

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian

Schizophrenia adalah kombinasi dari dua kata yang berasal dari bahasa Yunani Schizein “membagi” dan Phrein “pikiran”. Menurut Bleuler tidak untuk membagi kepribadian yang berarti mempunyai identitas terpisah-pisah tetapi maksudnya bahwa pemisahan terjadi antar kesadaran dan aspek emosi pribadi. Kebingungan mengenai arti ini berlanjut sampai dengan sekarang (Stuart and Sundeen, 2005).

Gangguan skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempunyai berbagai area fungsi individu, termasuk berfikir dan berkomunikasi menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi dan perilaku dengan sikap yang dapat diterima secara sosial (Isaacs, 2005: 151).

Skizofrenia adalah suatu penyakit otak persisten dan serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkrit dan kesulitan dalam memproses informasi hubungan interpersonal serta kesulitan dalam memecahkan masalah (Stuart, 2007: 375).

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2008). Skizo frenia adalah gangguan yang terjadi pada fungsi otak, menurut (Nancy Andreasen, 2008) dalam Broken Brain The Biological Revolution in Psychiatry, bahwa

bukti-bukti terkini tentang serangan skizofrenia merupakan suatu hal yang melibatkan banyak sekali faktor. Faktor-faktor itu meliputi perubahan struktur fisik otak. Perubahan struktur kimia otak, dan faktor genetik.

Skizofrenia adalah suatu penyakit kronis dan terdiri atas lebih dari satu episode psikosis. Semakin banyak gambaran klinisnya semakin mungkin kemunduran penampilan (misalnya, disekolah, universitas, tempat kerja) disertai penarikan sosial (Allinson, 2008).

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

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

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses, afek/emosi, kemauan, dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi, asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkohensi (Ade Herman, 2011).

2. Etiologi

Etiologi halusinasi menurut Sunaryo 2004 dalam (Ernawati, 2009) antara lain 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. 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, pengecap, 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 oleh 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 (apatis)
- 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 sebelum 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 Kraepelin, Schizophrenia terbagi menjadi beberapa jenis yang digolongkan menurut gejala utama yang terdapat padanya (Maramis, 2005) :

a. Schizophrenia Simplex

Gejala utamanya adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.

b. Schizophrenia Hebefrenic

Gejala utamanya adalah gangguan proses berpikir, 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, biasanya terjadi sebelum usia 25 tahun (Isaac, 2005).

c. Schizophrenia Katatonik

Sering di dahului oleh stress emosional, mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

d. Schizophrenia Paranoid

Gejala yang mencolok adalah waham dan halusinasi, namun bila diperiksa dengan teliti terdapat proses berpikir, efek dan kemauan.

e. Schizophrenia Afektif

Disamping terdapat gejala schizophrenia terdapat menonjol, secara bersamaan gejala depresi atau mania.

f. Episoda Schizophrenia Akut

Gejala Schizophrenia Akut timbul mendadak sekali dan klien dalam keadaan mimpi.

g. Schizophrenia Residual

Schizophrenia dengan gejala-gejala primernya. Tetapi tidak jelas adanya gejala sekunder.

h. Schizophrenia Tak Terinci

Jenis skizofrenia ini ditandai dengan perilaku tidak terarah dan gejala psikosis (misal : waham, halusinasi, inkoheren, perilaku tak terarah yang tampak jelas) yang dapat muncul pada lebih dari satu kategori skizofrenia. Menurut (Arif, 2006) schizophrenia tak terinci merupakan sejenis schizophrenia dimana gejala-gejala yang muncul sulit untuk

digolongkan pada tipe schizophrenia tertentu. Schizophrenia tak terinci (undifferentiated) didiagnosis dengan memenuhi kriteria umum untuk diagnosa schizophrenia, tidak memenuhi kriteria untuk schizophrenia paranoid, hebefrenik, katatonik dan tidak memenuhi kriteria untuk schizophrenia tidak terinci atau depresi pasca schizophrenia (Liza, 2008).

