

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Halusinasi

2.1.1 Definisi

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa Dimana seseorang mengalami perubahan persepsi sensorik terhadap stimulus internal maupun eksternal disertai respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi (Ralph, 2019). Halusinasi adalah salah satu tanda gangguan jiwa dimana kedaan individu yang tidak normal atau terjadi gangguan pada fungsi persepsi sensori Dimana individu mengalami perubahan pola perilaku dan emosional sehingga menyebabkan penderita mengalami hambatan peran sosial, jika tidak segera ditangani pasien akan mengalami gangguan jiwa yang semakin parah dan akan terjadi kerugian. (Jayanti & Mubin, 2021)

Halusinasi pendengaran adalah dimana seseorang mendengar suara atau kebisingan, suara terdengar seperti suara yang mengejek, menertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melakukan. Perilaku yang muncul seperti mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, mulut komat-kamit, dan ada gerakan tangan (Yusuf, 2018).

Halusinasi didefinisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, Dimana tidak ada stimulus. Salah satu tipe halusinasi adalah halusinasi pendengaran (auditory-hearing voices or sounds) dan menjadi tipe halusinasi yang paling banyak diderita. Halusinasi harus menjadi fokus perhatian kita bersama, karena apabila halusinasi tidak ditangani secara baik dapat menimbulkan resiko terhadap keamanan diri pasien sendiri, orang lain dan juga lingkungan sekitar. Hal ini dikarenakan halusinasi dengar pasien sering berisi ejekan, ancaman dan perintah untuk melukai dirinya sendiri maupun orang lain (Oktaviani et al., 2022)

2.1.2 Etiologi

Proses terjadinya halusinasi dipaparkan dengan menerapkan konsep stres yang mencakup stressor dari faktor predisposisi dan presipitasi (No Title, 2023).

1. Faktor predisposisi

Faktor-faktor yang mampu memberikan pengaruh adanya halusinasi yaitu:

a. Faktor biologis

Dalam faktor biologis, beberapa hal yang diperhatikan yaitu memiliki faktor keturuan gangguan jiwa, riwayat penyakit, resiko bunuh diri, riwayat menggunakan narkotika, trauma serta zat berbahaya lainnya.

b. Faktor psikologis

Seseorang yang merasakan halusinasi bisa mengalami kegagalan dalam kehidupan mereka, pengalaman sebagai korban kekerasan, kekurangan kasih sayang atau perhatian, atau paparan yang berlebihan dari perlindungan yang berlebihan (overprotektif).

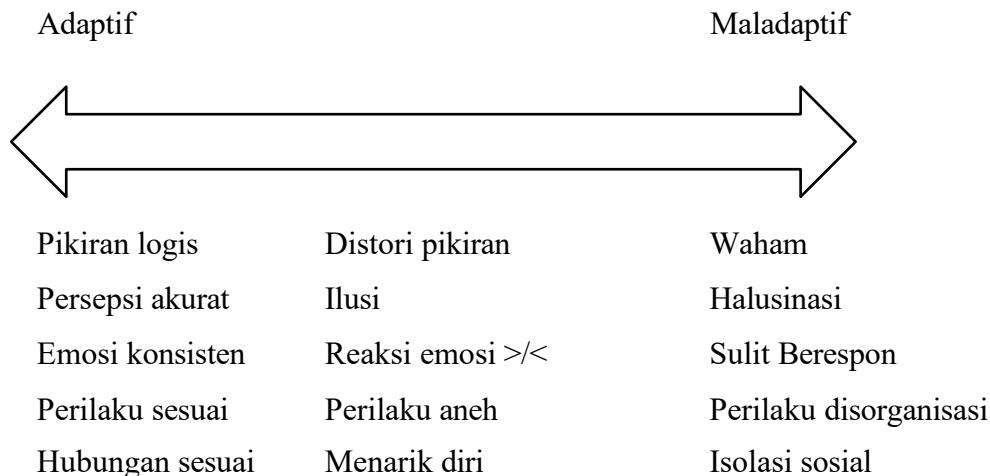
c. Sosiobudaya dan lingkungan

Seseorang yang mengalami halusinasi seringkali memiliki riwayat penolakan dari lingkungan, kondisi sosial ekonomi yang rendah, menghadapi kegagalan dalam hubungan sosial seperti perceraian, tingkat pendidikan yang rendah. Selain itu, mereka juga seringkali tidak memiliki pekerjaan atau penghasilan tetap.

d. Faktor presipitasi

Pada faktor presipitasi, klien yang mengalami halusinasi didapatkan terdapat riwayat infeksi, memiliki penyakit kronis adanya kekerasan dalam keluarga, kelainan struktur otak, kemiskinan, kegagalan dalam kehidupan, memiliki tuntutan dari keluarganya, dan permasalahan yang di alami dalam masyarakat.

