

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Halusinasi**

##### **2.1.1. Definisi Halusinasi**

Halusinasi adalah gangguan jiwa dimana penderitanya akan mengalami gangguan persepsi sensori, muncul nya sensasi tidak nyata seperti suara, rasa, sentuhan, penglihatan, atau bahkan penciuman. Berdasarkan kasus yang ditemukan, halusinasi pendengaran merupakan kasus halusinasi yang paling sering terjadi, yakni sekitar 70%, sedangkan sisanya berupa halusinasi visual sebanyak 20% dan 10% berupa halusinasi rasa, sentuhan serta penciuman (Abdurakhman & Maulana, 2022).

Halusinasi merupakan suatu bentuk persepsi indera yang tidak distimulus oleh reseptor yang akan menimbulkan berbagai dampak seperti histeria, ketidakmampuan mencapai tujuan, kelemahan, rasa takut yang berlebihan serta pikiran buruk yang berujung pada risiko tindak kekerasan apabila tidak ditangani dengan segera (Yanti dkk, 2020).

##### **2.1.2. Etiologi Halusinasi**

###### **2.1.2.1. Faktor Predisposisi**

Menurut Rawlins & Heacock (Wahyuni, 2022) etiologi halusinasi berdasarkan faktor predisposisi dapat dilihat dari 5 dimensi, yakni :

###### **a. Dimensi Fisik**

Halusinasi dapat mencakup 5 indera, namun kasus halusinasi yang paling sering ditemukan adalah halusinasi pendengaran, halusinasi dalam hal ini dapat disebabkan karena beberapa faktor seperti faktor kelelahan yang luar biasa., penggunaan obat-obatan,

demam yang tinggi hingga menyebabkan kondisi delirium intoksikasi, serta konsumsi alkohol.

b. Dimensi Emosional

Jika dilihat dari dimensi emosional halusinasi dapat terjadi karena adanya perasaan cemas berlebih yang tidak dapat diatasi. Dalam hal ini isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan cenderung menakutkan yang tidak dapat ditentang ataupun dikontrol sehingga menyebabkan klien melakukan sesuatu terhadap rasa takut tersebut.

c. Dimensi Intelektual

Penunjukkan fungsi ego, awalnya halusinasi merupakan suatu usaha ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan dan menimbulkan kewaspadaan mengontrol perilaku dan mengambil seluruh perhatian klien.

d. Dimensi Sosial

Dalam dimensi sosial halusinasi dapat terjadi karena adanya hubungan interpersonal yang tidak memuaskan, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Hal tersebut menyebabkan klien asyik dengan halusinasinya, seolah-olah khayalannya merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri, dan harga diri yang tidak didapatkan di dunia nyata.

e. Dimensi Spiritual

Secara spiritual pasien dengan halusinasi akan memulai kehidupannya dengan rasa kehampaan dalam hidup, rutinitas yang tidak bermakna, kehilangan aktivitas dalam beribadah, dalam hal ini pasien dengan halusinasi akan mengaitkan apa yang terjadi didalam kehidupannya

dengan takdir, menyalahkan oranglain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

#### **2.1.2.2.Faktor Presipitasi**

Dalam buku ajar yang ditulis oleh (Wuryaningsih dkk, 2020) penyebab halusinasi dapat dilihat dari faktor predisposisi, yakni:

a. Faktor Biologis

Faktor biologis yang menyebabkan seseorang mengalami halusinasi dapat berupa adanya riwayat herediter, trauma kepala, penyakit fisik yang dapat berdampak pada kerusakan fungsi otak, serta juga dapat terjadi karena riwayat penggunaan NAPZA.

b. Faktor Psikologis

Faktor psikologis yang berisiko meliputi kegagalan berulang, korban kekerasan, koping yang kurang baik, kehilangan orang yang dicintai dan sebagainya.

c. Faktor Sosial Budaya

Faktor sosial budaya yang berisiko berupa tingkat perekonomian yang rendah, perceraian, tidak bekerja, diskriminasi atau stigma, pendidikan dan sebagainya.

#### **2.1.3. Jenis-Jenis Halusinasi**

Halusinasi merupakan persepsi tanpa adanya rangsangan terhadap apapun pada panca indera seseorang, yang terjadi pada keadaan sadar. Halusinasi terbagi menjadi beberapa jenis (Kuswanto, 2020), yakni:

2.1.3.1.Halusinasi penglihatan, sesuatu yang dilihat seolah-olah berbentuk orang, binatang, barang atau benda.

2.1.3.2. Halusinasi auditif atau akustik (pendengaran), halusinasi yang seolah-olah mendengar suara manusia, hewan, barang, mesin, dsb.

2.1.3.3. Halusinasi olfaktorik (penciuman), halusinasi yang seolah-olah mencium sesuatu bau tertentu.

2.1.3.4. Halusinasi gustatorik (pengecap), halusinasi yang seolah-olah mengecap suatu zat atau rasa tentang sesuatu yang dimakan.

2.1.3.5. Halusinasi taktil (peraba), halusinasi yang seolah-olah merasa iraba-raba, disentuh, dicolek, dsb.

#### 2.1.4. Manifestasi Klinis Halusinasi

Tanda & gejala halusinasi menurut Yosep (2010) & Fajariyah (2012) meliputi sebagai berikut :

Tabel 2.1 Tanda & gejala halusinasi

Jenis Halusinasi	Data Subjektif	Data Objektif
Halusinasi Pendengaran ( <i>Audiotory-hearing voices or sounds</i> )	Klien mengatakan mendengar suara atau kegaduhan Klien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya untuk bercakap-cakap. Klien mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu yang berbahaya. Klien mengatakan mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain..	Klien tampak berbicara sendiri. Klien tampak tertawa sendiri. Klien tampak marah-marah tanpa sebab. Klien tampak mengarahkan telinga ke arah tertentu. Klien tampak menutup telinga. Klien tampak menunjuk-nunjuk ke arah tertentu. Mulut klien tampak komat kamit sendiri.

