

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian

Skizofrenia adalah kepribadian yang terpecah antara : pikiran, perasaan, dan perilaku. Dalam artian apa yang dilakukan tidak sesuai dengan pikiran dan perasaannya. Secara spesifik adalah orang yang mengalami gangguan emosi, pikiran, dan perilaku (Faisal, 2008)

Skizofrenia adalah suatu penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (Ade Herman, 2011)

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kemauan, dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi : asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi (Ade Herman, 2001)

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), efek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat, 2011).

2. Etiologi

Menurut Videbeck (2008) penyebab skizofrenia antara lain :

Teori biologi skizofrenia berfokus pada faktor genetic. Faktor neuroanatomi dan neurokimia (struktur dan fungsi otak), serta imunovirologi (respon tubuh terhadap pajanan suatu virus).

a. Faktor genetic

Kebanyakan penelitian genetic berfokus pada orang tua, saudara kandung dan anak-cucu untuk melihat apakah skizofrenia diwariskan atau diturunkan secara genetic. Penelitian menunjukkan bahwa kembar identik berisiko mengalami gangguan ini sebesar 50%, sedangkan kembar fraternal hanya 15%. Anak-anak yang memiliki satu orang tua biologis penderita skizofrenia berisiko 15% angka ini

meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia (Videbeck, 2008).

b. Faktor neuroanatomi dan neurokimia

Peelitian struktur otak (neuroanatomi) dengan CT Scan, MRI, maupun PET meunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relative lebih sedikit; hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selajutnya. CT Scan menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi jorteks otak. Peelitian PET meunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada korteks frontal otak.

Teori neurokimia yang paling terkenal saat ini mencakup dopamine dan serotonin. Teori yang terkenal memperlihatkan kelebihan dopamine sebagai faktor penyebab dikembangkan berdasarkan dua tipe observasi. Pertama, obat-obatan yang meningkat aktivitas pada system dopamineregik, seperti amfetamin dan levodopa, kadang-kadang menyebabkan reaksi psikotik paranoid yang dama dengan skozofrenia (Videbeck, 2008). Kedua, obat-obatan yang menyekat reseptor dopamine pasca sinaptik mengurangi gejala psikotik, pada kenyataannya, semakin besar kemampuan obat untuk menyekat reseptor dopamine, semakin efektif obat tersebut dalam mengurangi gejala skizofrenia (Videbeck, 2008).

c. Faktor imunovirologi

Ada teori populer yang meyatakan bahwa perubahan patologi otak pada individu pederita skizofrenia dapat disebabkan oleh pajanan virus, atau respon imun tubuh terhadap virus dapat megubah fisiologi otak. Walaupun ilmuwan terus meneliti hal ini, tidak banyak penelitian mampu memvalidasi teori tersebut (Videbeck, 2008).

3. Manifestasi Klinis

Menurut (Keliat, 2011) tanda dan gejala skizofrenia adalah sebagai berikut:

a. Gejala Positif

1) Waham

Keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).

2) Halusinasi

Gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (Halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman dan perabaan).

3) Perubahan Arus Pikir

a) Arus pikir terputus

Dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.

b) Inkoheren

Berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (Bicara kacau)

c) Neologisme

Menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri, tetapi tidak dimengerti orang lain.

4) Perubahan Perilaku

a) Hiperaktif

Perilaku motorik yang berlebihan

b) Agitasi

Perilaku yang menunjukkan kegelisahan

c) Iritabilitas

Mudah tersinggung

b. Gejala Negatif

1) Sikap masa bodoh (apati)

2) Pembicaraan terhenti tiba-tiba (blocking)

3) Menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi sosial)

4) Menurunnya kinerja atau aktifitas sosial sehari-hari

4. 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.

