

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Psikososial

1. Konsep Dasar Psikososial

Psikososial adalah masalah kejiwaan dan kemasyarakatan yang mempunyai pengaruh timbal balik, sebagai akibat terjadinya perubahan sosial dalam masyarakat yang menimbulkan gangguan jiwa (Depkes, 2011). Setiap perubahan dalam kehidupan individu, baik yang bersifat psikologik maupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik, masalah kejiwaan dan kemasyarakatan, sebagai akibat terjadinya perubahan sosial atau gejala sosial dalam masyarakat yang dapat menimbulkan gangguan jiwa (Depkes, 2011).

2. Konsep Diri

Konsep diri adalah semua perasaan, kepercayaan, dan nilai yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain dan berkembang secara bertahap saat bayi mulai mengenal dan membedakan dirinya dengan orang lain (Tarwoto&Wartonah, 2015).

Beberapa komponen konsep diri antara lain:

a. Citra tubuh

Citra tubuh adalah sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar. Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran, bentuk, dan fungsi penampilan tubuhsaat ini dan masa lalu.

b. Ideal diri

Persepsi individu tentang bagaimana harus berperilaku sesuai dengan standar perilaku. Ideal diri akan mewujudkan cita – cita dan harapan pribadi.

c. Harga diri

Harga diri adalah penilaian terhadap hasil yang dicapai dengan analisis sejauh mana perilaku memenuhi ideal diri. Jika individu selalu sukses maka

harga dirinya cenderung akan tinggi begitu juga sebaliknya, harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain.

d. Peran diri

Peran diri adalah pola sikap, perilaku nilai yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat.

e. Identitas diri

Identitas diri adalah kesadaran akan dirinya sendiri yang bersumber dari observasi: Penilaian yang merupakan sintesis dari semua aspek konsep diri sebagai suatu kesatuan yang utuh.

Faktor – faktor yang mempengaruhi konsep diri adalah sebagai berikut:

1. Tingkat perkembangan dan kematangan

Perkembangan anak seperti dukungan mental, perlakuan, dan pertumbuhan anak akan mempengaruhi konsep dirinya.

2. Budaya

Pada usia anak – anak nilai – nilai akan diadopsi dari orang tuanya, kelompoknya, dan lingkungannya. Orang tua yang bekerja seharian akan membawa anak lebih dekat pada lingkungannya.

3. Sumber internal dan eksternal

Kekuatan dan perkembangan pada individu sangat berpengaruh terhadap konsep diri. Pada sumber internal, misalnya orang yang humoris, koping individunya lebih efektif. Sumber eksternal, misalnya adanya dukungan dari masyarakat dan ekonomi yang kuat.

4. Pengalaman sukses dan gagal

Ada kecenderungan bahwa riwayat sukses akan meningkatkan konsep diri demikian pula sebaliknya.

5. Stressor

Stressor dalam kehidupan, misalnya perkawinan, pekerjaan baru, ujian, dan ketakutan. Jika koping individu tidak adekuat, maka akan menimbulkan depresi, menarik diri dan kecemasan.

6. Usia, keadaan sakit, dan trauma

Usia tua dan keadaan sakit akan mempengaruhi persepsi dirinya.

Beberapa karakteristik konsep diri rendah sebagai berikut (Carpenito, 2009 dalam Tarwoto&Wartanah, 2015):

- a. Menghindari sentuhan atau melihat bagian tubuh tertentu
- b. Tidak mau berkaca
- c. Menghindari diskusi tentang topik dirinya
- d. Menolak usaha rehabilitasi
- e. Melakukan usaha sendiri dengan tidak tepat
- f. Mengingkari perubahan pada dirinya
- g. Peningkatan ketergantungan pada yang lain
- h. Tanda dari keresahan seperti marah, keputusasaan, dan menagis
- i. Menolak berpartisipasi dalam perawatan dirinya
- j. Tingkah laku yang merusak seperti penggunaan obat – obatan dan alkohol
- k. Menghindari kontak sosial
- l. Kurang bertanggung jawab

3. Stres dan Adaptasi

Ketika seseorang mengalami situasi berbahaya, maka respon akan muncul. Respon yang tidak disadari pada saat tertentu disebut respon koping, perubahan dari suatu keadaan dari respon akibat stresor disebut adaptasi. Adaptasi sesungguhnya terjadi apabila adanya keseimbangan antara lingkungan internal dan eksternal (Tarwoto&Wartanah, 2015).