<p>Halusinasi penglihatan (<i>visual-seeing persons or things</i>)</p>	<p>Klien mengatakan melihat seseorang yang sudah meninggal, melihat makhluk tertentu, melihat bayangan hantu atau sesuatu yang menakutkan.</p>	<p>Klien tampak menatap pada arah tertentu. Klien tampak menunjuk-nunjuk kearah tertentu. Klien tampak ketakutan pada objek tertentu yang dilihat.</p>
<p>Halusinasi Penghidu (<i>Olfactory-smeeeling odors</i>)</p>	<p>Klien mengatakan mencium sesuatu seperti : bau mayat, bau dara, bau bayi, bau feses atau bau masakan, atau juga dapat berupa bau yang menyenangkan. Klien mengatakan sering mencium bau sesuatu.</p>	<p>Klien tampak mengarahkan hidung pada tempat tertentu. Ekspresi wajah klien tampak seperti mencium sesuatu dengan gerakan cuping hidung.</p>
<p>Halusinasi Perabaan (<i>Tactile-feeling bodily sensations</i>)</p>	<p>Klien mengatakan ada sesuatu yang menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil, atau makhluk halus. Klien mengatakan merasakan sesuatu di permukaan kulitnya seperti merasakan sangat panas atau dingin, merasa tersengat listrik, dan sebagainya.</p>	<p>Klien tampak mengusap, menggaruk-garuk, meraba-raba permukaan kulitnya. Klien tampak menggerakkan tubuhnya seperti merasakan sesuatu merabanya.</p>
<p>Halusinasi Pengecap (<i>Gustatory-experiencing tastes</i>)</p>	<p>Klien mengatakan merasakan makanan tertentu, rasa tertentu, atau mengunyah padahal tidak ada makanan yang sedang dimakannya. Klien mengatakan merasakan minum darah, nanah dan lain sebagainya.</p>	<p>Klien tampak seperti mengecap sesuatu. Klien tampak sering meludah.</p>

### 2.1.5. Patofisiologi Halusinasi

Halusinasi yang dialami klien akan memiliki intensitas dan tingkat keparahan yang berbeda-beda. Stuart dan Laraia (Muhith, 2015) membagi fase halusinasi kedalam 4 fase berdasarkan tingkat ansietas yang dialami dan kemampuan klien dalam mengendalikan dirinya, semakin berat fase halusinasinya maka semakin berat pula tingkat ansietasnya dan akan semakin dikendalikan oleh halusinasinya, keemapt fase tersebut diantaranya sebagai berikut :

Tabel 2. 2 Fase-Fase Halusinasi

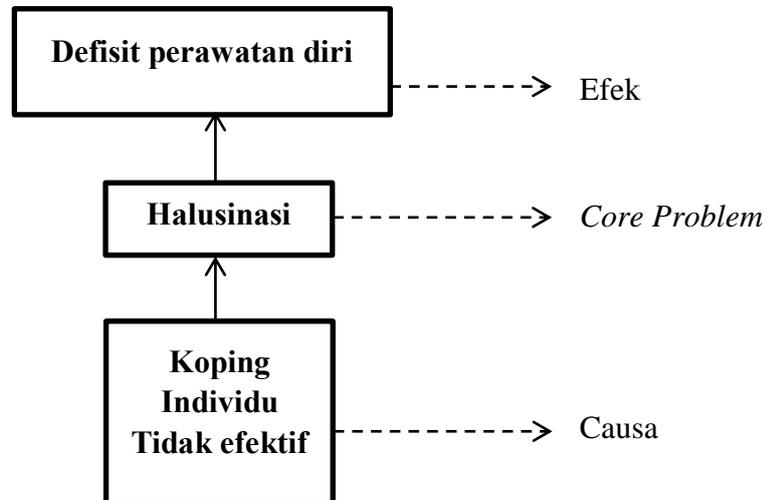
Fase halusinasi	Karakteristik	Perilaku klien
<b>Fase 1</b> <b>Comforting</b> Ansietas sedang (Halusinasi menyenangkan)	Klien akan mengalami perasaan yang mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah, takut sehingga mencoba berfokus pada pikiran menyenangkan untuk meredakan ansietas, individu mengenali bahwa pikiran-pikiran dan pengalaman seperti berada dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani.  <b>NONPSIKOTIK</b>	1. Tersenyum / tertawa yang tidak sesuai. 2. Menggerakkan bibir tanpa suara. 3. Pergerakan matayang cepat. 4. Respon verbal yang lambat jika sedang asyik. 5. Diam dan asyik sendiri
<b>Fase 2</b> <b>Condemning</b> Ansietas berat (Halusinasi menjadi menjijikan)	1. Pengalaman sensori yang menjijikan dan menakutkan. 2. Klie mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. 3. Klien mungkin mengalami perlakuan	1. Meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom akibat ansietas seperti peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah.

