BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian

Menurut Herman (2011) Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir, afek/ emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi, asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi.

2. Etiologi

Gangguan skizofrenia dapat terjadi karena (Herman,2011)

a. Faktor genetika

Individu yang memiliki hubungan sebagai ayah, ibu, saudara atau anak dari pasien yang mengalami gangguan jiwa memiliki kecenderungan 10%, sedangkan keponakan atau cucu kejadiannya 2-4 %. Individu yang memiliki hubungan sebagai kembar identik dengan pasien yang mengalami gangguan jiwa memiliki kecenderungan 46-48%, sedangkan kembar dizygot memiliki kecenderungan 14-17 %. Faktor genetik tersebut sangat ditunjang dengan pola asuh yang diwariskan sesuai dengan pengalaman yang dimiliki oleh anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

b. Faktor Neurobehavioral

Kerusakan pada bagian-bagian otak tertentu ternyata memegang peranan pada timbulnya gejala-gejala gangguan jiwa, misalnya:

1) Kerusakan pada lobus frontalis: menyebabkan kesulitan dalam proses pemecahan masalah dan perilaku yang mengarah pada tujuan, berfikir abstrak, perhatian dengan manifestasi gangguan psikomotorik.
2) Kerusakan pada Basal Gangglia dapat menyebabkan distonia dan tremor.

3) Gangguan pada lobus temporal limbic akan meningkatkan kewaspadaan, distractibility, gangguan memori *(short time*).

c. Faktor Psikologik

Kehilangan yang mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu, atau rasa bersalah.

3. Manifestasi Klinis

Gejala-gejala dari skizofrenia (keliat, 2011) adalah sebagai berikut:

a. Gejala positif dapat berupa, sebagai berikut:
   1) Waham merupakan keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).
   2) Halusinasi merupakan gangguan penerimaan panca indera tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman, perabaan).
   3) Perubahan arus pikir dapat berupa sebagai berikut:
      a) Arus pikir terputus yaitu dalam peembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
      b) Inkoheren yaitu berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (berbicara kacau).
      c) Neurologisme yaitu menggunakan kata-kata yang dimengerti oleh diri sendiri, tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
   4) Perubahan perilaku
      a) Hiperaktif merupakan perilaku motorik yang berlebiham.
      b) Agistasi merupakan perilaku yang menunjukkan kegelisahan.
      c) Iritabilitas merupakan perasaan mudah tersinggung.

b. Gejala negatif dapat berupa sebagai berikut:
   1) Sikap masa bodoh (apatis)
   2) Pembicaraan terhenti tiba-tiba (*blocking)*.
   3) Menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi sosial)
   4) Menurunnya kinerja atau aktivitas sehari-hari.

4. Jenis Skizofrenia

   Menurut PPDGJ- III yaitu :

   a. Skizofrenia Paranoid : ditandai dengan waham kejar (rasa menjadi korban atau dimata-matai) atau waham kebesaran, halusinasi, dan kadang- kadang keagamaan yang berlebihan (fokus waham agama), perilaku agresif dan bermusuhan.
   b. Skizofrenia Hebefrenik : Diagnosa hebefrenia untuk pertama kalinya hanya ditegakkan pada usia remaja atau dewasa muda (onset biasanya mulai 15-25 tahun). Kepribadian premorbid menunjukkan ciri khas: pemalu dan senang menyendiri *(solitary),* Untuk diagnosis yang meyakinkan umumnya diperlukan pengamatan continue selama 2 atau 3 bulan, untuk memastikan bahwa gambaran yang khas yaitu perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan, serta mannerisme ada kecenderungan untuk selalu menyendiri (*solitary)*, dan perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan, afek pasien dangkal *(shallow*) dan tidak wajar (inap propriate), sering disertai oleh cekikikan (*gigling)* atau perasaan puas diri *(self-satisfied),* senyum sendiri,sikap tinggi hati, tertawa menyeringai, mannerisme, mengibuli secara bersenda gurau, dan ungkapan kata yang berulang-ulang.
   c. Skizofrenia Katatonik : ditandai dengan gangguan psikomotor yang nyata, baik dalam bentuk tanpa gerakan atau aktivitas motorik yang berlebihan, negativisme yang eksterm, multivisme, gerakan volunter yang aneh.
   d. Skizofrenia Tak Terinci : Tipe ini merupakan tipe yang menampilkan perubahan pola simptom-simptom yaang cepat menyangkut semua indikator skizofrenia. Misalnya, indikasi yang sangat ruwet, kebingungan, emosi yang tidak dipegang karena berubah-ubah atau salah, adanya ketergugahan yang sangat besar, autisme seperti mimpi, depresi, dan sewaktu-waktu juga ada fase yang menunjukkan ketakutan.
   e. Skizofrenia Residual : Tipe ini merupakan kategori yang dianggap lepas telah terlepas dari skizofrenia tetapi masih memperlihatkan