Stres merupakan bagian dari kehidupan yang mempunyai efek positif dan negatif yang disebabkan oleh perubahan lingkungan. Secara sederhana, stres adalah kondisi dimana adanya respon tubuh terhadap perubahan untuk mencapai keadaan normal. Sementara itu stresor adalah sesuatu yang menyebabkan seseorang mengalami stres, stresor dapat berasal dari internal seperti perubahan hormon, sakit maupun eksternal seperti temperatur dan pencemaran (Tarwoto&Wartanah, 2015).

Jadi stresor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga orang tersebut terpaksa mengadakan penyesuaian diri (adaptasi) untuk menanggulangi stresor (tekanan mental) yang timbul. Namun tidak semua orang mampu melakukan adaptasi sehingga timbullah keluhan-keluhan jiwa salah satunya adalah skizofrenia. Salah satu gejala skizofrenia adalah halusinasi, dimana pasien merasakan sensori palsu tanpa adanya stimulus yang nyata.

B. Tinjauan asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan, tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan masalah pasien. Menurut Stuart (2016) menjelaskan tentang asuhan keperawatan kesehatan jiwa memandang perilaku manusia dari perspektif holistik yang mengintegrasikan aspek biologis, psikologis, dan sosial budaya. Menurut Tarwoto Wartonah (2015) konsep diri adalah semua perasaan, kepercayaan, dan nilai yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain, dan berkembang secara bertahap saat bayi mulai mengenal dan membedakan dirinya dengan orang lain.

Menurut Yosep (2009) tahap pertama pengkajian meliputi beberapa faktor seperti:

a) Citra tubuh

Kumpulan sikap individu yang disadari dan tidak disadari terhadap tubuhnya. termasuk persepsi serta perasaan masa lalu dan sekarang tentang ukuran, fungsi, penampilan, dan potensi. Citra tubuh dimodifikasi secara berkesinambungan dengan persepsi dan pengalaman baru.

b) Ideal diri

Persepsi individu harusnya berperilaku terhadap standar, aspirasi, tujuan atau nilai personal tertentu.

c) Harga diri

Penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisis seberapa sesuai perilaku dirinya dengan ideal diri. Harga diri yang tinggi adalah perasaan yang berasal dari penerimaan diri sendiri tanpa syarat, walaupun melakukan kesalahan, kesalahan dan kegagalan, tetap merasa sebagai seseorang yang penting dan berharga.

d) Performa peran

Serangkaian pola perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial berhubungan dengan fungsi individu diberbagai kelompok social yang ditetapkan adalah peran yang dijalani dan seseorang tidak mempunyai pilihan. peran yang diambil adalah peran yang terpilih atau dipilih oleh individu

e) Identitas pribadi

Prinsip pengorganisasian kepribadian yang bertanggung jawab terhadap kesatuan, kesinambungan, konsistensi, dan keunikan individu. Prinsip tersebut sama artinya dengan otonomi dan mencakup persepsi seksualitas seseorang. pembentukan identitas dimulai pada masa bayi dan terus berlanjut sepanjang kehidupan, tetapi merupakan tugas utama pada masa remaja.

1. Faktor Predisposisi

Menurut (Stuart, 2016) hal-hal yang mempengaruhi terjadinya halusinasi adalah:

a) Faktor biologis

Hal yang dikaji pada faktor biologis, meliputi adanya faktor herediter gangguan jiwa, adanya resiko bunuh diri, riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA.

b) Faktor psikologis

Pada klien yang mengalami halusinasi, dapat ditemukan adanya kegagalan yang berulang, individu korban kekerasan, kurangnya kasih sayang, atau overprotektif.

c) Sosiobudaya dan lingkungan

Klien dengan halusinasi didapatkan sosial ekonomi rendah, riwayat penolakan lingkungan pada usia perkembangan anak, tingkat pendidikan rendah, dan kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri), serta tidak bekerja.