	<p>dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain.</p> <p>4. Mulai merasa kehilangan kontrol.</p> <p>5. Tingkat kecemasan berat, secara umum halusinasi menyebabkan perasaan antipati.</p> <p><b>PSIKOTIK RINGAN</b></p>	<p>2. Rentang perhatian menyempit.</p> <p>3. Asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dan realita.</p> <p>4. Menyalahkan</p> <p>5. Menarik diri dari orang lain</p> <p>6. Konsentrasi terhadap pengalaman sensori kerja.</p>
<p><b>Fase 3</b></p> <p><b>Controlling</b></p> <p>Ansietas berat (Pengalaman sensori jadi berkuasa)</p>	<p>1. Klien berhenti melakukan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut.</p> <p>2. Isi halusinasi menjadi menarik.</p> <p>3. Klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti.</p> <p><b>PSIKOTIK</b></p>	<p>1. Kemauan yang dikendalikan halusinasi akan lebih diikuti.</p> <p>2. Kesukaran berhubungan dengan orang lain.</p> <p>3. Rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit.</p> <p>4. Adanya tanda-tanda fisik ansietas berat : berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah.</p> <p>5. Isi halusinasi menjadi atraktif.</p> <p>6. Perintah halusinasi ditaati.</p>

		7. Tidak mamkpu mengikuti perintah dari perawat, tremor dan berkeringat.
<b>Fase 4</b> <b>Conquering</b> Panik (Umumnya menjadi melebur dalam halusinasinya)	1. Pengalaman sensori menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasinya. 2. Halusinasi akan berakhir dalam beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi therapeutic.  <p style="text-align: center;"><b>PSIKOTIK BERAT</b></p>	1. Perilaku error akibat panik. 2. Potensi kuat <i>sucide</i> atau <i>humicide</i> . 3. Aktifitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau katatonik. 4. Tidak mampu merespon perintah yang kompleks. 5. Tidak mampu merespon lebih dari satu orang. 6. Agitasi atau kataton.

### 2.1.6. Pathway Halusinasi

Skema 2.1 Pathway Halusinasi



Berdasarkan Pathway diatas dapat dijelaskan bahwa masalah utama (*core problem*) pada phon masalah diatas adalah pasien mengalami gangguan sensori persepsi halusinasi dikarenakan pasien mengalami isolasi sosial dan menarik diri, apabila pasien gangguan persepsi : halusinasi tidak diberikan asuhan keperawatan dengan baik maka akan mengakibatkan risiko mencederai diri sendiri dan orang lain (Ruswandi, 2021).

### 2.1.7. Rentang Respon Halusinasi

Menurut Hernandi (2020). Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologis. Ini merupakan respon persepsi paling maladaptif. Jika klien sehat, persepsinya akurat mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui pancaindra (pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecapan, peraban), klien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus pancaindra walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada. Rentang respon tersebut dapat digambarkan seperti dibawah ini :

Adaptif	Ilusi	Maladaptif
1. Pemikiran Logis	1. Reaksi emosional	1. Kelainan pikiran
2. Emosi konsisten dengan pengalaman	berkembang/berlebih	2. Halusinasi
3. Perilakunya Sesuai	2. Perilakunya ganjil	3. Ketidakmampuan emosi
	3. Menarik diri	4. Ketidakteraturan Hubungan sosial
	4. Isolasi sosial	

### 1.1.2. Mekanisme Koping Halusinasi

Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologi termasuk ;

1. Regresi, menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali seperti pada perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.
2. Proyeksi, keinginan yang tidak dapat ditoleransi, mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (sebagai upaya untuk menjelaskan keracunan persepsi).
3. Menarik diri, reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis, reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindari sumber stressor, misalnya menjauhi polusi, sumber infeksi, gas beracun dan lain-lain, sedangkan reaksi psikologis individu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan (Puspita, 2020)

### 1.1.3. Penatalaksanaan Medis Halusinasi

Penatalaksanaan pasien dengan halusinasi dapat dilakukan dengan menggunakan terapi farmakologi dan nonfarmakologi.

#### 2.1.7.1 Penatalaksanaan farmakologi

Penanganan pada pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi adalah dengan melakukan pemberian obat-obatan. Obat-obatan yang lazim digunakan pada gejala halusinasi

pendengaran yang merupakan gejala psikosis pada pasien skizofrenia adalah obat anti psioksis. Adapun kelompok obat yang digunakan adalah (Muhith, 2015):

- a. Fenotiazin asetofenazin (tindal)
- b. Klorpromazin (throazine)
- c. Flufenazine (proxiline, permitil)
- d. Mesoridazin (serentil)
- e. Perfenazin (trilafon)
- f. Proklorperazin (compazine)
- g. Promazin (sparine)
- h. Tioridazin (mellaril)
- i. Trifluoperazin (stelazine)
- j. Trifluopromazin (vesprin) 60-120 mg
- k. Tioksanten klorprotiksen (taractan)
- l. Tiotiksen (navane) 75-100 mg<sup>432</sup>
- m. Butirofenon haloperidol (haldol) 1-100 mg
- n. Dibenzodiazepin klozapin (clorazil) 300-900 mg
- o. Dibenzokasazepin loksapin (loxitane) 20-150 mg
- p. Dihidroindolon molindone (moban) 15-225 mg.

#### **2.1.7.2 Penatalaksanaan nonfarmakologi**

Pemberian terapi nonfarmakologi menggunakan proses fisiologis dalam penerapannya, ada beberapa jenis terapi nonfarmakologi yang dapat diterapkan, salah satunya adalah terapi okupasi (Jatinandya & Purwito, 2020).

