

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghidungan. Klien merasakan stimulasi yang sebetulnya tidak ada (Damayanti, 2008).

Halusinasi adalah persepsi yang tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar. Walaupun tampak sebageian sesuatu yang khayal, halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang teresepsi (Yosep, 2010).

Halusinasi adalah perubahan dalam jumlah atau pola stimulus yang datang disertai gangguan respon yang kurang, berlebihan, atau distorsi terhadap stimulus tersebut (Nanda, 2012).

2. Jenis-jenis Halusinasi

Menurut yosep (2007) halusinasi terdiri dari delapan jenis. Penjelasan secara detail mengenai karakteristik dari setiap jenis halusinasi adalah sebagai berikut:

a. Halusinasi pendengaran (auditif, akustik)

Paling sering dijumpai dapat berupa bunyi mendenging atau suara bising yang tidak mempunyai arti, tetapi lebih sering terdengar sebagai sebuah kata atau kalimat yang bermakna. Biasanya suara

tersebut ditunjukkan pada penderita bertengkar dan berdebat dengan suara-suara tersebut.

b. Halusinasi penglihatan (visual, optic)

Lebih sering terjadi pada keadaan delirium (penyakit organik). Biasanya sering muncul bersamaan dengan penurunan kesadaran, menimbulkan rasa takut akibat gambaran-gambaran yang mengerikan.

c. Halusinasi penciuman (olfaktorik)

Halusinasi ini biasanya berupa mencium sesuatu bau tertentu dan dirasakan tidak enak, melambangkan rasa bersalah pada penderita. Bau dilambangkan sebagai pengalaman yang dianggap penderita sebagai suatu kombinasi moral.

d. Halusinasi pengecapan (gustatorik)

Walaupun jarang terjadi, biasanya bersamaan dengan halusinasi penciuman. Penderita merasa mengecap sesuatu. Halusinasi gastorik lebih jarang dari halusinasi pengecapan gustatorik

e. Halusinasi perabaan (taktil)

Merasa diraba, disentuh, ditiup atau seperti ada ulat yang bergerak dibawah kulit. Terutama pada keadaan delirium toksis dan skizofrenia.

f. Halusinasi seksual

Halusinasi ini termasuk halusinasi raba. Penderita merasa diraba dan diperkosa sering pada skizofrenia dengan waham kebesaran terutama mengenai organ-organ.

g. Halusinasi kinestetik

Penderita merasa badannya bergerak-gerak dalam suatu ruang atau anggota badannya bergerak-gerak. Misalnya “phantom phenomenon” atau tungkai yang diamputasi selalu bergerak-gerak (phantom limb). Sering pada skizofrenia dalam keadaan toksik tertentu akibat pemakaian obat tertentu.

h. Halusinasi viseral

Timbulnya perasaan tertentu didalam tubuhnya

3. Etiologi

a. Faktor predisposisi

Menurut Yosep (2010) factor predisposisi klien dengan halusinasi adalah:

1) Faktor perkembangan

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

2) Factor sosiokultural

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

3) Faktor biologis

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stres berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya neurotransmitter otak.

4) Faktor psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalagunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

5) Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa factor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini

b. Faktor presipitasi

1) Perilaku

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku menarik diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Menurut Rawlins dan Heacock, 1993 halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi yaitu:

a) Dimensi fisik

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

b) Dimensi emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi, isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

c) Dimensi intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan

fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

d) Dimensi sosial

Klien mengambil gangguan interaksi sosial fase awal dan *comforting* klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam 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 dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.

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 irama sirkadiannya terganggu, karena ia sering tidur larut malam dan bangun sangat siang. Saat terbangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Ia sering memakai takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rejeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

4. Tanda dan Gejala

Menurut Hamid (2000), perilaku klien yang terkait dengan halusinasi adalah sebagai berikut:

Klien bicara sendiri, senyum sendiri, ketawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, menarik diri dari orang lain, berusaha menghindari dari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata, terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah, perhatian dengan lingkungan kurang atau 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 dan biasa terdapat disorientasi waktu, tempat dan orang

5. Batasan karakteristik gangguan persepsi sensori: halusinasi

Batasan karakteristik klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi menurut Nanda (2012) yaitu:

Klien mengalami Perubahan dalam pola perilaku, perubahan dalam kemampuan menyelesaikan masalah, perubahan dalam, perubahan dalam respon yang biasa terhadap stimulasi, disorientasi, halusinasi, gelisah, iritabilitas, konsentrasi buruk dan distorsi sensori.