2. Stresor Presipitasi

Biologis merupakan salah satu stresor yang mungkin adalah gangguan dalam umpan balik otak yang mengatur jumlah informasi yang dapat diperoleh dari waktu tertentu. Pengolahan informasi normal terjadi dalam serangkaian aktivitas saraf yang telah ditetapkan. Rangsangan visual dan pendengaran awal-awalnya diskriminasi dan disaring oleh talamus serta dikirim untuk diproses oleh lobus frontal. Jika terlalu banyak informasi yang dikirim sekaligus, lobus frontal mengirim informasi yang berlebihan pada ganglia basalis. Penurunan fungsi lobus frontal mengganggu kemampuan untuk melakukan umpan balik ini. Hasilnya adalah pengolahan informasi berlebihan dan respons neurobiologis (Stuart, 2016).

Stresor biologis lain yang mungkin adalah mekanisme gating tidak normal. Gating adalah proses listrik yang melibatkan elektrolit. Hal ini berhubungan dengan hambatan dan rangsangan pada potensial aksi saraf serta umpan balik yang terjadi dalam sistem saraf yang berhubungan penyelesaian transmisi saraf (Stuart, 2016).

3. Penilaian Terhadap Stresor

Model diatesis stres menyampaikan bahwa gejala skizofrenia berkembang berdasarkan pada hubungan antara jumlah stres yang dialami oleh seseorang dan ambang batas toleransi stres internal. Model ini penting karena hal tersebut mengintegrasikan faktor biologis, psikologis, dan sosial budaya. Meskipun tidak ada penelitian ilmiah yang menunjukkan bahwa stres menyebabkan skizofrenia, jelas bahwa skizofrenia adalah gangguan yang tidak hanya menyebabkan stres, tetapi menjadi lebih buruk oleh stres (Van Os Et Al, 2010 dalam Stuart 2016).

4. Sumber Koping

Proses penyesuaian setelah gangguan jiwa terjadi terdiri dari 4 tahap dan dapat berlangsung mungkin selama 3-6 tahun (Moller & Zausniewsky, 2011 dalam Stuart, 2016):

a) Disonansi kognitif

Disonansi kognitif melibatkan pencapaian keberhasilan farmakologi untuk menurunkan gejala dan menstabilkan gangguan jiwa aktif dengan memilah kenyataan dari ketidaknyataan setelah episode pertama, hal ini dapat memakan waktu 6-12 bulan.

b) Pencapaian wawasan

Permulaan wawasan terjadi dengan kemampuan melakukan pemeriksaan terhadap kenyataan yang dapat dipercaya, hal ini memakan waktu 6-18 bulan dan tergantung pada keberhasilan pengobatan dan dukungan yang berkelanjutan.

c) Kognitif yang konstan

Kognitif konstan termasuk melanjutkan hubungan interpersonal yang normal dan kembali terlibat dalam kegiatan yang sesuai dengan usia yang berkaitan dengan sekolah dan bekerja, fase ini berlangsung 1-3 tahun.

d) Bergerak menuju prestasi kerja / tujuan pendidikan:

Tahap ini termasuk kemampuan untuk secara konsisten terlibat dalam kegiatan harian yang sesuai dengan usia hidup yang merefleksikan tujuan sebelum gangguan jiwa, fase ini berlangsung minimal 2 tahun.

5. Mekanisme Koping

Menurut Damaiyanti & Iskandar (2012) mekanisme koping termasuk pertahanan koping jangka pendek atau jangka panjang serta penggunaan mekanisme pertahanan ego untuk melindungi diri sendiri dalam menghadapi persepsi diri yang menyakitkan. Pertahanan tersebut mencakup berikut ini:

1) Pertahanan koping jangka pendek

- a) Aktivitas yang memberikan pelarian sementara dari kritik identitas diri misalnya konser musik, kerja keras, menonton televisi secara obsesif.
- b) Aktivitas yang memberikan identitas pengganti sementara misalnya ikut serta dalam sosial agama, politik, kelompok, gerakan, atau geng.
- c) Aktivitas yang sementara menguatkan atau meningkatkan perasaan diri yang tidak menentu misalnya olahraga yang kompetitif, prestasi akademik kontes atau mendapat popularitas.