6. Test Diagnostik Menurut (Ade Herman, 2011)

a. Ct-Scan

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

b. ECT (Elektro Convulsif Therapy) suatu tindakan terapi menggunakan aliran listrik melalui elektroda yang ditempelkan di pelipis klien untuk membangkitkan kejang grandmall.

c. EEG (Electro Convulsif Therapy) suatu pemeriksaan yang bertujuan memberikan informasi penting tentang kerja dan fungsi otak.

d. SPECT (Single Photon Emission Computed 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 terhambat 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: (Mis. MMPI)

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). Ketidak patuhan 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 skizoprenia 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 psikoteapi.

Menurut Hawari (2006, p.105-108) 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 asaan 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 sebagai 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.

Selanjutnya, dalam konsep keperawatan, akan dibahas mengenai halusinasi yang merupakan salah satu gejala positif dari skizofrenia.

B. Gangguan Persepsi sensori halusinasi

1. Pengertian Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan persepsi panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem penginderaan dimana terjadinya pada saat kesadaran individu itu penuh/ baik (Stuart dan Sundeen, 2005).

Menurut (Vascarolis, Carson, Shoemaker, 2006: 393) Halusinasi dapat didefinisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak terdapat stimulus. Tipe halusinasi yang paling sering adalah halusinasi pendengaran (Auditory-hearing voices or sounds), penglihatan

(visual-seeing persons or things), penciuman (Olfactory-smelling odors) dan pengecapan (Gustatory-experiencing tastes).

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 merasa sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghidupan tanpa stimulus nyata. (Keliat 2012).

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, atau penciuman. Adapun jenis-jeni halusinasi dibedakan sebagai berikut, Menurut Videbeck (2004: 310) Jenis dan karakteristik Halusinasi adalah :

a. Halusinasi pendengaran

1) Data subyektif

Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.

Mendengar suara atau bunyi. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap. Mendengar seseorang yang sudah meninggal.

Mendengar suara yang mengancam diri klien atau orang lain atau suara lain yang membahayakan.

- 2) Data obyektif
 - a) Mengarahkan telinga pada sumber suara.
 - b) Bicara atau tertawa sendiri
 - c) Marah-marah tanpa sebab
 - d) Menutup telinga
 - e) Mulut komat-kamit
 - f) Ada gerakan tangan

b. Halusinasi penglihatan

1) Data subyektif

Melihat seseorang yang sudah meninggal, melihat makhluk tertentu, melihat bayangan, hantu atau sesuatu yang menakutkan, cahaya, monster yang memasuki perawat.

2) Data obyektif

- a) Tatapan mata pada tempat tertentu.
- b) Menunjuk kearah tertentu
- c) Ketakutan pada obyek yang dilihat.

c. Halusinasi Penghidu

1) Data subyektif

Mencium sesuatu seperti bau mayat, darah, bayi, feses, atau bau makanan, parfum yang menyenangkan. Sering mengatakan mencium bau sesuatu. Tipe halusinasi ini sering menyertai klien dimensia, kejang atau penyakit serebrovaskuler.

2) Data obyektif

- a) Ekspresi wajah seperti mencium sesuatu
- b) Gerakan cuping hidung mengarah pada tempat tertentu.

d. Halusinasi perabaan

1) Data subyektif

Klien mengatakan ada sesuatu yang menggerayangi tubuhnya seperti tangan, binatang kecil, makhluk halus. Merasakan sesuatu dipermukakan kulit, merasakan sangat panas atau dingin, merasakan tersengat aliran listrik.

2) Data obyektif

- a) Mengusap, menggaruk-garuk, meraba-raba permukaan kulit.
- b) Terlihat menggerak-gerakan badan seperti merasakan sesuatu rabaan.

e. Halusinasi pengecapan

1) Data subyektif

Klien seperti sedang merasakan makanan tertentu, rasa tertentu, atau mengunyah sesuatu.

2) Data obyektif

- a) Seperti mengecap sesuatu
- b) Gerakan mengunyah, meludah atau muntah.

f. Halusinasi Kinestetik

1) Data subyektif

Klien melaporkan bahwa fungsi tubuhnya tidak dapat terdeteksi misalnya tidak adanya denyutan di otak, atau sensasi

pembentukan urine dalam tubuhnya, perasaan tubuhnya melayang diatas bumi.