#### **2.1.7.3 Terapi Somatis**

Terapi somatis merupakan salah satu terapi yang diberikan kepada pasien dengan gangguan jiwa yang ditukan untuk mengubah perilaku maladaftif yang ada pada pasien menjadi perilaku adaptif dengan melakukan sebuah tindakan yang

ditujukan pada fisik pasien. Beberapa jenis terapi somatis adalah sebagai berikut (Yosep & Sutini, 2016) :

a. Pengikatan

Pengikatan merupakan suatu terapi yang dilakukan dengan menggunakan alat mekanik atau manual yang bertujuan untuk membatasi mobilitas fisik pasien sehingga pasien terlindungi dari cedera fisik, baik bagi pasien sendiri ataupun orang lain.

b. Terapi Kejang Listrik

Terapi kejang listrik merupakan suatu terapi yang dilakukan dengan mengalirkan arus listrik berkekuatan rendah (2-3 joule) melalui electrode yang ditempelkan di pelipis kiri/kanan pasien selama beberapa detik sehingga menimbulkan efek kejang.

c. Isolasi

Isolasi merupakan suatu tindakan yang dilakukan dengan menempatkan pasien pada ruangan tersendiri, yang bertujuan agar pasien mampu mengendalikan dirinya serta melindungi pasien, orang lain dan lingkungan sekitar dari bahaya potensial yang mungkin terjadi.

d. Terapi Deviasi Tidur

Terapi deviasi tidur merupakan suatu terapi yang diberikan kepada klien dengan mengurangi jumlah jam tidur pasien sebanyak 3,5 jam. Terapi deviasi tidur ini cocok untuk diberikan pada pasien dengan depresi.

#### **2.1.7.4 Terapi Modalitas**

Terapi modalitas merupakan terapi utama yang dapat dilakukan dalam keperawatan jiwa. Terapi ini diberikan guna mengubah perilaku maladaptive pasien menjadi perilaku adaptif. Terapi ini dilakukan berdasarkan potensi yang

dimiliki oleh pasien sebagai titik tolak terapi. Adapun jenis-jenis terapi modalitas, sebagai berikut (Erita,et.al, 2019):

**a. Terapi Individual**

Terapi individual merupakan penanganan pada pasien dengan gangguan jiwa dengan pendekatan hubungan individual yang dilakukan antara terapis dan pasien. Hubungan tersebut terjalin secara terstruktur antara perawat dan pasien guna mengubah perilaku pasien.

**b. Terapi Lingkungan**

Terapi lingkungan merupakan salah satu bentuk terapi yang dilakukan dengan menata lingkungan agar terjadi perubahan dari perilaku maladaptive pasien menjadi perilaku adaptif.

**c. Terapi Biologis**

Terapi biologis merupakan penerapan terapi yang didasarkan pada model medical dimana gangguan jiwa dipandang sebagai suatu penyakit. Ada beberapa contoh terapi biologis seperti pemberian obat, ECT, foto terapi dan bedah otak.

**d. Terapi Kognitif**

Terapi kognitif merupakan strategi dengan memodifikasi sikap dan keyakinan yang dapat mempengaruhi perilaku dan perasaan pasien. Proses yang dilakukan pada terapi ini adalah dengan membantu mempertimbangkan stressor dan kemudian dilanjutkan dengan mengidentifikasi pola berfikir dan keyakinan yang tidak akurat tentang stressor tersebut.

**e. Terapi Keluarga**

Terapi ini diberikan kepada seluruh anggota keluarga sebagai salah satu uit penanganan. Terapi ini dilakukan

dengan tujuan agar keluarga dapat melaksanakan fungsinya dengan baik. Sasaran utama dari terapi ini adalah keluarga-keluarga yang tidak bisa menjalankan fungsinya dengan baik.

**f. Terapi Kelompok**

Terapi ini diberikan kepada pasien dengan membentuk suatu kelompok, pada penerapannya perawat akan berinteraksi dengan sekelompok pasien secara teratur. Hal ini dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan kesadaran diri pasien, mengubah perilaku maladaptive serta meningkatkan hubungan interpersonal.

**g. Teapi Perilaku**

Pada terapi perilaku terdapat keyakinan bahwa perilaku pada seseorang timbul akibat proses pembelajaran. Teknik dasar yang digunakan dalam terapi ini adalah role model, pengendalian diri, terapi aversi, rileks kondisi dan kondisioning operan.

**2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Halusinasi**

**2.2.1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan salah satu proses pada tahapan awal dan dasar utama dari sebuah proses keperawatan yang terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data tersebut dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial maupun spiritual yang dikelompokkan berupa faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping ataupun kemampuan yang dimiliki klien (Afnuhazi & Ridhyalla, 2015). Berikut merupakan pengkajian dari asuhan keperawatan yang dilakukan :

**2.2.1.1 Identitas klien**

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, tanggal dirawat, tanggal pengkajian dan nomor rekammedis.

#### 2.2.1.2 Alasan masuk

Alasan pasien dibawa ke RSJ, dalam hal ini alasan pasien dibawa ke RSJ biasanya karena sering berbicara sendiri, mendengar atau melihat sesuatu, suka berjalan sendiri tanpa tujuan, menarik diri dan membanting barang-barang yang ada di rumah.

#### 2.2.1.3 Faktor predisposisi

- a. Pasien yang pernah mengalami gangguan jiwa dan kurang berhasil dalam pengobatan sebelumnya.
- b. Riwayat penganiayaan baik fisik, kekerasan dalam keluarga, bullying maupun penolakan.
- c. Trauma pada masa lalu.

#### 2.2.1.4 Faktor presipitasi

Faktor presipitasi yang dapat ditemui pada pasien dapat berupa penyakit infeksi, kelainan struktur otak ataupun penyakit kronis, kekerasan dalam keluarga atau adanya kegagalan dalam hidup, faktor ekonomi, faktor tuntutan, serta adanya konflik.

#### 2.2.1.5 Fisik

Klien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran pada umumnya yang dikaji meliputi TTV (tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu), tinggi badan, serta keluhan fisik lainnya.

#### 2.2.1.6 Psikososial

- a. Genogram
- b. Konsep diri
- c. Hubungan sosial
- d. Spiritual
- e. Mental

1) Penampilan

Dapat dijumpai berupa penampilan diri yang tidak sesuai, tidak rapi atau tidak cocok serta terdapat perubahan penampilan dari biasanya.

2) Pembicaraan

Pembicaraan klien sering tidak terorganisir, tidak logis dan berbelit-belit.

