariyadi, 2016):

- a. Mereduksi lamanya waktu perawatan klien dengan gangguan psikis
- b. Memperkuat mentalitas dan konsep diri klien
- c. Klien dengan gangguan psikis berasal dari persepsi yang salah terkait dirinya, orang lain dan lingkungan, dengan terapi spiritual maka klien akan dikembalikan persepsinya terkait dengan dirinya, orang lain dan lingkungan
- d. Mempunyai efek positif dalam menurunkan stress

3. Indikasi Terapi Psikoreligius: Membaca Al-Quran

Program terapi psikoreligius: membaca Al-Quran dirancang terutama untuk pendidikan dan pendukung dalam upaya preventif (pencegahan) timbulnya masalah kesehatan jiwa pada individu baik di ruang psikiatri atau diruang anak-anak. Klien-klien psikiatri yang diberikan terapi ini pada umumnya adalah klien-klien dengan diagnosa keperawatan:

- a. Klien dengan halusinasi, risiko perilaku kekerasan, isolasi sosial, dan harga diri rendah. Terutama Klien yang mengalami halusinasi

pendengaran yang mengganggu dan sulit dikendalikan dengan pengobatan farmakologis saja.

- b. Klien dengan keyakinan religius (muslim): Terapi ini paling efektif pada klien yang memiliki latar belakang dan keyakinan agama Islam, sehingga mereka dapat menerima dan merasakan manfaat spiritual dari aktivitas membaca Al-Qur'an (Amalia & Susanti, 2022).
- c. Klien dengan tingkat kooperatif yang cukup: Klien yang mampu diajak berinteraksi dan mengikuti instruksi sederhana untuk melakukan aktivitas membaca Al-Qur'an (Santoso & Kurniawan, 2020).
- d. Klien yang stabil secara fisik: Klien yang tidak sedang dalam fase akut agitasi atau kekerasan yang memerlukan penanganan prioritas (Adiwibowo & Suryani, 2021).
- e. Klien dengan kemampuan kognitif yang memadai: meskipun terganggu, Klien masih memiliki sisa kemampuan kognitif untuk memahami dan mengikuti arahan dalam membaca Al-Qur'an, atau setidaknya mendengarkan dengan fokus (Wulandari & Hidayat, 2023).

4. Kontra indikasi Terapi Psikoreligius: Membaca Al-Quran

Meskipun memiliki banyak manfaat, ada beberapa kondisi di mana terapi psikoreligius membaca al-qur'an mungkin tidak menjadi pilihan utama atau memerlukan modifikasi:

- a. Klien dengan halusinasi yang sangat berat dan tidak terkontrol: ketika halusinasi sangat dominan dan mengancam keselamatan Klien atau orang lain, intervensi farmakologis dan pengamanan lingkungan menjadi prioritas utama (Nasir & Muhith, 2021).
- b. Klien dengan agitasi atau perilaku kekerasan akut: dalam kondisi ini, fokus penanganan adalah menstabilkan Klien terlebih dahulu sebelum menerapkan terapi non-farmakologis (Keliat *et al.*, 2020).
- c. Klien dengan gangguan kognitif berat: jika Klien tidak dapat memahami atau merespons instruksi dasar, terapi ini mungkin tidak efektif atau perlu disesuaikan dengan metode mendengarkan pasif yang lebih sederhana (Purwanto & Lestari, 2022).

- d. Klien yang tidak beragama islam atau tidak memiliki keyakinan religius: penerapan terapi ini pada Klien yang tidak memiliki latar belakang keagamaan yang relevan dapat menimbulkan resistensi atau ketidakmanfaatan (Setiadi & Sari, 2021).
- e. Klien dengan delusi religius: jika halusinasi atau delusi Klien berkaitan langsung dengan tema keagamaan yang negatif atau mengancam, terapi ini dapat memperburuk kondisi atau memicu respons yang tidak diinginkan. Pendekatan harus sangat hati-hati dan disesuaikan (Rusdi & Hastuti, 2023).

