

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan penyakit otak yang timbul akibat ketidakseimbangan pada dopamin, yaitu salah satu sel kimia dalam otak. Skizofrenia adalah gangguan jiwa psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan afektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antar pribadi normal. Sering kali diikuti dengan delusi dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsangan pancaindra) Fugen (2012) dalam Masriadi (2016). 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 berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat, dkk 2011).

2.1.2 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Keliat, dkk (2011). Gejala – gejala skizofrenia adalah sebagai berikut :

1. Gejala positif
 - a. Waham: Keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang – ulang (waham kejar, waham curiga, waham besar)

- b. Halusinasi: Gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman dan perabaan)
- c. Perubahan arus pikir
 - 1) Arus pikir terputus: dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan
 - 2) Inkoheren: berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau)
 - 3) Neologisme: menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri, tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.
- d. Perubahan perilaku
 - 1) Hiperaktif: perilaku motorik yang berlebihan
 - 2) Agitasi: perilaku yang menunjukkan kegelisahan
 - 3) Iritabilitas: mudah tersinggung
- 2. Gejala negatif
 - a. Sikap masa bodo (apatis)
 - b. Pembicaraan berhenti tiba-tiba (*blocking*)
 - c. Menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi sosial)
 - d. Menurunnya kinerja atau aktivitas sosial sehari-hari

2.1.3 Etiologi Skizofrenia

Luana (2007) dalam Prabowo (2014) menjelaskan penyebab dari skizofrenia, yakni:

- 1. Faktor Biologis
 - a. Komplikasi kelahiran

Bayi laki-laki yang memiliki komplikasi saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia.

b. Infeksi

c. Perubahan anatomi pada susunan syaraf pusat akibat infeksi virus pernah dilaporkan pada orang dengan skizofrenia.

d. Hipotesis dopamine

Dopamine merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala skizofrenia.

e. Hipotesis Serotonin

Gaddum, Wooley, dan Show tahun 1954 mengobservasi efek lysergic acid diethylamide (LSD) yaitu suatu zat yang bersifat campuran agonis/antagonis reseptor 5-HT. Ternyata zat tersebut menyebabkan keadaan psikosis berat pada orang normal.

f. Struktur Otak

Daerah otak yang mendapatkan

2. Faktor Genetik

Para ilmuwan sudah lama mengetahui bahwa skizofrenia diturunkan, 1% populasi umum tetapi 10% pada masyarakat yang mempunyai hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakak laki-laki ataupun perempuan dengan skizofrenia.

2.1.4 Jenis Skizofrenia

Menurut Laura (2010) dalam Masriadi (2016) ada empat jenis skizofrenia:

1. Skizofrenia *Disorganized*

Seorang individu mengalami delusi dan halusinasi yang memiliki makna yang sedikit atau tidak bermakna sama sekali seperti arti kata “*disorganized*”. Seorang individu dengan skizofrenia disorganised mungkin akan menarik diri dari kontak dengan manusia dan mungkin mundur untuk menunjukkan perilaku dan gerak tubuh yang konyol seperti anak-anak.

2. Skizofrenia Katatonik

Perilaku yang aneh yang terkadang muncul dalam bentuk keadaan tidak bergerak sama sekali seperti orang yang pingsan, ketika berada dalam keadaan ini, individu dengan skizofrenia katatonik sebenarnya sepenuhnya sadar akan apa yang terjadi di sekitarnya.

3. Skizofrenia Paranoid

Delusi biasanya muncul dalam bentuk sebuah sistem yang terelaborasi didasarkan pada pemaknaan yang salah terhadap kejadian tertentu.

4. Skizofrenia tidak bergolong

Prilaku yang tidak teratur, halusinasi, delusi, dan inkoherensi dignosis ini digunakan ketika gejala individu tidak memenuhi kriteria untuk satu dari tiga jenis skizofrenia lain atau memenuhi kriteria untuk lebih dari satu jenis.

Maramis, 2009 membagi skizofrenia menjadi beberapa jenis. Penderita digolongkan ke dalam salah satu jenis menurut gejala utama yang terdapat padanya. Akan tetapi batasbatas golongan-golongan ini tidak jelas, gejala-

gejala dapat berganti-ganti atau mungkin seorang penderita tidak dapat digolongkan ke dalam satu jenis. Pembagiannya adalah sebagai berikut:

a. Skizofrenia paranoid

Jenis skizofrenia ini sering mulai sesudah mulai 30 tahun. Permulaanya mungkin subakut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit sering dapat digolongkan schizoid. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak dan kurang percaya pada orang lain.

b. Skizofrenia hebefrenik

Permulaanya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15 – 25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau *double personality*.

c. Skizofrenia katatonik

Timbulnya pertama kali antara usia 15 sampai 30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik. Gejala yang penting adalah gejala psikomotor seperti:

1) Mutisme, kadang-kadang dengan mata tertutup, muka tanpa mimik, seperti topeng, stupor penderita tidak bergerak sama sekali untuk waktu yang sangat lama, beberapa hari, bahkan kadang-kadang beberapa bulan.

2) Bila diganti posisinya penderita menentang.

3) Makanan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga terkumpul di dalam mulut dan meleleh keluar, air seni dan feses ditahan.

4) Terdapat grimas dan katalepsi.

d. Skizofrenia simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.

Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali ditemukan.

e. Skizofrenia residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang kearah gejala negative yang lebih menonjol.

2.2 Halusinasi

2.2.1 Definisi Halusinasi

Menurut Townsend, (2010) dalam Amrulloh, (2017) Halusinasi merupakan suatu kondisi individu menganggap jumlah serta pola stimulus yang datang (baik dari dalam maupun dari luar) tidak sesuai dengan kenyataan. Disertai distorsi dan gangguan respon terhadap stimulus tersebut baik respon yang berlebihan maupun yang kurang memadai. Menurut Keliat, Akemat (2010) dalam Amrulloh, (2017) halusinasi adalah suatu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada.

Menurut Stuart dan Laraia, (2009) dalam Amrulloh, (2017) halusinasi adalah persepsi atau tanggapan dari panca indra tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi.

