

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian

Skizofrenia adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal dan rangsangan eksternal. Pasien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada obyek atau rangsangan yang nyata. Contoh pasien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara (Direja, 2011 h. 61). Skizofrenia adalah merupakan salah satu respon maladaptive individu yang berada dalam rentang neuro biologi (Stuart dan Laraia, 2005).

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional yang faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas yang ditandai 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 (Hermann, 2008).

2. Etoilogi

Gangguan Skizofrenia dapat terjadi karena beberapa hal antara lain:

- a. Faktor genetik belum teridentifikasi secara spesifik, namun pengaruh lokasi kromosom 6 pada gen dengan kromosom 4,8,15,22 berhubungan dengan terjadinya skizofrenia.
- b. Faktor keturunan atau bawaan merupakan faktor penyebab yang tidak besar pengaruhnya bagi munculnya gangguan skizofrenia.
- c. Ketidak seimbangan *neurotransmitter (dopamine dan glutamat)*.
- d. Faktor lingkungan seperti kekurangan gizi selama kehamilan, masalah dalam proses kelahiran, stress pada kondisi lingkungan, dan stigma (penyebab kekambuhan pasien skizofrenia) (Keliat, 2011).

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 panca indra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecap, penciuman, dan perabaan).
 - 3) Perubahan arus pikir dapat berupa sebagai berikut:
 - a) Arus pikir terputus yaitu dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
 - b) *Inkoheren* yaitu berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (berbicara kacau).

c) *Neologisme* yaitu menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri, tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.

4) Perubahan perilaku

a) Hiperaktif merupakan perilaku motorik yang berlebihan.

b) *Agitasi* merupakan perilaku yang menunjukkan kegelisahan.

c) Iritabilitas merupakan perasaan mudah tersinggung.

b. Gejala negatif dapat berupa sebagai berikut :

Sikap masa bodoh, Pembicaraan berhenti tiba-tiba, Menarik diri dari pergaulan sosial, Menurunnya kinerja atau aktivitas sosial sehari-hari (Keliat, 2011).

4. Jenis Skizofrenia

Jenis-jenis skizofrenia dapat dibagi menjadi beberapa antara lain:

a. Skizofrenia Simplex

Gejala utama kadangkalan emosi dan kemunduran kemauan.

b. Skizofrenia Hebefrenik

Gejala gangguan proses pikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.

c. Skizofrenia Katatonik

Gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.

d. Skizofrenia Paranoid

Gejala utama kerugian yang ekstrim disertai waham kerja atau kebesaran.

e. Episode Schizoprenia kuat

Adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan dengan merubah kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.

f. Skizofrenia Psiko – afektif

Gejala utama skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.

g. Skizofrenia Residual

Adalah schizoprenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia. (Direja, 2011)

5. Fase Skizofrenia

Menurut (Keliat, 2011) Fase Skizofrenia dibagi menjadi dua yaitu :

- a. Fase akut merupakan fase mulai muncul gejala sampai dengan sebelum 6 bulan, ditandai dengan gejala positif dan negatif.
- b. Fase kronik merupakan diagnosis skizofrenia kronik ditandai dengan gejala akut, sudah berlangsung 6 bulan atau lebih, disertai:
 - 1) Tidak memperhatikan kebersihan diri.
 - 2) Gangguan motorik atau pergerakan.

6. Test Diagnostik

Menurut Marilyn (2007) test diagnostik biasa dilakukan untuk penyakit fisik, serta dapat menyebabkan gejala frefersibel seperti : penyakit neurologis, gangguan metabolik, gangguan endokrine, test diagnostik pada skizofrenia antara lain :

a. CT Scan

CT Scan dapat menunjukkan struktur abnormalitas otak pada beberapa kasus skizofrenik (misal: atrofi lobus temporal)

pembesaran vertikal dengan rasio vertikal otak meningkat yang dapat dihubungkan dengan derajat gejala yang dapat dilihat.

b. Pemindai PET (*Positron Emission Tomography*)

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

c. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

Suatu teknik radiologi untuk mendapatkan gambaran struktur otak dan dapat mendeteksi perubahan kecil sekalipun dalam struktur tubuh atau otak.

d. RCBF (*Regional Cerebral Blood Flow*)

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

e. BEAM (*Brain Electrical Activity Mapping*)

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

f. ASI (*Addiction Severity Index*)

Menentukan masalah-masalah ketergantungan, yang mungkin dikaitkan dengan penyakit mental, dan mengidentifikasi area pengobatan yang diperlukan.

g. MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*)

Suatu test psikologi untuk mengidentifikasi psikopatologis seseorang secara obyektif dan empiris.