2) Pertahanan koping jangka panjang

- a) Penutupan identitas: Adopsi identitas premature yang diinginkan oleh orang terdekat tanpa memperhatikan keinginan, aspirasi, dan potensi diri individu.
- b) Identitas negatif: Asumsi identitas yang tidak sesuai dengan nilai dan harapan yang diterima dimasyarakat.

Mekanisme mempertahankan ego termasuk penggunaan fantasi, disosiasi, isolasi, proyeksi, pengalihan (displacement), terbalik marah pada diri sendiri dan amuk, mekanisme koping yang sering digunakan pasien dengan halusinasi (Stuart, 2016):

1) Regresi

Regresi berhubungan dengan proses informasi dan upaya yang digunakan untuk mengelola ansietas. Energi yang tersisa untuk aktivitas sehari-hari tinggal sedikit, sehingga klien menjadi malas beraktivitas sehari-hari.

2) Proyeksi

Dalam hal ini, klien mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau suatu benda.

3) Menarik diri

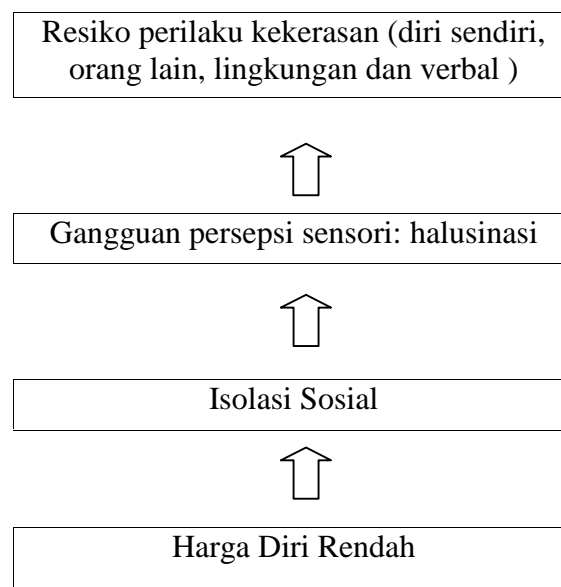
Pasien sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal.

4) Pengingkaran

Mekanisme koping ini sama dengan penolakan yang terjadi setiap kali seseorang menerima informasi yang menyebabkan rasa takut dan ansietas.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis tentang respon individu keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual untuk potensian (Stuart, 2016). Menurut Damayanti (2012), adapun masalah keperawatan yang muncul dengan masalah utama halusinasi yaitu resiko perilaku kekerasan sebagai akibat dari halusinasi, isolasi sosial, dan harga diri rendah sebagai penyebab halusinasi sebagaimana tergambar di pohon masalah pada gambar 2.1 sebagai berikut:



Gambar 2.1 Pohon Masalah dengan masalah utama Halusinasi (Damaiyanti, 2012)

3. Rencana Tindakan Keperawatan Halusinasi

Rencana tindakan keperawatan adalah suatu bentuk susunan untuk mengatasi masalah klien. Tindakan keperawatan diantaranya meliputi strategi pelaksanaan tindakan keperawatan, dan terapi aktivitas kelompok dapat ditujukan pada tindakan keperawatan untuk individu, tindakan keperawatan untuk keluarga, dan tindakan keperawatan untuk kelompok. Rencana tindakan keperawatan pada pasien halusinasi adalah suatu bentuk susunan perencanaan tindakan keperawatan untuk mengatasi pasien dengan halusinasi. Tindakan keperawatan ini untuk memenuhi tujuan khusus sebagai berikut:

1. TUK 1: Pasien dapat mengenal halusinasinya dan latihan menghardik halusinasi.

Kriteria evaluasi:

- a) Pasien menyatakan mengalami halusinasi
- b) Pasien menyebutkan halusinasi yang dialami
- c) Pasien menyatakan yang dilakukan saat halusinasi muncul.
- d) Pasien menyampaikan apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut.
- e) Pasien menyampaikan dampak yang akan dialaminya bila pasien menikmati halusinasinya.
- f) Pasien mampu mengenal cara baru untuk mengontrol halusinasi.
- g) Pasien mampu latihan cara menghardik.