gejala-gejala residual atau sisa, seperti keyakinan-keyakinan negatif, atau mungkin masih memiliki ide-ide tidak wajar yang tidak sepenuhnya delusional. Gejala-gejala residual itu dapat meliputi menarik diri secara sosial, pikiran-pikiran ganjil, inaktivitas, dan efek datar.

f. Skizofrenia pasca-skizofrenia
g. Skizofrenia simpleks
h. Skizofrenia lainnya
i. Skizofrenia YTT

5. Fase Skizofrenia

Menurut (Keliat, 2011) Fase skizofrenia dibagi menjadi dua yaitu

a. Fase akut

Fase mulai munculnya gejala sampai dengan 6 bulan, ditandai dengan gejala positif dan negatif.

b. Fase kronik

Diagnosis skizofrenia kronik ditandai dengan gejala akut, sudah berlangsung 6 bulan atau lebih, disertai dengan tidak memperhatikan kebersihan diri, gangguan motorik atau pergerakan.

6. Test Diagnostik

Menurut (Ade Herman, 2011)

a. CT scan

Dapat menunjukkan struktur abnormalitas otak pada beberapa kasus skizofrenik (misalnya atrofi labus temporal) pembesaran ventrikel dengan rasio ventrikel-otak meningkat yang dapat dihubungkan dengan derajat gejala yang dapat dilihat.

b. Pemindai PET (*Positron Emission Topography)*

Mengukur aktivitas metabolik dan area spesifik otak dan dapat menyatakan aktivitas metabolik yang rendah dari lobus frontal, terutama pada area prefrontal dari korteks serebral.

c. MRI

Memberi gambaran otak tiga dimensi : dpat memperlihatkan gambaran lebih kecil dari lobus frontal rata-rata, atrofi lobus

temporal (terutama hipokampus, girus, parahipokampus, dan girus temporal superior).

d. RCBF (*Regional Cerebral Blood Flow*)

Memetakan aliran darah dan menyatakan intensitas aktivitas pada daerah otak yang bervariasi.

e. BEAM (*Brain Electrical Activity Mapping*)

Menunjukkan respon gelombang otak terhadap rangsangan yang bervariasi disertai dengan adanya respon yang menghambat dan menurun, kadang-kadang di lobus temporal dan sistem limbik.

f. ASI *(Addiction Saverity Index*)

Menentukan masalah-masalah ketergantungan (ketergantungan zat) yang mungkin dikaitkan dengan penyakit mental, dan mengindikasi area pengobatan yang diperlukan.

g. Uji Psikologis (misal MMPI)

Menyatakan kerusakan pada satu area atau lebih, catatan : tipe paranoid biasanya menunjukkan sedikit atau tidak ada kerusakan.