5. Jenis Skizofrenia

Menurut Dr. Rusdi Maslim (2001) di dalam buku saku PPDGJ- III, Skizofrenia terbagi menjadi beberapa jenis yaitu :

a. Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia paranoid ditandai dengan kecurigaan ekstrem terhadap orang lain dan dengan halusinasi serta waham curiga (paranoia) dan waham kebesaran. Individu sering kali tegang dan bersikap hati-hati dan argumentatif, kasar dan agresif.

b. Skizofrenia Hebefrenik

Gejala utamanya adalah gangguan proses berfikir, kemauan dan adanya depersonalisasi, Schizophrenia hebephrenic (*Disorganized Schizophrenia*) merupakan jenis schizophrenia yang ditandai dengan adanya percakapan dan perilaku yang kacau, serta efek yang datar atau tidak tepat, gangguan asosiasi, pasien mempunyai sikap yang aneh, menunjukkan perilaku menarik diri secara sosial yang ekstrim, mengabaikan hygiene dan penampilan diri, biasanya terjadi sebelum usia 25 tahun (Isaac, 2005).

c. Skizofrenia Katatonik

Skizofrenia katatonik dimanifestasikan dalam bentuk stupor (retardasi psikomotor, mutisme, negativisme, dan rigiditas) atau kegaduhan (agitasi psikomotor ekstrem, mengakibatkan kelelahan atau kecenderungan mencederai diri sendiri atau orang lain bila tidak dihentikan)

- d. Skizofrenia Tak Terinci

Jenis skizofrenia ini ditandai dengan perilaku tidak terarah dan gejala psikosis (misalnya waham, halusinasi, inkoheren, perilaku tak terarah yang tampak jelas) yang dapat muncul pada lebih dari satu kategori skizofrenia.
 - e. Skizofrenia Residual

Perilaku pada skizofrenia residual adalah eksentrik, tetapi gejala psikosis jika ada tidak menonjol. Menarik diri dan afek yang tidak sesuai merupakan tanda khas gangguan ini. Pasien mempunyai riwayat paling tidak satu episode skizofrenia dengan gejala psikosis menonjol.
 - f. Skizofrenia Simpleks
 - g. Skizofrenia Lainnya
 - h. Depresi Pasca Skizofrenia
 - i. Skizofrenia YTT (Yang Tak Tergolongkan)
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. *ECT (Electro Convulsif Therapy)*

Suatu tindakan terapi menggunakan aliran listrik melalui elektroda yang di tempelkan di pelipis klien untuk membangkitkan kejang grandmall.
 - c. *EEG (Electroencephalogam)*

Suatu pemeriksaan yang bertujuan memberikan informasi penting tentang kerja dan fungsi otak.
 - d. *SPECT (Single Photon Emission Tomography)*

Melihat wilayah otak dan tanda-tanda abnormalitas pada otak serta menggambarkan perubahan-perubahan aliran darah yang terjadi.
 - e. *Pemindai PET (Positron Emission Tomography)*

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

f. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

Memberi gambaran otak tiga dimensi : dapat memperlihatkan gambaran lebih kecil dari lobus frontal rata-rata, atrofi lobus temporal (terutama hipokampus, girus, parahipokampus, dan girus temporal superior).

g. RCBF (*Regional Cerebral Blood Flow*)

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

h. 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.

i. ASI (*Addiction Severity Indeks*)

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

j. Uji Psikologis (Misalnya MPPI)

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

7. Penatalaksanaan Skizofrenia

Menurut Tomb (2004), pengobatan untuk penderita skizofrenia dapat menggunakan beberapa metode antara lain :

a. Metode Biologis

Obat psikosis akut dengan obat anti psikotik, lebih disukai dengan anti psikotik atypical baru (kisaran dosis ekuivalen = chlorpromazine 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 Psikoterapi

Menurut Hawari, 2006 jenis psikoterapi yang dilakukan untuk menangani penyakit skizofrenia antara lain :

1) Psikoterapi suportif

Bentuk terapi yang bertujuan memberikan dorongan semangat dan motivasi agar penderita tidak merasa putus asa dan semangat juangnya (fighting spirit) dalam menghadapi hidup.

2) Psikoterapi redukatif

Bentuk terapi yang dimaksudkan memberi pendidikan ulang untuk merubah pola pendidikan lama dengan yang baru sehingga penderita lebih adaptif terhadap dunia luar.