7. Penatalaksanaan

Menurut Ardani, 2013 menyebutkan penatalaksanaan untuk klien skizofrenia, antara lain :

a. Dasar pengobatan secara holistik, yaitu :

1. Somatoterapi

- a) Perbaiki keadaan umum
- b) Pemberian anti psikotik, dan monitoring efek samping obat seperti berikut :

Neuroletik Tipikal (konvensional)

- (1) Neuroleptik dosis efektif tinggi (di berikan dalam dosis terbagi 2-3 kali per hari)
- (2) Neuroleptik dosis efektif rendah (diberikan dalam dosis terbagi 1-2 kali per hari)
- (3) Fluphenia depot : 25 mg/ 4 minggu, injeksi IM atau haloperidole decanoat.

2. Psikoterapi

- a) Untuk memperkuat fungsi ego dengan cara psikoterapi suportif.
- b) Agar penderita dapat bersosialisasi.

3. Manipulasi lingkungan di lakukan agar lingkungan dapat :

- a) Memahami dan menerima keadaan penderita.
- b) Membimbing pasien dalam kehidupan sehari-hari, memberi kesibukan atau pekerjaan.

c) Mengawasi minum obat secara teratur dan terus menerus serta membawa penderita untuk pemeriksaan ulang.

Kesembuhan pasien skizofenia dapat berupa :

- (1) Kesembuhan total (total recovery) : mungkin sembuh seterusnya, mungkin kambuh 1-2 kali.
- (2) Kesembuhan sosial (sosial recovery)
- (3) Keadaan kronis yang stabil (stable chronicity)
- (4) Terjadi deteriorasi

B. Halusinasi

1. Pengertian.

Halusinasi adalah persepsi pasien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya pasien menginterpretasikan sesuatu yang nyata tanpa stimulus/rangsangan dari luar. Halusinasi merupakan distorsi persepsi yang muncul dari berbagai indra (Stuart & Laria, 2005). Halusinasi adalah persepsi yang salah atau palsu tetapi tidak ada rangsangan yang menimbulkan atau tidak ada objek (Sunardi, 2005).

Persepsi adalah proses diterimanya rangsangan sampai rangsangan tersebut disadari dan dimengerti penginderaan/sensasi. Gangguan persepsi adalah manusia dalam membedakan antara rangsangan yang timbul dari sumber internal (pikiran, perasaan) dan stimulus eksternal. Selain itu, persepsi adalah daya mengenal barang, kualitas atau hubungan serta perbedaan antara hal ini melalui proses mengamati, mengetahui dan mengartikan setelah

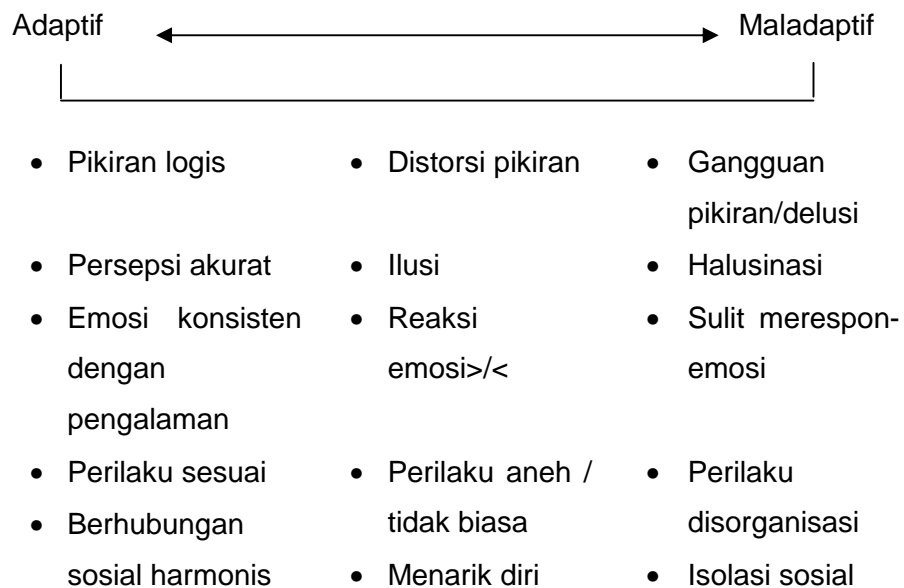
panca inderanya mendapat rangsang. Jadi persepsi dapat terganggu oleh gangguan otak, seperti kerusakan otak, keracunan, obat halusinogenik dan oleh gangguan jiwa (Trimelia, 2011 h. 2) Trimelia mengartikan Halusinasi adalah perubahan persepsi yang dapat timbul pada klien skizofrenia, psikosa, pada sindrom otak organik, epilepsi, nerosa histerik, intoksikasi atropin atau kecubung dan zat halusinogenik.