2.1.3 Rentang Respon



Gambar 2-1 Rentang Respon

Keterangan gambar:

1. Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut,

Respon adaptif meliputi:

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

2. Respon psikososial meliputi:

- a. Proses pikir terganggu (distorsi pikiran) adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
- b. Ilusi adalah penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indra.

- c. Emosi berlebihan atau berkurang
 - d. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
 - e. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.
3. Respon maladaptive

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

- a. Kelainan pikiran (waham) adalah kenyataan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- b. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- c. Kerusakan proses emosi (sulit berespon) adalah perubahan suatu yang timbul dari hati.
- d. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
- e. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam

2.1.4 Klasifikasi Halusinasi

Menurut Anon (2023) klasifikasi Halusinasi terbagi menjadi 5 yaitu :

1. Halusinasi pendengaran

Gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara atau kebisingan, paling sering mendengar suara orang. Biasanya mendengar suara orang yang menyuruh untuk melakukan sesuatu yang kadang kadang membahayakan.

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara atau kebisingan, paling sering suara orang. Suara berbentuk kebisingan yang kurang jelas sampai kata-kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai pada percakapan lengkap antara dua orang yang mengalami

halusinasi. Pikiran yang terdengar dimana klien mendengar perkataan bahwa klien disuruh untuk melakukan sesuatu kadang dapat membahayakan

2. Halusinasi penglihatan

Gangguan stimulus visual atau penglihatan dalam bentuk seperti penceran cahaya, gambaran geometris, gambar kartun atau panorama yang luas dan kompleks.

3. Halusinasi penghidu

Gangguan stimulus penghidu, ditandai dengan seolah-olah mencium bau busuk, amis, dan bau menjijikan, kadang terhidu bau harum.

4. Halusinasi pengecap

Gangguan stimulus mengecap rasa, ditandai dengan seolaholah merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikan

5. Halusinasi peraba

Gangguan stimulus yang ditandai dengan seolah-olah mengalami rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

2.1.5 Proses Halusinasi

Halusinasi yang dialami pasien bisa berbeda intensitas dan keparahannya. Semakin berat fase halusinasinya, pasien semakin berat mengalami ansietas dan makin dikendalikan oleh halusinasinya. Berikut 4 fase halusinasi menurut (Arisandy et al., 2024).

1. Fase I *Comforting* (Halusinasi menyenangkan)

Pasien mengalami perasaan yang mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah, takut sehingga mencoba untuk berfokus pada pikiran menyenangkan untuk meredakan ansietas. Individu mengenali bahwa pikiran-pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani. Gejala yang dapat terlihat seperti tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakan bibir

tanpa suara, pergerakan mata cepat, respon verbal lambat jika sedang asyik dan diam serta asyik sendiri (non psikotik).

2. Fase II *Condemin* (Halusinasi menjadi menjijikan) Pengalaman sensori yang menjijikan, pasien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan, menarik diri dari orang lain, merasa kehilangan kontrol, tingkat kecemasan berat. Gejala yang dapat terlihat seperti meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom akibat ansietas, rentang perhatian menyempit, asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita, menyalahkan, menarik diri dengan orang lain dan konsentrasi terhadap pengalaman sensori kerja (non psikotik). Wicaksono (2017), Teknik distraksi sangat berpengaruh pada pasien yang mengalami gangguan jiwa terutama halusinasi pendengaran yang dilakukan dengan cara mengalihkan perhatian pasien dan menurunkan tingkat kewaspadaan pasien ke hal lain sehingga stimulus sensori yang menyenangkan dapat merangsang sekresi endorphin dan sudah berhasil dilakukan, ditandai dengan klien mampu mengontrol rasa takut saat halusinasi muncul. Teknik distraksi tersebut antara lain teknik menghardik, melakukan kegiatan secara terjadwal dan bercakap-cakap dengan orang lain.
3. Fase III *Controling* (Pengalaman sensori jadi berkuasa)
Pasien berhenti melakukan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut, isi halusinasi menjadi menarik, pasien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti. Gejala yang dapat terlihat seperti kemauan yang dikendalikan halusinasi akan diikuti, kesukaran berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit, adanya tanda-tanda fisik ansietas berat: berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah, dan isi halusinasi menjadi atraktif (psikotik)
4. Fase IV *Conquering* (Umumnya menjadi melebur dalam halusinasinya)