2) Data obyektif

a) Klien terlihat menatap tubuhnya sendiri.

b) Terlihat merasakan sesuatu yang aneh tentang tubuhnya.

Sedangkan tahapan-tahapan halusinasi menurut (Yosep, 2009) adalah sebagai berikut :

- a. Stage I : Sleep Disorder (fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi) Klien merasa banyak masalah, ingin menghindari dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dihianati kekasih, masalah dikampus, PHK ditempat kerja, penyakit, utang, nilai dikampus, drop out, dan sebagainya. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support sistem kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus-menerus terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecahan masalah.
- b. Stage II : Comforting Moderate level of anxiety (halusinasi secara umum diterima sebagai sesuatu yang dialami). Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepin, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat ia kontrol bila kecemasannya diatur,

dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya.

- c. Stage III : Condemning Severe level of anxiety (secara umum halusinasi sering mendatangi klien). Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama.
- d. Stage IV : Controlling severe level of anxiety (fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan). Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psychotic.
- e. Stage V : Conquering Panic level of anxiety (klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya). Pengalaman sensorinya terganggu, klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang didengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal 4 jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadi gangguan psikotik berat.

Tahapan halusinasi menurut (Ade Herman, 2011) berkembang melalui empat fase, yaitu sebagai berikut :

a. Fase Pertama

Disebut juga dengan fase comforting yaitu fase menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan non psikotik.

1) Karakteristik

- a) Klien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan.
 - b) Klien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara.
- 2) Perilaku Klien :
- a) Tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai.
 - b) Menggerakkan bibir tanpa suara
 - c) Pergerakan mata cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya dan suka menyendiri.

b. Fase Kedua

Disebut dengan fase *second minding* atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikkan. Termasuk dalam psikotik ringan.

- 1) Karakteristik :
- a) Pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan
 - b) Kecemasan meningkat, melamun, dan berpikir sendiri jadi dominan.
 - c) Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas.
 - d) Klien tidak ingin orang lain tahu, dan ia tetap dapat mengontrolnya.
- 2) Perilaku klien
- a) Meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah.
 - b) Klien asyik dengan halusinasinya dan tidak bisa membedakan realitas.

c. Fase ketiga

Adalah fase controlling atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa, termasuk dalam gangguan psikotik.

1) Karakteristik

- a) Bisikan, bayangan, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien.
- b) Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya.

2) Perilaku klien

- a) Kemauan dikendalikan halusinasi
- b) Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik
- c) Tanda tanda fisik berupa klien berkeringat, tremor dan tidak mampu mematuhi perintah.

d. Fase keempat

Adalah fase conquering atau panik yaitu klien lebur dengan halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat.

1) Karakteristik

- a) Halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah dan memarahi klien.
- b) Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang control, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain dilingkungan.

2) Perilaku klien

- a) Perilaku teror akibat panik
- b) Potensi bunuh diri

- c) Perilaku kekerasan, menarik diri atau kakatonik
- d) Tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang.

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.