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan persepsi sensori yang dialami oleh pasien gangguan jiwa, pasien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan/penghidu tanpa adanya stimulus nyata (Keliat, 2011 h. 147)

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 (Sunaryo, 2004 dalam Ernawati, 2009).

3. Rentang respon



Gambar 2.1

Rentang Respon Neurobiologi (Stuart dan Laraia, 2005)

Keterangan rentang respon menurut Stuart dan Laraia (2005) adalah :

a. Respon neurologis adaptif

Adalah respon yang diterima oleh 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 ini antara lain :

- 1) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- 2) Persepsi akurat adalah pandangan yang dapat pada kenyataan.

- 3) Emosi konsisten dengan mengalami 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 suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.
- b. Respon neurologis border line
- 1) Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
 - 2) Ilusi adalah miss interpeksi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indra.
 - 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 neurologis maladaptive
- Adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma–norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptive ini meliputi :
- 1) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walau tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.

- 2) Halusinasi adalah persepsi sensori yang salah satu persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- 3) Kerusakan proses emosi adalah perubahan persatuan yang timbul dari hati.
- 4) Perilaku tidak teroganisir merupakan suatu perilaku yang tidak teratur.
- 5) Isolasi sosial adalah kondisi kesadaran yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai sesuatu kecelakaan yang negative mengancam.
(Stuart, 2007 dalam Ernawati, 2009).

4. Jenis dan kriteria halusinasi

Menurut Trimelia (2011) jenis dan karakteristik halusinasi adalah :

a. Halusinasi pendengaran

Mendengar suara yang membicarakan, mengejek, mentertawakan, mengancam, memerintahkan untuk melaksanakan sesuatu (kadang-kadang hal yang berbahaya). Perilaku yang muncul adalah mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, mulut komat-kamit, dan ada gerakan tangan.

b. Halusinasi penglihatan

Stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambar orang atau paroorama yang luas dan kompleks, bisa yang menyenangkan atau menakutkan. Perilaku yang muncul adalah

tatapan mata pada tempat tertentu, menunjukkan ke arah tertentu, ketakutan pada objek yang dilihat.

c. Halusinasi penghidu

Tercium bau busuk, amis dan bau yang menjijikkan, seperti bau darah, urine atau feses atau bau harum seperti parfum. Perilaku yang muncul adalah ekspresi wajah seperti mencium dengan gerakan cuping hidung, mengarahkan hidung pada tempat tertentu, menutup hidung.

d. Halusinasi perabaan

Mengalami rasa sakit dan tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik dari tanah, benda mati atau orang. Merasakan ada yang menggerayangi tubuh seperti tangan, binatang kecil dan makhluk halus. Perilaku yang muncul adalah mengusap, menggaruk-garuk atau meraba-raba permukaan kulit, terlihat menggerak-gerakan badan seperti merasakan sesuatu rabaan.

e. Halusinasi pengecapan

Merasa mengecap sesuatu yang busuk, amis dan menjijikkan, seperti rasa darah, urine atau feses. Perilaku yang muncul adalah seperti mengecap, mulut seperti gerakan mengunyah sesuatu, sering meludah, muntah.

f. Halusinasi sinestetik

Merasakan fungsi tubuh, seperti darah mengalir melalui vena dan arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine, perasaan tubuhnya melayang diatas permukaan bumi. Perilaku yang

muncul adalah klien terlihat menatap tubuhnya sendiri dan terlihat seperti merasakan sesuatu yang aneh tentang tubuhnya.

5. Tahapan halusinasi

Sedangkan tahapan-tahapan halusinasi menurut (Trimelia, 2011 h.