Pengalaman sensori menjadi mengancam jika pasien mengikuti perintah halusinasinya, halusinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik. Gejala yang dapat terlihat seperti perilaku eror akibat panik, potensi kuat suicide atau homicid aktivitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri, atau katatonik, dan tidak mampu merespon lebih dari satu orang (psikotik)

2.1.6 Tanda dan Gejala Halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi menurut Sutejo (2017), dapat dinilai dari hasil observasi terhadap klien serta ungkapan klien. Adapun tanda dan gejala pada pasien halusinasi adalah:

1. Data Subjektif adalah data yang didapatkan dari pasien atau keluarga dengan gangguan sensori halusinasi mengatakan bahwa dirinya:
 - a. Mendengar suara-suara atau kegaduhan.
 - b. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
 - c. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
 - d. Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
 - e. Mencium bau-bauan busuk ataupun wangi seperti bau darah, urine feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
 - f. Merasakan rasa seperti merasakan makanan atau rasa tertentu yang tidak nyata
 - g. Merasakan sesuatu yang aneh pada tubuhnya seperti yang mengerayap seperti serangga, makhluk halus
 - h. Merasa takut atau senang dengan halusinasinya
2. Data Objektif adalah data yang didapatkan pada pasien yang tampa secara langsung. Pasien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi melakukan hal-hal berikut:
 - a. Bicara atau tertawa sendiri
 - b. Marah-marah tanpa sebab

- c. Mengarahkan telinga menjadiahara tertentu
- d. Menutup telinga
- e. Menunjuk-nunjuk menjadiahara tertentu
- f. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.

2.1.7 Mekanisme Koping

Mekanisme koping gangguan persepsi sensori: Halusinasi menurut Larasati and Widodo (2023) perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi klien dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurologis adaptif atau maladaptif. Beberapa contoh mekanisme koping adaptif adalah menghardik halusinasi, melakukan aktivitas terstruktur, dan distraksi. Sementara itu, mekanisme koping maladaptif meliputi menarik diri, regresi, dan proyeksi.

1. Mekanisme Koping Adaptif:

Menghardik Halusinasi:

- a. Pasien berusaha untuk melawan halusinasi dengan cara berbicara keras atau mengatakan "tidak" kepada suara atau gambar yang tidak nyata.

b. Aktivitas Terstruktur:

Melakukan aktivitas yang teratur dan bermakna dapat membantu mengurangi waktu yang dihabiskan untuk berhalusinasi.

c. Distraksi:

Mengalihkan perhatian dari halusinasi dengan melakukan kegiatan lain, seperti membaca, mendengarkan musik, atau berbicara dengan orang lain.

d. Berpikir Logis:

Menyadari bahwa halusinasi adalah bagian dari gangguan jiwa dan bukan kenyataan.

e. Berbicara dengan Orang Lain:

Mencari dukungan dan berbagi pengalaman dengan orang yang memahami.

2. Mekanisme Koping Maladaptif:

a. Menarik Diri:

Memisahkan diri dari orang lain dan lingkungan, sulit untuk mempercayai orang lain.

b. Regresi:

Menunjukkan perilaku yang tidak sesuai dengan usia atau tahap perkembangan, seperti menjadi malas atau tidak bertanggung jawab.

c. Proyeksi:

Mengalihkan tanggung jawab atau kesalahan kepada orang lain, sehingga tidak menghadapi halusinasi secara langsung.

d. Perilaku Merusak Diri:

Melakukan tindakan yang membahayakan diri sendiri, seperti menyakiti diri atau mengabaikan kebutuhan dasar.

e. Kecurigaan:

Merasa curiga terhadap orang lain dan lingkungan, bahkan jika tidak ada dasar yang kuat.

2.1.8 Komplikasi

Halusinasi dapat menjadi penyebab mengapa pasien berperilaku kasar karena suara memberi perintah, sehingga rentan terhadap ketidaksesuaian. Perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia diawali dengan perasaan tidak berharga, ketakutan dan penolakan lingkungan sehingga menyebabkan individu menarik diri dari hubungan dengan orang lain. Komplikasi yang mungkin dialami klien dengan gangguan sensorik sebagai masalah utama halusinasi, antara lain: risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah dan isolasi social (Rika Widianita, 2023)

2.1.9 Alat Ukur Halusinasi

Alat ukur halusinasi menggunakan alat ukur Auditory Hallucinations Rating Scale (ATRS) adalah alat ukur untuk mengetahui gambaran halusinasi pendengaran pasien skizofrenia. Alat ukur Auditory Hallucinations Rating

Scale (AHRS) dikembangkan oleh Halddock. Kriteria penilaian yang dikembangkan oleh Haddock terkait dengan tanda gejala halusinasi pendengaran yang dirasakan dan tampak pada pasien, maka alat ukur AHRS ini dalam menilai tanda gejala halusinasi pendengaran menggunakan skor 0-4 (Donde, 2020). Setiap aspek gejala halusinasi yang dinilai (misalnya frekuensi, durasi, kekuatan suara, dll.) diberi skor antara 0 sampai 4. AHRS bertujuan untuk mengukur dan mengklasifikasikan tingkat keparahan halusinasi pendengaran pasien, membantu dalam pemantauan perkembangan kondisi dan efektivitas intervensi.

