

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Penyakit**

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

Halusiasi adalah gangguan mental berat serta kronis yang menyerang 20 juta orang di seluruh dunia (WHO, 2019). Halusinasi ialah gangguan persepsi dimana seseorang mendengar, merasakan, mencium, maupun melihat suatu yang sesungguhnya tak ada. Pada sebuah kondisi, halusinasi bisa berakibat ancaman baik ke diri sendiri maupun pada orang lain. Halusinasi adalah gangguan persepsi sensorik terhadap objek dan gambar atau dalam berpikir yang terjadi tanpa ada rangsangan dari luar serta dapat mempengaruhi seluruh sistem sensorik. Akibat dari gangguan halusinasi ialah hilangnya kendali diri sehingga mengakibatkan orang tersebut panik serta halusinasi mengendalikan tindakannya (Kusuma Feri, 2020).

Halusinasi merupakan tanda dan gejala umum pada penderita gangguan jiwa. Halusinasi biasanya disamakan dengan skizofrenia, 70% dari semua pasien skizofrenia menderita halusinasi. Gangguan lain yang berhubungan dengan halusinasi, seperti manik depresi serta delirium (Wahyudi, Oktaviani, Dianesti dkk, 2018).

Skizofrenia ialah kelainan neurologis yang mempengaruhi pemikiran, persepsi, emosi, bahasa, serta perilaku sosial. Orang yang menderita skizofrenia sering kali mengalami halusinasi pendengaran

serta penglihatan sekaligus, hal ini dapat mempengaruhi penderita skizofrenia, menyebabkan mereka kehilangan kendali diri dan menimbulkan kepanikan dan tindakannya dikendalikan oleh halusinasi (PH Livina dkk,2020).

## 2. Etiologi

Penyebab halusinasi dibagi menjadi 2 menurut (Yosep,2014 dalam Hernandi 2020) yaitu:

### a. Faktor Predisposisi

#### 1) Faktor perkembangan

Misalnya saja perkembangan pasien yang terhambat seperti kurangnya kontrol serta kehangatan dalam keluarga, sehingga mengakibatkan pasien tak mampu mandiri sejak dini, gampang marah, kurang percaya diri, serta mudah stres.

#### 2) Faktor sosiokultural

Hal ini terjadi jika sejak dini anak merasa tidak diterima, diasingkan, kesepian, serta tak percaya ke lingkungannya.

#### 3) Faktor biokimia

Hal ini berdampak pada terjadinya penyakit jiwa. Stres yang berlebih menyebabkan tubuh memproduksi zat secara neurokimia yang menyebabkan halusinasi.

#### 4) Faktor psikologis

Jika tipe kepribadian tidak bertanggung jawab juga lemah serta rentan terhadap pemakaian narkoba, hal ini dapat

mempengaruhi kurangnya kapasitas klien dalam mengambil keputusan.

5) Faktor genetik serta pola asuh

Sebuah penelitian menunjukkan bahwa anak-anak sehat yang dibesarkan oleh orang tua penderita skizofrenia lebih mungkin terkena skizofrenia.

b. Faktor Prepistasi

Sesuai (Yosep, 2014 dalam Hernandi 2020) yaitu sebagai berikut :

1) Dimensi fisik

Halusinasi bisa diakibatkan oleh berbagai penyakit fisik, termasuk penggunaan narkoba, kelelahan, delirium atau demam, serta sulit tidur yang berkepanjangan.

2) Dimensi emosional

Perasaan cemas berlebih berdasarkan masalah yang sulit diatasi. Halusinasi bisa timbul dengan adanya perintah memaksa serta menakutkan. Pasien tidak dapat menentang menjadikan pasien akhirnya melakukan sesuatu atas ketakutan itu.

3) Dimensi intelektual

Dalam hal ini pasien mengalami menurunnya fungsi ego dan halusinasi. Awalnya, halusinasi ialah upaya ego itu sendiri agar melawan dorongan yang mendesak, namun bisa menyerap semua perhatian pasien serta seringkali menimbulkan rasa

kewaspadaan yang dapat mengendalikan semua tindakan klien yang ada.