6. Tahapan halusinasi

Menurut Yosep (2010) tahapan halusinasi ada lima fase, yaitu:

a. Stage I : sleep disorder fase awal seseorang sebelum muncul

Klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dihianati kekasih, masalah kampus. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support system kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecahan masalah.

b. Stage II: comforting halusinasi umum ia terima sebagai sesuatu yang alami

Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa

pengalaman pikiran dan sensorinnya dapat dia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinnya

c. Stage III condemning secara halusinasi sering mendatangi klien

Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain, dengan intensitas waktu lama.

d. Stage IV controlling severe level of anxiety fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan

Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinnya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik

e. Stage V conquering panic level of anxiety klien dapat mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya

Pengalaman sensorinnya terganggu. Klien mulai terasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal empat jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadi gangguan psikotik berat.

7. Penatalaksanaan halusinasi

a. penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan klien skizofrenia yang mengalami halusinasi adalah dengan pemberian obat-obatan dan tindakan lain, (Stuart, Laraia, 2005) yaitu:

- 1) Psikofarmakologi, obat yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikosis pada klien skizofrenia adalah obat anti psikosis. Adapun kelompok yang umum digunakan adalah fenotiazin asetofenazin (tindal), klorpromazin (thorazine), flufenazine (prolixine, permitil), mesoridazin (serentil), perfenazin (trilafon), proklorperazin (compazine), promazin (sparine), tioridazin (mellaril), trifluoperazin (stelazine), trifluopromazin (vesprin), 60-120 mg, tioksanten klorprotiksen (taractan), tioksen (navane) 75-600 mg, butirofenom haloperidol (Haldol) 1-100 mg, dibenzodiazepin klopazin (clorazil) 300-900 mg, dibenzokasazepin loksapin (loxitane) 20-150 mg, dihidroindolon molindone (moban) 15-225 mg.

- 2) Terapi kejang listrik / *Electro compulsive therapy* (ECT)

ECT adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artificial dengan melawan aliran listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik diberika pada skizoprenia yang tidak mempan dengan terapi

neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik (Maramis, 2005).

b. Penatalaksanaan keperawatan

1) Terapi aktifitas kelompok (TAK)

Menurut Keliat & Akemat (2005) penatalaksanaan pada sesi 2 sampai 5 terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi dilakukan untuk stimulasi persepsi menghardik halusinasi, stimulasi persepsi mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan, stimulasi persepsi mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dan stimulasi persepsi mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat.

2) Mengajarkan SP kepada pasien halusinasi

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Untuk dapat menjangkau data yang diperlukan umumnya, dikembangkan formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian. Isi pengkajian meliputi:

- a. Identitas klien
- b. Keluhan utama atau alasan masuk
- c. Factor predisposisi
- d. Aspek fisik atau biologis
- e. Aspek psikososial

- f. Status mental
- g. Kebutuhan persiapan pulang
- h. Mekanisme koping
- i. Masalah psikososial dan lingkungan
- j. Pengetahuan
- k. Aspek medic

Kemudian data yang diperoleh dapat dikelompokkan menjadi dua macam sebagai berikut:

- a. Data objektif ialah data yang ditemukan secara nyata. Data ini didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat
- b. Data subjektif ialah data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini diperoleh melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarga. Data yang langsung didapat oleh perawat disebut sebagai data primer, dan data yang diambil dari hasil catatan tim kesehatan lain sebagai data sekunder.