3) Psikoterapi rekonstruksi

Terapi yang dimaksudkan untuk memperbaiki kembali kepribadian yang mengalami keresahan.

4) Terapi Tingkah Laku

Adalah terapi yang bersumber dari teori psikologi tingkah laku (behavior psichology) yang mempergunakan stimulasi dan respon modus operandi dengan pemberian stimulasi yang positif akan timbul proses positif.

5) Terapi Keluarga

Bentuk terapi yang menggunakan media sebagai titik tolak terapi karena keluarga selain sumber terjadinya gangguan tingkah laku juga sekaligus sarana terapi yang dapat mengembalikan fungsi psikis dan sosial melalui komunikasi timbal balik.

6) Psikoterapi Kognitif

Memulihkan kembali fungsi kognitif sehingga mampu membedakan nilai-nilai sosial dan etika.

B. Halusinasi

1. Pengertian

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi resepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara (Ade Herman, 2011).

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan sensori persepsi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa, klien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan tanpa stimulus nyata (Keliat 2012).

Halusinasi adalah penginderaan tanpa rangsangan eksternal yang berhubungan dengan salah satu jenis indera tertentu yang khas (Deden Dermawan, 2013)

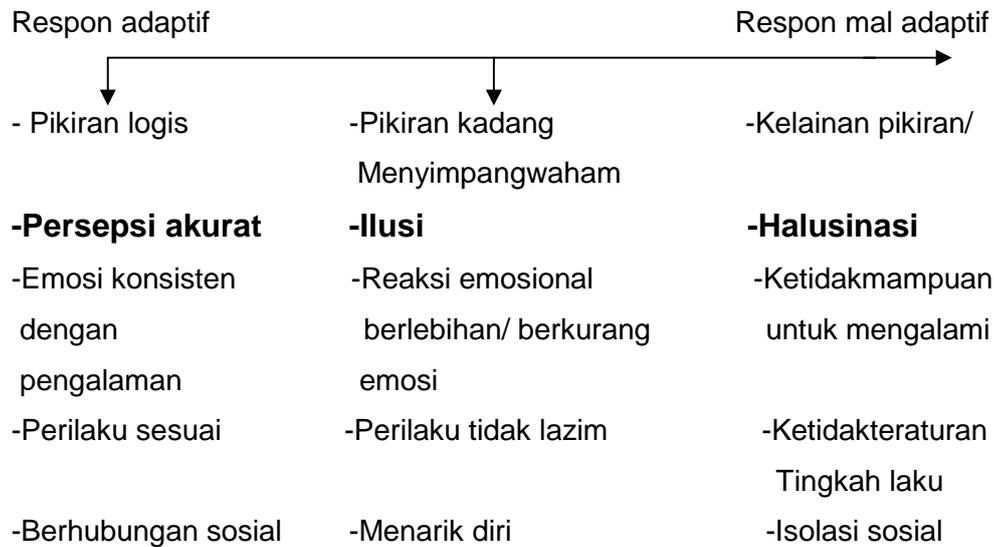
Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami satu gangguan sensori persepsi terhadap lingkungan sekitar tanpa adanya stimulus luar baik secara penglihatan, pendengaran, pengecapan, perabaan dan penciuman.

2. Etiologi

Gangguan otak karena keracunan, obat halusinogenik, gangguan jiwa seperti : emosi tertentu yang dapat mengakibatkan ilusi, psikosis yang dapat menimbulkan halusinasi, dan pengaruh sosial budaya, sosial budaya yang berbeda menimbulkan persepsi berbeda atau orang yang berasal dari sosial budaya yang berbeda

3. Rentang Respon

Respon perilaku pasien dapat diidentifikasi sepanjang rentang respon yang berhubungan dengan fungsi neurobiologik (Stuart and Sundeen, 2007)



Gambar 2.1 Rentang Respon Neurobiologis
(Stuart and Sundeen, 2007)