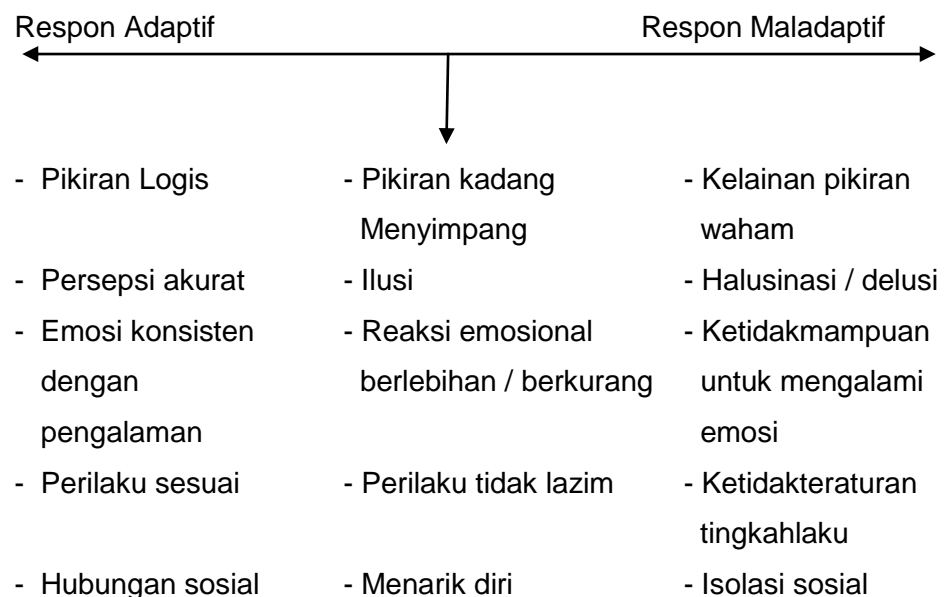
3. Tanda dan gejala

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

- a) Bicara sendiri
- b) Senyum sendiri
- c) Tertawa sendiri
- d) Menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
- e) Tidak dapat membedakan hal yang nyata dan tidak nyata
- f) Pembicaraan kacau kadang tidak masuk akal
- g) Mengatakan mendengarkan suara, melihat, mengecap, menghirup (mencium) dan merasakan sesuatu yang tidak nyata.
- h) Sikap curiga dan bermusuhan.
- i) Menarik diri atau menghindar dari orang lain.
- j) Sulit membuat keputusan

- k) Ketakutan
- l) Mudah tersinggung, jengkel, dan marah
- m) Menyalahkan diri sendiri atau orang lain
- n) Muka merah kadang pucat
- o) Ekspresi wajah tegang
- p) Tekanan darah meningkat
- q) Nafas terengah-engah, nadi cepat, banyak keringat
- r) Tidak mampu melaksanakan asuhan mandiri seperti : mandi, sikat gigi, ganti pakaian, dan berhias yang rapi.
- s) Tidak dapat memutuskan perhatian dan konsentrasi

4. Rentang Respon Neurobiologis



**Gambar 2.1 Rentang Respon Neurobiologis
(Stuart and Sundeen, 2005)**

Dari rentang respon neurobiologis diatas dapat dijelaskan keadaan adaptif sampai mal adaptif 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 lingkungan sekitar dengan selaras.

b. Respon Neurobiologis Border Line

- 1) Pikiran kadang menyimpang adalah keadaan dimana individu kadang-kadang mampu berfikir secara realita dan kemampuan yang dimiliki.
- 2) Ilusi adalah interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerangan yang sungguh terjadi karena rangsang pada panca indra.

- 3) Emosi berlebihan atau berkurang 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) Halusinasi atau delusi (kelainan berespon terhadap kenyataan) adalah keadaan dimana seseorang mengalami perubahan dalam jumlah dan pola stimulus yang mendekat (yang dipraktikkan secara internal dan eksternal) berlebih, kelainan berespon terhadap stimulus.
 - 3) Kesukaran proses emosi adalah keadaan dimana individu tidak dapat berespon terhadap reaksi emosi secara tepat.
 - 4) Ketidakteraturan tingkahlaku/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.

5. Psikodinamika

a. Faktor Predisposisi

Adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk menatasi stress. Diperoleh baik dari klien maupun keluarga, mengenai faktor perkembangan sosial kultural, boikimia, psikologi dan genetik yaitu faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Menurut (Yosep, 2009: 2018) faktor predisposisi terjadinya halusinasi adalah :

1) Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

2) Faktor sosiokutural.

Seseorang yang merasa tidak diterima lingkungannya sejak bayi (unwanted child) akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pad lingkungannya.

3) Faktor biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang mak didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti buffofenon dan dimetytranferase (DMP). Akibat stress yang berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya

neutransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan acetylcholin dan dopamin.