5. Pelaksanaan Terapi Psikoreligius: Membaca Al-Quran

Proses kerja dalam melakukan terapi psikoreligius: membaca Al-Qur'an umumnya mengikuti tahapan standar dalam terapi keperawatan jiwa, yaitu fase persiapan (pra-interaksi), fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi. Pendekatan ini selaras dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) pada intervensi psikoreligius lainnya seperti terapi dzikir, yang juga menekankan pentingnya komunikasi terapeutik dan lingkungan yang kondusif (Indri W., 2023; Nurani Asmara, Suhanda, & Firmansyah, 2023).

a. Fase Persiapan (Pra-interaksi)

Pada tahap ini, terapis melakukan persiapan menyeluruh sebelum berinteraksi langsung dengan klien. Ini meliputi identifikasi klien yang sesuai, khususnya yang memiliki gejala halusinasi ringan. Terapis juga menjelaskan tujuan dari terapi psikoreligius: membaca Al-Qur'an secara keseluruhan kepada klien, serta membuat kontrak waktu pelaksanaan yang akan berlangsung dalam 4 sesi. Lingkungan juga dikondisikan agar hening dan tenang, mendukung klien untuk dapat berkonsentrasi secara penuh.

b. Fase Orientasi

Fase ini merupakan pembuka interaksi terapeutik. Terapis memulai dengan salam terapeutik dan memperkenalkan diri, kemudian menanyakan nama dan perasaan klien serta kegiatan ibadahnya. Terapis juga menjelaskan tujuan umum dan topik spesifik dari sesi yang akan dilaksanakan, mengingatkan kembali kontrak waktu dan durasi kegiatan,

serta memastikan klien memahami dan bersedia mengikuti terapi dari awal hingga selesai.

c. Fase Kerja

Fase ini adalah inti dari pelaksanaan terapi di mana intervensi membaca Al-Qur'an dilakukan. Terapis memastikan ruangan tetap tenang dan mengingatkan klien akan kontrak. Terapis menjelaskan tata tertib dan tujuan kegiatan secara rinci, serta memberi kesempatan klien untuk bertanya sebelum memulai. Klien kemudian diminta untuk membaca Al-Qur'an. Jika klien tidak mampu membaca, mendengarkan murottal Al-Qur'an dapat menjadi alternatif yang efektif dan terapeutik (Tono & Restiana, 2022). Terapis mengevaluasi pemahaman klien dengan meminta terjemahan singkat atau mengajukan pertanyaan terkait isi bacaan, serta menanyakan perasaan klien setelah membaca. Terapis memberikan umpan balik dan pujian atas kemampuan klien. Fokus pada penghayatan dan kekhusyuan saat membaca atau mendengarkan sangat ditekankan untuk mencapai efek relaksasi dan pengalihan halusinasi (Abdul Mujib, 2018; Hakim, 2022).

d. Fase Terminasi

Fase penutup ini mencakup evaluasi subjektif (perasaan klien setelah sesi) dan objektif (kesimpulan diskusi dan pemahaman klien). Terapis memberikan umpan balik positif atas kerja sama dan kemampuan klien. Terapi kemudian dimasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian klien sebagai tindak lanjut, dan kontrak untuk sesi berikutnya disepakati, termasuk topik, waktu, dan tempat.

6. Sesi-Sesi dalam Pelaksanaan Terapi Psikoreligius: Membaca Al-Quran

terapi psikoreligius: membaca Al-Quran penderita gangguan jiwa dengan gejala halusinasi dilakukan dalam 4 sesi, yaitu:

- a. Sesi 1 Mengidentifikasi halusinasi (isi, frekuensi, pemicu, perasaan, respons) dan menjelaskan konsep terapi psikoreligius.