Cara Kerja AHRS biasanya melibatkan serangkaian pertanyaan yang diajukan kepada pasien mengenai pengalaman halusinasi mereka. Pertanyaan-pertanyaan ini mencakup berbagai aspek, seperti: Intensitas suara yang didengar. Frekuensi kemunculan halusinasi. Kualitas suara (misalnya, apakah suara itu berupa bisikan, teriakan, dll.). Reaksi emosional terhadap suara. Pengaruh halusinasi terhadap aktivitas sehari-hari. Skala Penilaian AHRS Hasil jawaban dari pertanyaan-pertanyaan tersebut kemudian diubah menjadi skor, yang dapat menunjukkan tingkat keparahan halusinasi. Misalnya, skala penilaian pada AHRS bisa berkisar dari tidak ada halusinasi hingga sangat berat, dengan rentang skor tertentu untuk masing-masing kategori. Penerapan AHRS dapat digunakan dalam berbagai pengaturan, termasuk penelitian klinis dan praktik klinis untuk pemantauan pasien skizofrenia dan gangguan terkait.

Langkah-langkah Penggunaan AHRS:

1. Persiapan

- a. Pastikan pasien dalam kondisi yang tenang dan kooperatif.
- b. Jelaskan tujuan wawancara atau pengisian skala, yaitu untuk mengetahui pengalaman halusinasi yang dialami pasien.
- c. Pastikan suasana privasi dan nyaman, agar pasien merasa aman dalam bercerita.

2. Wawancara Terstruktur

Gunakan format pertanyaan berdasarkan 10 indikator dalam AHRS berikut:

Tabel 4.4 Indikator AHRS

No	Indikator	Pertanyaan yang Dapat Digunakan
1	Frekuensi	Seberapa sering Anda mendengar suara dalam sehari?
2	Durasi	Berapa lama suara itu biasanya berlangsung?
3	Lokasi	Apakah suara itu terdengar dari dalam kepala atau dari luar?
4	Kekuatan suara	Seberapa keras suara itu dibandingkan dengan suara nyata?
5	Keyakinan	Apakah Anda yakin bahwa suara itu nyata?
6	Jumlah isi negatif	Berapa banyak dari suara-suara itu yang mengatakan hal negatif?
7	Derajat isi negatif	Seberapa menyakitkan atau mengancam isi suara tersebut?
8	Tingkat kesedihan	Apakah suara itu membuat Anda merasa sedih atau tertekan?
9	Gangguan fungsi	Apakah suara tersebut mengganggu aktivitas Anda sehari-hari?
10	Kemampuan kontrol suara	Apakah Anda bisa menghentikan atau mengabaikan suara tersebut?

3. Pemberian Skor

Masing-masing indikator dinilai dengan skor 0 sampai 4, sesuai tingkat keparahan atau intensitas. Panduan skoring umum:

0 = Tidak ada gejala

1 = Sangat ringan

2 = Ringan – sedang

3 = Sedang – berat

4 = Sangat berat

4. Total Skor

Jumlahkan semua skor dari 10 indikator: Skor total maksimal:

40

Semakin tinggi skor, semakin berat gejala halusinasi pendengaran pasien.

5. Interpretasi Hasil

0–10: Halusinasi ringan

11–20: Halusinasi sedang

21–30: Halusinasi berat

31–40: Halusinasi sangat berat

2.2 Konsep Fungsi Adaptif

2.2.1 Definisi

Fungsi adaptif adalah aspek krusial dalam memahami dan membantu pasien dengan gangguan jiwa. Penilaian yang komprehensif dan intervensi yang ditargetkan untuk meningkatkan keterampilan adaptif dapat secara signifikan meningkatkan kualitas hidup, kemandirian, dan pemulihan pasien. Pendekatan yang holistik dan multidisiplin, melibatkan profesional kesehatan mental, keluarga, dan dukungan komunitas, sangat penting untuk mencapai hasil yang optimal (Maulana et al., 2022).