4) Dimensi sosial

Pasien menderita gangguan interaksi sosial. Pada tahap awal, pasien menjadi lebih terganggu oleh halusinasi karena menganggap sosialisasi sangat berbahaya.

5) Dimensi spiritual

Klien mengalami halusinasi spiritual, dimulai dengan pengalaman kehampaan hidup, kehidupan sehari-hari yang tidak bermakna, dan kehilangan aktivitas saat melakukan aktivitas keagamaan.

### 3. Tanda & Gejala

Dalam Azizah (2016) tanda serta gejala yang harus ditau supaya bisa menentukan masalah halusinasi yaitu adalah:

- a. Berbicara, tersenyum, serta tertawa tanpa sebab
- b. Berperilaku seperti mendengar sesuatu.
- c. Berhenti berbicara saat sedang berada di tengah kalimat untuk mendengar sesuatu.
- d. Disorientasi
- e. Kurang atau bahkan tak bisa berkonsentrasi.
- f. Sangat cepat berubah pikiran.
- g. Jalan pikirannya yang kacau.
- h. Respon yang sangat tak sesuai.

#### 4. Jenis-Jenis Halusinasi

Berikut ini jenis halusinasi menurut (Wahyudi, Oktaviani, Dianesti dkk, 2018)

a. Halusinasi pendengaran.

Faktanya, mendengar suara-suara yang tak bisa didengar orang lain merupakan bentuk halusinasi pendengaran yang paling umum terjadi pada penderita gangguan jiwa seperti skizofrenia. Sekitar 70% penderita skizofrenia mengalami halusinasi pendengaran.

b. Halusinasi penglihatan

Halusinasi visual, di antara banyak halusinasi, adalah persepsi yang salah tentang apa yang dilihat. Halusinasi ini paling sering dialami oleh penderita demensia. Penglihatan yang dihasilkan tampak hanya berupa kilatan bentuk, warna, dan cahaya.

c. Halusinasi penciuman

Halusinasi penciuman melibatkan penciuman berbagai bau yang sebenarnya tidak ada. Bau yang ditimbulkan bisa tidak sedap, antara lain bau muntahan, urine, asap, kotoran, dan daging busuk.

d. Halusinasi pengecapan

Halusinasi pengecapan Artinya, persepsi rasa yang salah, dan pengalaman yang dirasakan ini biasanya tidak menyenangkan. Halusinasi jenis ini bisa berlangsung selamanya.

e. Halusinasi sentuhan

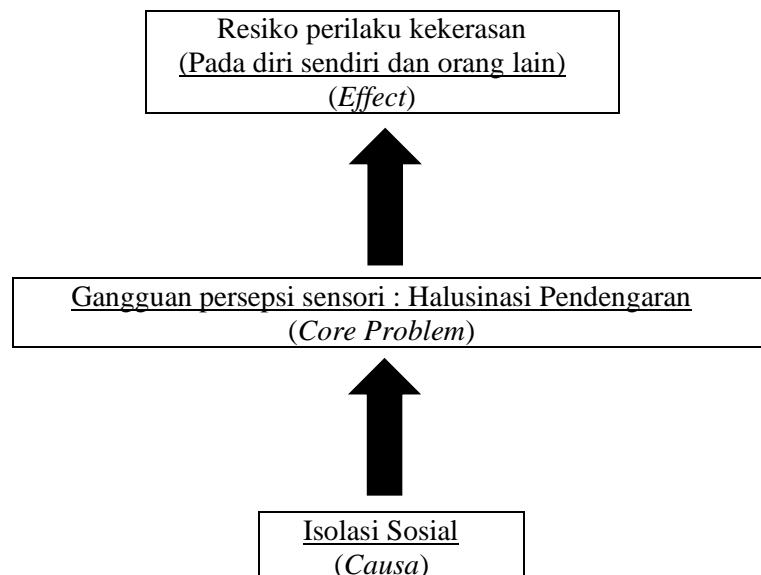
Halusinasi ini merupakan persepsi atau sensasi palsu terkait

sentuhan atau sesuatu yang terjadi di luar tubuh.

f. Halusianasi temporer

Halusinasi ini biasanya terjadi ketika seseorang mempunyai hubungan intim dengan orang lain. Tergantung pada situasi yang mereka hadapi, mereka mungkin mendengar suara-suara atau melihat orang mati, meskipun orang lain tidak bisa.