7. Penatalaksanaan Skizofreni (Menurut Videback, 2008)

a. Metode Biologis

Obat psikosis akut dengan obat anti psikotik, lebih disukai dengan anti psikotik atypical baru (kisaran dosis ekuivalen = chlorpromaxine 300-600 mg/hari). Ketidakpatuhan minum obat sering terjadi, oleh karena itu perlu diberikan depo flufenazine atau haloperidol kerja-lama merupakan obat terpilih. Penambahan litium, benzodiazepine, atau diazepam 15-30 mg/hari atau klonazepam 5-15 mg/hari sangat membantu menangani skizofrenia yang disertai dengan kecemasan atau depresi. Tetapi kejang listrik dapat bermanfaat untuk mengontrol dengan cepat beberapa psikosis akut. Sangat sedikit pasien skizofrenia yang tidak berespon dengan obat-obatan dapat membaik dengan ECT.

b. Metode Psikofarmakologi

Jenis psikotropika (obat yang digunakan untuk mengobati gangguan jiwa). Klorpromazin (Thorazine), suatu antipsikotik, dan litium, suatu agens antimanik, adalah obat-obatan pertama yang dikembangkan. Antidepresan inhibitor monoamin oksidase:

Haloperidol (Haldol), suatu antipsikotik antidepresan trisiklik dan agrns antiansietas yang disebut Benzodiazepin diperkenalkan lebih dari 10 tahun kemudian. Untuk pertama kali. Obat yang benar-benar mengurangi agitasi, pemikiran psikotik, dan depresi, memperbaiki kondisi banyak pasien. .

B. Halusinasi

1. Pengertian

Perssepsi merupakan proses mental yang terjadi pada diri individu yang akan menunjukkan bagaimana kerja panca indera di sekitar kita. Gangguan persepsi adalah ketidakmampuan individu menerima hasil kerja panca indera berupa pengalaman dan hasil pengolahan otak.

(Erlinafsiah, 2011)

Halusinasi merupakan persepsi yang salah tentang suatu objek, gambaran dan pikiran yang sering teerjadi tanpa adanya pengaruh rangsang dari luar yang terjadi pada semua sistem penginderaan dan hanya dirasakan oleh klien tetapi tidak dapat dibuktikan dengan nyata dengan kata lain objek tersebuut tidak ada secara nyata (Erlinafsiah, 2011)

Halusinasi merupakan penginderaan tanpa sumber rangsang eksternal, hal ini dibedakan dari distorsi atau ilusi yang merupakan tanggapan salah dari rangsang yang nyata ada. Pasien merasakan halusinasi sebagai sesuatu yang amat nyata ada. (Kaplan & Sadock, 2006)

Halusinasi adalah persepsi klien yang salah terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, memberi persepsi yang salah atau pendapat tentang sesuatu tanpa ada objek/ rangsang yang nyata dan hilangnya kemampuan manusia untuk membedakan rangsang internal pikiran dan rangsang eksternal (dunia luar) (Trimelia,2011)

Pasien dengan skizofrenia merupakan gejala utama penurunan persepsi sensori halusinasi. Jasa halusinasi yang umum terjadi adalah halusinasi pendegaran dan penglihata. Gangguan halusinasi ini umumnya mengarah pada perilaku yang

membahayakan orang, klien sendiri dan lingkungan (Erlinafsiah, 2011)

2. Etiologi

   Etiologi halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi (Dermawan, 2013):

   a. Dimensi fisik

      Halusinasi dapat meliputi kelima indera, tapi yang paling sering ditemukan adalah halusinasi pendengaran, halusinasi dapat ditimbulkan dari beberapa kondisi seperti kelelahan yang luar biasa. Penggunaan obat-obatan demam tinggi hingga terjadi delirium intoksikasi, alkohol, dan kesulitan-kesulitan untuk tidur dan dalam jangka waktu yang lama.

   b. Dimensi emosional

      Terjadi halusinasi karena ada perasaan cemas yang berlebihan yang tidak dapat diatasi. Isi halusinasi : perintah memaksa dan menakutkan, tidak dapat dikontrol dan menentang. Sehingga menyebabkan klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

   c. Dimensi intelektual

      Penunjukkan penurunan fungsi ego. Awalnya halusinasi merupakan usaha ego sendiri melawan impuls yang menekan menimbulkan kewaspadaan mengontrol perilaku dan mengambil seluruh perhatian klien.