4) Faktor Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidak mampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

5) Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil study menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

b. Faktor Presipitasi

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman dan gelisah, bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Keberadaan seorang individu, sebagai makhluk yang dibangun atas unsur bio-psiko-sosio dan spiritual. Menurut Rawlins dan heacock, 1993, halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi yaitu :

1) Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh kelelahan yang luar biasa penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

2) Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berat karena masalah yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi.

3) Dimensi Intelektual

Seorang individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego walaupun pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego itu sendiri untuk melawan impuls yang menekan. Namun hal tersebut menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian individu dan tidak jarang akan mengontrol semua perilakunya.

4) Dimensi Sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan comforting klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan sehingga klien asyik dengan halusinasinya. Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan yaitu mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal bagi klien sehingga halusinasi tidak berlangsung.

5) Dimensi Spiritual

Secara spiritual, individu yang mengalami halusinasi mulai merasakan kehampaan hidup dan merasa asyik dengan halusinasinya. Sehingga hal ini dapat menimbulkan suatu kondisi dimana halusinasi tersebut menguasai dirinya dan individu kehilangan kontrol kehidupan.

6. Penilaian 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 stres 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. 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. Orangtua harus secara aktif mendidik anak-anak dan dewasa muda untuk keterampilan koping karena mereka biasanya tidak hanya belajar dari pengamatan. Sumber keluarga dapat berupa pengetahuan tentang penyakit, financial yang cukup, ketersediaan waktu dan tenaga dan kemampuan untuk memberikan dukungan serta berkesinambungan.

8. 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 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 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).

9. Sumber Koping

Sumber koping merupakan suatu evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggunakan sumber koping yang ada di lingkungannya. Sumber koping tersebut dijadikan sebagai modal untuk menyelesaikan masalah. Dukungan sosial dan keyakinan budaya dapat membantu seseorang mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stresss dan mengadopsi strategi koping yang efektif. Sumber koping individual harus dikaji dengan pemahaman tentang pengaruh gangguan otak pada perilaku. Kekuatan dapat meliputi modal, seperti inteligensi atau kreativitas yang tinggi. Orang tua harus secara aktif mendidik anak anak dan dewasa muda tentang keterampilan koping karena mereka biasanya

tidak hanya belajar dari pengamatan. Sumber keluarga dapat berupa pengetahuan tentang penyakit, financial yang cukup, ketersediaan waktu dan tenaga, dan kemampuan untuk memberikan dukungan secara berkesinambungan (Stuart, 2006).

10. Penatalaksanaan

Jenis-jenis obat antipsikotik antara lain :

a) Chlorpromazine

Untuk mengatasi psikosa, premedikasi dalam anestesi, dan mengurangi gejala emesis. Untuk gangguan jiwa, dosis awal : 3 x 25 mg, kemudian dapat ditingkatkan supaya optimal, dengan dosis tertinggi : 1000 mg / hari secara total.

b) Trifluoperazine

Untuk terapi gangguan jiwa organik, dan gangguan psikotik menarik diri. Dosis awal 3 x 5 mg, dan berharap dinaikkan sampai 50 mg / hari.

c) Haloperidol

Untuk keadaan ansietas, ketegangan, psikosomatik, psikosis dan mania. Dosis awal : 3 x 0,5 mg sampai 3 mg.

Obat antipsikotik merupakan obat terpilih yang mengatasi gangguan waham. Pada kondisi gawat darurat, klien yang teragitasi parah, harus diberikan obat antipsikotik secara intramuskular. Sedangkan jika klien gagal berespon dengan obat pada dosis yang cukup dalam waktu 6 minggu, anti psikotik dari kelas lain harus diberikan. Penyebab kegagalan pengobatan yang paling sering adalah

ketidapatuhan klien minum obat. Kondisi ini harus diperhitungkan oleh dokter dan perawat. Sedangkan terapi harus berhasil dapat ditandai adanya suatu penyesuaian sosial, dan bukan hilangnya waham pada klien.