2. Masalah keperawatan

- a. Resiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal)
- b. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi
- c. Isolasi sosial

3. Pohon masalah



4. Diagnosa keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan klien yang muncul klien dengan dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi adalah sebagai berikut:

- a. Gangguan persepsi sensori: halusinasi
- b. Isolasi sosial
- c. Risiko perilaku kekerasan

5. Intervensi keperawatan

No Diagnosa	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		Intervensi
		Tujuan	Kriteria evaluasi	
	Gangguan persepsi sensoris: Halusinasi	<p>1. Klien dapat membina hubungan saling percaya</p> <p>2. Klien dapat mengenali halusinasi</p>	<p>1. Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau jawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi</p> <p>2. Klien dapat menyebutkan waktu, frekuensi timbulnya halusinasi, klien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasi</p>	<p>1. Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sapa klien dengan ramah baik Perkenalan diri dengan sopan Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien Jelaskan tujuan pertemuan Jujur dan menepati janji Tunjukkan sifat empati dan menerima klien apa adanya Beri perhatian pada klien <p>2. Adakah kontak sering dan singkat secara bertahap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya, bicara dan tertawa tanpa stimulus,

		<p>3. Klien dapat mengontrol halusinasinya</p>	<p>3. klien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat menyebutkan cara baru - Klien dapat memilih cara mengatasi halusinasi seperti yang telah didiskusikan dengan klien 	<p>memandang kekiri atau kekanan atau kedepan seolah-olah ada teman bicara</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu klien mengenali halusinasinya - Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah, sedih, atau takut) <p>3. Identifikasi bersama klien cara tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan manfaat cara yang dilakukan klien, jika bermanfaat beri pujian - Bantu klien cara memutuskan halusinasi secara bertahap <ol style="list-style-type: none"> a. Katakana “saya tidak mau dengar kamu” b. Menemui orang lain c. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari
--	--	--	---	--

		<p>4. Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi</p>	<p>4. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan kegiatan untuk mengendalikan halusinasi 	<p>agar halusinasi tidak muncul</p> <p>4. Anjurkan klien untuk memberi tau keluarga jika mengalami halusinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan dengan keluarga (pada saat berkunjung/ pada saat kunjungan rumah) <ul style="list-style-type: none"> a. Gejala halusinasi yang dialami klien b. Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi c. Cara merawat anggota keluarga untuk memutus halusinasi ditrumah d. Beri informasi kapan halusinasi itu muncul
		<p>5. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik</p>	<p>5. klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat 	<p>5. Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang dosis, frekuensi manfaat obat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan klien minta

			mendemostras ikan penggunaan obat secara benar - Klien dapat informasi tentang efek samping obat - Klien dapat memahami akibat berhenti minum obat - Klien dapat menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat	sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya - Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi - Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip benar
--	--	--	---	---

C. Konsep *Evidence Based Nursing Practice* Pengaruh menghardik terhadap Penurunan tingkat halusinsi pendengran

Dari penelitian Karina Anggraini, 2013 membuktikan bahwa kedua cara terapi menghardik yaitu menghardik dengan menutup telinga sama-sama memperoleh hasil yang diharapkan oleh peneliti yaitu ada pengaruh terhadap penurunan tingkat halusinasi dengar. Hal ini dibuktikan hasil bivariat bahwa responden mengalami penurunan tingkat halusinasi dengar setelah dilakukan terapi menghardik dengan menutup telinga yaitu dari kategori sedang sebanyak 26 (65%), dan kategori berat sebanyak 14 (35%), menjadi kategori ringan pada seluruh responden yaitu sebanyak 40 responden (100%). Kemudian hasil dari bivariat setelah dilakukan terapi menghardik tanpa menutup telinga adalah dengan kategori sedang sebanyak 18 (54.5%), kategori

berat 14 (42.4%), dan kategori ringan sebanyak 1 (13.0%), menjadi 22 (66.7%), kategori ringan 11 (33.3%).

Responden mengalami penurunan tingkat halusinasi setelah dilakukan terapi menghardik dan pada hasil bivariate responden yang mengalami penurunan tingkat halusinasi dengar setelah dilakukan menghardik tanpa menutup telinga maupun dengan menutup telinga. Artinya kedua cara menghardik tersebut diatas boleh dilakukan perawat di rumah sakit karena sama-sama dapat menurunkan frekuensi halusinasi. Akan tetapi pengaruh terapi menghardik dengan menutup telinga memberikan pengaruh lebih dalam penurunan tingkat halusinasi dengar, sehingga dianjurkan untuk para perawat di rumah sakit menggunakan terapi menghardik dengan menutup telinga karena hasilnya akan lebih baik.