2.2.2 Jenis – Jenis Halusinasi

Jenis –jenis halusinasi menurut Rusdi, (2013) dalam Ismail, (2014) ada 2 yaitu:

1. Halusinasi non patologis

Halusinasi yang terjadi pada seseorang yang bukan penderita gangguan jiwa, hanya pada seseorang yang mengalami stress yang berlebih atau kelelahan

2. Halusinasi patologis

Halusinasi ini ada 5 macam yaitu:

- a. Halusinasi pendengaran

Klien mendengar suara dan bunyi tidak berhubungan dengan stimulasi nyata dan orang lain tidak mendengarnya

- b. Halusinasi penglihatan

Klien melihat gambaran yang jelas atau samar tanpa stimulus yang nyata dan orang lain tidak melihat

- c. Halusinasi penciuman

Klien mencium bau yang muncul dari sumber tertentu tanpa stimulus yang nyata dan orang lain tidak mencium.

d. Halusinasi pengecapan

Klien merasakan makan sesuatu yang tidak nyata. Biasa merasakan makanan yang tidak enak

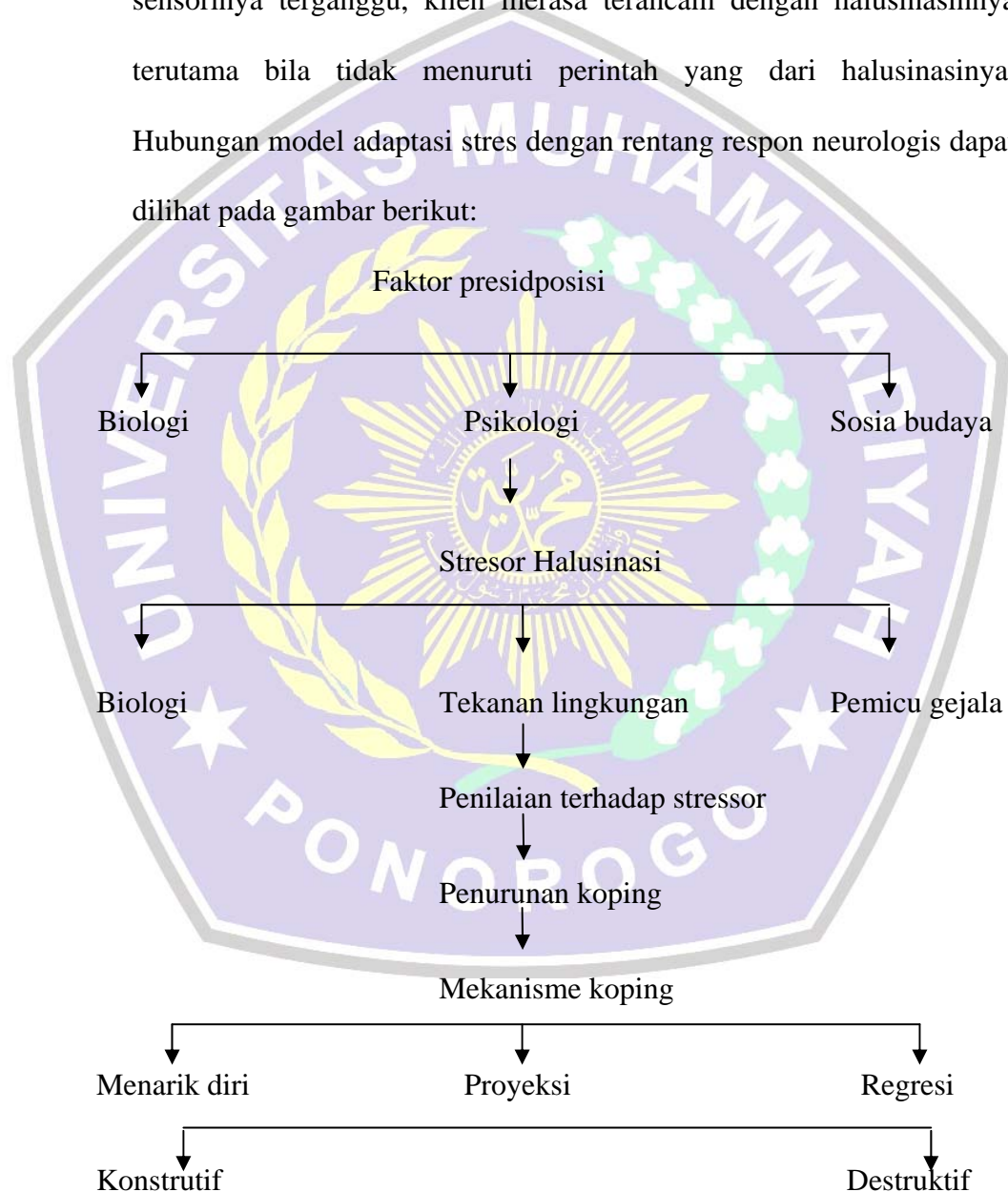
e. Halusinasi perabaan

Klien merasakan sesuatu pada kulit tanpa stimulus yang nyata

2.2.3 Psikopatologi

Proses terjadinya halusinasi menurut Yosep, (2011) dalam Ismail, (2014) diawali dengan seseorang yang menderita halusinasi akan menganggap sumber dari halusinasinya berasal dari lingkungannya atau stimulus ekstrenal. Padahal sumber itu berasal dari stimulus dari luar. Stimulus internal itu merupakan suatu bentuk perlindungan diri dari psikologi yang mengalami trauma sehubungan dengan penolakan, stress, kehilangan, kesepian, serta tuntutan ekonomi yang dapat meningkatkan kecemasan. Pada fase awal masalah itu menimbulkan peningkatan kecemasan yang terus menerus dan system pendukung yang kurang akan membuat persepsi untuk membedakan apa yang dipikirkan dengan perasaan sendiri menurun, klien sulit tidur sehingga terbiasa mengkhayal dan klien terbiasa menganggap lamunan itu sebagai pemecah masalah. Meningkatkan pada fase *comforting*, klien mengalami emosi yang berkelanjutan seperti adanya cemas, kesepian, perasaan berdosa dan sensorinya dapat diatur, pada fase ini klien cenderung merasa nyaman dengan halusinasinya. Halusinasi menjadi sering datang, klien tidak mampu lagi mengontrol dan berupaya menjaga jarak dengan objek lain yang dipersepsikan. Pada

fase *condeming*, klien mulai menarik diri dari orang lain. Pada fase *controlling* dimulai klien mencoba melawan suara-suara atau bunyi yang datang dan klien dapat merasa kesepian jika halusinasinya berhenti, maka dari sinilah dimulai fase gangguan *psycotik*. Pada fase *conquering panic level of anxiety*, klien lama –kelamaan pengalaman sensorinya terganggu, klien merasa terancam dengan halusinasinya terutama bila tidak menuruti perintah yang dari halusinasinya. Hubungan model adaptasi stres dengan rentang respon neurologis dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 2.1 Hubungan model adaptasi stres dengan rentang respon neurologis

2.2.4 Penatalaksanaan medis

Terapi dalam jiwa bukan hanya meliputi pengobatan dan farmakologi, tetapi juga pemberian psikoterapi, serta terapi modalitas yang sesuai dengan gejala atau penyakit klien yang akan mendukung penyembuhan klien akan merasa berguna dalam masyarakat dan tidak merasa diasingkan dengan penyakit yang dialaminya Kusmawati & Hartono, (2010) dalam Ida, (2014).

1. Psikofarmakologis

Farmakoterapi adalah pemberian terapi dengan menggunakan obat-obat yang digunakan untuk gangguan jiwa disebut dengan psikofarmaka atau psikotropika. Terapi gangguan jiwa dengan menggunakan obat-obatan disebut dengan *psikofarmakoterapi* atau medikasi psikotropika yaitu obat yang mempunyai efek terapeutik langsung pada proses mental penderita karena kerjanya pada otak/sistem saraf pusat. Obat bisa berupa Haloperidol, Alprazolam, Cpoz, Trihexphendyl (Ida, 2014).