7) adalah sebagai berikut :

- a. Tahap I : (*Sleep Disorder*) merupakan fase awal individu sebelum muncul halusinasi individu merasa banyak masalah, ingin menghindar dari orang lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sakit, karena berbagai stressor terakumulasi (misalnya : putus cinta, dikhianati kekasih, di PHK, bercerai, masalah dikampus dan lain-lain). Masalah semakin terasa menekan, support sistem kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur terus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai upaya pencegahan masalah.
- b. Tahap II : (*Comforting Moderate Level of Anxiety*) Halusinasi bersifat menyenangkan dan secara umum individu terima sebagai sesuatu yang alami individu mengalami emosi yang berlanjut, seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa dan ketakutan. Individu mencoba untuk memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan dan pada penenangan pikiran untuk mengurangi kecemasan tersebut. Individu beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensori yang

dialaminya dapat di kontrol atau dikendalikan jika kecemasannya bisa diatasi. (dalam tahap ini ada kecenderungan individu merasa nyaman dengan halusinasinya dan halusinasi bisa bersifat sementara). Perilaku yang muncul adalah menyeringai atau tertawa tidak sesuai, menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara, gerakan mata cepat, respon verbal lamban, dalam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikkan.

- c. Tahap III : (*Condemning Sever Level of Anxiety*) Halusinasi bersifat menyalahkan, sering mendatangi individu, dan secara umum halusinasi menjijikkan. Pengalaman sensori individu menjadi sering datang dan mengalami bias. Pengalaman sensori mulai bersifat menjijikkan dan menakutkan. Mulai merasa kehilangan kendali dan merasa tidak mampu lagi mengontrolnya. Mulai berusaha untuk menjaga jarak antara dirinya dengan objek dari sumber yang dipersepsikan individu. Individu mungkin merasa malu karena pengalaman sensorinya tersebut dan menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama. Perilaku yang muncul adalah terjadinya peningkatan sistem syaraf otonom yang menunjukkan ansientas atau kecemasan, seperti : pernafasan meningkat, tekanan darah dan denyut nadi meningkat, konsentrasi menurun, dipenuhi dengan pengalaman sensori dan mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dan realita.
- d. Tahap IV : (*Controlling severe Level of Anxiety*) Halusinasi bersifat mengendalikan, fungsi sensori menjadi tidak relevan

dengan kenyataan dan pengalaman sensori tersebut menjadi penguasa. Halusinasi lebih menonjol, menguasai dan mengontrol individu. Pasien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Pasien menjadi tidak berdaya dan menyerah untuk melawan halusinasi, sehingga membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Individu mungkin akan mengalami kesepian jika pengalaman sensori atau halusinasinya tersebut berakhir (dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik). Perilaku yang muncul : Cenderung mengikuti petunjuk sesuai isi halusinasi, kesehatan berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa detik/menit, gejala fisik dari kecemasan berat seperti : berkeringat, tremor, ketidak mampuan untuk mengikuti petunjuk.

e. Tahap V : (*Conquering Panic Level of Anxiety*) Halusinasi bersifat melakukan, halusinasi menjadi lebih rutin dan pasien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya. Pengalaman sensorinya menjadi terganggu. Halusinasi berubah mengancam, memerintah, memarahi, dan menakutkan apabila tidak mengikuti perintahnya sehingga pasien mulai terasa terancam. Pasien merasa terpaku dan tidak berdaya melepaskan diri, pasien tidak dapat berhubungan dengan orang lain dan menjadi menarik diri. Pasien berada dalam dunia menakutkan dalam waktu yang singkat atau bisa juga beberapa jam atau beberapa hari atau selamanya/kronis (terjadi gangguan psikotik berat). Perilaku yang muncul adalah perilaku

menyerang, resiko bunuh diri atau membunuh, kegiatan fisik yang merefleksikan isi halusinasi (amuk, agitasi, menarik diri) tidak mampu berespon terhadap petunjuk yang kompleks dan lebih dari satu orang.

Menurut Kusuma (2010 h. 109). Tahap halusinasi berkembang melalui empat fase, yaitu sebagai berikut :

a. Fase pertama

Disebut juga dengan *fesecomforting* yaitu fase menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik.

1) Karakteristik :

- a) Pasien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan.
- b) Pasien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara.

2) Perilaku pasien :

- a) Tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai.
- b) Menggerakkan bibir tanpa suara.
- c) Pengerakan mata cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya, dan suka menyendiri.

b. Fase kedua

Disebut dengan *fasecondemning* 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) Pasien tidak ingin orang lain tahu, dan ia tetap dapat mengontrolnya.