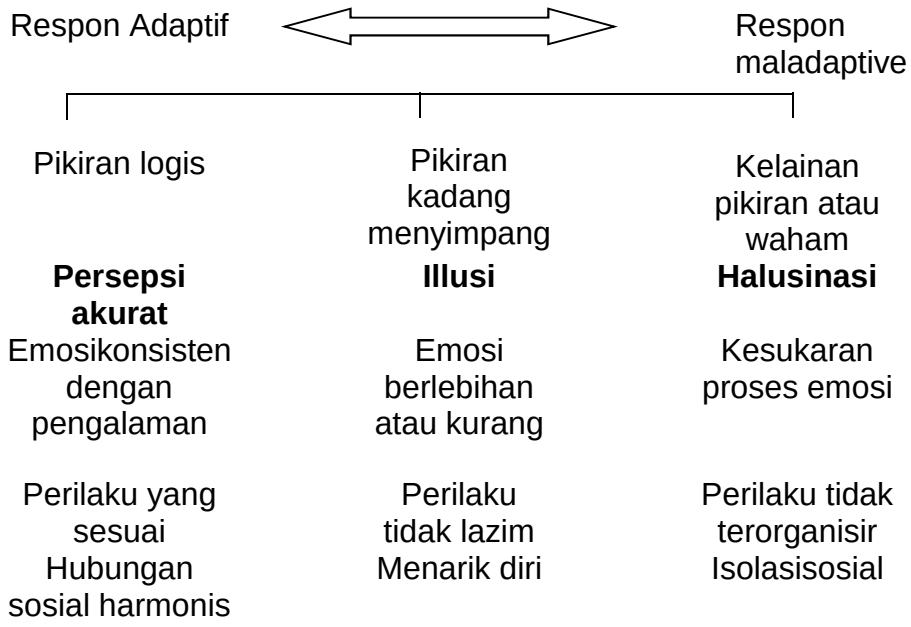
   d. Dimensi sosial

      Halusinasi dapat disebabkan oleh hubungan interpersonal yang tidak memuaskan sehingga kopping yang digunakan untuk menurunkan kecemasan akibat hilangnya kontrol terhadap diri, harga diri, maupun interaksi sosial dalam dunia nyata sehingga klien cenderung menyendiri dan hanya bertuju pada diri sendiri.

   e. Dimensi spiritual

      Klien yang mengalami halusinasi yang merupakan makhluk sosial, mengalami ketidakharmonisan berinterasi. Penurunan kemampuan untuk menghadapi stress dan kecemasan serta menurunnya kualitas untuk menilai keadaan sekitarnya. Akibat saat halusinasi menguasai dirinya, klien akan kehilangan kontrol terhadap kehidupan.

3. Rentang Respon Neurobiologis



Gambar 2.1.

Rentang Respon Neurobiologik (Herman, 2011)

Keterangan:

a. Respon adaptif adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu terssebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut.
   1) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
   2) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
   3) Emosi konsisten pada pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
   4) Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
   5) Hubungan sosial adalah proses sesuatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

b. Proses psikososial meliputi:
   1) Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
   2) Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (obyek nyata) karena rangsangan panca indera.
   3) Emosi berlebihan atau berkurang.
   4) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
   5) Menarik diri yaitu percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

c. Respon maladaptif

   Respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif meliputi:
   1) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
   2) Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
   3) Kerusakan proses eksternal adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
   4) Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu perilaku yang tidak teratur.
   5) Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

4. Psikodinamika
   a. Faktor Predisposisi (Dermawan, 2013)
      1) Faktor biologis

         Adanya hambatan dalam perkembangan otak khusus korteks lobus provital, temporal, dan limbik yang disebabkan gangguan perkembangan dan fungsi susunan saraf pusat. Sehingga menyebabkan hambatan dalam belajar, berbicara, daya ingat dan mungkin perilaku menarik diri, perilaku menarik diri menyebabkan

orang tidak mau berespon dengan realita dapat hilang dan sulit membedakan rangsang internal dan eksternal