Dari rentang respon neurobiologis diatas dapat dijelaskan keadaan adaptif sampai maladaptif sebagai berikut :

a. Respon neurobiologis adaptif

- 1) Pikiran logis adalah keadaan dimana individu dapat memikirkan sesuatu dengan kenyataan atau realita.
- 2) Persepsi akurat adalah daya mengenal barang, kualitas atau hubungan serta perbedaan antara hal ini melalui proses mengamati, mengetahui, dan mengartikan setelah panca indra mendapat rangsang dan mampu mempersepsikan sesuai dengan stimulus yang diterima.
- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman adalah reaksi emosi yang sesuai dengan yang dialami atau kejutan yang sedang terjadi.
- 4) Perilaku sesuai adalah keadaan dimana individu sesuai apa yang sedang dialami atau dihadapi.
- 5) Hubungan sosial harmonis adalah keadaan dimana individu mampu menjalin hubungan dengan orang lain dan sekitar dengan selaras.

b. Respon Neurobiologis Border Line

- 1) Pikiran kadang menyimpang adalah keadaan dimana individu kadang-kadang tidak mampu berfikir secara realita dan kemampuan yang dimiliki.
- 2) Ilusi adalah interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang sungguh terjadi karena rangsang pada panca indra.
- 3) Emosi berlebihan atau kurang adalah reaksi emosi dari individu yang diekspresikan menjadi tidak wajar.
- 4) Perilaku tidak lazim atau tidak biasa adalah perilaku yang diperlihatkan oleh individu yang tidak sesuai dengan kenyataan atau apa yang dihadapi
- 5) Menarik diri adalah suatu keadaan dimana seseorang menemukan kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain.

c. Respon Neurobiologis Mal Adaptif

- 1) Kelainan pikiran atau waham adalah suatu keyakinan terhadap sesuatu secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.
- 2) Halusi atau delusi (kelainan berespon terhadap kenyataan) adalah dimana seseorang mengalami perubahan dalam jumlah dan pola dari stimulus yang mendekat (yang dipraktikkan secara internal dan eksternal) berlebihan, kelainan berespon terhadap stimulus.
- 3) Kesukaran respon emosi adalah keadaan dimana individu tidak dapat berespon terhadap reaksi emosi secara tepat.
- 4) Perilaku tidak terorganisir adalah suatu perilaku individu yang tidak sesuai antara apa yang dipikirkan dengan apa yang dilakukan.
- 5) Isolasi sosial adalah keadaan dimana individu tidak mampu berinteraksi dengan orang lain dan alam sekitar.

4. Faktor Predisposisi

Menurut Stuart, 2007

a. Faktor biologis

Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis mal adaptif.

- b. Faktor psikologis
Keluarga, pengasuh, dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien. Salah satu sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentan hidup klien.
 - c. Faktor sosial budaya
Di masyarakat disingkirkan dan kesepian terhadap lingkungan, kehidupan terisolasi disertai stress.
5. Faktor Presipitasi
Menurut Stuart, 2007
- a. Biologis
Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk diinterpretasikan stressor sosial budaya seperti kemiskinan, pasangan sosial ekonomi.
 - b. Psikososial
Keluarga mengasuh dan lingkungan pasien sangat mempengaruhi respon psikologis, sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realita dan penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup pasien.
 - c. Kondisi sosial budaya
Orientasi realita seperti kemiskinan, konflik, sosial budaya (perang kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai disstress.
6. Penilaian Terhadap Stressor
Tidak terdapat riset ilmiah yang menunjukkan bahwa stress menyebabkan, namun studi mengenai relaps dan eksaserbasi gejala membuktikan bahwa stress, penilaian individu terhadap stressor, dan masalah koping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan gejala, model distesis stress menjelaskan bahwa beberapa gangguan jiwa muncul berdasarkan hubungan antara beratnya stress dialami individu dan ambang toleransi terhadap stress internal. Model ini penting

karena mengintegrasikan faktor biologis, psikologis, sosial budaya, dalam menjelaskan perkembangan skizofrenia. (Stuart, 2007)

7. Psikodinamika

Menurut (Keliat, 2011). 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 yang dikatakan suara itu, jika halusinasi auditorik. 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.