### 5. Pohon Masalah



### 6. Pemeriksaan Medis

Menurut (Wahyudi, Oktaviani, Dianesti dkk, 2018) Pemeriksaan penunjang yang bisa dilaksanakan agar dapat mengetahui penyebab dari halusinasi adalah sebagai berikut:

- a. Pemeriksaan darah serta urine dilakukan agar melihat kemungkinan adanya infeksi juga penyalahgunaan alcohol serta NAPZA.
- b. EEG (Elektrosefalogram), yakni suatu pemeriksaan aktifitas listrik pada otak agar melihat apakah halusinasi yang dialami diakibatkan oleh epilepsy.

- c. Pemindaian MRI serta CT scan, yaitu agar mendeteksi stroke juga kemungkinan adanya cidera maupun tumor pada otak.

## 7. Penatalaksanaan Medis

Dalam (wahyudi, oktaviani, dianesti dkk, 2018) penatalaksanaan ke pasien dengan halusinasi yaitu:

- a. Memberikan lingkungan yang trapeutik

Agar mengurangi rasa kecemasan, kepanikan, dan ketakutan, klien dengan halusinasi sebaiknya dalam tindakan awal dilakukan dengan cara individu serta usahakan adanya kontak mata bila perlu sentuh dan pegang klien.

- b. Melakukan program terapi dokter

Seringkali klien menolak obat yang di berikan seiring adanya rangsangan halusinasi yang diterimanya. Pendekatan sebaiknya dilakukan dengan persuasive juga instruktif. Perawat wajib mengamati dan memastikan jika obat yang di berikan benar benar di telan oleh klien.

Menurut (wahyudi, oktaviani, dianesti dkk, 2018) Jenis jenis obat yang biasanya diberikan kepada penderita halusinasi adalah :

- a. Chlorpromazine (CPZ, Largactile), warna orange.
- b. Haloperidol (Haldol, serenace), warna putih besar
- c. Trihexiphenidyl (Artane, THP, Tremin), berwarna putih dengan ukuran yang kecil.

## **B. Studi Kasus Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan merupakan langkah pertama di asuhan keperawatan. Penilaian bisa dilaksanakan melalui observasi serta tanya jawab terhadap pasien serta keluarga. (O'brien (2014) dalam Hernandi 2020).

Pada pengkajian tahap awal mencakup:

a. Identitas klien

Meliputi nama, usia, tanggal pengkajian, no rm, serta informan.

b. Keluhan utama maupun alasan masuk.

Meliputi keluhan utama pasien saat masuk rumah sakit serta alasan pasien masuk rumah sakit.

c. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi sangat erat kaitanya dengan faktor etiologi

d. Hubungan sosial

Pasien cenderung menarik diri terhadap lingkungan pergaulan, suka melamun serta berdiam diri.

e. Spiritual

Kegiatan spiritual menurun seiring dengan kondisi klien yang semakin memburuk.

f. Status mental

Cara bicara pasien yaitu nada suara rendah, keras, lambat, suka berbicara, dan apatis.