2. Terapi Somatis

Terapi somatis adalah terapi yang diberikan kepada klien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang ditunjukkan pada konsisi fisik klien. Walaupun yang diberi perilaku adalah fisik klien, tetapi target adalah perilaku klien. Jenis somatic adalah meliputi peningkatan, terapi kejang listrik, isolasi, dan fototerapi (Ida, 2014).

a. Peningkatan

Peningkatan adalah terapi menggunakan alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik klien yang bertujuan untuk melindungi cedera fisik sendiri atau orang lain (Ida, 2014)

b. Terapi kejang listrik/ *Elektro convulsive Therapy (ECT)*

Adalah bentuk terapi pada klien dengan menimbulkan kejang (grandma) dengan mengalirkan arus listrik kekuatan rendah (2-8 joule) melalui elektroda yang ditempelkan beberapa detik pada pelipis kiri/ kanan (lobus frontal) klien (Stuart, 2007) dalam (Ida, 2014).

3. Terapi Modalitas

Terapi Modalitas adalah terapi utama dalam keperawatan jiwa. Terapi diberikan dalam upaya mengubah perilaku klien dan perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif. Jenis terapi modalitas meliputi psikoanalisis, psikoterapi, terapi kelompok, terapi keluarga, terapi rehabilitasi, terapi psikodrama, terapi lingkungan (Stuart, 2007) dalam (Ida, 2014)

2.2.5 Batasan Karakteristik Halusinasi

Batasan karakteristik klien dengan gangguan persepsi sensori :
Halusinasi menurut Mardhiyah (2012) yaitu:

1. Perubahan dalam pola perilaku
2. Perubahan dalam kemampuan menyelesaikan masalah
3. Perubahan dalam ketajaman sensori
4. Perubahan dalam merespon yang biasa dalam stimulus

5. Disorientasi
6. Halusinasi
7. Hambatan komunikasi
8. Iritabilitas
9. Konsentrasi buruk
10. Gelisah
11. Distorsi sensori

2.2.6 Fase – Fase Halusinasi

Fase halusinasi Depkes, (2000) dalam Rusdi, (2013)

1. Fase *comforting*

Fase dimana memberikan rasa nyaman atau menyenangkan, tingkat ansietas sedang secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan karakteristik: mengalami ansietas kesepian, rasa bersalah dan ketakutan, fokus pada pikiran yang dapat mengatasi ansietas, pikiran dan pengalaman sensori masalah ada dalam control kesadaran non psikotik. Perilaku yang muncul tertawa atau senyum yang tidak sesuai, gerakan bibir tanpa suara, respon verbal lambat

2. Fase *condemning*

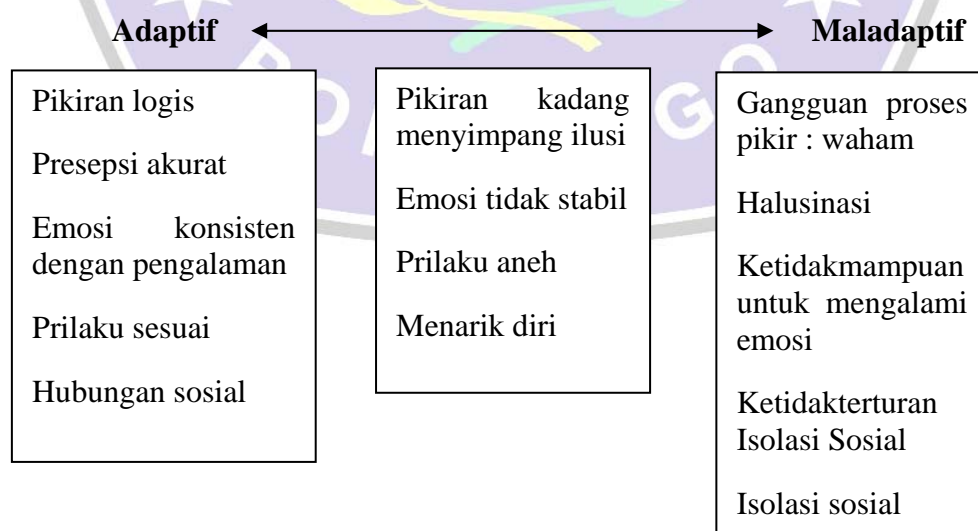
Klien merasa halusinasi menjadi menjijikan, tingkat kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipasti. Karakteristik mulai merasa kehilangan control menarik diri dari orang lain. Perilaku ansietas terjadi peningkatan tanda-tanda vital, kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realita.

3. Fase *controlling*

Tingkat kecemasan klien menjadi berat, halusinasi tidak dapat ditolak lagi. Karakteristik klien menyerah dan menerima pengalaman sendiri, kesepian bila pengalaman sensori berakhir *psycotik*. Prilaku : perintah halusinasi ditaati sulit berhubungan dengan orang lain.

2.2.7 Rentang Respon Neurobiologi Halusinasi

Halusinasi merupakan gangguan dari presepsi sensori, sehingga halusinasi merupakan gangguan dari respons neurobiology. Oleh karenanya, secara keseluruhan, rentang respon neurobiologi. Rentang respon neurobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis, presepsi akurat, emosi yang konsisten dengan pengalaman, perilaku cocok, dan terciptanya hubungan social yang harmonis. Sementara itu, respons maladaptif meliputi adanya waham, halusinasi, kesukaran proses emosi, perilaku tidak terorganisasi, dan isolasi social : menarik diri. Berikut adalah gambaran rentang respons neurobiology (Sutejo, 2017).



Gambar 2.2 Rentang Respons Neurobiologi Halusinasi

2.2.8 Tanda dan Gejala Halusinasi

Menurut Sutejo, (2017) tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Tanda dan gejala pasien halusinasi adalah sebagai berikut:

1. Data Obyektif

- a. Bicara atau tertawa sendiri.
- b. Marah- marah tanpa sebab.
- c. Memalingkan muka kearah telinga seperti mendengar sesuatu.
- d. Menutup telinga.
- e. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu.
- f. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.
- g. Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu.
- h. Menutup hidung.
- i. Sering meludah.
- j. Muntah.
- k. Menggaruk-garuk permukaan kulit.

2. Data Subyektif

- a. Mendengar suara-suara atau kegaduhan.
- b. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
- c. Mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya .
- d. Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.

- e. Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
- f. Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses.
- g. Merasa takut atau senang dengan halusinasinya.
- h. Mengatakan sering mendengar sesuatu pada waktu tertentu saat sedang sendirian.
- i. Mengatakan sering mengikuti isi perintah halusinasi.