8. Sumber Koping

Menurut Stuart, 2007 Sumber koping individual harus dikaji dengan pemahaman tentang pengaruh gangguan otak dan perilaku, kekuatan dapat meliputi modal, seperti integensi atau kreativitas yang tinggi. Orang tua harus secara aktif mendidik anak-anak dan dewasa muda untuk ketrampilan koping karena mereka biasanya tidak hanya belajar dari pengamatan. Sumber keluarga dapat berupa pengetahuan tentang penyakit, financial yang cukup, ketersediaan waktu, tenaga dan kemampuan untuk memberikan dukungan serta berkesinambungan.

9. Mekanisme Koping

Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologi 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 ansities.
- 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 menghindari sumber stressor, sedangkan reaksi psikologis individu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut, dan bermusuhan (Ermawati, 2009)

10. Manifestasi Klinis

Menurut Hamid (2006), Perilaku klien yang terkait dengan halusinasi adalah sebagai berikut:

- a. Bicara sendiri
- b. Senyum sendiri
- c. Tertawa sendiri
- d. Menggerakkan bibir tanpa suara
- e. Pergerakan mata yang cepat
- f. Respon verbal yang lambat

- g. Menarik diri dari orang lain.
- h. Berusaha untuk menghindari orang lain.
- i. Tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata
- j. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah.
- k. Perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik.
- l. Berkonsentrasi dengan pengalaman sensori.
- m. Sulit berhubungan dengan orang lain.
- n. Ekspresi muka tegang
- o. Mudah tersinggung, jengkel dan marah.
- p. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat
- q. Tampak tremor dan berkeringat.
- r. Perilaku panic
- s. Agitasi
- t. Curiga dan bermusuhan
- u. Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan
- v. Ketakutan
- w. Tidak dapat mengurus diri.
- x. Biasa terdapat disorientasi waktu, tempat dan orang.

11. Fase-fase Halusinasi

Menurut (Stuart dan Laraia, 2005)

- a. *Face 1 Conforting* (Ansietas sedang, halusinasi menyenangkan).
Klien mengalami perasaan mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah, dan takut serta mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan ansietas. Disini klien tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, pergerakan mata yang cepat, diam dan asyik sendiri.
- b. *Face 2 Condemning* (Ansietas berat, halusinasi menjadi menjiikan)
Pengalaman sensori menjiikan dan menakutkan, halusinasi berupa bisikan yang tidak jelas, klien bisa mengontrolnya. Klien membuat jarak antara dirinya dengan halusinasi kemusian memproteksikan seolah-olah mengancam dirinya yang datang dari orang lain.

- c. *Face 3 Controlling* (Ansietas berat, pengalaman sensori menjadi berkuasa)

Pada face ini halusinasi menonjol, menguasai dan mengontrol menjadi tidak berdaya, face ini berada dalam kondisi yang sangat menegangkan terutama jika berhubungan dengan orang lain.

- d. *Face 4 Conquering* (panic, umumnya menjadi melebar dalam halusinasinya)

Pada fase ini klien merasa terpaku, tidak berdaya melepaskan diri. Halusinasi berubah mengancam, memerintah, dan memarahi, klien tidak berhubungan dengan orang lain, mengisolasi diri, mungkin pasien berada dalam dunia menakutkan dalam waktu singkat beberapa jam dan selamanya. Pada fase ini pasien akan menjadi kronik bila tidak mendapatkan intervensi.

12. Jenis-jenis Halusinasi

- a. Halusinasi pendengaran (auditorik)

1) Karakteristik

Mendengarkan suara, paling sering suara orang. Suara dapat berkisar dari suara yang paling sederhana sampai dengan suara orang membicarakan klien. Untuk menyelesaikan percakapan dua orang atau lebih tentang orang yang sedang halusinasi. Jenis lain termasuk pikiran yang dapat didengar yaitu pasien mendengar suara orang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkan oleh pasien dan memerintah untuk melakukan sesuatu kadang-kadang melakukan hal yang berbahaya.