3) Aktifitas motorik

Dapat terjadi peningkatan atau menurun, impulsif, dapat ditemukan beberapa gerakan yang abnormal.

4) Alam perasaan

Dapat berupa emosi (sedih, putus asa yang disertai apatis) yang berkepanjangan sebagai akibat dari faktor presipitasi.

5) Afek

Afek sering tumpul, datar, tidak sesuai dan ambivalen.

6) Interaksi selama wawancara

Dapat dijumpai respon komat-kamit, tertawa sendiri dan tidak berhubungan dengan pembicaraan.

7) Persepsi

Halusinasi apa yang terjadi pada klien. dalam hal ini dapat berupa mudah tersinggung, mudah curiga, ekspresi muka tegang, takut, merusak, bermusuhan, tidak dapat memusatkan perhatian, tidak mampu membedakan sesuatu yang nyata atau tidak, menarik diri dan menghindar dari orang lain, berbicara sendiri bahwan tertawa sendiri.

8) Proses pikir

Sering dijumpai klien tidak mampu berbicara secara logis ataupun koheren, tidak berhubungan, berbelit-belit.

9) Isi pikir

Keyakinan yang tidak konsisten dengan tingkat pengetahuan dan latar belakang budaya klien. tidak mampu memproses stimulus internal dan eksternal melalui proses informasi yang dapat menimbulkan waham.

10) Tingkat kesadaran

Klien akan mengalami disorientasi pada orang, tempat ataupun waktu.

11) Memori

Terjadi gangguan daya ingat dalam jangka panjang maupun jangka pendek, pelupa, tidak mampu menjalankan peraturan yang telah disepakati, tidak mudah tertarik. Akan terjadi pengulangan pertanyaan.

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Sukar untuk dapat berkonsentrasi terhadap sesuatu, mudah mengalihkan perhatian, mengalami masalah dalam memberikan perhatian.

13) Kemampuan penilaian

Mengalami gangguan atau ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, tidak mampu menilai dan mengevaluasi diri sendiri dan tidak mampu melaksanakan keputusan yang telah disepakati, tidak merasa salah dengan apa yang diucapkan atau dipikirkannya.

#### 14) Daya tilik diri

Mengalami gangguan atau ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, tidak mampu menilai dan mengevaluasi diri sendiri,. Klien yang sama sekali tidak mampu untuk mengambil keputusan akan merasa bahwa kehidupan ini sulit yang pada akhirnya akan berpengaruh pada motivasi dan inisiatif klien.

#### 2.2.1.7 Kebutuhan persiapan klien pulang

##### a. Makan

Keadaan berat, klien ibuk dengan halusinasi dan cenderung tidak peduli dengan makanan karena tidak memiliki minat dan kepedulian.

##### b. BAB dan BAK

Observasi kemampuan klien untuk BAK dan BAB serta kemampuan klien untuk dapat membersihkan diri.

##### c. Mandi

Dapat dijumpai klien yang tidak mandi sama sekali, atau mandi namun berulang-ulang.

##### d. Berpakaian

Dapat dijumpai cara berpakaian yang tidak rapi dan tidak sesuai.

##### e. Observasi tentang lama waktu tidur siang dan malam

Akan mengalami gangguan tidur terutama bila halusinasinya datang.

##### f. Pemeliharaan kesehatan

Pemeliharaan klien selanjutnya, peran keluarga dan sistem pendukung sangat menentukan.

##### g. Aktifitas dalam rumah

Klien tidak mampu melakukan aktifitas didalam rumah seperti menyapu dll.