2.2.9 Intensitas Halusinasi

Menurut Wahyuni, (2017)

1. Menenangkan, ansietas tingkat sedang. Secara umum menyenangkan. Karakteristik: Merasa bersalah dan takut serta mencoba memusatkan pada penengangan pikiran untuk mengurangi ansietas. Individu mengetahui bahwa pikiran dan sensori yang alaminya dapat dikendalikan dan bisa diatasi (non psikotik). Prilaku yang teramati:
 - a. Menyeringai / tertawa yang tidak sesuai
 - b. Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara
 - c. Respon verbal yang lambat
 - d. Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasikan.
2. Menyalahkan, ansietas tingkat berat. Halusinasi menjijikkan. Karakteristik: pengalaman sensori bersifat menjijikkan dan menakutkan, orang yang berhalusinasi mulai merasa kehilangan kendali mungkin berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang di persepsikan, individu mungkin merasa malu karena

pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain (non psikotik): Perilaku klien yang teramati:

- a. Peningkatan SSO yang menunjukkan ansietas. Misalnya peningkatan nadi, TD dan pernafasan.
- b. Penyempitan kemampuan konsentrasi.
- c. Dipenuhi dengan pengalaman sensori mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dan realita.

3. Pengendalian, ansietas tingkat berat. Pengalam sensori menjadi pengauasa. Karakteristik: orang yang berhalusinasi mudah menyerah untuk melawan pengalaman halusinasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya. Isi halusinasi dapat berupa permohonan, individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman tersebut berakhir (Psikotik). Perilaku klien yang teramati :

- a. Lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya dari pada menolak.
- b. Kesulitan berhubungan dengan orang lain
- c. Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik, gejala fisik dari ansietas
- d. Berat seperti: berkeringat, tremor, ketidakmampuan mengikuti petunjuk

4. Menakutkan, ansietas tingkat panic. Secara umum halusinasi I lebih rumit dan saling terkait dengan delusi. Karakteristik : pengalaman sensori mungkin menaakuti jika individu tidak mengikuti

perintah, halusinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak diintervensi terapeutik (psikotik). Prilaku yang teramati :

- a. Perilaku menyerang – terror seperti panik.
- b. Sangat potensial melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain.
- c. Kegiatan fisik yang merefleksikan halusinasi seperti : amuk, agitasi, menarik diri.
- d. Tidak mampu berespon terhadap petunjuk yang kompleks.
- e. Tidak mampu berespon lebih dari satu orang

2.2.10 Konsep Asuhan Keperawatan pada Halusinasi Pendengaran

Menurut Keliat, (2006) dalam Wahyuni, (2017) tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Cara pengkajian lain berfokus pada 5 (lima) aspek, yaitu fisik, emosional, intelektual, sosial dan spiritual. Untuk dapat menjangkau data yang diperlukan, umumnya dikembangkan formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian. isi pengkajian meliputi:

1. Identitas klien

Untuk memasukan data pada pengkajian identitas klien perawat menanyakan mengenai nama, usia, jenis kelamin (pada pasien halusinasi perempuan lebih banyak menghadapi suatu persoalan kejiwaan dibanding laki-laki), alamat, pekerjaan, pendidikan (RSJD Surakarta)

2. Keluhan utama/ alasan masuk

Yang menyebabkan pasien skizofrenia dengan halusinasi pendengaran biasanya di tandai dengan gejala, bicara/tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas (Wahyuni, 2017).

3. Faktor predisposisi

Yaitu faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya, mengenai faktor perkembangan sosial kultural, biokimia, psikologis dan genetik yaitu faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Beberapa faktor predisposisi yang berkontribusi pada munculnya respon neurobiologi seperti pada halusinasi (Stuart dan Laraia, 2005)

a. *Biologis*

- 1) Genetik: Diturunkan melalui kromosom orang tua. Sementara pada anak yang salah satu orang tuanya menderita kemungkinan terkena adalah 15%. Dan jika kedua orang tuanya penderita maka resiko terkena adalah 35%. Kembar identik beresiko mengalami gangguan sebesar 50% sedangkan kembar fraternal beresiko mengalami gangguan 15%.
- 2) Kelainan fisik: Kelainan fisik bisa juga di sebabkan akibat kecelakaan yang mengalami lesi pada daerah *frontal*,

temporal, dan *limbic*. Neurotransmitter dopamine berlebihan, tidak seimbang dengan kadar serotonin.

- 3) Riwayat janin: Pada saat prenatal dan perinatal apakah mengalami trauma, premature, preeklamsi, malnutrisi, stress, ibu perokok, alcohol, pemakaian obat-obatan.
- 4) Nutrisi: Adanya riwayat gangguan nutrisi ditandai dengan penurunan BB, rambut rontok, anoreksia, bulimia nervosa
- 5) Keadaan kesehatan secara umum misalnya kurang gizi, kurang tidur, gangguan irama sirkadian, kelemahan, infeksi, penurunan aktivitas, malas untuk mencari bantuan kesehatan.
- 6) Sensitivitas biologi: Riwayat penggunaan obat halusinogen, riwayat terkena infeksi dan trauma serta radiasi dan riwayat pengobatannya
- 7) Paparan terhadap racun: Paparan virus influenza pada trimester 3 kehamilan dan riwayat keracunan CO, asbestos karena mengganggu fisiologi otak.

b. *Psikologis*

- 1) Intelegensi: Riwayat kerusakan struktur di lobus frontal dan kurangnya suplay oksigen terganggu dan glukosa sehingga mempengaruhi fungsi kognitif sejak kecil misalnya : mental retardasi (IQ rendah)
- 2) Keterampilan verbal
 - a) Gangguan keterampilan verbal akibat faktor komunikasi dalam keluarga, seperti: komunikasi peran

ganda, tidak ada komunikasi, komunikasi dengan emosi berlebihan, komunikasi tertutup.

- b) Adanya riwayat gangguan fungsi bicara, akibat adanya stroke, trauma kepala
 - c) Adanya riwayat gagap yang mempengaruhi social pasien
- 3) Moral: Riwayat tinggal di lingkungan yang mempengaruhi moral individu, misalnya lingkungan keluarga yang *brokenhome*, konflik, lapas
- 4) Kepribadian: mudah kecewa, kecemasan tinggi, mudah putus asa dan menutupi diri.
- 5) Pengalaman masalah:
- a) Orangtua yang otoriter dan selalu membandingkan
 - b) Konflik orang tua sehingga salah satu orang tua terlalumenyayangi anaknya
 - c) Anak yang dipelihara oleh ibu yang suka cemas, terlalu melindungi dingin dan tak berperasaan
 - d) Ayah yang mengambil jarak dengan anaknya
 - e) Mengalami penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien baik sebagai korban, pelaku maupun saksi
 - f) Penilaian negative yang terus menerus dari orangtua
- 6) Konsep diri: Adanya riwayat ideal diri yang tidak realistis, identitas diri tak jelas, harga diri rendah, krisis peran dan gambaran diri negative.