Intervensi:

- a) Diskusikan dengan pasien tentang halusinasi yang dialami.
- b) Jika pasien tidak sedang berhalusinasi klarifikasi tentang adanya pengalaman halusinasi.
- c) Diskusikan dengan pasien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya.

- d) Diskusikan dengan pasien apa yang dilakukan untuk mengatasi perasaan tersebut.
- e) Diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya bila pasien menikmati halusinasinya.
- f) Jelaskan cara mengontrol halusinasi : hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan terjadwal.
- g) Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik.

2. TUK 2: Pasien dapat mengontrol dengan obat.

Kriteria evaluasi:

- a. Pasien mampu menyampaikan kemampuan menghardik.
- b. Pasien mampu menyampaikan / mempraktekkan cara minum obat
- c. Pasien mampu merencanakan / jadwal minum obat.

Intervensi:

- a) Evaluasi kegiatan menghardik, beri pujian.
- b) Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat.
- c) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat.

3. TUK 3: Pasien dapat mengontrol dengan bercakap - cakap.

Kriteria evaluasi:

- a) Pasien mampu menyampaikan kemampuan menghardik dan minum obat
- b) Pasien mampu menyampaikan atau mempraktikkan cara bercakap - cakap.
- c) Pasien mampu merencanakan / jadwal bercakap - cakap.

Intervensi:

- a. Evaluasi kegiatan menghardik dan minum obat, beri pujian.

- b. Jelaskan cara bercakap - cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi.
- c. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap - cakap.

4. TUK 4: Pasien dapat mengontrol dengan melakukan kegiatan aktivitas terjadwal.

Kriteria evaluasi:

- a) Pasien mampu menyampaikan kemampuan menghardik, minum obat dan bercakap - cakap.
- b) Pasien mampu menyampaikan dan mempraktikkan kegiatan aktivitas yang dapat dilakukan
- c) Pasien mampu merencanakan jadwal kegiatan aktivitas yang akan dilakukan.

Intervensi:

- a) Evaluasi kegiatan menghardik, obat, bercakap - cakap. Beri pujian.
- b) Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian.
- c) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap - cakap dan kegiatan harian.

4. Implementasi

Proses implementasi adalah melaksanakan rencana tindakan yang sudah disusun dan disesuaikan dengan kondisi saat itu. Pelaksanaan tindakan keperawatan bisa lebih dari apa yang telah direncanakan atau lebih sedikit dari apa yang sudah direncanakan bahkan mampu memodifikasi dari perencanaan yang telah disesuaikan dengan kebutuhan pada saat asuhan diberikan.

Implementasi tindakan harus berfokus pada berbagai tritmen psikosial dan biologis serta melibatkan pasien, keluarga, dan perawat. Rencana pemulihan harus mencakup tindakan yang diarahkan untuk mengurangi gejala

penyakit, mengurangi beban penyakit, dan meningkatkan kesehatan, kesejahteraan, fungsi optimal dan kualitas hidup (Stuart, 2016).

5. Evaluasi

Hasil yang diharapkan pasien mampu mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, mampu membuat rencana kegiatan harian, mampu melakukan kegiatan sesuai kemampuan yang dimiliki, serta diharapkan keluarga mampu membantu pasien dalam melakukan aktivitas dan mampu memberikan pujian pada pasien terhadap kemampuannya melakukan aktivitas (Yusuf,dkk, 2015).

Evaluasi merupakan langkah proses keperawatan yang memungkinkan perawat untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil meningkatkan kondisi klien. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP:

S: Respon subyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O: Respon obyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A: Analisa ulang atas data subyektif dan obyektif atau muncul untuk menyimpulkan apakah masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada.

P: Latihan kemampuan yang sudah diajarkan untuk mengontrol halusinasi.

6. Dokumentasi

Perawat kesehatan jika mendokumentasikan keseluruhan proses keperawatan yang dilakukan pada klien mulai dari awal sampai akhir rangkaian proses asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk mendiagnosa keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang disusun secara sistematis, valid

dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum (Damaiyanti, 2012).