Menurut Roy dalam (Jones & Bartlett, 2014) adaptasi adalah proses dari pikiran dan emosi manusia, baik secara individu maupun kolektif, penggunaan kesadaran dan kehendak bebas untuk mewujudkan suatu kondisi integrasi antara manusia dan lingkungannya. Adaptasi mengarah pada kesehatan yang optimal dan kesejahteraan, kualitas hidup, dan kematian dengan bermartabat. Teori Callista Roy menjelaskan bahwa orang dapat meningkatkan kesehatan mereka dengan terus terlibat dalam perilaku adaptif dan membuat perubahan perilaku yang diperlukan (Callista Roy, 2018).

Roy mendefinisikan bahwa tujuan keperawatan adalah meningkatkan respons adaptasi berhubungan dengan empat mode respon adaptasi. Kondisi coping seseorang atau keadaan coping seseorang merupakan tingkat adaptasi seseorang. Dalam Teori Calista Roy mengemukakan bahwa manusia sebagai makhluk holistik yang berinteraksi secara konstan dengan perubahan lingkungan sebagai sistem adaptif (“Pardede,” 2018).

2.3 Konsep Terapi psikoreligius Dzikir

2.3.1 Definisi

Terapi psikoreligius merupakan suatu pengobatan alternatif dengan cara pendekatan keagamaan melalui doa dan dzikir yang merupakan unsur penyembuhan penyakit atau sebagai psikoterapeutik yang mendalam, bertujuan untuk membangkitkan rasa percaya diri dan optimisme yang palin penting selain obat dan tindakan medis (Akbar & Rahayu, 2021)

Terapi psikoreligius merupakan suatu bentuk terapi yang menggunakan pendekatan agama Islam dengan melibatkan dimensi spiritual manusia. Salah satu terapi psikoreligius yang dilakukan secara umum yaitu menggunakan terapi zikir. Tujuan terapi zikir yaitu untuk membantu pasien mengingat Allah dengan harapan bisa menenangkan jiwa pasien dan memfokuskan pikiran pasien yang mengalami gangguan jiwa. Dengan membaca doa dan zikir, pasien mampu menyerahkan permasalahan yang dihadapi kepada Allah, sehingga tingkat stres yang sedang dialami pasien dapat berkurang. Dengan demikian, terapi zikir bertujuan untuk membangkitkan kesadaran pasien akan keberadaan Allah sehingga mampu menenangkan hati dan pikiran pasien (SHELEMO, 2023)

Dzikir secara etimologi berasal dari masdar (kata kerja benda) dan kata kerja dzakara yang artinya mengingat, mengenal, mensucikan, mempelajari, memberi atau nasehat. Sedangkan dzikir secara istilah adalah mengucapkan puji-pujian kepada Allah SWT dengan membasahi lidah dengan ucapan puji-pujian yang baik kepada Allah SWT. Namun dalam hal ini pengertian dzikir yang dimaksud adalah dzikrullah atau mengingat Allah SWT. (Siregar, 2022).

Dzikir berasal dari bahasa Arab, yaitu asal kata dari dzakara, yadzkuru, dzikran yang mempunyai arti sebut dan ingat. Menurut Alquran dan Sunnah, dzikir diartikan sebagai segala macam bentuk, mengingat Allah, menyebut nama Allah, baik dengan cara membaca tahlil, tasbih, tahmid, taqdis, takbir, tasmiyah, hasbalah, asmaul husna, maupun membaca doa-doa yang mat'sur

dari Rasulullah SAW. Sedangkan terapi berkaitan dengan serangkaian upaya yang dirancang untuk membantu atau menolong orang. Jadi, terapi dzikir adalah serangkaian upaya yang dirancang untuk membantu atau menolong orang dengan cara mengingat Allah SWT atau menyebut nama Allah SWT (Triantoro, 2019).

2.3.2 Fungsi Terapi Psikoreligius

Menurut Isnayah (2021) menjelaskan bahwa fungsi terapi psikoreligius yang dituturkan oleh Adz-Dzakiey ada lima yaitu di antaranya sebagai berikut:

a) Fungsi *Understanding*

Fungsi *Understanding* bertujuan untuk memberikan pemahaman tentang manusia dan permasalahan hidup serta bagaimana mencari solusi untuk mengatasi permasalahan yang dihadapi. Terutama dalam konteks gangguan mental baik permasalahan yang bersifat batiniah maupun lahiriah. Fungsi ini sangat penting sebagai upaya penyelesaian dari permasalahan yang dihadapi oleh manusia dalam kehidupan sehari-hari.

b) Fungsi *control*

Fungsi *control* ini dilakukan supaya dapat memberikan kemampuan dan juga mengarahkan setiap kegiatan manusia supaya dapat terkendali dengan baik sesuai dengan pengawasan Allah SWT.

c) Fungsi *prediction*

Fungsi *prediction* ini akan mengetahui bagaimana kemampuan dasar supaya dapat melakukan analisa terhadap masa depan melalui peristiwa maupun kejadian yang berkembang.

d) Fungsi *development*

Fungsi ini merupakan sebagai saran dalam pengembangan ilmu keislaman.