- 7) Motivasi: Riwayat kurangnya penghargaan dan kegagalan
- 8) Pertahanan psikologi: Ambang toleransi terhadap stress rendah dan adanya riwayat gangguan perkembangan
- 9) Self control: Adanya riwayat tidak bias mengontrol stimulus yang datang, misalnya suara, rabaan, penglihatan, penciuman, pengecapan, gerakan

c. *Social cultural*

- 1) Usia: Riwayat tugas perkembangan yang tidak selesai
- 2) Gender: Riwayat ketidakjelasan identitas dan kegagalan peran gender
- 3) Pendidikan: Pendidikan yang rendah, riwayat putus sekolah dan gagal sekolah
- 4) Pendapatan: Penghasilan rendah
- 5) Pekerjaan: Pekerjaan stressfull, Pekerjaan beresiko tinggi
- 6) Status social: Tuna wisma, kehidupan terisolasi
- 7) Latar belakang budaya: Tuntutan social budaya seperti paternalistic dan adanya stigma masyarakat, adanya kepercayaan terhadap hal-hal magis dan sihir serta adanya pengalaman keagamaan
- 8) Agama dan keyakinan: Riwayat tidak bisa menjalankan aktivitas keagamaan secara rutin dan kesalah persepsi terhadap ajaran agama tertentu.
- 9) Keikutsertaan dalam politik: Riwayat kegagalan dalam politik

- 10) Pengalaman social: Perubahan dalam kehidupan, misalnya bencana, perang, kerusuhan, perceraian dengan istri, tekanan dalam pekerjaan dan kesulitan mendapatkan pekerjaan
- 11) Peran social: isolasi social khususnya untuk usi lanjut, stigma yang negatif dari masyarakat, diskriminasi, *stereotype*, praduga negatif.

4. Faktor presipitasi

Yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman/tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk coping. Adanya rangsang lingkungan yang sering yaitu seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak komunikasi, objek yang ada dilingkungan juga suasana sepi/isolasi adalah sering sebagai pencetus terjadinya halusinasi karena hal tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik. Disamping itu juga oleh karena proses penghambatan dalam proses tranduksi dari suatu impuls yang menyebabkan terjadinya penyimpangan dalam proses interpretasi dan interkoneksi, sehingga dengan demikian faktor-faktor pencetus respon neurubiologis (Stuart dan Laraia, 2005)

a. *Nature*

Enambulanterakhirterjadihal-halberikutini :

- 1) Faktor biologis: Kurang nutrisi, ada gangguan kesehatan secara umum (menderita penyakit jantung, kanker, mengalami trauma

kepala atau sakit panas hingga kejang-kejang), sensitivitas biologis (terpapar obat halusinogen atau racun, asbestosis, CO)

2) Faktor psikologis: Mengalami hambatan atau gangguan dalam keterampilan komunikasi verbal, ada kepribadian menutup diri, ada pengalaman masa lalu tidak menyenangkan (Misalnya: menjadi korban aniaya fisik, saksi aniaya fisik maupun sebagai pelaku, konsep diri yang negatif (harga diri rendah, gambaran citra tubuh, keracunan identitas, ideal diri tidak realistis, dan gangguan peran), kurangnya penghargaan, pertahanan psikologis rendah (ambang toleransi terhadap stres rendah), self control (ada riwayat terpapar stimulasi suara, rabaan, penglihatan, penciuman, dan pengecapan, gerakan yang berlebihan dan klien tidak bisa mengontrolnya.

3) Faktor sosial budaya

Usia, gender, pendidikan rendah/putus atau gagal sekolah, pendapatan rendah, pekerjaan tidak punya, status sosial jelek (tidak terlibat dalam kegiatan di masyarakat, latar belakang budaya, tidak dapat menjalankan agama dan keyakinan, keikutsertaan dalam politik tidak bisa dilakukan, pengalaman sosial buruk, dan tidak dapat menjalankan peran sosial.

a. *Origin*

1) Internal: Persepsi individu yang tidak baik tentang dirinya, orang lain dan lingkungan.

2) Eksternal: Kurang dukungan keluarga, masyarakat, dan kurang dukungan kelompok/teman sebaya.

b. *Timing*: Stres terjadi dalam waktu dekat, stress terjadi secara berulang ulang/terus menerus. Pada penderita halusinasi bisa terjadi apabila pasien sedang berdiam diri dan klien mendengar suara/bunyi tidak berhubungan dengan stimulasi nyata dan orang lain tidak mendengarnya.

c. *Number*: Pada penderita halusinasi pendengaran memiliki sumber stress lebih dari satu dan stress dirasakan sebagai masalah yang sangat berat.

5. Penilaian terhadap stressor

a. Kognitif: Tidak dapat berpikir logis, inkoheren, disorientasi, gangguan memori jangka pendek, maupun panjang, konsentrasi rendah, kekacauan alur pikir, ketidakmampuan mengambil keputusan, flight of idea, gangguan berbicara dan perubahan isi pikir

b. Afektif: Tidak spesifik, reaksi kecemasan secara umum, kegembiraan yang berlebihan, kesedihan yang berlarut dan takut yang berlebihan, curiga yang berlebihan dan defensi sensitif

c. Fisiologis: Pusing, kelelahan, keletihan, denyut jantung meningkat, keringat dingin, gangguan tidur, muka merah/tegang, frekuensi napas meningkat, ketidakseimbangan neurotransmitter dopamine dan serotonin

d. Perilaku: Berperilaku aneh yang sesuai dengan isi halusinasi, berbicara dan tertawa sendiri, daya tilik diri kurang, kurang dapat mengontrol diri, penampilan tidak sesuai, perilaku yang diulang-ulang, menjadi agresif, gelisah, negativism, melakukan pekerjaan dengan tidak tuntas, gerakan katatonia, kaku, gangguan ekstrapiramidal, gerakan mata abnormal, grimacvin, gaya berjalan abnormal, komat-kamit, menggerakkan bibir tanpa adanya suara keluar

e. *Social*: Ketidakmampuan untuk berkomunikasi, acuh dengan lingkungan, penurunan kemampuan bersosialisasi, paranoid, personal hygiene jelek, sulit berinteraksi dengan orang lain, tidak tertarik dengan kegiatan yang sifatnya menghibur, penyimpangan seksual dan menarik diri.

6. Sumber koping

a. *Personal ability*: ketidakmampuan memecahkan masalah, ada gangguan dari kesehatan fisiknya, ketidakmapuan berhubungan dengan orang lain, pengetahuan tentang penyakit dan intelegensi yang rendah, indentitas ego yang tidak adekuat.

b. *Social suport*: hubungan antara individu, keluarga, kelompok, masyarakat tidak adekuat, komitmen dengan jaringan sosial tidak adekuat

c. *Material asset*: ketidakmampuan mengelola kekayaan, misalnya boros atau santa pelit, tidak mempunyai uang untuk berobat, tidak

ada tabungan, tidak memiliki kekayaan dalam bentuk barang, tidak ada pelayanan kesehatan dekat tempat tinggal

- d. *Positif belief*: distress spiritual, tidak memiliki motivasi, penilaian negatif terhadap pelayanan kesehatan, tidak menganggap itu suatu gangguan.

7. Mekanisme koping

Menurut (Ismail, 2014) perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi pasien dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologis.