2) Faktor psikologis

Halusinasi dapat terjadi pada orang yang mempunyai keluarga overprotektif sangat cemas. Hubungan dalam keluarga yang dingin dan tidak harmonis, perhatian dengan orang lain yang sangat berlebih ataupun yang sangat kurang sehingga menyebabkan koping individu dalam menghadapi stress tidak adaptif

3) Faktor sosial budaya

Kemiskinan dapat sebagai faktor terjadi halusinasi bila individu mempunyai koping yang tidak efektif maka ia akan suka berkhayal menjadi orang hanya dan lama kelamaan.

b. Faktor Presipitasi (Trimelia, 2011)

1) Faktor biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologik yang maladaptif termasuk gangguan dalam putaran umpan balik otak yang mengatur proses informasi dan adanya abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi rangsangan.

2) Faktor pemicu gejala

Pemicu atau stimulus yang sering menimbulkan episode baru suatu peyakit yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis yang maladaptif berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku individu.

c. Penilaian Terhadap Stressor

Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul. Perawat dapat menanyakan pada pasien hal yang dirasakan atau dilakukan saat halusinasi timbul. Perawat dapat juga menanyakan kepada keluarga atau orang terdekat dengan pasien. Selain itu dapat juga dengan mengobservasi perilaku pasien saat halusinasi timbul. Kecermatan perawat akan meningkatkan kualitas asuhan terhadap pasien dengan gangguan ini

Perilaku klien yang mengalami halusinasi sangat tergantung pada jenis halusinasinya. Apabila perawat mengidentifikasi adanya tanda –tanda dan perilaku halusinasi maka pengkajian selanjutnya harus dilakukan tidak hanya sekedar mengetahui jenis halusinasi saja. Validasi informasi tentang halusinasi yang diperlukan meliputi:

a. Isi halusinasi

   Ini dapat dikaji dengan menanyakan suara siapa yang didengar, apa yangdikatakan suara itu, jika halusinasi audiotorik. Apa bentuk bayangan yang dilihat oleh klien, jika halusinasi visual, bau apa yang tercium jika halusinasi penghidu, rasa apa yang dikecap jika halusinasi pengecapan,dan apa yang dirasakan dipermukaan tubuh jika halusinasi perabaan.

b. Waktu dan frekuensi.

   Ini dapat dikaji dengan menanyakan kepada klien kapan pengalaman halusinasi muncul, berapa kali sehari, seminggu, atau sebulan pengalaman halusinasi itu muncul. Informasi ini sangat penting untuk mengidentifikasi pencetus halusinasi dan menentukan bilamana klien perlu perhatian saat mengalami halusinasi.

c. Situasi pencetus halusinasi.

   Perawat perlu mengidentifikasi situasi yang dialami sebelum halusinasi muncul. Selain itu perawat juga bias mengobservasi apa yang dialami klien menjelang munculnya halusinasi untuk memvalidasi pernyataan klien.

d. Respon Klien

   Untuk menentukan sejauh mana halusinasi telah mempengaruhi klien bisa dikaji dengan apa yang dilakukan oleh klien saat mengalami pengalaman halusinasi. Apakah klien masih bisa mengontrol stimulus halusinasinya atau sudah tidak berdaya terhadap halusinasinya.

   Halusinasi berkembang meliputi empat fase, yaitu sebagai berikut:

   1) Fase pertama

      Disebut juga dengan fase comporting yaitu fase yang menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan

nonpsikotik. Karakteristik: pasien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan. Pasien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara. Perilaku pasien : tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya, dan suka menyendiri.

2) Fase kedua

Disebut dengan fase condemming atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikkan, termasuk dalam psikotik ringan. Karakteristik: pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun, dan berfikir sendiri jika dominan. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas. Pasien tidak ingin orang lain tahu,dan ia tetap dapat mengontrolnya. Perilaku pasien meningkatkan tanda-tanda sistem syaraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah. Pasien asyik dengan halusinasinya dan tidak bisa membedakan realitas.