2.3.3 Tujuan Terapi Psikoreligius

1. Mengurangi lamanya dari waktu perawatan pasien halusinasi pendengaran
2. Diperkuatnya mentalitas konsep yang berada dalam diri pasien
3. Mengembalikan tanggapan yang salah dari pasien menggunakan terapi psikoreligius.
4. Memiliki efek yang baik untuk menurunkan stres pada penyakit psikis

2.3.4 Manfaat dzikir

1. Menentramkan, membuat hati menjadi damai. Apabila manusia mengalami kesulitan, kesusahan dan kegelisahan maka berdzikirlah, insyaallah hati manusia akan menjadi lebih tenang dengan rahmatnya. Melalui dzikir, hati menjadi tenram, damai, melalui kedamaian ini maka jiwa dipenuhi oleh emosi positif seperti bahagia dan optimis.
2. Menambah keyakinan dan keberanian. Melalui dzikir jiwa bertambah yakin akan kebesaran Allah SWT. Sehingga bisa menjadikan kita berani menghadapi tantangan apapun.
3. Mendapatkan keberuntungan. Keberuntungan bisa diartikan sebagai mendapatkan kemudahan ketika kita sedang diliputi oleh masalah pelik. Ketika jiwa mulai putus asa dan lemah, Allah memberikan jalan terang kepada kita sehingga kita mampu menyelesaikan masalah dengan baik.
4. Menghilangkan rasa takut. Melalui dzikir, rasa takut yang meliputi jiwa perlahan-lahan dapat ditundukan. Hilangnya ketakutan ini membuat teguh pendirian. Keteguhan membuat pantang berputus asa sehingga tetap berusaha secara maksimal mencapai keridhoannya dalam kehidupan.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi

Asuhan Keperawatan merupakan serangkaian proses perawatan pasien berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Proses perawatan meliputi penilaian, diagnosis, intervensi, Pelaksanaan dan evaluasi.

Semua langkah metode pengobatan saling terkait dan bergantung. Oleh karena itu langkah-langkah demi langkah harus dilakukan secara komprehensif agar proses keperawatan berjalan lancar berjalan dengan baik. Proses keperawatan adalah metode penyampaian perawatan sistematis dan terorganisir yang berfokus pada jawaban dan respons individu terhadap masalah kesehatan aktual dan potensial dialami oleh kelompok atau individu (Deswani, 2011). Proses pengobatan terdiri dari lima tahap yaitu. pengkajian, diagnosis, perencanaan, Pelaksanaan, sampai evaluasi.

2.4.1 Pengkajian

Identitas pasien dan penanggung jawabnya Bagian ini memuat nama, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, pendidikan, Pernikahan dan hubungan Pasien dan penanggung jawab (Herdman et al., 2021)

1. Biodata

- 1) Identitas Pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, Pendidikan pekerjaan, agama, suku, alamat, status, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnose medis)
- 2) Identitas penanggung jawab (nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien).

2. Alasan Masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan perilaku yang berubah misalnya tertawa sendiri, marah-marah sendiri ataupun terkadang berbicara sendiri.

3. Faktor predisposisi

- 1) Faktor genetis: Telah diketahui bahwa secara *genetis schizophrenia* diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian,

kromosom yang ke beberapa yang menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian.

- 2) Faktor biologis: Adanya gangguan pada otak menyebabkan timbulkan respon neurobiologikal maladaptif.
- 3) Faktor presipitasi psikologis. Keluarga, pengasuh, lingkungan, pola asuhan anak tidak ade kuat, pertengkaran orang tua, penganiyayaan, tindak kekerasan.
- 4) Sosial budaya: kemiskinan, konflik sosial budaya, peperangan, dan kerusuhan.

4. Faktor Presipitasi

- 1) Biologi: berlebihnya proses informasi sistem syaraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak menyebabkan mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu (*mechanisme gathering abnormal*).
- 2) Stress lingkungan
- 3) Gejala-gejala pemicu seperti kondisi kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku.