Pada sesi 1, akan diidentifikasi gejala halusinasi seperti isi, frekuensi, pemicu, perasaan, dan respons dari klien dan menjelaskan

konsep terapi psikoreligius. Pada tahap ini, terapis mengidentifikasi lebih dalam gejala halusinasi pada klien seperti isi, frekuensi, pemicu, perasaan, dan responsnya serta menjelaskan konsep dari terapi psikoreligius: membaca Al-Quran.

b. Sesi 2 Membimbing klien membaca surah al-fatihah dengan artinya.

Pada sesi 2, terapis akan melatih klien membaca surah Al-Fatihah sebagai pengalih perhatian saat halusinasi muncul dan sebagai sumber ketenangan. Surah ini dipilih sebagai "Ummul Qur'an" yang terbukti menenangkan dan menurunkan skor halusinasi (Mardiati *et al.*, 2018). Klien dilatih membaca sebagai pengalih perhatian saat halusinasi muncul dan sebagai sumber ketenangan, serta mampu menyampaikan kembali arti singkatnya. Durasi sesi ini adalah 15-20 menit.

c. Sesi 3: Membimbing klien membaca Al-Ikhlas, Al-Falaq dan An-Nas dengan artinya.

Surah-surah ini dikenal sebagai *Al-Mu'awwidhatain* dan juga sebagai bagian dari ruqyah mandiri yang diajarkan Rasulullah SAW untuk perlindungan dan penyembuhan (Rahman, 2016; Watiniyah, 2023). Pembacaan surah-surah ini bertujuan sebagai pengalih perhatian saat halusinasi muncul dan sumber ketenangan. Klien diharapkan mampu menyampaikan kembali arti dan penjelasan singkat surah, serta terapis membantu klien menemukan gagasan baru. Durasi sesi ini adalah 15 menit.

d. Sesi 4: Mengevaluasi terapi psikoreligius: membaca al-qur'an

Pada sesi 4, klien diharapkan mengerti manfaat dari setiap sesi, mampu membaca Al-Qur'an beserta artinya, mampu menuliskan rencana tindak lanjut, dan mengintegrasikan membaca Al-Qur'an ke dalam jadwal harian (Setyoadi & Kushariyadi, 2016). Terapis juga mengajak diskusi mengenai ayat yang dibaca dan membantu klien memasukkan kegiatan membaca Al-Qur'an dalam kehidupan sehari-hari. Durasi sesi ini adalah 15 menit.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

Tinjauan pustaka terkait teori dan hasil penelitian konsep asuhan keperawatan meliputi pengkajian, pohon masalah, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan, yang salah satu dilakukan dalam tahap pengkajian keperawatan ini adalah pengumpulan data. Pengumpulan data yang dikumpulkan meliputi data pasien secara holistik, yakni meliputi aspek biologis, psikologis, social dan spiritual. Seseorang diharapkan memiliki kesadaran atau kemampuan tilik diri (*self awareness*), kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi secara terapeutik, dan kemampuan berespons secara efektif (Stuart, 2023).

Aspek yang harus dikaji selama proses pengkajian meliputi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan kemampuan coping yang dimiliki klien (Stuart, 2016). Jenis gangguan halusinasi dapat diketahui melalui evaluasi terhadap perilaku pasien maupun bertanya secara langsung kepada pasien tentang kondisi yang sedang dirasakannya terkait isi, waktu, frekuensi, situasi munculnya halusinasi dan respon terhadap halusinasi tersebut (Stuart, 2023). Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan, tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien (Prabowo, 2017), antara lain:

a. Identitas Klien

Meliputi nama klien, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, tanggal MRS, informan, tanggal pengkajian, nomor rumah klien, dan alamat klien.

b. Alasan Masuk

Keluhan utama biasanya berupa bicara sendiri, tertawa sendiri, senyum sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, menarik diri dari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata, ekspresi muka tegang mudah tersinggung, jengkel dan marah ketakutan biasa terdapat

disorientasi waktu tempat dan orang, tidak dapat mengurus diri dan tidak melakukan kegiatan sehari-hari.

c. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi atau faktor yang mendukung terjadinya halusinasi menurut Stuart (2023) adalah:

1) Faktor biologis

Pada keluarga yang melibatkan anak kembar dan anak yang diadopsi menunjukkan peran genetik pada schizophrenia. Kembar identik yang dibesarkan secara terpisah mempunyai angka kejadian schizophrenia lebih tinggi dari pada saudara sekandung yang dibesarkan secara terpisah.

2) Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis akan mengakibatkan stress dan kecemasan yang berakhir dengan gangguan orientasi realita.

3) Faktor sosial budaya

Stress yang menumpuk awitan skizofrenia dan gangguan psikotik lain, tetapi tidak diyakini sebagai penyebab utama gangguan.

d. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi atau faktor pencetus halusinasi menurut Stuart (2016) adalah:

1) Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptif adalah gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak dan abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak, yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

2) Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan prilaku.

3) Stres sosial / budaya

Stres dan kecemasan akan meningkat apabila terjadi penurunan stabilitas keluarga, terpisahnya dengan orang terpenting atau disingkirkan dari kelompok.

4) Faktor psikologik

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah dapat menimbulkan perkembangan gangguan sensori persepsi halusinasi.

e. Aspek fisik

Hasil pengukuran tanda vital (TD, nadi, suhu, pernapasan, TB, BB) dan keluhan fisik yang dialami oleh klien. Terjadi peningkatan denyut jantung pernapasan dan tekanan darah.

f. Aspek psikososial

Genogram yang menggambarkan tiga generasi.

g. Konsep diri

1) Citra tubuh

Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah/ tidak menerima perubahan tubuh yang terjadi / yang akan terjadi. Menolak penjelasan perubahan tubuh, persepsi negatif tentang tubuh. Preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang, mengungkapkan keputusasaan, mengungkapkan ketakutan.

2) Identitas diri

Ketidakpastian memandang diri, sukar menetapkan keinginan dan tidak mampu mengambil keputusan.

3) Peran

Berubah / berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, proses menua putus sekolah dan PHK.

4) Identitas diri

Mengungkapkan keputusasaan karena penyakitnya dan mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi

5) Harga diri

Perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, mencederai diri dan kurang percaya diri.

h. Status mental

Pada pengkajian status mental pasien halusinasi ditemukan data berupa bicara sendiri, senyum sendiri, tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, menarik diri dari orang lain berusaha untuk menghindari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata, terjadi peningkatan denyut jantung pernapasan dan tekanan darah, perhatian dengan lingkungan yang kurang / hanya beberapa detik berkonsentrasi dengan pengalaman sensori, sulit berhubungan dengan orang lain, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel dan marah tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, tampak tremor dan berkeringat, perilaku panik, agitasi dan kataton curiga dan bermusuhan, bertindak merusak diri orang lain dan lingkungan, ketakutan, tidak dapat mengurus diri, biasa terdapat disorientasi waktu tempat dan orang.

i. Sumber coping

Menurut Stuart (2023) sumber coping individual harus dikaji dengan pemahaman tentang pengaruh gangguan otak pada perilaku. Orang tua harus secara aktif mendidik anak-anak dan dewasa muda tentang keterampilan coping karena mereka biasanya tidak hanya belajar dari pengamatan. Disumber keluarga dapat pengetahuan tentang penyakit, finansial yang cukup, faktor ketersediaan waktu dan tenaga serta kemampuan untuk memberikan dukungan secara berkesinambungan.