3) Fase ketiga

Fase ini disebut controlling atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Termasuk dalam gangguan psikotik. Karakteristik: bisikan, suara, isi halusinasi, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik. Tanda-tanda fisik berupa pasien berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah.

4) Fase keempat

Fase ini disebut fase conquering atau panik yaitu pasien lebur dengan halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat. Karakteristik: halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah dan memarahi pasien. Pasien menjadi tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain di lingkungan. Perilaku pasien, perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau kakatonik, tidak

mampu merespon terhadap perintah kompleks dan tidak mampu merespon lebih dari satu orang. (Herman, 2011)

5. Manifestasi klinis

   Gejala dari halusinasi menurut Dermawan (2013) yaitu:

   a. Bicara atau tertawa sendiri
   b. Marah0marah tanpa sebab
   c. Menyedengkan telinga kearah tertentu
   d. Menutup telinga

6. Sumber Koping

   Sumber koping seseorang individual dan alamiah serta tergantung pada luasnya gangguan neurobilogical. Sumber koping tersebut sebagai modal untuk memecahkan atau menyelesaikan masalah. Dukungan sosial dan keyakinan budaya serta dukungan keluarga, dapat membantu seseorang menginterprestasikan pengalaman yang menimbulkan stress dan mengadopsi strategi koping yang berhasil

7. Mekanisme Koping

   Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri dari pegalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiology termasuk :

   a. Regresi, menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali seperti pada perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya, untuk menanggulangi ansietas.
   b. Proyeksi, keinginan yang tidak dapat ditoleransi, mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (sebagai upaya untuk menjelaskan keracunan persepsi).
   c. Menarik diri, reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis, reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindar 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. (Ermawati, 2009)

8. Penatalaksanaan

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang paling sering terjadi pada gangguan skizofrenia. Dimana skizofrenia merupakan jenis psikosis, adapun tindakan penatalaksanaan dilakukan dengan berbagai terapi yaitu dengan :

a. Terapi Modalitas

Beberapa terapi modalitas yang secara umum dilaksanakan:

1) Terapi bermain

Perawat terapis mengarahkan klien untuk mengekspresikan perasaan dan perhatiannya melalui aktivitas bermain. Dalam berkomunikasi pada anak-anak lebih baik melalui permainan daripada dengan kemampuan verbal mereka. Terapi ini juga sudah berhasil digunakan pada orang dewasa yang menderita gangguan jiwa.

2) Terapi aktivitas kelompok (TAK)

Perawat terapis dan enam sampai dengan delapan orang klien bertemu. Dengan tujuan membantu klien bertemu. Dengan tujuan membantu klien mengembangkan perilaku yang efektif, menetapkan tindakan yang akan dilakukan serta meningkatkan pertumbuhan diri.

3) Terapi individual

Pembentukan hubungan yang terstruktur dan satu persatu antara perawat dengan klien untuk mencapai perubahan pada diri klien, mengembangkan suatu pendekatan yang unik dalam rangka menyelesaikan konfllik, dan mengurangi penderitaan serta untuk memenuhi kebutuhan klien

4) Terapi milieu

Terapi ini mempunyai tujuan untuk memampukan klien hidup di luar lingkungan, rumah sakit dan institusi. Perawat menggunakan semua aspek lingkungan secara terapeutik.

5) Terapi perilaku

Terapi perilaku telah menjadi terapi modalitas bagi semua usia baik anak-anak, remaja juga dewasa. Perilaku dapat dipelajari,

perilaku sehat dapat dipelajari dan menggantikan perilaku yang tidak sehat.