1) Anti Parkinson

a) Triheksipenydil

Untuk semua bentuk parkinsonisme, dan untuk menghilangkan reaksi ekstrapiramidal akibat obat. Dosis yang digunakan : 1 – 15 mg/hari.

b) Diphenhidramin HCL

Dosis yang diberikan : 10 – 400 mg/hari

2) Anti Depresan

a) Amitriptylin

Untuk gejala depresi, depresi oleh karena ansietas, dan keluhan somatik. Dosis : 75 – 300 mg/hari.

b) Imipramin

Untuk depresi dengan hambatan psikomotorik, dan depresi neurotik.

Dosis awal : 25 mg/hari, dosis pemeliharaan : 50 – 75 mg/hari.

3) Psikoterapi

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

4) Terapi Okupasi

Terapi okupasi adalah ilmu dan seni untuk mengarahkan partisipasi seseorang dalam melaksanakan suatu aktivitas atau

tugas yang disengaja dipilih dengan maksud untuk memperbaiki, memperkuat dan meningkatkan kemampuan seseorang dan untuk mempermudah belajar fungsi sehari-hari dan keterampilan yang dibutuhkan dalam proses penyesuaian diri dengan lingkungan.

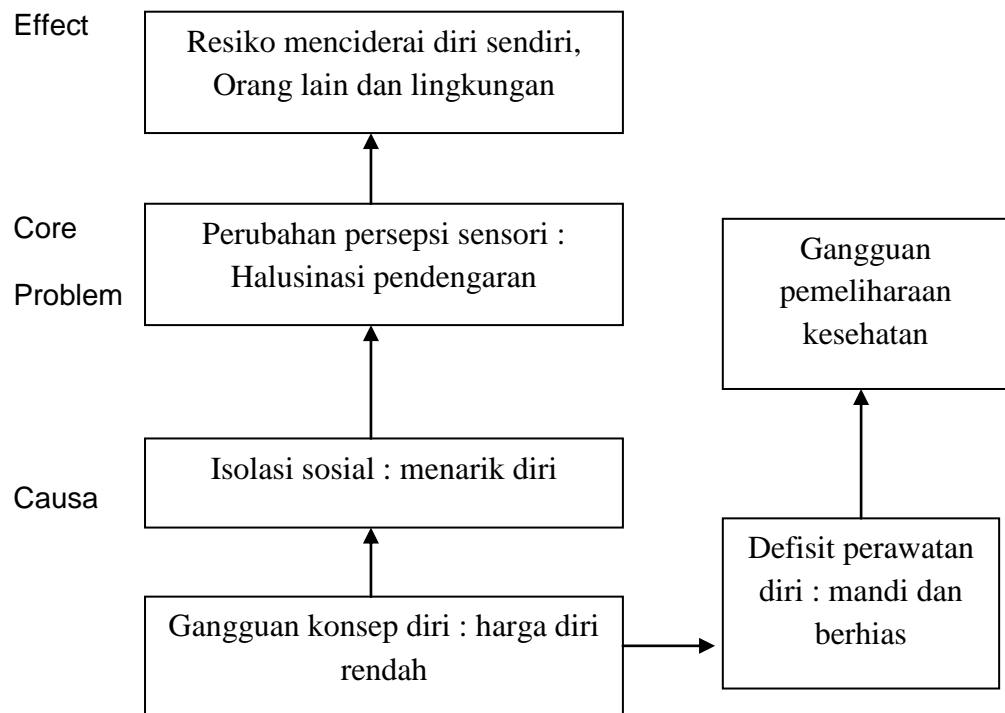
5) Terapi Aktivitas Kelompok

Suatu terapi yang dilakukan atas kelompok penderita bersama-sama dengan jalan diskusi atau sama lainnya, yang dipimpin atau diarahkan oleh seorang terapis yang membangkitkan motivasi bagi kemajuan fungsi kognitif dan efektif (Maramis, 2005).