- g. Tampilan diri klien terlihat lesu, tak bergairah, serta penampilan acak acakan.
- h. Aktivitas motorik pasien yaitu kegiatan yang dilaksanakan tak bervariasi, lebih cenderung mempertahankan satu posisi yang sudah di bikinnya.
- i. Emosi pasien yaitu mudah tersinggung (emosi dangkal).
- j. Afek pasien yaitu dangkal atau tak ada ekspresi wajah atau terlalu senang.
- k. Ketika diwawancara pasien cenderung tak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara, kontak mata kurang, diam.
- l. Persepsi pasien yaitu adanya halusinasi maupun waham.
- m. Proses pikir pasien yaitu gangguan proses berfikir.
- n. Kesadaran klien dapat berubah ubah.
- o. Memori atau ingatan di dapatkan atau tidak di dapatkan gangguan..
- p. Kemampuan penilaian klien dapat berupa tak bisa mengambil keputusan, tak bisa bertindak dalam sebuah kondisi, selalu memberikan alasan tak jelas.
- q. Daya tilik diri tak ada yang khas.
- r. Kebutuhan sehari hari  
Seperti bak/bab, makan, berpakaian, mandi, seta pola istirahat tidur.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang timbul adalah:

- a. Resiko perilaku kekerasan

b. Gangguan persepsi sensori : halusinasi

c. Isolasi sosial

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan ialah segala bentuk terapi yang diberikan oleh perawat, sesuai pengetahuan dan penilaian klinisnya, agar mencegah, meningkatkan, , atau memulihkan kesehatan pasien individu, keluarga, serta komunitas. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI).

Intervensi yang dilakukan kepada klien dengan diagnosa gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran adalah sebagai berikut :

Table 2.1 Intervensi Keperawatan

| NO | DIAGNOSA (SDKI)   | LUARAN (SLKI)   | INTERVENSI (SIKI)   |
|----|---|---|---|
| 1. | Resiko perilaku kekerasan pada diri sendiri serta orang lain (D.0132) | Kontrol Diri (L.09076)<br>sesudah dilaksanakan tindakan keperawatan dalam ...x pertemuan diharapkan kontrol diri dapat membaik.<br>Kriteria hasil :<br>1. Verbalisasi ancaman kepda orang lain menurun<br>2. Perilaku melukai diri sendiri dan orang lain menurun.<br>3. Bicara ketus menurun | Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544)<br>Observasi<br>1.1 Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan.<br>1.2 Monitor sepanjang penggunaan barang yang dapat membahayakan.<br>Trapeutik<br>1.3 Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya dengan rutin.<br>Edukasi<br>1.4 Latih cara menyampaikan perasaan dengan asertif.<br>1.5 Latih mengurangi kemarahan dengan verbal serta nonverbal. |
| 2. | Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran (D.0085)             | Persepsi sensori (L.09083)<br>Sesudah dilaksanakan tindakan keperawatan dalam ...x pertemuan diharapkan persepsi sensori klien dapat  | Manajemen halusinasi (I.09288)<br>Observasi :<br>1.1 Monitor isi halusinasi<br>Trapeutik :<br>1.2 Pertahankan lingkungan  |

|    |                         |   |   |
|----|-------------------------|---|---|
|    |                         | <p>membalik.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun</li> <li>2. Perilaku halusinasi menurun</li> <li>3. Menarik diri menurun</li> <li>4. Melamun menurun</li> </ol>  | <p>yang aman</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.3 Diskusikan perasaan serta respons terhadap halusinasi</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.4 Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi</li> <li>1.5 Anjurkan berbicara ke orang yang dipercaya agar memberi dukungan serta umpan balik korektif terhadap halusinasi</li> <li>1.6 Anjurkan melaksanakan distraksi (seperti mendengarkan music, melaksanakan kegiatan, serta teknik relaksasi</li> <li>1.7 Ajarkan pasien mengontrol halusinasi</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.8 Kolaborasi pemberian obat antiansietas serta antipsikotik</li> </ol> |
| 3. | Isolasi Sosial (D.0121) | <p>Keterlibatan Sosial (L.13116) sesudah dilaksanakan tindakan keperawatan dalam ... X pertemuan diharapkan keterlibatan sosial dapat meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minat interaksi meningkat</li> <li>2. Minat pada kegiatan meningkat</li> <li>3. Perilaku menarik diri menurun</li> <li>4. Kontak mata membaik</li> </ol> | <p>Promosi sosialisasi (I.13498)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Identifikasi kemampuan melaksanakan interaksi dengan orang lain</li> </ol> <p>Trapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.2 Diskusikan perencanaan aktivitas di masa depan</li> <li>3.3 Berikan umpan balik positif di setiap peningkatan kemampuan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.4 Anjurkan berinteraksi ke orang lain dengan bertahap</li> <li>3.5 Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain</li> </ol>  |