5. Pemeriksaan Fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien.

6. Psikososial

1) Genogram

Perbuatan genogram minimal 3 generasi yang menggambarkan hubungan klien dengan keluarga, masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, pola asuh, pertumbuhan individu dan keluarga.

2) Konsep diri

a) Gambaran diri

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

b) Identitas diri

Klien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya sendiri merasa bahwa klien tidak berguna.

c) Fungsi peran

Tugas atau peran klien dalam keluarga/pekerjaan/kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, dan bagaimana perasaan klien akibat perubahan tersebut. Pada klien halusinasi bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain, perilaku agresif.

d) Ideal diri

Harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya. Pada klien yang mengalami halusinasi cenderung tidak peduli dengan diri sendiri ,maupun sekitarnya.

e) Harga diri

Klien yang mengalami halusinasi cenderung menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan ia tetap merasa dirinya sangat berharga.

f) Hubungan social

Tanyakan siapa orang terdekat di kehidupan klien tempat mengadu, berbicara, minta bantuan, atau dukungan. Serta tanyakan organisasi yang di ikuti dalam kelompok/ masyarakat. Klien dengan halusinasi cenderung tidak mempunya orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan yang ada dimasyarakat. Lebih senang menyendiri dan asyik dengan isi halusinasinya.

g) Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan. Apakah isi halusinasinya mempengaruhi keyakinan klien dengan Tuhan.

8. Status Mental

1) Penampilan

Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki. Pada klien dengan halusinasi mengalami 25ingkat perawatan diri (penampilan tidak rapi. Penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku 25ingkat dan hitam). Raut wajah Nampak takut, kebingungan, cemas.

2) Pembicaraan

Klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, 25ingka di ajak bicara tidak focus. Terkadang yang dibicarakan tidak masuk akal.

3) Aktivitas motoric

Klien dengan halusinasi tampak gelisah, kelesuan, ketegangan, agitasi, tremor. Klien terlihat sering menutup telinga, menunjukkan 25ingkat tertentu, menggarukgaruk permukaan kulit, sering meludah, menutup hidung

4) Afek emosi

Pada klien halusinasi 25ingkat emosi lebih tinggi, perilaku agresif, ketakutan yang berlebih.

5) Interaksi selama wawancara

Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan) dan kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara) mudah tersinggung.

8. Persepsi-sensori

1) Jenis halusinasi

2) Waktu

Perawat juga perlu mengkaji waktu munculnya halusinasi yang di alami pasien. Kapan halusinasi terjadi? Apakah pagi, siang, sore, malam? Jika muncul pukul berapa?

3) Frekuensi

Frekuensi terjadinya apakah terus-menerus atau hanya sekali-kali, kadang-kadang, jarang atau sudah tidak muncul lagi. Pada klien halusinasi sering kali mengalami halusinasi pada saat klien tidak memiliki kegiatan/saat melamun maupun duduk sendiri.

4) Situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi

Situasi terjadinya apakah ketika sendiri, atau setelah terjadi kejadian tertentu?

5) Respons terhadap halusinasi

Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul.

9. Proses Berfikir

1) Bentuk fikir

Bentuk pemikiran yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada atau tidak mengikuti logika secara umum (tak ada sangkut pautnya antara proses individu dan pengalaman yang sedang terjadi). Klien yang mengalami halusinasi lebih sering was-was terhadap hal-hal yang dialaminya.

2) Isi fikir

Pasien akan cenderung selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersonalisasi yaitu perasaan yang aneh/asing terhadap diri sendiri, orang lain, lingkungan sekitarnya. Berisikan keyakinan berdasarkan penilaian non realistik.

10. Tingkat kesadaran

Pada klien halusinasi sering kali merasa bingung, apatis (acuh tak acuh).

11. Memori

- 1) Daya ingat jangka panjang: mengingat kejadian masa lalu lebih dari 1 bulan.
- 2) Daya ingat jangka menengah: dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir.
- 3) Daya ingat jangka pendek: dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini

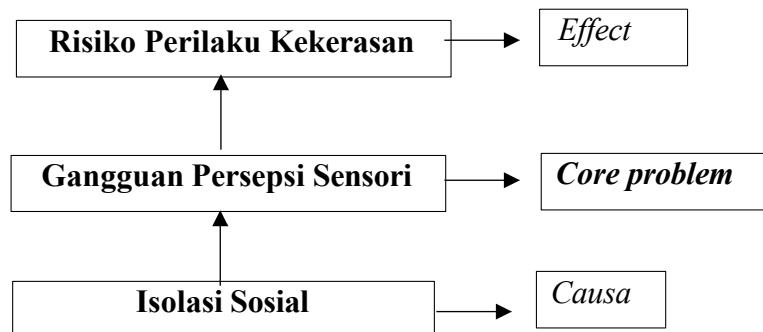
12. Kemampuan mengambil Keputusan

- 1) Gangguan ringan: dapat mengambil keputusan secara sederhana baik dibantu orang lain/tidak.
- 2) Gangguan bermakna: tidak dapat mengambil keputusan secara sederhana cenderung mendengar/melihat ada yang di perintahkan.