Pada halusinasi pendengaran ada 3 mekanisme koping:

- a. *With drawal*: menarik diri dan klien sudah asik dengan pengalaman internalnya
- b. *Proyeksi*: mengambarkan dan menjelaskan persepsi yang membingungkan
- c. *Regresi*: berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk mengatasi ansietas, yang menyisakan sedikit energy untuk aktivitas sehari-hari

8. Pemeriksaan Fisik

Pada pasien dengan gangguan jiwa pada penderita halusinasi pendengaran juga perlu pemeriksaan pada fisik penderita meliputi ukur TTV, ukur BB dan TB, tanyakan apakah berat badan naik atau turun, tanyakan adanya keluhan fisik pada pasien dan keluarganya, lakukan pemeriksaan fisik kepala sampai ujung kaki, jika dijumpai adanya temuan yang abnormal pada pemeriksaan fisik maka

dilanjutkan dengan pengkajian tiap sistem. Dan tanyakan riwayat pengobatan penyakit pasien yang pernah atau sedang dijalani oleh pasien pada keluarga

9. Psikososial

Pengkajian psikososial meliputi:

a. Genogram: yang dibuat tiga generasi (jika dapat dikaji), dalam pengkajian ini digunakan untuk mengetahui apakah pada anggota keluarga memiliki riwayat gangguan kejiwaan

b. Konsep diri

1) Gambaran diri atau citra tubuh: persepsi pasien terhadap bentuk dan fungsi tubuhnya. Pasien mampu menerima keadaan fisik tersebut jika adanya bagian tubuh yang bentuknya tidak disukai dan fungsinya menurun.

2) Identitas diri: status dan posisi pasien sebelum dirawat, bagaimana kepuasan pasien terhadap sekolahnya, tempat kerjanya dan kelompoknya serta kelamnya, dapat mempengaruhi hubungan sosial dengan oranglain. Pasien merasa puas dengan jenis kelaminnya, dan perilaku pasien sesuai dengan jenis kelaminnya.

3) Peran diri: pasien hanya melakukan sedikit kegiatan terkait dengan tugas pasien sebagai individu

4) Ideal diri: harapan pasien terkait dengan sekolahnya, pekerjaannya, keluarganya, terhadap penyakit dan terhadap cita-

citanya. Pasien tidak merasah tidak mampu untuk mencapai harapannya tersebut

- 5) Harga diri: pada pasien halusinasi pasien merasa dirinya tidak dihargai oleh orang lain, mengenai kondisi gambaran diri pasien, identitas diri, peran dan ideal diri. Dan menyebabkan harga diri pasien rendah.

Pengkajian konsep diri tidak dapat dilakukan pada pasien yang masih *agitasi/gaduh*, gelisah bicaranya kacau, ada gangguan memori pasien yang *atistik, mutisme*.

10. Pengkajian status mental

a. Penampilan

Dalam penampilan cara berpakaian kurang rapi, rambut di ikal apabila rambut panjang, kebersihan gigi, kuku, kulit kurang (Keliat, 2017)

b. Pembicaraan

Pada pasien penderita halusinasi pendengaran, biasanya dalam bicaranya intonasinya kurang jelas dan pelan, mengatakan sering mendengar sesuatu pada waktu tertentu saat sedang sendirian (Wahyuni, 2017).

c. Aktivitas motorik

Pada pasien penderita halusinasi pendengaran, pasien tampak lesu, tegang, agitasi (kegelisahan motorik, mondar mandir), saat berinteraksi bisanya pasien tampak mengerakan gerakan

tanganya, tanganya seperti mengepal, sering mengikuti isi perintah halusinasi (Wahyuni, 2017).

d. Alam perasaan

Pada pasien penderita halusinasi pendengaran biasanya pasien mendengar suara-suara bisikan yang menggangukannya, pasien merasa sedih dengan keadaan sekarang (Keliat, 2017).

e. Afek

Saat diwawancarai pasien terkadang menunjukkan ekspresi mendengar sesuatu, disertai distorsi dan gangguan respon terhadap stimulus tersebut baik respon yang berlebihan maupun respon yang kurang memadai (Townsend, 2010).

f. Interaksi selama wawancara

Pada pasien penderita halusinasi, selama berinteraksi pasien menjawab dengan baik, kontak mata pasien mudah beralih, kadang pasien terdiam sebentar seperti mendengar sesuatu, pembicaraan pasien keheranan saat ditanyai (Keliat, 2017).

g. Persepsi

Pasien masih sering/tidak mendengar bisikan suara saat ingin tidur/saat berdiam diri, bagaimana isi suara tersebut apakah mengajak ke hal negatif/positif, biasanya suara itu kadang muncul kadang tidak, suara muncul selama berapa menit, respon pasien untung mengontrol halusinasinya tersebut dengan cara berkeluyuran/ bicara sendiri (Keliat, 2017).

h. Proses pikir

Pada pasien halusinasi, biasanya proses pikirnya sirkumstansial (pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan) (Keliat, 2017)

i. Isi pikir

Pada pasien halusinasi pasien mengalami hipokondria (keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada, misalnya menderita penyakit tertentu) (Keliat, 2017)

j. Tingkat kesadaran dan orientasi

Tingkat kesadaran diperoleh selama pasien menjalani wawancara dengan perawat, macam-macam kesadaran pada pasien yaitu, bingung, sedasi, stupor. Biasanya mengalami gangguan orientasi, waktu dan tempat diperoleh pada saat wawancara (Keliat, 2017)

k. Memori

Daya ingat pasien apakah ada gangguan apa tidak mengenai jangka panjang (tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan), jangka pendek (tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir), jangka saat ini (tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi), konfabulasi (pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan) (Keliat, 2017)

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pada pasien penderita halusinasi, perhatian pasien mudah berganti dari satu objek ke objek lain (Keliat, 2017)

m. Kemampuan penilaian

Pada pasien penderita halusinasi, pasien mampu mengambil keputusan sederhana misal pasien memutuskan untuk menggosok gigi setelah makan (Keliat, 2017)

n. Daya tilik diri

Pada pasien penderita halusinasi pendengaran, pasien mengatakan menyadari bahwa dirinya sakit (Keliat, 2017)

11. Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan: kemampuan pasien dalam menempatkan alat makan dan minum dengan bantuan minimal

b. BAB/BAK: kemampuan pasien dalam mengontrol untuk BAB/BAK ditempatnya yang sesuai serta membersihkan WC, membersihkan diri dan merapikan pakaian dengan mandiri

c. Mandi: kemampuan pasien dalam mandi, sikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur rambut dan jenggot dengan bantuan minimal

d. Berpakaian: kemampuan mengambil, memilih, memakai pakaian dan frekuensi ganti pakaian dengan bantuan minimal

e. Istirahat dan tidur: kemampuan untuk tidur, adanya gangguan tidur dengan bantuan obat/ tidak. Kemampuan pasien dalam

- menempatkan waktu istirahat, termasuk merapikan sprei, selimut, bantal dengan mandiri
- f. Penggunaan obat: frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara pemberian diawas dan dibimbing perawat
 - g. Pemeliharaan kesehatan: fasilitas kesehatan yang dapat digunakan perawatan lanjutan setelah pulang
 - h. Aktifitas dalam rumah: merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur kebutuhan biaya sehari-hari dengan bantuan minimal
 - i. Aktifitas diluar rumah: belanja keperluan sehari-hari, pergi keluar rumah dengan menggunakan kendaraan atau jalan kaki dengan bantuan total

12. Masalah psikososial dan lingkungan

- a. Adanya penolakan dilingkungan tempat tinggal atau masyarakat
- b. Adanya penolakan ditempat kerja atau sekolah
- c. Adanya penolakan dari keluarga terhadap pasien
- d. Tinggal di daerah yang beresiko seperti perumahan kumuh, pelacuran dan perumahan yang pada penduduknya
- e. Tunggal dikeluarga yang berada dibawah garis kemiskinan
- f. Bagaimana kepuasan pasien terhadap kondisi diatas, apakah pasien mampu menerima keadaan tersebut.

13. Pengetahuan

- a. Pemahaman pasien tentang, penyakit, tanda dan gejala kekambuhan, obat yang diminum dan cara menghindari kekambuhan
- b. Pemahaman pasien tentang kesembuhan (sembuh sosial), misalnya pasien melakukan ADL secara mandiri, mampu berhubungan sosial, mampu menggunakan waktu luang kegiatan yang positif dan mampu mengendalikan emosinya
- c. Pemahaman tentang sumber coping yang adaptif
- d. Pemahaman tentang manajemen hidup sehat

14. Aspek medik

- a. Diagnosa keperawatan
Gangguan persepsi sensori, : halusinasi (dengar, penglihatan, penghirupan, dan peraba)

15. Pohon Masalah

Berikut ini merupakan pohon masalah diagnosis gangguan sensori persepsi halusinasi:

Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan

Perubahan sensori persepsi : halusinasi

Gangguan konsep diri: harga diri rendah kronis

(Sumber: Keliat, 2006)

Gambar2.3 Pohon Masalah Diagnosis Halusinasi

16. Intervensi Keperawatan

a. Intervensi ditunjukkan ke klien

1) Tujuan

a) Pasien mampu mengenali halusinasi yang dialaminya : isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon.

b) Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

c) Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menggunakan obat

d) Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap

e) Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas

2) Tindakan Keperawatan

a) Mendiskusikan dengan pasien isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon terhadap halusinasi

b) Menjelaskan dan melatih cara mengontrol halusinasi:

(a) Menghardik halusinasi

Menjelaskan cara menghardik halusinasi, memperagakan cara menghardik, meminta pasien memperagakan ulang, mamantau penerapan cara ini, dan menguatkan perilaku pasien.

- (b) Menggunakan obat secara teratur

Menjelaskan pentingnya penggunaan obat, jelaskan bila obat tidak digunakan sesuai program, jelaskan akibat bila putus obat, jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 6 benar (benar jenis, guna, frekuensi, cara, kontinuitas, minum obat)

- (c) Bercakap-cakap dengan orang lain

- (d) Melakukan aktivitas yang terjadual

Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur, mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien, melatih pasien melakukan aktivitas, menyusun jadual aktivitas sehari-hari sesuai dengan jadual yang telah dilatih, memantau jadual pelaksanaan kegiatan, memberikan reinforcement

b. Tindakan Keperawatan Halusinasi (keluarga)

- 1) Tujuan

- a) Keluarga mampu mengenal masalah merawat pasien di rumah.
- b) Keluarga mampu menjelaskan halusinasi (pengertian, jenis, tanda dan gejala halusinasi dan proses terjadinya).
- c) Keluarga mampu merawat pasien dengan halusinasi
- d) Keluarga mampu menciptakan lingkungan
- e) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk follow-up pasien dengan halusinasi.

2) Tindakan keperawatan

- a) Diskusikan masalah yang harus dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- b) Berikan penjelasan kesehatan meliputi: pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi.
- c) Jelaskan dan latih cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi: menghardik, minum obat, bercakap-cakap, melakukan aktivitas.
- d) Diskusikan cara menciptakan lingkungan yang dapat mencegah terjadinya halusinasi
- e) Diskusikan tanda dan gejala kekambuhan
- f) Diskusikan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat

17. Evaluasi

Evaluasi keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah Perawat lakukan untuk pasien halusinasi adalah sebagai berikut:

- a. Pasien Mempercayai Perawatnya sebagai terapis, ditandai dengan:
 - 1) Pasien mau menerima perawat sebagai perawatnya
 - 2) Pasien mau menceritakan masalah yang dia hadapai kepada perawatnya, bahkan hal-hal yang selama ini dianggap rahasia untuk orang lain.

3) Pasien mau bekerja sama dengan perawat, setiap program yang perawat tawarkan ditaati oleh pasien.

b. Pasien menyadari bahwa yang dialaminya tidak ada obyeknya dan merupakan masalah yang harus diatasi, ditandai dengan:

1) Pasien mengungkapkan isi halusinasinya yang dialaminya.

2) Pasien menjelaskan waktu, dan frekuensi halusinasi yang dialaminya.

3) Pasien menjelaskan situasi yang mencetuskan halusinasi.

4) Pasien menjelaskan perasaannya ketika mengalami halusinasi

5) Pasien menjelaskan bahwa ia akan berusaha mengatasi halusinasi yang dialaminya

c. Pasien dapat mengontrol Halusinasi, ditandai dengan:

1) Pasien mampu memperagakan empat cara mengontrol halusinasi

2) Pasien menerapkan empat cara mengontrol halusinasi:

a) Menghardik halusinasi.

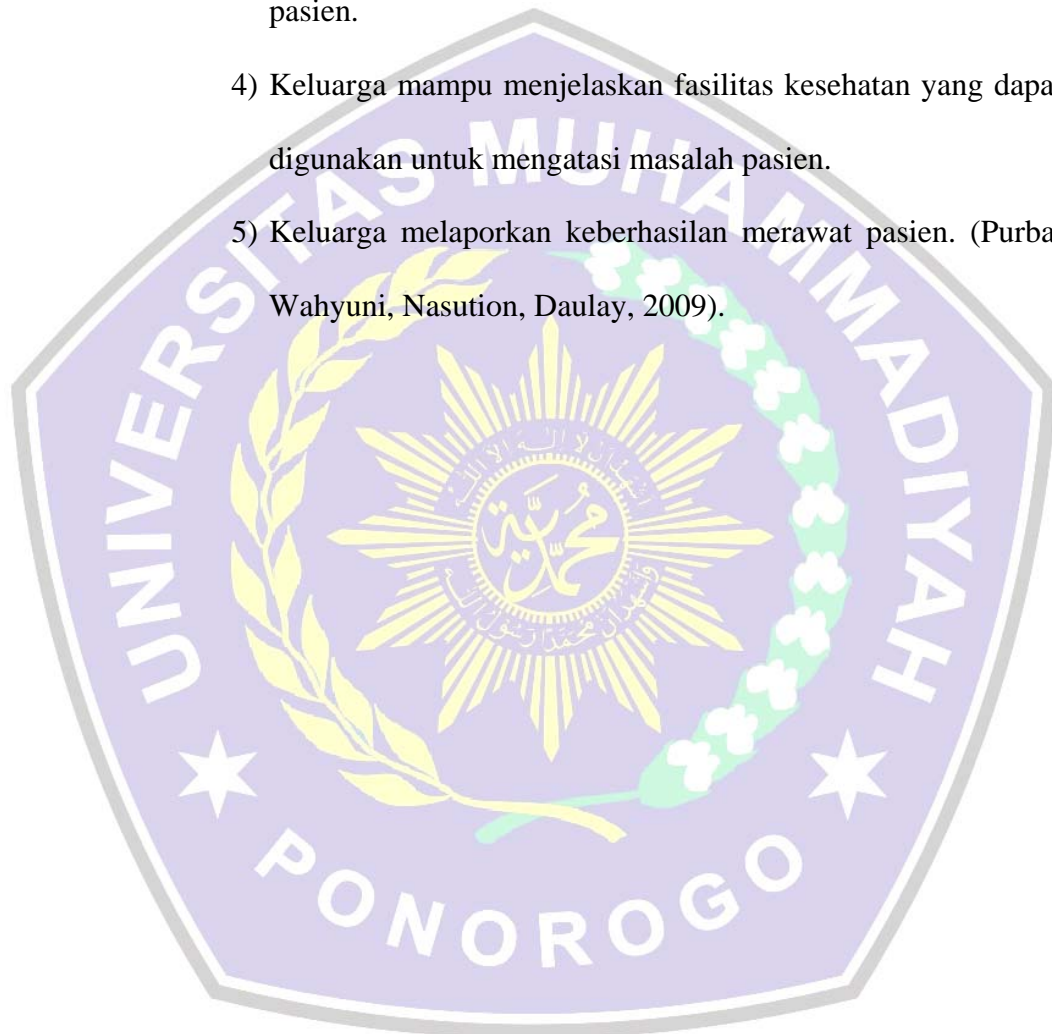
b) Berbicara dengan orang lain disekitarnya bila timbul halusinasi.

c) Menyusun jadwal kegiatan dari bangun tidur di pagi hari sampai mau tidur pada malam hari selama tujuh hari dalam seminggu dan melaksanakan jadwal tersebut secara mandiri.

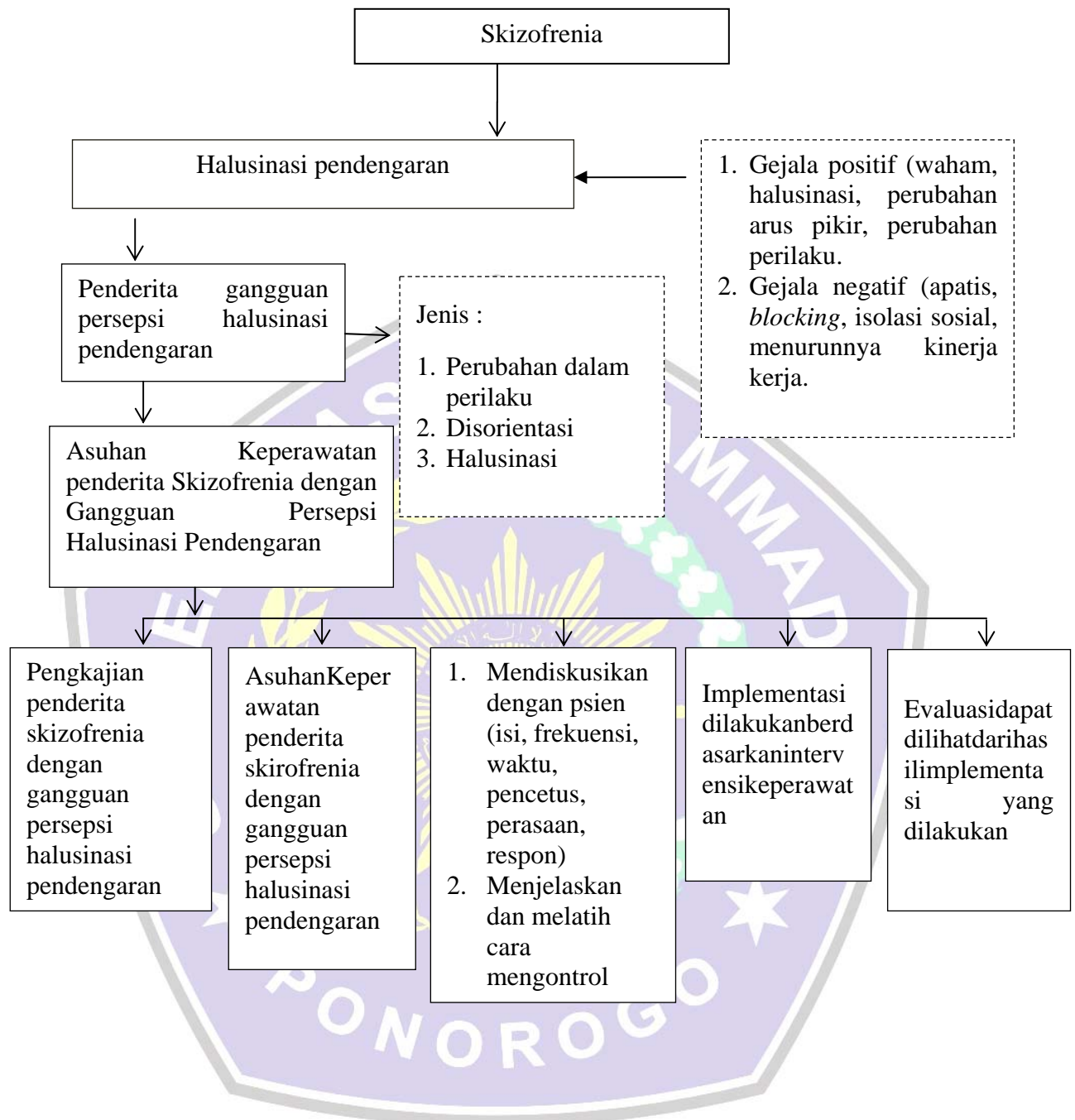
d) Mematuhi program pengobatan.

d. Keluarga mampu merawat pasien dirumah, ditandai dengan:

- 1) Keluarga mampu menjelaskan masalah halusinasi yang dialami oleh pasien.
- 2) Keluarga mampu menjelaskan cara merawat pasien dirumah.
- 3) Keluarga mampu memperagakan cara bersikap terhadap pasien.
- 4) Keluarga mampu menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah pasien.
- 5) Keluarga melaporkan keberhasilan merawat pasien. (Purba, Wahyuni, Nasution, Daulay, 2009).



2.3 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.4 Hubungan Antar Konsep Gambaran Asuhan Keperawatan Penderita Skizofrenia dengan Gangguan Persepsi Halusinasi Pendengaran