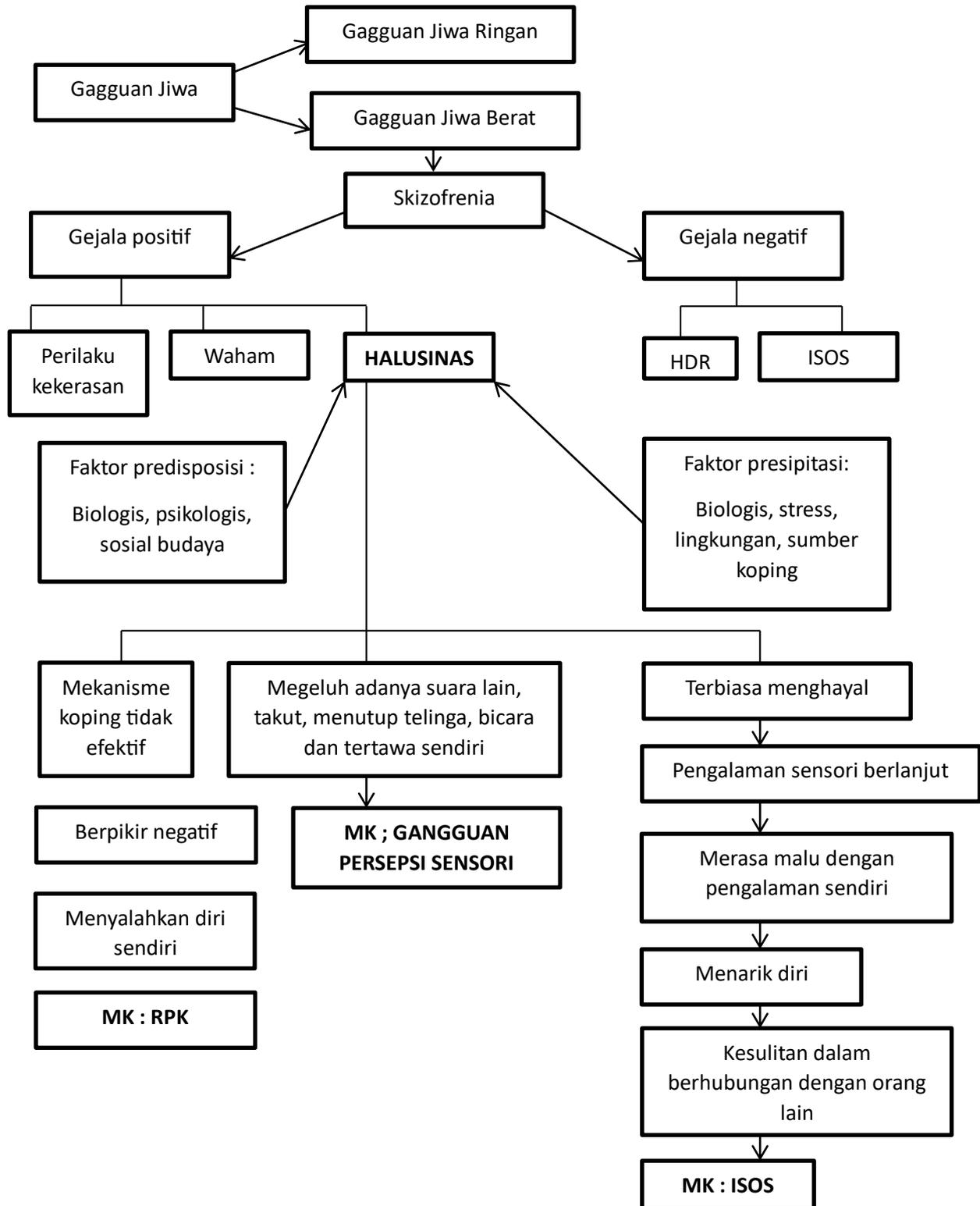
#### 2.2.1.8 Aspek medis

- a. Diagnosa medis : Skizofrenia
- b. Terapi yang diberikan

Obat yang diberikan pada klien dengan halusinasi berupa antipsikotik seperti haloperidol (HLP), chlorpromazine (CPZ), triflu perazin (TFZ) dan anti parkinson trihenki phenidol (THP).

## 2.2.1.9 Skema masalah halusinasi (Yusuf dkk, 2015)

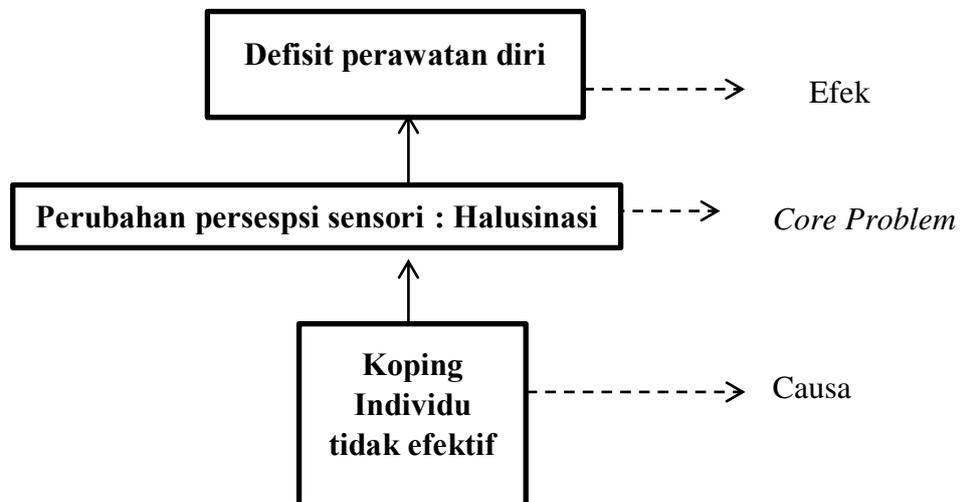
Skema 2.2 Masalah Halusinasi



### 2.2.1.10 Pohon masalah

(Prabowo & Eko, 2014)

#### *Skema 2.3. Pohon Masalah*



### 2.3.1. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data yang telah dikumpulkan, ditetapkan bahwa diagnosis keperawatan halusinasi adalah gangguan sensori persepsi : halusinasi, hal tersebut dikarenakan yang mengalami gangguan yaitu pada sistem sensorinya yang mengakibatkan pasien mempersepsikan sesuatu hal yang tidak nyata atau tidak ada objeknya (Sutejo, 2018). Adapun analisa data yang dapat ditemukan pada halusinasi pendengaran adalah sebagai berikut :

Tabel 2. 3 Masalah Keperawatan

Masalah Keperawatan	Data Yang Perlu Dikaji
Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan, dan perabaan	Data Subjektif : 1. Klien mengatakan mendengar suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajaknya untuk bercakap-cakap dan menyuruhnya melakukan sesuatu serta mendengar suara yang mengancam dirinya atau orang lain.

	<ol style="list-style-type: none"><li>2. Klien mengatakan melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun dan melihat hantu atau monster.</li><li>3. Klien mengatakan mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu juga menyenangkan bagi pasien.</li><li>4. Klien mengatakan seperti merasakan darah, urin atau feses pada indra pengecapannya.</li><li>5. Klien mengatakan bahwa ada sesuatu yang menggerayangi tubuhnya seperti tangan orang lain, hewan-hewan kecil atau makhluk tak kasat mata.</li><li>6. Klien mengatakan bahwa dia merasakan sesuatu di permukaan kulitnya seperti merasakan sangat dingin atau panas, merasakan tersengat listrik dan hal-hal lainnya.</li></ol> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien tampak bicara sendiri.</li><li>2. Klien tampak tertawa sendiri.</li><li>3. Klien tampak marah-marah tanpa sebab.</li><li>4. Klien tampak mengarahkan telinga ke arah tertentu.</li><li>5. Klien tampak menutup telinga.</li><li>6. Klien tampak enunjuk-nunjuk kearah tertentu.</li><li>7. Mulut klien tampak komat-kamit sendiri.</li><li>8. Klien tampak mencium seperti seddang membaui bau-bauan tertentu, menutup hidung, sering meludah, muntah dan menggaruk-garuk permukaan kulit.</li><li>9. Klien terlihat mengusap, menggaruk-garuk, meraba-raba permukaan kulitnya.</li></ol>
--	---