2) Perilaku pasien :

- a) Meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah.
- b) Pasien 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) Bisikkan, bayangan, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien

b) Pasien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya.

2) Perilaku pasien :

a) Kemauan dikendalikan halusinasi.

b) Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik.

c) Tanda-tanda fisik berupa pasien berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah.

d. Fase keempat

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

1) Karakteristik :

a) Halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi pasien.

b) Pasien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain.

2) Perilaku pasien :

a) Perilaku teror akibat panik.

b) Potensi bunuh diri

c) Perilaku kekerasan, menarik diri atau katatonik.

d) Tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang.

6. Psikodinamik

a. Faktor Predisposisi (Stuart, 2008)

1) Biologis

Gangguan perkembangan dan fungsi otak, susunan syaraf-syaraf pusat dapat menimbulkan gangguan realita. Gejala yang mungkin timbul adalah : hambatan dalam belajar, berbicara, daya ingat dan muncul perilaku menarik diri.

2) Psikologis

Keluarga pengasuh dan lingkungan pasien sangat mempengaruhi respon psikologis pasien, sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah : penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup pasien.

3) Sosial Budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti : kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stress.

b. Stressor Presipitasi

Secara umum pasien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stressor dan masalah coping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan (Keliat, 2006).

Menurut Stuart (2007), faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah:

1) Biologis

Gangguan dalam komunikasi dan putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk diinterpretasikan.

2) Psikososial

Keluarga pengasuh dan lingkungan pasien sangat mempengaruhi respon psikologis pasien, sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup pasien.

3) Kondisi Sosial Budaya

Mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti : kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stress.

c. Penilaian Stresor

Individu dewasa yang dapat berperan serta dalam hubungan interpersonal yang sehat tetap rentan terhadap efek stress psikologis. Penilaian stresor individu sangat penting dalam hal ini. Rasa sedih karena suatu kehilangan atau beberapa kehilangan dapat sangat besar sehingga individu tidak mau menghadapi kehilangan dimasa depan, bukan mengambil resiko

mengalami banyak kesedihan. Respon ini lebih mungkin terjadi jika individu mengalami kesulitan dalam tugas perkembangan yang berkaitan dengan berhubungan (Stuart, 2007)

d. Sumber koping

Menurut (Stuart, 2007) sumber koping individu harus dikaji dengan pemahaman tentang pengaruh gangguan otak dan perilaku, kekuatan dapat meliputi modal, seperti intelegensi atau kreativitas yang tinggi. Orang tua 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, finansial yang cukup, ketersediaan waktu dan tenaga dan kemampuan untuk memberikan dukungan serta berkesinambungan.

e. Mekanisme Koping

1) Regresi

Menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali seperti pada perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas

2) Proyeksi

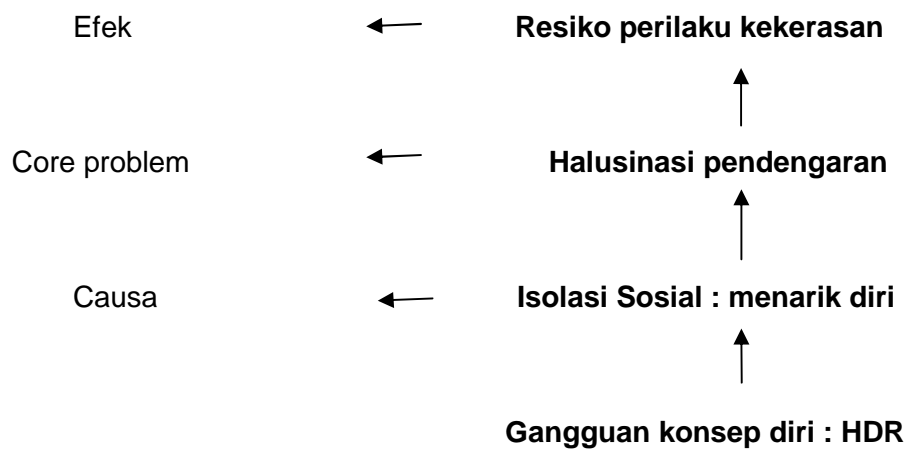
Mencoba menjelaskan gangguan persepsi dan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau suatu benda.

3) Menarik diri

Reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupaun 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 (Ernawati, 2009).