13. Aspek Medis

Memberikan penjelasan tentang diagnostik medik dan terapi medis. Pada klien halusinasi terapi medis seperti *Haloperidol* (HLP), *Clapromazine* (CPZ), *Trihexyphenidyl* (THP).

14. Pohon Masalah



Gambar 2-2 Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran (Krisna et al., 2016)

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut TIM POKJA SDKI DPP PPNI, (2022) diagnosis keperawatan yang muncul antara lain:

1. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran
2. Isoalsi sosial

3. Risiko perilaku kekerasan

2.4.3 Diagnosa Prioritas

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

2.4.4 Implementasi

Desain studi kasus ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan proses keperawatan pada 2 pasien yang difokuskan pada salah satu masalah penting dalam kasus asuhan keperawatan halusinasi pendengaran. Studi kasus ini dilakukan dengan cara memberikan intervensi atau perlakuan kemudian dilihat pengaruhnya. Kriteria inklusi pasien yang diberikan terapi psiko: dzikir adalah pasien dengan diagnosa halusinasi pendengaran, pasien kooperatif, bersedia menjadi responden dan beragama Islam.

Sebelum melakukan implementasi peneliti terlebih dahulu membina hubungan saling percaya (BHSP) pada kedua pasien agar mendapat kepercayaan dari pasien. Membina hubungan saling percaya penting dalam perawatan pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran agar terjalin rasa percaya dan aman diantara perawat dan pasien. Setelah terjalin rasa percaya dan aman pasien akan terbuka untuk menceritakan perasaan dan masalah yang dihadapi

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi menurut (Strajhar et al., 2017) proses berkelanjutan dimana efek pekerjaan keperawatan pada klien dievaluasi, reaksi klien terhadap tindakan keperawatan yang diterapkan dievaluasi secara terus menerus. Evaluasi dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu hasil penilaian proses atau formatif, dilakukan setelah setiap prosedur pengobatan dan hasilnya, atau penilaian sumatif, dilakukan dengan membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan sebelumnya. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP dengan penjelasan sebagai berikut:

S: Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan. Dapat diukur dengan menanyakan pertanyaan sederhana terkait dengan

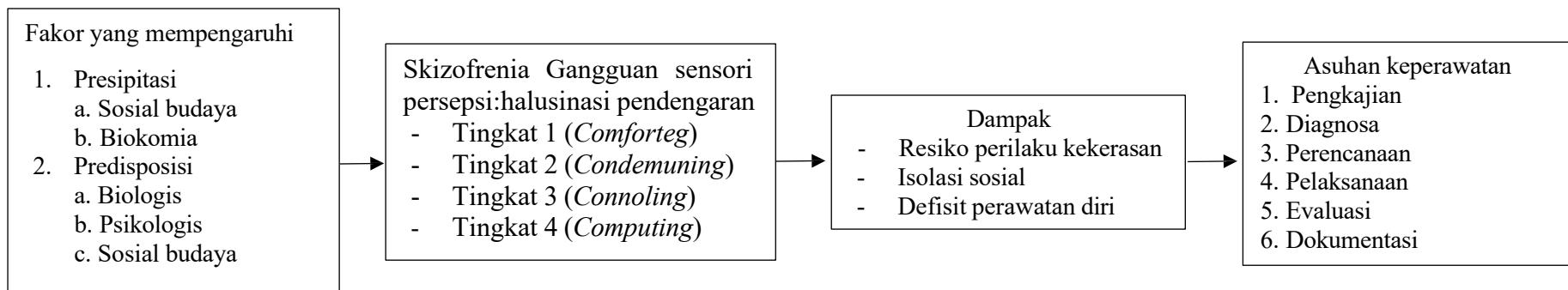
tindakan keperawatan seperti “coba sebutkan Kembali bagaimana cara mengontrol atau memutuskan halusinasi yang benar?”.

O: Respon objektif dari klien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan. Dapat diukur dengan mengobservasi prilaku klien pada saat tindakan dilakukan.

A: Analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap muncul, masalah baru, atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan dengan hasil tujuan.

P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut perawat.

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2-3 Kerangka Teori

(Azahra Felia Renita Putri, 2020)