	10. Klien terlihat menggerak-gerakkan tubuhnya seperti merasakan sesuatu meraba tubuhnya.
--	---

### 2.4.1. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan gangguan persepsi sensori halusinasi dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 2. 4 Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan persepsi sensori : Halusinasi (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan persepsi sensori membaik, dengan kriteria hasil (L.09083): Persepsi realistis terhadap stimulus baik internal maupun eksternal dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun. 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun. 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun.	Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi : 1. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi. 2. Monitor isi halusinasi. Terapeutik : 1. Pertahankan lingkungan yang aman. 2. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi. 3. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi. 4. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi. 5. Anjurkan melakukan distraksi (misal mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi).

		Kolaborasi : 1. Kolaborasikan pemberian obat antipsikotik dan ansietas (J/P)
--	--	---

### 2.5.1. Implementasi Keperawatan

- a. Implementasi merupakan pelaksanaan keperawatan, dimana dalam hal ini yang harus menjadi perhatian ketika melakukan implementasi adalah tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada klien dengan halusinasi dilakukan secara interaksi dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Berikut merupakan hal-hal yang harus dilakukan oleh perawat (Afnuhazi & Ridhyalla, 2015) :
  - b. Bina hubungan saling percaya (BHSP)
  - c. Membantu klien dengan mengenai halusinasinya (identifikasi waktu, frekuensi, situasi, respon klien terhadap halusinasi).
  - d. Melatih klien mengontrol halusinasi.
  - e. Fasilitasi klien menggunakan obat.

### 2.6.1. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari suatu tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan tindakan yang telah dilaksanakan atau dilakukan kepada klien (Dalami E dkk, 2014). Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP sebagai pola pikir, dimana masing-masing huruf akan diuraikan sebagai berikut :

Tabel 2. 5 Evaluasi SOAP

S	Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
O	Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
A	Analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada yang kontradiksi dengan masalah yang ada
P	Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien.

### 2.3. Konsep Terapi Okupasi Meronce Manik-Manik

#### 2.3.1. Definisi

Terapi okupasi merupakan salah satu pengobatan yang mengarah pada pengobatan secara alami dengan pendekatan batin dan bukan menggunakan obat-obatan kimia. Proses terapi okupasi merangsang atau menstimulasikan pasien melalui aktivitas yang disukainya dalam mendiskusikan aktivitas yang telah dilakukan untuk mengalihkan halusinasi pada dirinya. Selain itu, adanya pengaruh terapi okupasi terhadap responden dengan halusinasi ini disebabkan karena pada saat pelaksanaan terapi okupasi diberikan reinforcement positive atau penguatan positif yang salah satunya melalui pujian pada tugas-tugas yang telah berhasil responden lakukan seperti responden mampu melakukan aktivitas waktu luang dengan baik. Dengan memberikan reinforcement positive, responden merasa dihargai dan keinginan bertambah kuat untuk mengulangi perilaku tersebut sehingga terjadi pengalihan halusinasi dengan aktivitas-aktivitas yang dilakukan dan disenangi responden (Jatinandya & Purwito, 2020).

Meronce merupakan sebuah bentuk seni yang dilakukan dengan cara merangkai objek benda menjadi sebuah suatu kesatuan yang menarik dengan adanya bantuan dari tali maupun benang.

Menurut Sumantri arti dari kata meronce sendiri merupakan sebuah kegiatan pengembangan motorik yang melibatkan menguntai dan membuat untaian dari berbagai bahan yang berlubang dan disatukan dengan menggunakan tali maupun benang.

### 2.3.2. Tujuan Terapi Okupasi

Teknik okupasi di maksudkan untuk memulihkan gangguan perilaku halusinasi yang terganggu dari maladaptive menjadi perilaku adaptif (Jatinandya & Purwito, 2020).

Terapi okupasi bertujuan untuk membantu individu dengan kelainan atau gangguan fisik, mental, mengenalkan individu terhadap lingkungan sekitar sehingga mampu mencapai peningkatan, perbaikan, dan pemeliharaan kualitas hidup (Firmawati dkk, 2023).

Terapi meronce manikmanik ini, dapat membantu seseorang yang mempunyai kesulitan dalam mengingat, melatih kesabaran, memusatkan perhatian dan berkonsentrasi. Pelaksanaan dilakukan terapi meronce manik-manik yaitu satu kali sehari selama 45-60 menit dalam 4 hari (Destiana, 2022).

### 2.3.3. Analisis Jurnal

Tabel 2. 6 Analisis Jurnal

No	Judul Jurnal	Validity	Important	Applicable
1	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Persepsi Sensori	Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan metode pendekatan	Hasil data ini didapatkan dari hasil pretest dan post test yaitu tindakan terapi okupasi	Terapi musik okupasi meronce manik-manik yang dapat diterapkan pada pasien