2) Perilaku pasien yang teramati

- a) Melirik mata ke kiri dan ke kanan seperti mencari siapa atau apa yang sedang dibicarakan.
- b) Mendengarkan dengan penuh perhatian kepada orang lain yang sedang tidak berbicara atau kepada benda mati seperti mabel.
- c) Terlibat percakapan dengan benda mati atau dengan orang yang tidak tampak.
- d) Menggerak-gerakkan mulut seperti sedang berbicara atau menjawab.

b. Halusinasi Penglihatan / Visual

1) Karakteristik

Stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambar geometric, gambar katun dan atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan dapat berupa sesuatu yang tidak menyenangkan seperti monster.

2) Perilaku pasien yang teramati

- a) Melirik mata kekiri dan kekanan seperti mencari siapa atau apa yang sedang dibicarakan.
- b) Tiba-tiba lari ke ruangan lain.

c. Halusinasi Penghidu / Olfaktori

1) Karakteristik

Bau busuk, amis dan bau yang menjijikan seperti darah, urine atau feces. Kadang-kadang terhidu bau harum. Halusinasi penghidu khususnya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang dan demensia.

2) Perilaku pasien yang teramati

- a) Hidung dikerutkan seperti menghirup bau yang sangat tidak enak.
- b) Menghidu bau tubuh.
- c) Menghidu bau udara ketika sedang berjalan kearah orang lain.
- d) Berespon terhadap bau yang panik, seperti menghidu bau api atau darah.
- e) Melempar selimut atau membuang air pada orang lain seakan sedang memadamkan api.

d. Halusinasi Pengecap / Gustatorik

1) Karakteristik

Merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikan seperti rasa darah, urine atau feces.

2) Perilaku yang teramati

- a) Meludahkan makanan atau minuman.
- b) Menolak makan, minum atau minum obat.
- c) Tiba-tiba meninggalkan meja makan

e. Halusinasi Peraba / Taktil

1) Karakteristik

Merasakan sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang tidak terlihat, merasakan sensasi listrik dari tanah, benda mati atau orang lain.

2) Perilaku pasien yang teramati

- a) Menampar diri sendiri seakan sedang memadamkan api.
- b) Melompat-lompat dilantai seperti sedang menghindari nyeri atau stimulus lain pada kaki.

f. Halusinasi Kinestik

1) Karakteristik

Merasakan fungsi tubuh, seperti darah mengalir melalui vena dan arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine.

2) Perilaku pasien yang teramati

- a) Memverbalisasi dan atau obsesi terhadap proses tubuh.
- b) Menolak untuk menyelesaikan tugas yang memerlukan bagian tubuh pasien yang diyakini tidak berfungsi.

13. Penatalaksanaan Umum

- a. Menciptakan lingkungan yang terapeutik untuk mengurangi tingkat kecemasan, kepanikan dan ketakutan klien akibat halusinasi. Sebaiknya pada kecemasan, kepanikan dan ketakutan klien akibat halusinasi sebaiknya pada permulaan pendekatan dilakukan secara individual dan usahakan agar terjadi kontak mata, kalau bisa klien disentuh atau diisolasi secara fisik atau emosional. Setiap perawat masuk kamar atau mendekati klien, bicaralah dengan begitu juga bila akan meninggalkan hendaklah klien diberitahu. Klien diberitahu tindakan yang akan dilakukan. Di ruangan itu hendaknya disediakan sarana yang dapat merangsang perhatian dan mendorong klien untuk berhubungan dengan realitas. Misalnya jam dinding, gambar atau hiasan dinding, dan majalah.
- b. ECT (Electro Convulsif Therapy)
Suatu tindakan terapi menggunakan aliran listrik melalui elektroda yang ditempelkan di pelipis klien untuk membangkitkan kejang grandmall.

c. Terapi Okupasi

Terapi okupasi adalah ilmu dan seni untuk mengarahkan partisipasi seseorang dalam melaksanakan suatu aktivitas atau tugas yang di sengaja dipilih dengan maksud untuk memperbaiki, memperkuat dan meningkatkan kemampuan seseorang dan untuk mempermudah belajar fungsi sehari-hari dan ketrampilan yang dibutuhkan dalam proses penyesuaian diri dan lingkungan.