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Tinjauan Konsep Halusinasi

a. Pengertian Halusinasi

Halusinasi adalah distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respons neurobiologis maladaptif. Klien sebenarnya mengalami distorsi sensorik sebagai hal yang nyata dan meresponnya. Pada halusinasi tidak ada stimulus eksternal atau internal yang diidentifikasi, halusinasi dapat muncul dari salah satu panca indera (Stuart, 2016).

Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa di mana klien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada. Klien mengalami perubahan sensori persepsi: merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan, atau penciuman. Pada gangguan halusinasi penglihatan misalnya klien melihat suatu bayangan menakutkan, padahal tidak ada bayangan tersebut. Salah satu manifestasi yang timbul adalah halusinasi membuat klien tidak dapat memenuhi kehidupannya sehari-hari (Sutejo, 2017).

b. Jenis-jenis Halusinasi

Menurut Stuart (2016) ada 7 jenis halusinasi yaitu :

1) Pendengaran

Pasien mendengar kegaduhan atau suara, paling sering dalam bentuk suara. Suara yang berkisar dari kegaduhan atau suara sederhana, suara berbincara tentang pasien, menyelesaikan percakapan antara dua orang atau lebih tentang orang yang berhalusinasi. Pikiran mendengar dimana pasien mendengar suara-suara yang berbicara pada pasien dan perintah yang membantu pasien untuk melakukan sesuatu, kadang-kadang berbahaya.

2) Penglihatan

Rangsangan visual dalam bentuk cahaya, gambar geometris, tokoh kartun, atau adegan atau bayangan rumit dan kompleks. Bayangan dapat menyenangkan atau menakutkan, seperti melihat monster.

3) Penciuman

Pasien mencium tidak enak, busuk dan tengik seperti darah, urin, atau feses: kadang-kadang bau menyenangkan. Halusinasi penciuman biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang, dan dimensia.

4) Gustatory

Pasien merasakan tidak enak, kotor, dan busuk seperti darah, urin, atau feses.

5) Perabaan

Pasien mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas. Merasa sensasi listrik datang dari tanah, benda mati, atau orang lain.

6) Kenestetik

Pasien merasa fungsi tubuh seperti denyut darah melalui pembuluh darah dan arteri, mencerna makanan, atau membentuk urin.

7) Kinestetik

Sensasi gerakan sambil berdiri tak bergerak.

c. Tingkat / Fase Halusinasi

Table 2.1 Tingkat Halusinasi

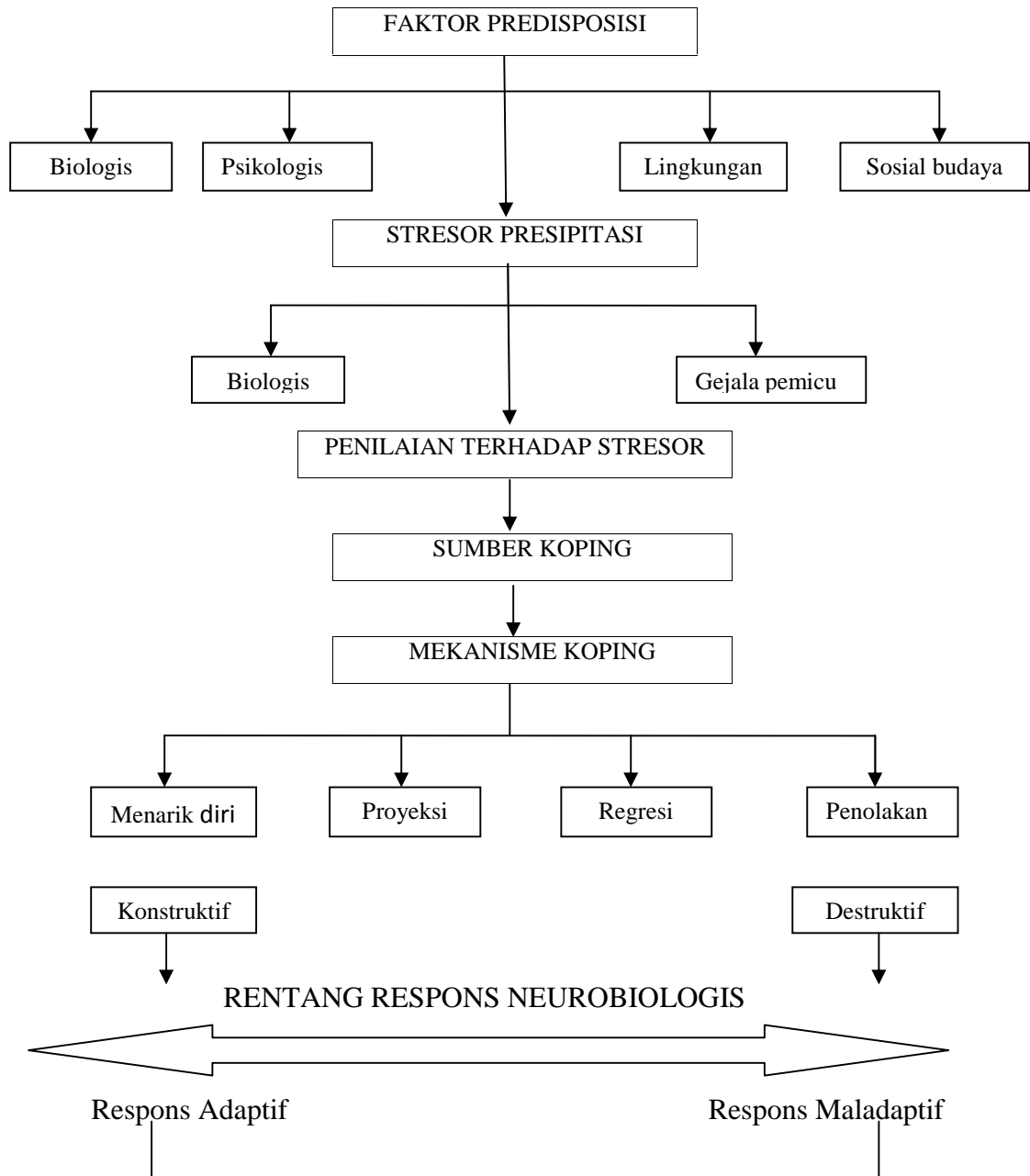
Tingkat	Karakteristik	Perilaku pasien yang diamati
<p>Tahap I: Tingkat ansietas sedang yang memberi rasa nyaman. Halusinasi umumnya menyenangkan. (Comforting)</p>	<p>Pasien yang mengalami halusinasi merasakan emosi yang terus – menerus, seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah, dan ketakutan. Dan mencoba untuk fokus pada pikiran menghibur untuk mengurangi rasa ansietas. Pasien mengakui bahwa pikiran dan pengalaman sensorik berada dalam kendali sadar jika ansietas dapat dikelola.</p> <p>(Tidak gangguan jiwa Nonpsychotic)</p>	<p>Menyeringai atau tertawa yang tampaknya tidak pantas.</p> <p>Menggerakkan bibir tanpa membuat suara</p> <p>Gerakan mata cepat</p> <p>Respon verbal diperlambat seolah – olah sibuk</p> <p>Diam dan sibuk.</p>
<p>Tahap II: Tingkat ansietas berat yang menyalahkan. (Condemning)</p>	<p>Pengalaman indrawi menjijikkan dan menakutkan. Pasien yang mengalami halusinasi mulai merasa kehilangan kendali dan mungkin mencoba untuk menjauhkan diri dari sumber yang dirasakan. Pasien mungkin merasa malu dengan pengalaman sensorik dan menarik diri dari orang lain. Hal ini masih mungkin untuk mengarahkan pasien dengan realitas.</p> <p>Gangguan jiwa ringan (Midly psychotic)</p>	<p>Peningkatan tanda – tanda sistem saraf autonomi dari ansietas, seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah.</p> <p>Rentang perhatian mulai menyempit.</p> <p>Disibukkan dengan pengalaman sensorik dan mulai kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dari kenyataan.</p>
<p>Tahap III: Tingkat ansietas berat yang mengontrol. Pengalaman sensorik menjadi mahakuasa. (Controlling)</p>	<p>Pasien yang mengalami halusinasi menyerah untuk melawan pengalaman dan menyerah pada halusinasi. Isi halusinasi dapat menjadi menarik, pasien mungkin mengalami kesepian jika pengalaman sensorik berakhir.</p>	<p>Arah yang diberikan oleh halusinasi lebih diikuti daripada otak.</p> <p>Kesulitan berhubungan dengan orang lain.</p> <p>Gejala fisik dari ansietas yang parah, seperti berkeringat,</p>