7. Pohon masalah



Gambar 2.2

Pohon Masalah Halusinasi pendengaran (Keliat, 2007)

8. Diagnosa keperawatan yang muncul

- a. Halusinasi pendengaran
- b. Resiko perilaku kekerasan
- c. Isolasi sosial : menarik diri
- d. Gangguan konsep diri : HDR

9. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	
			PASIEN	KELUARGA
1	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x pertemuan. Interaksi selama 15 menit di harapkan pasien dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi penyebab, tanda & gejala, PK yang di lakukan, akibat PK 2) Jelaskan cara mengontrol PK: fisik, obat, verbal, spiritual 3) Latihan cara mengontrol PK secara fisik : tarik nafas dalam dan pukul bantal 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi penyebab, tanda & gejala, PK yang di lakukan, akibat PK 2) Jelaskan cara mengontrol PK: fisik, obat, verbal, spiritual 3) Latihan cara mengontrol PK secara fisik : tarik nafas dalam dan pukul bantal 4) Masukan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluasi kegiatan latihan fisik. Beri pujian 2) Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar : jenis, guna, dosis, 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Diskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien 2) Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya PK (gunakan boolket) 3) Jelaskan cara merawat PK 4) Latih satu cara merawat PK dengan melakukan kegiatan fisik: tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal 5) Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat /melatih pasien fisik. Beri pujian

4) Masukan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik	frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) 3) Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat	2) Jelaskan 6 benar cara memberikan obat 3) Latih cara memberikan / membimbing minum obat 4) Ajurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian
	SP 3 1) Evaluasi kegiatan latihan fisik dan obat. Beri pujian. 2) Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara, yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar) 3) Masukan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal	SP 3 1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik dan memberikan obat. Beri pujian 2) Latih cara membimbing : cara bicara yang baik. 3) Latih cara membimbing kegiatan spiritual. 4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.
	SP 4 1) Evaluasi kegiatan latihan fisik & obat & verbal. Beri pujian 2) Latihan cara mengontrol spiritual (2 kegiatan) 3) Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual	SP 4 1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien fisik, memberikan obat, latihan bicara yang baik & kegiatan spiritual. Beri pujian

				2) Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan 3) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian
2.	Halusinasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama kurang lebih 6x pertemuan. Interaksi selama 15 menit, pasien tidak mengalami Halusinasi, dengan kriteria hasil pasien mampu: 1) Identifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan dan respon. 2) Jelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan. 3) Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. 4) Masukkan pada jadwal	SP 1 1) Identifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan dan respon. 2) Jelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan. 3) Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. 4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik. SP 2 1) Evaluasi kegiatan menghardik. Beri pujian. 2) Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis,	SP 1 1) Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. 2) Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya halusinasi (gunakan booklet). 3) Jelaskan cara merawat halusinasi. 4) Latih cara merawat halusinasi: menghardik. 5) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian. SP 2 1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien menghardik. Beri pujian. 2) Jelaskan 6 benar cara memberikan obat.

kegiatan untuk latihan menghardik.	<p>guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat).</p> <p>3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat.</p>	<p>3) Latih cara memberikan/ membimbing minum obat.</p> <p>4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.</p>
	<p>SP 3</p> <p>1) Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan minum obat. Beri pujian.</p> <p>2) Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi.</p> <p>3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap.</p>	<p>SP 3</p> <p>1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien menghardik dan memberikan obat. Beri pujian.</p> <p>2) Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi.</p> <p>3) Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi.</p> <p>4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.</p>
	<p>SP 4</p> <p>1) Evaluasi kegiatan latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap. Beri pujian.</p> <p>2) Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan</p>	<p>SP 4</p> <p>1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien menghardik dan memberikan obat & bercakap-cakap. Beri pujian.</p>