11. Masalah 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
- e. Defisit perawatan diri : mandi dan berhias
- f. Gangguan pemeliharaan kesehatan

12. Pohon Masalah



Gambar 2.2. Pohon Masalah : Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran (Keliat : 2005)

13. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan dari pohon masalah di atas adalah :

- Resiko menciderai diri sendiri,
- Gangguan persepsi sensori : pendengaran
- Isolasi sosial
- Gangguan pemeliharaan kesehatan

14. Fokus Intervensi

Tabel 2.1. Fokus Intervensi

Diagnosa 1	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 hari diharapkan tidak terjadi halusinasi pendengaran. <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat menyebutkan waktu, frekuensi timbulnya halusinasi. - Klien mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik. - Klien mampu mengontrol halusinasi dengan minum obat dengan prinsip 6 benar. - Klien mampu mengontrol halusinasi dengan kegiatan harian. 	SP 1 <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi terjadinya halusinasi (isi, frekwensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan respon). - Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan. - Melatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. - Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik. SP 2 <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi kegiatan menghardik, beri pujian - Melatih cara mengontrol halusinasi

Diagnosa 1	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		<p>dengan prinsip 6 benar obat (jenis, guna, frekwensi, cara, kontinuitas, minum obat).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat
		<p style="text-align: center;">SP 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi kegiatan latihan menghardik, minum obat, beri pujian. - Melatih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap. - Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap.
		<p style="text-align: center;">SP 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi kegiatan latihan menghardik, bercakap, cakap, minum obat, beri pujian. - Melatih cara mengontrol halusinasi

Diagnosa 1	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		<p>dengan melakukan kegiatan harian.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap, kegiatan harian.
Diagnosa 2	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 hari diharapkan klien dapat mengontrol perilaku kekerasan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat menyebutkan waktu, frekuensi timbulnya halusinasi. - Klien mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik. - Klien mampu mengontrol halusinasi dengan minum obat dengan prinsip 6 benar. - Klien mampu mengontrol halusinasi 	<p>SP 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab tanda, gejala perilaku kekerasan yang dilakukan akibat perilaku kekerasan. - Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik : minum obat, verbal, spiritual - Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal. - Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik.

Diagnosa 2	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
	dengan kegiatan harian.	<p data-bbox="1659 408 1727 440">SP 2</p> <ul data-bbox="1402 459 1980 847" style="list-style-type: none">- Mengevaluasi kegiatan latihan fisik, beri pujian.- Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan prinsip 6 benar obat (jenis, guna, frekwensi, cara, kontinuitas, minum obat).- Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat. <p data-bbox="1659 919 1727 951">SP 3</p> <ul data-bbox="1402 970 1951 1355" style="list-style-type: none">- Mengevaluasi kegiatan latihan fisik, minum obat, beri pujian.- Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (3 cara yaitu mengungkapkan, meminta, menolak dengan baik).- Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal.

Diagnosa 2	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		<p>SP 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi kegiatan latihan fisik, minum obat, verbal, beri pujian. - Melatih cara mengontrol dengan kegiatan spiritual. - Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal, spiritual.
Diagnosa 3	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Isolasi sosial : menarik diri.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 hari diharapkan klien mampu bersosialisasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu mengidentifikasi penyebab menarik diri. - Klien mampu mengetahui keuntungan dan kerugian mempunyai teman dan bercakap 	<p>SP 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab menarik diri. - Mendiskusikan keuntungan dan kerugian mempunyai teman dan bercakap-cakap. - Melatih cara berkenalan dengan klien dan perawat atau tamu. - Masukkan jadwal kegiatan untuk latihan

Diagnosa 3	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
	<p>cakap.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu berkenalan dengan pasien, perawat atau tamu. 	<p>berkenalan.</p> <p style="text-align: center;">SP 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi kegiatan berkenalan, beri pujian. - Melatih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian. - Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian. <p style="text-align: center;">SP 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi kegiatan latihan berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian, beri pujian. - Melatih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian. - Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian.

Diagnosa 3	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		<p data-bbox="1653 408 1720 440">SP 4</p> <ul data-bbox="1402 459 1951 748" style="list-style-type: none"><li data-bbox="1402 459 1951 592">- Mengevaluasi kegiatan latihan berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian, beri pujian.<li data-bbox="1402 611 1951 692">- Melatih cara berbicara sosial meminta menjawab pertanyaan.<li data-bbox="1402 711 1951 748">- Masukkan pada jadwal kegiatan.