6) Terapi singkat

Terapi singkat paling efektif digunakan pada klien yang pandai, cakap bicara, dapat menyelesaikan masalah dan relatif berfungsi baik, terapi ini kurang tepat untuk klien yang depresi hebat, cenderung bunuh diri, gangguan kepribadian, dan skizofrenia

b. Terapi Psikofarmaka

1) Obat Antipsikosis

Obat-obatan yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikosis pada pasien skizofrenia adalah obat-obatan antipsikosis. Klasifikasi antipsikosis (Transquailizer mayor, neurolepatik, antiemetic)

2) Antidepresan

Obat-obatab ini pada dasarnya digunakan untuk meningkatkan suasana hati dan mengurangi gejala lainnya yang berhubungan dengan depresi sedang sampai berat

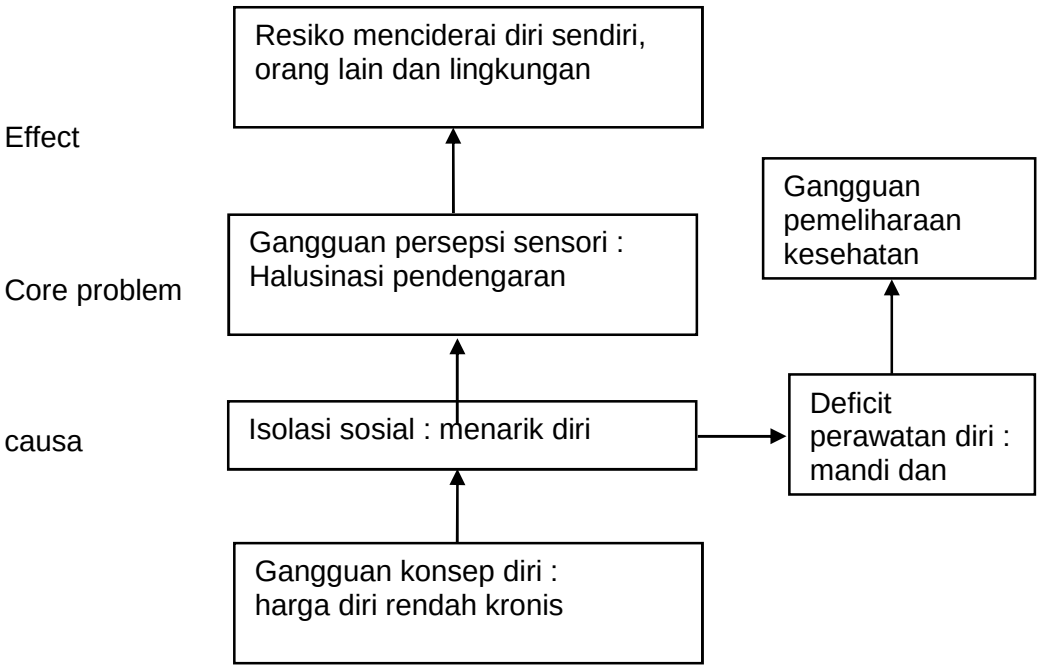
3) Antiansietas

Obat ini dapat digunakan untuk mengontrol kelainan ansietas, kelainan somatoform, kelaianan disosiatif, kelainan kejang, dan untuk meringankan sementara gejala insomnia dan ansietas

c. Terapi Somatik

Pengobatan dengan terapi somatik semakin canggih dan terus berkembang. Salah satu dengan pengobatan ECT. ECT merupakan suatu jenis terapi fisik dimana arus listrik digunakan pada otak melalui elektroda yang ditempatkan pada satu atau dua tempel di pelipis. Arus tersebut menimbulkan kejang grand mall, dan harapan dari dilakukannya ECT efek terapeutik dapat tercapai

9. Pohon Masalah



Gambar. 2.2. Pohon masalah perubahan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran (Keliat : 2005)

10. Diagnosa Keperawatan
    a. Resiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
    b. Perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.
    c. Isolasi sosial : menarik diri.
    d. Gangguan konsep diri: harga diri rendah kronis.
    e. Defisit perawatan diri : mandi dan berhias.
    f. Gangguan pemeliharaan kesehatan.