			<p>harian (mulai 2 kegiatan).</p> <p>3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian.</p>	<p>2) Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan.</p> <p>3) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.</p>
3	Isolasi Sosial	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x pertemuan. Interaksi selama 15 menit di harapkan pasien dapat melakukan sosialisasi dengan kriteria hasil:</p> <p>1) mengidentifikasi penyebab isolasi sosial: siapa yang serumah, siapa yang dekat, yang tidak dekat, dan apa sebabnya</p> <p>2) Keuntungan punya teman dan bercakap-cakap</p> <p>3) Kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap-cakap</p> <p>4) Latih cara berkenalan dengan pasien dan</p>	<p>SP 1</p> <p>1) Identifikasi penyebab isolasi sosial: siapa yang serumah, siapa yang dekat, yang tidak dekat, dan apa sebabnya</p> <p>2) Keuntungan punya teman dan bercakap-cakap</p> <p>3) Kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap-cakap</p> <p>4) Latih cara berkenalan dengan pasien dan perawat atau tamu</p> <p>5) Masukan pada jadual kegiatan untuk latihan berkenalan.</p> <p>SP 2</p> <p>1) Evaluasi kegiatan berkenalan (berapa orang). Beri pujian</p>	<p>SP 1</p> <p>1) Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.</p> <p>2) Jelaskan pengertian, tanda & gejala dan proses terjadinya Isolasi sosial (gunakan booklet)</p> <p>3) Jelaskan cara merawat Isolasi sosial</p> <p>4) Latih dua cara merawat berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian</p> <p>5) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian saat menjenguk.</p> <p>SP 2</p> <p>1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien berkenalan dan</p>

perawat atau tamu Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan	<ol style="list-style-type: none"> 2) Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan) 3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 2- 3 orang pasien, perawat dan tamu, berbicara saat melakukan kegiatan harian. 	<p>berbicara saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan pasien berbicara (makan, sholat bersama) di rumah 3) Latih cara membimbing pasien berbicara dan memberi pujian 4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal saat menjenguk.
	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluasi kegiatan latihan berkenalan (berapa orang) & bicara saat melakukan dua kegiatan harian. Beri pujian 2) Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2 kegiatan baru) 3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang, berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian. 	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian 2) Jelaskan cara melatih pasien melakukan kegiatan sosial seperti berbelanja, meminta sesuatu,dll 3) Latih keluarga mengajak pasien belanja saat menjenguk 4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian saat menjenguk.
	<p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, bicara saat melakukan empat 	

		kegiatan harian. Beri pujian	SP 4
		2) Latih cara bicara sosial: meminta sesuatu, menjawab pertanyaan	1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan harian/RT, berbelanja. Beri pujian
		3) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan >5 orang, orang baru, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi.	2) Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan
			3) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal kegiatan dan memberikan pujian.
4	Harga Diri Rendah	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x pertemuan. Interaksi selama 15 menit, diharapkan pasien dapat melakukan harga diri rendah dengan kriteria hasil :	SP 1
		1) Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien (buat daftar keinginan	1) Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien
		2) Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar keinginan) : buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini	2) Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya harga diri rendah (gunakan booklet)
		3) Bantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih	3) Diskusikan kemampuan atau aspek positif pasien yang pernah dimiliki sebelum dan setelah sakit
			4) Jelaskan cara merawat harga diri rendah terutama memberikan pujian semua hal

<p>kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar keinginan) : buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini</p>	<p>4) Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya) 5) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kali per hari</p>	<p>yang positif pada pasien 5) Latih keluarga memberi tanggung jawab kegiatan pertama yang dipilih pasien : bimbing dan beri pujian 6) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</p>
<p>3) Bantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih</p>	<p>SP 2</p>	<p>SP 2</p>
<p>4) Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya)</p>	<p>1) Evaluasi kegiatan pertama yang telah dilatih dan berikan pujian 2) Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih 3) Latih kegiatan kedua (alat dan cara) 4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan : dua kegiatan masing-masing dua kali per hari</p>	<p>1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama yang dipilih dan dilatih pasien. Beri pujian 2) Bersama keluarga melatih pasien dalam melakukan kegiatan kedua yang dipilih pasien 3) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</p>
	<p>SP 3</p>	<p>SP 3</p>
	<p>1) Evaluasi kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih dan berikan pujian 2) Bantu pasien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih 3) Latih kegiatan ketiga (alat</p>	<p>1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih. Beri pujian</p>

-
- dan cara)
- 4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan : tiga kegiatan, masing-masing dua kali per hari

SP 4

- 1) Evaluasi kegiatan pertama, kedua, dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian
- 2) Bantu pasien memilih keempat yang akan dilatih
- 3) Latih kegiatan keempat (alat dan cara)
- 4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan : empat kegiatan masing-masing dua kali per hari

- 2) Bersama keluarga melatih pasien melakukan kegiatan ketiga yang dipilih
- 3) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian

SP 4

- 1) Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama, kedua dan ketiga. Beri pujian
- 2) Bersama keluarga melatih pasien melakukan kegiatan keempat yang dipilih
- 3) Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan
- 4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian