

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Skizofrenia**

##### **2.1.1 Definisi**

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

##### **2.1.2 Etiologi**

Menurut Stuart (2007), terdapat teori-teori yang dapat menjadi penyebab dari terjadinya skizofrenia pada seseorang, antara lain:

#### 1. Faktor Predisposisi

##### a. Biologis

Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan oleh penelitian berikut.

- 1) Penelitian pencitraan otak sudah mulai menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada area frontal, temporal, dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik. Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan atrofi otak.

- 2) Beberapa zat kimia otak dikaitkan dengan skizofrenia. Hasil penelitian menunjukkan hal-hal berikut ini.
  - a) Dopamin *neurotransmitter* yang berlebihan.
  - b) Ketidakseimbangan antara dopamin dan neurotransmitter lain, terutama serotonin.
  - c) Masalah-masalah pada sistem reseptor dopamin.
- 3) Penelitian pada keluarga yang melibatkan anak kembar dan anak yang diadopsi menunjukkan peran genetik pada skizofrenia. Kembar identik yang dibesarkan secara terpisah mempunyai angka kejadian skizofrenia yang lebih tinggi daripada pasangan saudara sekandung yang tidak identik. Penelitian genetik terbaru memfokuskan pada *gene mapping* (pemetaan gen0 dalam keluarga dengan insiden skizofrenia yang lebih tinggi pada keturunan pertama dibandingkan dengan populasi secara umum).

b. Psikologis

Teori psikodinamika untuk terjadinya respons neurobiologis yang maladaptif belum didukung oleh penelitian. Sayangnya, teori psikologis terdahulu menyalahgunakan keluarga sebagai penyebab gangguan ini. Akibatnya, kepercayaan keluarga terhadap tenaga kesehatan jiwa profesional menurun.

c. Sosiobudaya

Stress yang menumpuk dapat menunjang awitan skizofrenia dan gangguan psikotik lain, tetapi tidak diyakini sebagai penyebab utama gangguan.

## 2. Stressor Pencetus

### a. Biologis

Stresor biologi berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi (1) gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak, yang mengatur proses informasi; dan (2) abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak (komunikasi saraf melibatkan elektrolit), yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

### b. Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

### c. Pemicu gejala

Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respons neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

## 3. Penilaian Stresor

Tidak terdapat riset ilmiah yang menunjukkan bahwa stress menyebabkan skizofrenia. Namun, studi mengenai relaps dan eksaserbasi gejala membuktikan bahwa stress, penilaian individu terhadap stresor, dan masalah koping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan gejala. *Model diatesis stress* menjelaskan bahwa gejala skizofrenia muncul berdasarkan hubungan antara beratnya stress yang dialami individu dan

ambang toleransi terhadap stres internal. Model ini penting karena mengintegrasikan faktor biologis, psikologis, dan sosiobudaya dalam menjelaskan perkembangan skizofrenia.

#### 4. Sumber Koping

Sumber koping individual harus dikaji dengan pemahaman tentang pengaruh gangguan otak pada perilaku. Kekuatan dapat meliputi modal, seperti intelegensi atau kreativitas yang tinggi. Orang tua harus mendidik anak-anak dan dewasa muda tentang 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 secara berkesinambungan.

#### 5. Mekanisme Koping

Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi pasien dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptif meliputi:

- a. *Regresi*, berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk mengatasi ansietas, yang menyisakan sedikit energi untuk aktivitas hidup sehari-hari.
- b. *Proyeksi*, sebagai upaya untuk menjelaskan keracunan persepsi.
- c. Menarik diri.

### 2.1.3 Manifestasi Klinis

Menurut Hawari (2007), gambaran gangguan jiwa skizofrenia beraneka ragam dari mulai gangguan pada alam pikir, perasaan dan perilaku yang mencolok sampai pada yang tersamar.

Gejala-gejala skizofrenia dapat dibagi dalam dua kelompok yaitu gejala positif dan gejala negatif, antara lain:

#### 1. Gejala Positif Skizofrenia

Gejala-gejala positif yang diperlihatkan pada penderita Skizofrenia adalah sebagai berikut:

- a. Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinannya itu rasional, namun penderita tetap meyakini kebenarannya.
- b. Halusinasi, yaitu pengalaman panca indra tanpa ada rangsangan (stimulus). Misalnya penderita mendengar suara-suara/bisikan-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara/bisikan itu.
- c. Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Misalnya bicaranya kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
- d. Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
- e. Merasa dirinya “Orang Besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.

- f. Pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
- g. Menyimpan rasa permusuhan.

## 2. Gejala Negatif Skizofrenia

Gejala-gejala negatif yang diperlihatkan pada penderita Skizofrenia adalah sebagai berikut:

- a. Alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- b. Menarik diri atau mengasingkan diri (*with-drawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*).
- c. Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.
- d. Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- e. Sulit dalam berpikir abstrak.
- f. Pola pikir stereotip.
- g. Tidak ada/kehilangan dorongan kehendak (*avolition*) dan tidak ada inisiatif, tidak ada upaya dan usaha, tidak ada spontanitas, monoton, serta tidak ingin apa-apa dan serba malas (kehilangan nafsu).

### 2.1.4 Penatalaksanaan

Menurut Hawari (2007), terapi yang dapat dilakukan terhadap klien skizofrenia adalah dengan menggunakan obat-obatan anti skizofrenia (psikofarmaka), psikoterapi, terapi psikososial, dan terapi psikoreligius.

a. Psikofarmaka

Berbagai jenis obat psikofarmaka yang beredar di pasaran yang hanya dapat diperoleh dengan resep dokter, dapat dibagi dalam dua golongan yaitu golongan generasi pertama (*typical*) dan golongan generasi kedua (*atypical*). Beberapa contoh jenis obat psikofarmaka golongan generasi pertama, misalnya Chlorpromazine HCl, Trifluoperazine HCl, Thioridazine HCl, dan Haloperidol. Sedangkan jenis obat yang termasuk golongan generasi kedua, misalnya Risperidone, Clozapine, Quetiapine, Olanzapine, Zotetine, Aripiprazole.

Golongan obat anti Skizofrenia baik geerasi pertama (*typical*) maupun generasi kedua (*atypical*) pada pemakaian jangka panjang umumnya menyebabkan penambahan berat badan. Obat golongan *typical* khususnya berkhasiat dalam mengatasi gejala-gejala positif skizofrenia, sehingga meninggalkan gejala-gejala negatif skizofrenia. Sementara itu pada penderita skizofrenia dengan gejala negatif pemakaian golongan *typical* kurang memberikan respon. Selain daripada itu obat golongan *typical* tidak memberikan efek baik pada pemuliharaan fungsi kongnitif (kemampuan berpikir dan mengingat) penderita, serta sering menimbulkan efek samping berupa gejala *Exkstra-Pyramidal Syndrome* (EPS) yang mirip dengan penyakit Parkinson, misalnya kedua tangan gemetar (tremor), kekakuan alat gerak (kalau berjalan seperti robot), otot leher kaku sehingga kepala

yang bersangkutan seolah-olah terpelintir atau “ketarik” dan lain sebagainya.

b. Psikoterapi

Terapi kejiwaan atau psikoterapi pada penderita Skizofrenia, baru dapat diberikan apabila penderita dengan terapi psikofarmaka di atas sudah mencapai tahapan dimana kemampuan menilai realitas *Reality Testing Ability* (RTA) sudah kembali pulih dan pemahaman diri (*insight*) sudah baik. Psikoterapi diberikan dengan catatan bahwa penderita masih tetap mendapat terapi psikofarmaka.

c. Psikososial

Dengan terapi psikososial dimaksudkan penderita agar mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial sekitarnya dan mampu merawat diri, mampu mandiri tidak bergantung pada orang lain sehingga tidak menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat.

d. Psikoreligius

Terapi keagamaan yang dimaksudkan adalah berupa kegiatan ritual keagamaan seperti sembahyang, berdoa, memanjatkan puji-pujian kepada Tuhan, ceramah keagamaan dan kajian Kitab Suci, dan lain sebagainya.

## **2.2 Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi**

### **2.2.1 Definisi**

Halusinasi adalah persepsi klien yang salah terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, memberi persepsi yang salah atau pendapat

tentang sesuatu tanpa ada objek/rangsangan yang nyata dan hilangnya kemampuan manusia untuk membedakan rangsangan internal pikiran dan rangsangan eksternal atau dunia luar (Trimelia, 2011).

Halusinasi dapat didefinisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak terdapat stimulus (Varcarolis, 2006) dalam Trimelia, (2011).

Halusinasi adalah suatu sensori persepsi terhadap suatu hal tanpa stimulus dari luar. Halusinasi merupakan pengalaman terhadap mendengar suara atau bunyi, biasanya suara orang (Stuart, 2006).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah persepsi klien yang salah terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata. Klien memberi persepsi yang salah terhadap suatu hal dan klien memberi pendapat tanpa stimulus dari luar (tanpa objek/rangsangan).

### **2.2.2 Etiologi**

Menurut Rawlins & Heacock (dalam Dermawan & Rusdi, 2013) etiologi halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi, yaitu:

#### **1. Dimensi fisik**

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

## 2. Dimensi emosional

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

## 3. Dimensi intelektual

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

## 4. Dimensi sosial

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

## 5. Dimensi spiritual

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

Menurut Stuart & Sundden (1998), (dalam Dermawan & Rusdi, 2013) terjadinya halusinasi dapat disebabkan karena:

1. Teori Psikoanalisa

Halusinasi merupakan pertahanan ego untuk melawan rangsangan dari luar yang mengancam, ditekan untuk muncul akan sabar.

2. Teori Biokimia

Halusinasi muncul karena respon metabolisme terhadap stress yang mengakibatkan dan melepaskan zat halusinogenik neurokimia seperti bufotamin dan dimetyltransferase.

Sedangkan Mc. Forlano & Thomas, dalam Dermawan & Rusdi, (2013) mengemukakan beberapa teori, yaitu:

1. Teori Psikofisiologi

Terjadi akibat ada fungsi kognitif yang menurun karena terganggunya fungsi luhur otak, oleh karena kelelahan, keracunan, dan penyakit.

2. Teori Psikodinamik

Terjadi karena ada isi alam sadar dan akan tidak sadar yang masuk dalam alam tak sadar merupakan sesuatu/respon terhadap konflik psikologi dan kebutuhan yang tidak terpenuhi sehingga halusinasi adalah gambaran/proyeksi dari rangsangan keinginan dan kebutuhan yang dialami oleh klien.

3. Teori Interpersonal

Teori ini menyatakan seseorang yang mengalami kecemasan berat dalam situasi yang penuh dengan stress akan berusaha untuk

menurunkan kecemasan dengan menggunakan coping yang biasa digunakan.

Menurut Halgin (2010) respon psikologis merupakan respon yang mempengaruhi konsep berpikir dan penilaian terhadap kondisi yang mempengaruhi. Respon psikologis yang terjadi pada pasien yang mengalami gangguan jiwa disebabkan adanya kecemasan yang terjadi terus menerus yang menyebabkan stres pada diri pasien dimana gejala psikologis yang ditunjukkan berupa : ansietas, depresi, kehilangan motivasi, mudah lupa, kepenatan, kehilangan harga diri, perubahan dalam kebiasaan makan, tidur, dan pola aktivitas, kelelahan mental, dan perasaan tidak adekuat (Videback, 2009).

### **2.2.3 Tahapan Proses Terjadinya Halusinasi**

Menurut Yosep dkk., (2009), adapun tahapan halusinasi pada klien, yaitu:

#### **1. *Stage I: Sleep Disorder***

Merupakan 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 dsb. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support system kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk.

2. *Stage II: Comforting Moderate level of anxiety*

Halusinasi secara umum klien terima sebagai sesuatu yang alami. Klien pada tahap ini mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Klien beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat ia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya.

3. *Stage III: Condemning Severe level of anxiety*

Secara umum halusinasi sering mendatangi klien. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama.

4. *Stage IV: Controlling Severe level of anxiety*

Fungsi sensori pada tahap ini menjadi tidak relevan dengan kenyataan. Klien mencoba melawan suara-suara yang datang. Klien dapat merasakan kesepian ketika halusinasinya berakhir. Di sinilah dimulai fase gangguan *Psychotic*.

5. *Stage V: Conquering Panic level of anxiety*

Klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya. Klien mulai merasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dengan halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal 4 jam atau

sehari bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadilah gangguan psikotik berat.

#### **2.2.4 Faktor Halusinasi**

Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang dialami oleh pasien. Halusinasi terjadi karena dilatarbelakangi oleh beberapa faktor. Menurut Stuart dan Laraia (2005) dalam Muhith Abdul (2015: 220) faktor halusinasi sebagai berikut :

##### **a. Faktor Predisposisi**

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Baik diperoleh dari klien maupun keluarganya mengenai faktor perkembangan, sosial cultural, biokimia, psikologi, dan genetic, Faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress.

##### **b. Faktor Presipitasi**

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang dipersepsikan individu sebagai tantangan, ancaman/tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk coping. Adanya rangsang lingkungan yang sering seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak komunikasi dan suasana sepi atau isolasi sering sebagai pencetus terjadinya halusinasi karena hal tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang dapat merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik.