	Gangguan Pendengaran Dengan Terapi Okupasi Meronce Manik-Manik (Marsela & Batubara, 2022)	studi kasus. Pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, observasi, dan dokumentasi.	meronce manik-manik yang dilakukan selama 7 kali pertemuan (45 menit selama satu pertemuan) dapat menurunkan tanda dan gejala halusinasi pendengaran.	skizofrenia : halusinasi pendengaran sebagai terapi untuk mengurangi atau menghilangkan halusinasi.
2	Pengaruh Tindakan Terapi Okupasi (Meronce Manik Manik) Pada Pasien Skizofrenia Dengan Halusinasi Di Bangsal Larasati Rsjd Dr. Arif Zainudin Surakarta	Jenis penelitian adalah deskriptif studi kasus. Dalam penelitian ini subjeknya adalah pasien dengan diagnosa medis skizofrenia dengan halusinasi. Tindakan yang diterapkan adalah terapi okupasi meronce manik manik dilakukan selama 4 kali pertemuan	Evaluasi tindakan keperawatan berupa terapi okupasi meronce manik-manik mendapatkan hasil yang positif. Tanda gejala halusinasi pendengaran pada pasien sudah berkurang	Terapi okupasi meronce manik-manik yang dapat diterapkan pada pasien skizofrenia : halusinasi pendengaran sebagai terapi untuk mengurangi atau menghilangkan halusinasi.

		selama 45 menit.		
3.	Effectiveness of Occupational Therapy along with Coping Strategies on Auditory Hallucination and Occupational Functioning in Schizophrenia (Prabhakar Madkaikar, Grace Lydia Sarojini, 2022)	Aim: The purpose of the study was to determine the Effectiveness of occupational therapy along with coping strategies on auditory hallucination and occupational functioning in schizophrenia. Method: 22 patients of schizophrenia with auditory hallucination were recruited and were divided 11 each into control and experimental group. The control group received conventional occupational therapy while the experimental group received coping	Results: It revealed statistical significance in both PSYRATS-AH and COTE pre and post test in the experimental group ( $p < 0.000$ ). The post test scores for PSYRATS-AH were 39.00 (SD 1.67) for control group and 13.82 (SD 3.66) for experimental group. The post test scores for COTE were 82.18 (SD 5.27) for control group and 52.00 (SD 9.18) for experimental group. Conclusion:	Therapy is effective along with coping strategies Occupational Therapy helps patients with auditory hallucination to be in contact with reality and have a better insight about self.

		strategies along with conventional occupational therapy for six weeks	Auditory hallucination reduced and Occupational functioning improved in the experimental group which indicates that Occupational Therapy is effective along with coping strategies	
4.	Sensory Integration Based Program Developed According to the Model of Creative Ability in an Individual with Schizophrenia: An Occupational Therapy Case Report (Meral Huri dkk, 2022)	The aim of the present study was to examine the effect of a sensory-based occupational therapy intervention developed according to the Vona du Toit Model of Creative Ability on the clinical symptoms and sensory processing skills of an individual with schizophrenia.	Evaluations were applied twice, before and after the intervention. According to the results of the research, it was observed that the 8-week occupational therapy intervention applied to the patient with schizophrenia reduced clinical symptoms and improved sensory	Occupational therapy using beads that can be applied to schizophrenic patients: auditory hallucinations as a therapy to reduce or eliminate hallucination.

			processing skills and creative abilities	
--	--	--	--	--

#### 2.3.4. Standar Operasional Prosedur Terapi Meronce Manik-Manik (Rahmawati, 2018)

Tabel 2.7 SOAP Terapi Meronce Manik-Manik

<b>Pengertian</b>	Metode yang digunakan untuk menghilangkan pikiran-pikiran yang tidak produktif dan merubahnya menjadi lebih adaptif
<b>Tujuan</b>	Menerapkan terapi <i>meronce manik-manik</i> pada klien halusinasi
<b>Alat dan Bahan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manik-manik aneka bentuk dan ukuran</li> <li>2. Benang plastik</li> <li>3. Lem</li> <li>4. Gunting</li> <li>5. Jarum</li> <li>6. Sedotan</li> </ol>
<b>Prosedur</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Pra Interaksi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mempersiapkan pasien.</li> <li>b. Membuat kontak dengan pasien.</li> <li>c. Mempersiapkan alat dan tempat kegiatan.</li> </ol> </li> <li>2. <b>Orientasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Salam terapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Salam dari terapis kepada pasien.</li> <li>2) Perkenalan nama dan panggilan terapis</li> <li>3) Menanyakan nama dan panggilan pasien</li> </ol> </li> <li>b. Evaluasi dan validasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menanyakan perasaan pasien saat dikaji</li> <li>2) Menanyakan masalah yang dirasakan pasien dan menilai frekuensi halusinasi pasien sebelum diberikan terapi.</li> </ol> </li> <li>c. Kontrak <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Terapis menjelaskan kegiatan dan waktu</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

	<p>2) Terapis menjelaskan tujuan kegiatan</p> <p>3) Menjelaskan peraturan kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Pasien mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir</li> <li>b) Kegiatan yaitu penghentian pikiran negatif pada diri pasien</li> <li>c) Apabila pasien ada keluhan, mengangkat tangan lebih dahulu</li> <li>d) Pasien tidak boleh membuat kegaduhan</li> </ol> <p><b>3. Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mencontohkan cara membuat bentuk dengan roncean yang sudah jadi.</li> <li>b. Membentuk roncean sesuai yang di contohkan.</li> <li>c. Membereskan alat dan bahan.</li> <li>d. Memberikan pujian jika pasien telah menyelesaikan kegiatan.</li> </ol> <p><b>4. Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Evaluasi Menanyakan perasaan klien setelah berkomunikasi dan melakukan kegiatan dengan terapis</li> <li>b. Rencana tindak lanjut Terapi Meronce dilakukan saat ada aktivitas luang.</li> <li>c. Kontrak yang akan datang       <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menyepakati kegiatan yang akan datang</li> <li>2) Menyepakati waktu dan tempat</li> </ol> </li> </ol> <p><b>5. Evaluasi dan Dokumentasi</b></p> <p>Proses evaluasi dapat dilakukan setelah terapi selesai diberikan pada pasien maupun pada akhir kegiatan dan juga menilai frekuensi halusinasi pasien setelah diberikan terapi.</p>
--	---