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah suatu rangkaian tindakan untuk menyembuhkan masalah kesehatan klien sesuai dengan rencana dan kriteria hasil dengan bekerja sama dengan pasien, keluarga, serta anggota tim pelayanan kesehatan lainnya untuk memantau dan mencatat tanggapan klien. Perawatan ditentukan dan asuhan keperawatan diberikan. Tindakan yang diambil, selama pelaksanaan, perawat harus mengimplementasikan hasil rencana asuhan berdasarkan diagnosa keperawatan. Tujuan penerapan intervensi keperawatan ialah agar membantu pasien mencapai tujuan yang sudah ditetapkan, seperti meningkatkan kesehatan, memulihkan kesehatan, memulihkan penyakit, serta meningkatkan coping. (Dhita Adinda,2019).

##### **a. Resiko perilaku kekerasan**

Tindakan keperawatan dilaksanakan menurut dengan intervensi yang sudah di bikin untuk memenuhi tujuan agar klien dapat mengenali penyakit yang di alaminya, di dukung dengan menggunakan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan ke pasien resiko perilaku kekerasan yaitu :

- 1) SP 1, Membina hubungan saling percaya antara pasien dan perawaat untuk membantu pasien dalam mengetahui penyakit yang dialami.

- 2) SP 2, Melatih pasien dalam mengontrol perilaku kekerasan secara fisik agar klien terhindar dari perilaku kekerasan baik terhadap dirinya sendiri atau orang lain.
- 3) SP 3, Melatih pasien dalam mengontrol perilaku kekerasan secara social maupun verbal
- 4) SP 4, Melatih pasien dalam mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual yaitu melakukan kegiatan beribadah

**b. Gangguan persepsi sensori halusinasi**

Tindakan keperawatan dilaksanakan menurut intervensi yang telah di buat untuk memenuhi tujuan agar klien dapat mengenali penyakit yang di alaminya, di dukung dengan menggunakan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan ke klien Gangguan persepsi sensori halusinasi yakni :

- 1) SP 1, Membantu klien mengenal halusinasi, memaparkan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan klien mengontrol halusnasi menggunakan cara menghardik.
- 2) SP 2, Mengajarkan klien untuk mengontrol halusinasi menggunakan cara kedua bercakap-cakap dengan orang lain
- 3) SP 3, Mengajarkan klien untuk mengontrol halusinasi menggunakan cara melakukan kegiatan terjadwal
- 4) SP 4, Mengjarkan klien untuk mengkonsumsi obat secara teratur

### **c. Isolasi sosial**

Tindakan keperawatan dilaksanakan menurut dengan intervensi yang sudah di bikin untuk memenuhi tujuan agar klien dapat mengenali penyakit yang di alaminya, di dukung dengan menggunakan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan ke pasien Isolasi sosial yaitu :

- 1) SP 1, Menjalin hubungan saling percaya untuk menjelaskan daan membantu pasien dalam mengetahui penyakit yang di alaminya
- 2) SP 2, Mengajarkan pasien untuk berinteraksi dengan bertahap seperti berkenalan antara perawat dan lien
- 3) SP 3, Mengajarkan untuk pasien berinteraksi dengan bertaahap misalnya berkenalan kepada sesama pasien.

## **5. Evaluasi**

Tahap evaluasi merupakan perbandingan status kesehatan klien secara sistematis serta terencana menggunakan tujuan yang sudah ditetapkan serta dilaksanakan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien serta tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan tindakan keperawatan yang dilakukan. Tujuannya agar mengetahui sejauh mana pasien mampu mengimplementasikan apa yang telah dipelajari dan diberikan. (Rizka.S,2019).