**Tabel 2-1** Tingkat, karakteristik, dan perilaku yang dapat diamati yang biasanya berhubungan dengan halusinasi (Stuart & Sundeen 1998)

Tingkat	Karakteristik	Perilaku pasien yang teramati
<p><b>TAHAP I: MENENANGKAN-ANSIETAS TINGKAT SEDANG</b> Secara umum halusinasi bersifat menyenangkan</p>	<p>Orang yang berhalusinasi mengalami keadaan emosi seperti ansietas, kesepian, sesuai merasa bersalah, dan takut serta mencoba untuk memusatkan pada penenang pikiran untuk mengurangi ansietas; individu mengetahui bahwa pikiran dan sensori yang dialaminya tersebut dapat dikendalikan jika ansietasnya bisa diatasi (<b>non psikotik</b>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai</li> <li>b. Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara.</li> <li>c. Gerakan mata cepat.</li> <li>d. Respon verbal yang lamban.</li> <li>e. Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikkan.</li> </ul>
<p><b>TAHAP II: MENYALAHKAN-ANSIETAS TINGKAT BERAT</b> Secara umum halusinasi menjijikkan</p>	<p>Pengalaman sensori bersifat menjijikkan dan menakutkan; orang yang berhalusinasi mulai merasa kehilangan kendali dan mungkin berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang dipersepsikan; individu mungkin merasa malu karena pengalamannya dan menarik diri dari orang lain (<b>non psikotik</b>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Peningkatan sistem saraf otonom yang menunjukkan ansietas misalnya peningkatan nadi, pernapasan, dan tekanan darah.</li> <li>b. Penyempitan kemampuan konsentrasi.</li> <li>c. Dipenuhi dengan pengalaman sensori dan mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dengan ansietas.</li> </ul>

Berlanjut...

...lanjutan

<b>TAHAP III: MENGENDALIKAN-ANSIETAS TINGKAT BERAT</b>	
<p>Pengalaman sensori menjadi penguasa</p> <p>Orang yang berhalusinasi menyerah untuk melawan pengalaman halusinasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya; isi halusinasi dapat berupa permohonan; individu mungkin mengalami kesepian jika pengalaman sensori tersebut berakhir (<b>psikotik</b>).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya daripada menolaknya.</li> <li>Kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain.</li> <li>Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik.</li> <li>Gejala fisik dari ansietas berat, seperti berkeringat, tremor, ketidakmampuan untuk mengikuti petunjuk.</li> </ol>
<b>TAHAP IV: MENAKLUKKAN-ANSIETAS TINGKAT PANIK</b>	
<p>Secara umum halusinasi menjadi lebih rumit dan saling terkait dengan delusi</p> <p>Pengalaman sensori mungkin menakutkan jika individu tidak mengikuti perintah; halusinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak ada intervensi terapeutik (<b>psikotik</b>).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Perilaku meyerang-teror seperti panik.</li> <li>Sangat potensial melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain.</li> <li>Kegiatan fisik yang merelaksasikan isi halusinasi seperti amuk, agitasi, menarik diri, atau kataton.</li> <li>Tidak mampu berespons terhadap petunjuk yang kompleks.</li> <li>Tidak mampu berespons terhadap lebih dari satu orang.</li> </ol>

## 2.3 Proses Keperawatan Halusinasi

### 2.3.1 Pengkajian

#### a. Faktor Predisposisi

##### 1) Faktor biologis

Terdapat lesi pada area frontal, temporal dan limbik.

##### 2) Faktor perkembangan

Rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan individu tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah fustasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress adalah merupakan salah satu tugas perkembangan yang terganggu.

##### 3) Faktor sosiokultural

Individu yang merasa tidak diterima lingkungannya akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

##### 4) Faktor biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami individu maka dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Buffofenon dan Dimetytransferase (DPM). Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya *neurotransmitter* otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan Acetycholin dan Dopamin.

##### 5) Faktor psikologis

Tipe keperibadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Selain itu ibu yang pencemas, overprotektif, dingin, tidak sensitif, pola asuh tidak

adekuat, konflik perkawinan, dan koping tidak adekuat juga berpengaruh pada ketidakmampuan individu dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya.

6) Faktor genetik

Penelitian menunjukkan bahwa anak yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung akan mengalami skizofrenia juga.

Menurut Stuart (2007), faktor predisposisi penyebab terjadinya halusinasi adalah faktor biologis, psikologis, dan sosial budaya.

b. Faktor Presipitasi

1) Biologis

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

2) Pemicu gejala

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

a) Kesehatan, seperti gizi buruk, kurang tidur, kelelahan, infeksi, obat Sistem Saraf Pusat, gangguan proses informasi, kurang olah raga, alam perasaan abnormal, dan cemas.

- b) Lingkungan, seperti lingkungan penuh kritik, gangguan dalam hubungan interpersonal, masalah perumahan, stress, kemiskinan, tekanan terhadap penampilan, perubahan dalam kehidupan dan pola aktivitas sehari-hari, kesepian (kurang dukungan), dan tekanan pekerjaan.
- c) Perilaku, seperti konsep diri rendah, keputusasaan, kehilangan motivasi, tidak mampu memenuhi kebutuhan spiritual, bertindak berbeda dengan orang lain, kurang keterampilan sosial, perilaku agresif, dan amuk.

Menurut Stuart (2007), faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah faktor biologis, stress lingkungan, dan sumber koping.

c. Perilaku

Berikut adalah berbagai gangguan fungsi yang berpengaruh pada perilaku klien halusinasi:

- 1) Fungsi kognitif
  - a) Terjadi perubahan daya ingat
  - b) Sukar untuk menilai dan menggunakan memorinya, sehingga terjadi gangguan daya ingat jangka panjang atau pendek.
  - c) Menjadi pelupa dan tidak berminat
  - d) Cara berpikir magis dan primitif
  - e) Perhatian terganggu, yaitu tidak mampu mempertahankan perhatian, mudah beralih, dan konsentrasi buruk.

- f) Isi pikir terganggu, yaitu tidak mampu memproses stimulus internal dan eksternal dengan baik
- g) Tidak mampu mengorganisir dan menyusun pembicaraan yang logis dan *koheren*, seperti berikut:
  - i. Kehilangan asosiasi, yaitu pembicaraan tidak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya dan klien tidak menyadarinya.
  - ii. Tangensial, yaitu pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan.
  - iii. *Inkoheren*, yaitu pembicaraan tidak nyambung.
  - iv. Sirkumstansial, yaitu pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan.
  - v. *Flight of idea*, yaitu pembicaraan yang meloncat loncat dari satu topik ke topik lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan.
  - vi. *Blocking*, yaitu pembicaraan berhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali.
  - vii. Perseverasi, yaitu pembicaraan yang diulang berkali-kali.

Menurut Mc. Forlano & Thomas, dalam Dermawan & Rusdi, (2013) halusinasi terjadi akibat ada fungsi kognitif yang menurun karena terganggunya fungsi luhur otak, oleh karena kelelahan, keracunan, dan penyakit. Menurut Keliat dkk, (2005) kognitif dinilai dari kemampuan klien dalam mengenal dan mengontrol halusinasinya.

## 2) Fungsi emosi (*mood* dan afek)

- a) *Mood* adalah suasana emosi yang mempengaruhi kepribadian dan fungsi kehidupan.
- b) Afek adalah ekspresi emosi, seperti ekspresi wajah, gerakan tubuh dan tangan, nada suara.
- c) Afek yang maladaptif adalah:
  - i. Afek tumpul, yaitu kurang emosional terhadap pikiran/pengalaman orang lain, seperti klien apatis.
  - ii. Afek datar, yaitu tidak tampak ekspresi, suara monoton, tidak ada keterlibatan emosi terhadap stimulus menyenangkan atau menyedihkan.
  - iii. Afek tidak sesuai, yaitu emosi yang tidak sesuai/bertentangan dengan stimulus yang ada.
  - iv. Afek labil, yaitu emosi yang cepat berubah-ubah.
  - v. Reaksi berlebihan, yaitu reaksi emosi yang berlebihan terhadap suatu kejadian.
  - vi. Ambivalensi, yaitu timbulnya dua perasaan yang bertentangan pada waktu bersamaan.

## 3) Fungsi motorik

- a) Agitasi, yaitu gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan.
- b) Tik adalah gerakan-gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol.
- c) Grimasen adalah gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat di kontrol klien.

- d) Tremor adalah jari-jari yang tampak gemetar ketika klien menjulurkan tangan dan merentangkan jari-jari.
  - e) Kompulsif adalah kegiatan yang dilakukan berulang-ulang seperti berulang-ulang mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan dan sebagainya.
- 4) Fungsi sosial
- a) Kesepian: seperti perasaan terisolasi, terasing, kosong, dan merasa putus asa sehingga individu terpisah dengan orang lain.
  - b) Isolasi sosial: terjadi ketika klien menarik diri secara fisik dan emosional dari lingkungan. Isolasi klien terganggu pada tingkat kesedihan dan kecemasan yang berkaitan dalam berhubungan dengan orang lain. Pengalaman hubungan yang tidak menyenangkan menyebabkan klien menganggap hubungan saat ini membahayakan. Individu merasa terancam setiap ditemani orang lain karena menganggap orang lain akan mengontrolnya, mengancam atau menuntutnya. Oleh sebab itu individu memilih tetap mengisolasi diri pada pengalaman yang menyedihkan terulang kembali.
  - c) Harga diri rendah: individu mempunyai perasaan tidak berharga, tidak berarti, dan rendah diri yang berkepanjangan sehingga akan mempengaruhi hubungan interpersonal.

d. Tanda dan Gejala

Menurut Stuart & Sundeen (1998) dan Carpenito (1997), (dalam Trimelia, 2011), data subyektif dan obyektif klien halusinasi adalah sebagai berikut:

- a) Menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai
- b) Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara
- c) Gerakan mata cepat
- d) Respon verbal lamban atau diam
- e) Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikkan
- f) Terlihat bicara sendiri
- g) Menggerakkan bola mata dengan cepat
- h) Bergerak seperti membuang atau mengambil sesuatu
- i) Duduk terpaku, memandang sesuatu, tiba-tiba berlari ke ruangan lain
- j) Disorientasi (waktu, tempat, orang)
- k) Perubahan kemampuan dan memecahkan masalah
- l) Perubahan perilaku dan pola komunikasi
- m) Gelisah, ketakutan, ansietas
- n) Peka rangsangan
- o) Melaporkan adanya halusinasi

### 2.3.2 Diagnosa Masalah

Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

### 2.3.3 Rencana Asuhan Keperawatan

**Tabel 2-2** Rencana asuhan keperawatan pada klien skizofrenia dengan masalah keperawatan perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran (Azizah, 2011).

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi	Rasional
		Tujuan	Kriteria Evaluasi		
	<b>Halusinasi pendengaran.</b>	Tujuan Umum: Klien dapat mengontrol halusinasinya.			
		<b><u>Tujuan Khusus 1:</u></b> Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.	Klien mampu membina hubungan saling percaya dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membalas sapaan perawat.</li> <li>- Ekspresi wajah bersahabat &amp; senang.</li> <li>- Ada kontak mata.</li> <li>- Mau berjabat tangan.</li> <li>- Mau menyebutkan nama.</li> <li>- Klien mau duduk berdampingan dengan perawat.</li> <li>- Klien mau mengutarakan</li> </ul>	1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal</li> <li>b. Perkenalkan diri dengan sopan</li> <li>c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan kesukaan klien</li> <li>d. Jelaskan maksud dan tujuan interaksi</li> </ol>	Hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya.  Untuk mengurangi kontak klien dengan halusinasinya dengan mengenal halusinasi akan membantu mengurangi dan menghilangkan halusinasi.

Berlanjut...

...lanjutan

			masalah yang dihadapi.	<p>e. Berikan perhatian pada klien, perhatikan kebutuhan dasarnya</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Beri kesempatan klien mengungkapkan perasaannya.</li> <li>3. Dengarkan ungkapan klien dengan empati.</li> </ol>	Mengetahui apakah halusinasi datang dan menentukan tindakan yang tepat atas halusinasinya.
		<p><b><u>Tujuan Khusus 2:</u></b> Klien dapat mengenali halusinasinya</p>	<p>Klien mampu mengenali halusinasinya dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dapat menyebutkan waktu timbulnya halusinasi.</li> <li>- Klien dapat mengidentifikasi kapan frekuensi situasi saat terjadi halusinasi.</li> <li>- Klien dapat mengungkapkan perasaannya saat muncul halusinasi.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap.</li> <li>2. Tanyakan apa yang didengar dari halusinasinya.</li> <li>3. Tanyakan kapan halusinasinya datang.</li> <li>4. Tanyakan isi halusinasinya.</li> </ol>	Mengetahui apakah halusinasi datang dan menentukan tindakan yang tepat atas halusinasinya.
				<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Bantu klien mengenal halusinasinya <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jika menemukan klien sedang halusinasi,</li> </ul> </li> </ol>	Mengenalkan pada klien terhadap halusinasinya dan mengidentifikasi

Berlanjut...

lanjutan...

				<p>tanyakan apakah ada suara yang didengar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jika klien menjawab ada, lanjutkan apa yang dikatakan.</li> <li>- Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh atau menghakimi).</li> <li>- Katakan bahwa klien lain juga ada yang seperti klien.</li> <li>- Katakan bahwa perawat akan membantu klien.</li> </ul>	faktor pencetus halusinasinya.
				<p>6. Diskusikan dengan klien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situasi yang menimbulkan atau tidak menimbulkan halusinasi</li> <li>- Waktu, frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, sore, dan malam atau jika sendiri, jengkel atau sedih</li> </ul>	Menentukan tindakan yang sesuai bagi klien untuk mengontrol halusinasinya.