j. Perilaku halusinasi

Menurut Towsend (2016), batasan karakteristik halusinasi yaitu bicara teratawa sendiri, bersikap seperti memdengar sesuatu, berhenti bicara ditengah – tengah kalimat untuk mendengar sesuatu, disorientasi, pembicaraan kacau dan merusak diri sendiri, orang lain serta lingkungan

k. Mekanisme coping

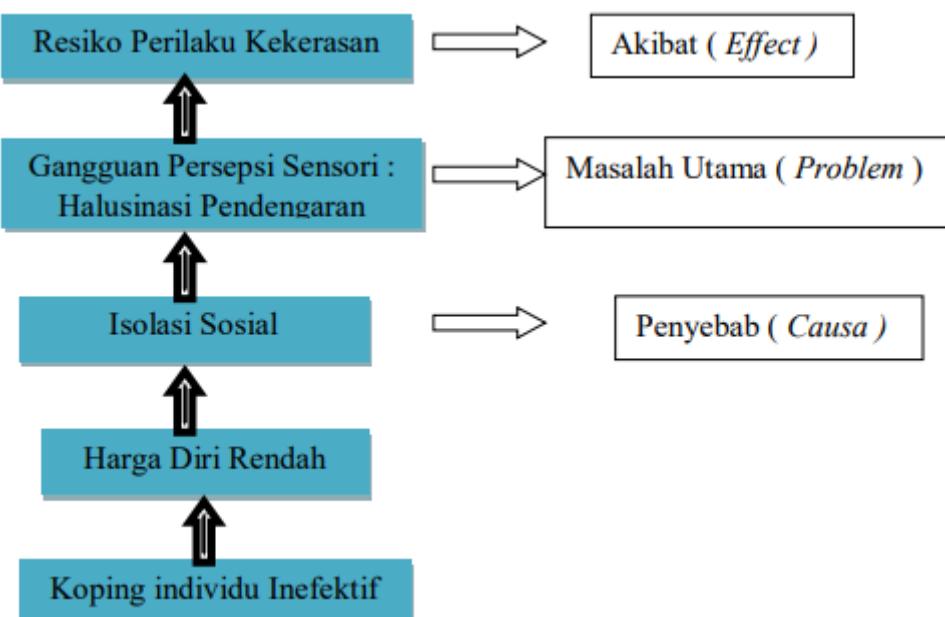
Apabila mendapat masalah, pasien takut / tidak mau menceritakan kepada orang lain (coping menarik diri). Mekanisme coping yang digunakan pasien sebagai usaha mengatasi kecemasan yang merupakan suatu kesepian nyata yang mengancam dirinya. Stuart (2023) menyatakan perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi pasien dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi:

- 1) Regresi: menjadi malas beraktivitas sehari-hari.
- 2) Proyeksi: menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.
- 3) Menarik diri: sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal.

l. Aspek medik

Terapi yang diterima klien bisa berupa terapi farmakologi psikomotor terapi okupasional, TAK dan rehabilitas.

2. Pohon Masalah



Gambar 2.3 Pohon masalah Halusinasi Pendengaran
(Yusuf *et al.*, 2015 dalam Supinganto & Agus, 2021).

3. Diagnosa Keperawatan

SDKI (2016) menyatakan diagnosa keperawatan utama pada klien dengan perilaku halusinasi antara lain:

1. Gangguan sensori persepsi: Halusinasi (pendengaran, penglihatan, pengiduan dan perabaan), (D.0085) kategori: psikologis, subkategori: integritas ego.
2. Koping tidak efektif (D.0096)
3. Harga diri rendah (D.0086)
4. Isolasi sosial: menarik diri (D.0121)
5. Risiko perilaku mencederai diri, orang lain, dan lingkungan (D.0146)

4. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perawat dapat memberikan alasan ilmiah terbaru dari tindakan yang diberikan. Alasan ilmiah merupakan pengetahuan yang berdasarkan pada literatur, hasil penelitian atau pengalaman praktik. Rencana tindakan disesuaikan dengan standart asuhan keperawatan jiwa Indonesia (Kelialat *et al.*, 2019)

- a. Rencana Keperawatan pada Klien (Kelialat *et al.*, 2019)
 - 1) Tidak mendukung dan tidak membantah halusinasi klien.
 - 2) Latih klien melawan halusinasi dengan cara menghardik.
 - 3) Latih klien mengabaikan dengan bersikap cuek.
 - 4) Latih klien mengalihkan halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan secara teratur.
 - 5) Latih klien mnum 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.
 - 6) Diskusikan manfat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengedalikan halusinasi.
 - 7) Berikan pujian pada klien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan halusinasi.