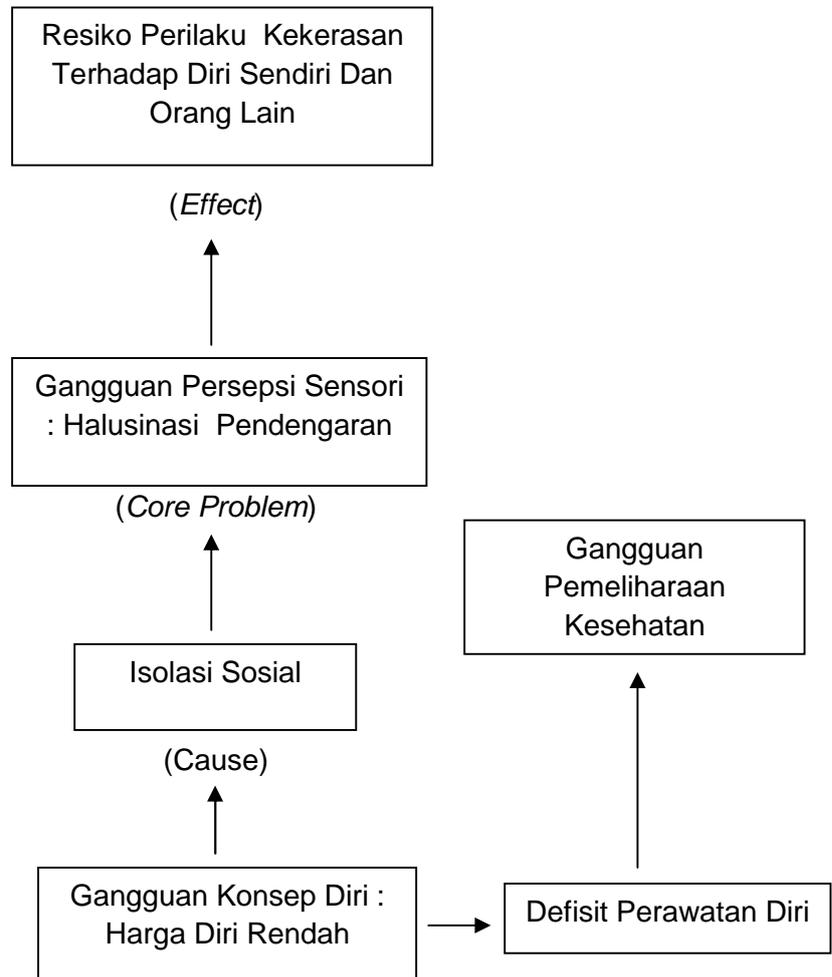
d. Terapi Aktivitas Kelompok

Suatu terapi yang dilakukan atas kelompok penderita bersama-sama dengan jalan diskusi satu sama lainnya, yang dipimpin atau diarahkan oleh seorang terapis yang membangkitkan motivasi bagi kemajuan fungsi kognitif dan efektif

e. Psikoterapi

Psikoterapi yang dapat membantu klien adalah terapi suportif atau kelompok serta bimbingan praktis. Halusinasi seharusnya ditantang atau dibantah secara langsung. Perawat berusaha agar secara langsung atau secara bertahap klien kembali ke realita.

14. Pohon masalah



Gambar 2.2 : Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi
(Keliat, 2006)

15. Diagnosa keperawatan

- a. Risiko perilaku kekerasan
- b. Perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran
- c. Isolasi sosial : menarik diri
- d. Harga diri rendah
- e. Defisit Perawatan Diri
- f. Gangguan Pemeliharaan Kesehatan