Berlanjut...

...lanjutan

				7. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah/takut, sedih, senang) beri kesempatan mengungkapkan perasaan	
		Tujuan Khusus 3: Klien dapat mengontrol halusinasinya	Klien dapat mengidentifikasi tindakan yang dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya	1. Identifikasi bersama klien tindakan yang bisa dilakukan bila terjadi halusinasi 2. Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan klien, jika bermanfaat beri pujian	
			Klien dapat menunjukkan cara baru untuk mengontrol halusinasi	3. Diskusikan cara baik memutus atau mengotrol timbulnya halusinasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Katakan “saya tidak mau dengar kamu” (pada saat halusinasi terjadi)</li> <li>- Temui orang lain (perawat atau teman atau anggota keluarga) untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang didengar</li> <li>- Membuat jadwal kegiatan sehari-hari</li> <li>- Meminta keluarga atau teman atau perawat</li> </ul>	

Berlanjut...

...lanjutan

				<p>menyapa klien jika tampak bicara sendiri, melamun atau kegiatan yang tidak terkontrol</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Bantu klien memilih dan melatih cara memutus halusinasi secara bertahap.</li> <li>5. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang dilatih. Evaluasi hasilnya dan beri pujian jika berhasil.</li> <li>6. Anjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok, jenis orientasi realita, atau stimulasi persepsi.</li> </ol>	
		Tujuan Khusus 4: Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya.	Klien dapat memilih cara mengatasi halusinasi. Klien melaksanakan cara yang telah dipilih memutus halusinasinya. Klien dapat mengikuti terapi aktivitas kelompok.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan klien untuk memberi tahu keluarga jika mengalami halusinasi.</li> <li>2. Diskusikan dengan keluarga (pada saat keluarga berkunjung atau kunjungan rumah). <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gejala halusinasi yang dialami klien.</li> <li>- Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutus halusinasi.</li> </ul> </li> </ol>	<p>Membantu klien menentukan cara mengontrol halusinasi.</p> <p>Periode berlangsungnya halusinasinya:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi <i>support</i> Kepada klien.</li> <li>2. Menambah pengetahuan klien untuk melakukan tindakan</li> </ol>

Berlanjut...

...lanjutan

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi di rumah: beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, berpergian bersama.</li> <li>- Beri informasi untuk <i>follow up</i> atau kapan perlu untuk mendapat bantuan halusinasi tidak terkontrol dan risiko menciderai orang lain.</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Diskusikan dengan keluarga dan klien tentang jenis, dosis, frekuensi dan manfaat obat.</li> <li>4. Pastikan klien minum obat sesuai dengan program dokter.</li> </ol>	<p>pengecahan halusinasi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Membantu klien untuk beradaptasi dengan cara alternatif yang ada.</li> <li>4. Memberi motivasi agar cara diulang.</li> </ol>
		Tujuan khusus 5: Klien dapat menggunakan obat dengan benar untuk mengendalikan halusinasinya.	<p>Keluarga dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.</p> <p>Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda, dan tindakan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan klien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan.</li> <li>2. Diskusikan akibat berhenti obat tanpa konsultasi.</li> <li>3. Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip 5 benar.</li> </ol>	Partisipasi klien dalam kegiatan tersebut membantu klien beraktivitas sehingga halusinasi tidak muncul.

Berlanjut...

...lanjutan

			untuk mengalihkan halusinasi.		Keluarga merupakan orang terdekat yang bisa membantu klien meningkatkan pengetahuan dan cara merawat klien halusinasi.
			Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis, dan efek samping obat. Klien minum obat secara teratur.		Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang obat. Membantu mempercepat penyembuhan dan memastikan obat sudah diminum oleh klien.
			Klien dapat informasi tentang manfaat dan efek samping obat. Klien dapat memahami akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi. Klien dapat menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat.		Meningkatkan pengetahuan tentang manfaat dan efek samping obat. Mengetahui reaksi setelah minum obat. Ketetapan prinsip 5 benar minum obat membantu penyembuhan dan menghindari kesalahan minum obat

### 2.3.4 Implementasi

#### a. Bina hubungan saling percaya

Tindakan yang harus dilakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah:

- 1) Mengucapkan salam terapeutik setiap kali berinteraksi dengan klien
- 2) Berjabat tangan
- 3) Berkenalan dengan klien: perkenalan nama dan nama panggilan yang disukai, tanyakan nama dan nama panggilan klien
- 4) Menanyakan perasaan dan keluhan klien saat ini
- 5) Membuat kontrak: apa yang akan lakukan bersama klien, berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya dimana
- 6) Menjelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
- 7) Setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap klien
- 8) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan

#### b. Melatih pasien mengontrol halusinasi

Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol halusinasi, perawat dapat melatih pasien dengan empat cara, yakni meliputi:

##### 1) Menghardik halusinasi

Tahapan tindakan meliputi:

- a) Menjelaskan tujuan menghardik halusinasi
- b) Menjelaskan cara menghardik halusinasi

- c) Memperagakan cara menghardik
  - d) Meminta pasien memperagakkan ulang
  - e) Memantau penerapan cara ini, menguatkan perilaku pasien
- 2) Bercakap-cakap dengan orang lain

Tahapan tindakan meliputi:

- a) Menjelaskan tujuan menemui orang lain dan bercakap-cakap
  - b) Menjelaskan cara menemui orang lain dan bercakap-cakap
  - c) Memperagakan cara menemui orang lain dan bercakap-cakap
  - d) Meminta pasien memperagakan ulang
  - e) Memantau penerapan cara ini, menguatkan perilaku pasien
- 3) Melakukan aktivitas yang terjadwal

Tahapan intervensinya sebagai berikut:

- a) Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi
- b) Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien
- c) Melatih pasien melakukan aktivitas
- d) Menyusun jadwal kegiatan sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih

e) Membantu pelaksanaan jadwal kegiatan; memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif

4) Menggunakan obat secara teratur

Berikut ini tindakan keperawatan agar pasien patuh menggunakan obat:

- a) Menjelaskan guna obat
- b) Menjelaskan akibat bila putus obat
- c) Menjelaskan cara mendapatkan obat
- d) Menjelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, benar dosis)

**Tabel 2-3** Untuk memudahkan pelaksanaan tindakan keperawatan, maka perawat perlu membuat strategi pelaksanaan tindakan untuk klien seperti berikut:

<b>Pasien</b>	<b>Keluarga</b>
<b>SP1P</b>	<b>SP1K</b>
a. Menenal halusinasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Isi</li> <li>2) Frekuensi</li> <li>3) Waktu terjadinya</li> <li>4) Situasi pencetus</li> <li>5) Perasaan saat terjadi halusinasi</li> </ol> b. Latihan mengontrol halusinasi dengan cara: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menghardik.</li> </ol> c. Memasukkan dalam jadwal kegiatan pasien	a. Mengidentifikasi masalah keluarga dalam merawat pasien. b. Menjelaskan proses terjadinya halusinasi. c. Menjelaskan cara merawat pasien. d. Bermain peran cara merawat. e. RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat pasien.
<b>SP2P</b>	<b>SP2K</b>
a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1) b. Melatih berbicara dengan orang lain saat halusinasi muncul c. Masukkan jadwal	a. Evaluasi kemampuan keluarga (SP1) b. Latih keluarga merawat pasien c. RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat pasien

Berlanjut...

...lanjutan

<b>SP3P</b>	<b>SP3K</b>
a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 & 2) b. Melatih kegiatan agar halusinasi tidak muncul c. Masukkan jadwal	a. Evaluasi kemampuan keluarga (SP2) b. Latih keluarga merawat pasien c. RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat pasien
<b>SP4P</b>	<b>SP4K</b>
a. Evaluasi jadwal pasien yang lalu (SP 1, 2, 3) b. Menanyakan pengobatan sebelumnya c. Menjelaskan tentang pengobatan (5 benar) d. Melatih pasien minum obat e. Masukan jadwal	a. Evaluasi kemampuan keluarga b. Evaluasi kemampuan pasien c. RTL keluarga: 1) <i>Follow up</i> 2) Rujukan

### 2.3.5 Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan berfokus pada perubahan perilaku klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

- a. Apakah klien dapat mengenal halusinasinya, yaitu isi halusinasi, situasi, waktu dan frekuensi munculnya halusinasi.
- b. Apakah klien dapat mengungkapkan perasaannya ketika halusinasi muncul.
- c. Apakah klien dapat mengontrol halusinasinya dengan menggunakan empat cara, yaitu menghardik, menemui orang dan bercakap-cakap, melaksanakan aktivitas yang terjadwal dan patuh minum obat.
- d. Apakah klien dapat mengungkapkan perasaannya mempraktikkan empat cara mengontrol halusinasi.
- e. Apakah klien dapat mematuhi minum obat.