- b. Rencana Keperawatan pada Keluarga (Kelial *et al.*, 2019)
- 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.
 - 4) Melatih keluarga cara merawat halusinasi:
 - (a) Menghindari situasi yang menyebabkan halusinasi.
 - (b) Membimbing klien melakukan cara mengendalikan halusinasi sesuai dengan yang dilatih perawat kepada pasien.
 - (c) Memberi pujian atas keberhasilan pasien.
 - 5) Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk bercakap-cakap secara bergantian, memotivasi klien melakukan latihan dan memberi pujian atas keberhasilannya.
 - 6) Menjelaskan tanda dan gejala halusinasi yang memerlukan rujukan segera yaitu isi halusinasi yang memerintahkan kekerasan, serta melakukan follow-up ke pelayanan kesehatan secara teratur.

Menurut Keliat *et al* (2019) ada 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.

5. Implementasi keperawatan

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu mevalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh pasien saat ini. Semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons pasien didokumentasikan (Prabowo, 2017).

Tindakan keperawatan yang dilakukan perawat generalis (Ners) pada klien halusinasi (Kelial *et al.*, 2019), yaitu:

- a. Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP)
- b. Pengkajian: kaji tanda dan gejala halusinasi, penyebab, dan kemampuan klien mengatasinya. Jika ada halusinasi katakan percaya, tetapi tidak mendengar/melihat/menghindari halusinyasinya
- c. Diagnosis: jelaskan proses terjadinya halusinasi
- d. Tindakan keperawatan:
 - 1) Tidak mendukung dan tidak membantah halusinasi klien
 - 2) Latih klien melawan halusinasi dengan menghardik
 - 3) Latih klien mengabaikan halusinasi dengan bersikap menghiraukan halusinasi
 - 4) Latih klien mengalihkan halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan secara teratur

- 5) Latih klien minum obat dengan prinsip 8 benar (benar nama, benar obat, benar manfaat obat, benar dosis, benar frekuensi, benar cara, benar tanggal kadarluarsa, dan benar dokumentasi)
- 6) Diskusikan manfaat yang di dapatkan setelah mempraktekkan latihan mengendalikan halusinasi
- 7) Berikan pujian pada klien saat mampu mempraktekkan latihan mengendalikan halusinasi.

Tindakan tersebut didukung oleh beberapa penelitian sebelumnya. Tindakan keperawatan untuk klien halusinasi yaitu membantu klien mengenali halusinasi dengan cara berdiskusi dengan klien tentang isi halusinasi (apa yang didengar/dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan respons klien saat halusinasi muncul; melatih klien mengontrol halusinasi dengan melatih menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas yang terjadwal, dan menggunakan obat secara teratur (Yusuf *et al.*, 2015). Strategi pelaksanaan terapi generalis untuk klien dengan halusinasi yaitu dengan mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, dengan bercakap-cakap dengan orang lain, dengan melakukan aktifitas terjadwal dan dengan meminum obat (Livana *et al.*, 2020). Pengendalian halusinasi pendengaran dapat dilakukan dengan empat cara yaitu menegur halusinasi, berbicara dengan orang lain, melakukan kegiatan yang terjadwal dan minum obat secara teratur (Tololiu *et al.*, 2017).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada pasien. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respons klien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan (Prabowo, 2017). Evaluasi dapat dilakukan dengan SOAP sebagai pola pikir:

- a. S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dapat diukur dengan menanyakan langsung kepada klien.

- b. O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan.
- c. A : Analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada
- d. P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon pasien yang terdiri dari tindak lanjut pasien dan tindak lanjut perawat.