	Gangguan jiwa (Psychotic)	tremor, ketidakmampuan untuk mengikuti petunjuk.
Tahap IV: Tingkat ansietas panik yang menakhlukkan. (Conquering)	Pengalaman sensorik dapat menjadi mengancam jika tidak mengikuti perintah. Halusinasi dapat berlangsung selama berjam – jam atau berhari – hari jika tidak ada tindakan terupetik. Gangguan jiwa (Severely psychotic)	Perilaku dilanda teror seperti panik. Potensi kuat untuk membunuh diri atau melakukan pembunuhan. Aktivitas fisik yang mencerminkan isi halusinasi seperti kekerasan, agitasi, menarik diri, dan katatonia. Tidak dapat merespon petunjuk yang kompleks. Tidak dapat merespon lebih dari satu orang.

Tingkat Intensitas Halusinasi (Stuart, 2016)

d. Proses Terjadinya Halusinasi

Proses terjadinya masalah pada pasien halusinasi akan dijelaskan dengan menggunakan konsep stres adaptasi Stuart sebagai berikut:



Respons adaptif	Respon psikososial	Respons maladaptif
Berpikir logis	Pikiran sesekali terdistorsi	Gangguan pemikiran/waham
Persepsi akurat	Ilusi	Halusinasi
Emosi konsisten dengan pengalaman	Reaksi emosional	Kesulitan pengolahan

Perilaku sesuai Berhubungan sosial	berlebihan atau tidak bereaksi Perilaku aneh atau penarikan tidak biasa	emosi Perilaku kacau Isolasi sosial
---------------------------------------	--	---

Gambar 2.2 model adaptasi stres (Stuart, 2016).

1. Faktor Predisposisi

Hal-hal yang mempengaruhi terjadinya halusinasi adalah:

a) Faktor biologis

Hal yang dikaji pada faktor biologis, meliputi adanya faktor herediter gangguan jiwa, adanya resiko bunuh diri, riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA.

b) Faktor psikologis

Pada klien yang mengalami halusinasi, dapat ditemukan adanya kegagalan yang berulang, individu korban kekerasan, kurangnya kasih sayang, atau overprotektif.

c) Sosiobudaya dan lingkungan

Klien dengan halusinasi didapatkan sosial ekonomi rendah, riwayat penolakan lingkungan pada usia perkembangan anak, tingkat pendidikan rendah, dan kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri), serta tidak bekerja.

2. Stresor Presipitasi

Biologis merupakan salah satu stresor yang mungkin adalah gangguan dalam umpan balik otak yang mengatur jumlah informasi yang dapat diperoleh dari waktu tertentu. Pengolahan informasi normal terjadi dalam serangkaian aktivitas saraf yang telah ditetapkan. Rangsangan visual dan pendengaran awal - awalnya diskriminasi dan disaring oleh talamus serta dikirim untuk diproses oleh lobus frontal. Jika terlalu banyak informasi yang dikirim sekaligus, lobus frontal mengirim informasi yang berlebihan pada ganglia basalis. Penurunan fungsi lobus frontal mengganggu kemampuan untuk melakukan umpan balik ini. Hasilnya adalah pengolahan informasi berlebihan dan respons neurobiologis (Stuart, 2016).

Stresor biologis lain yang mungkin adalah mekanisme gating tidak normal. Gating adalah proses listrik yang melibatkan elektrolit. Hal ini berhubungan dengan hambatan dan rangsangan pada potensial aksi saraf serta umpan balik yang terjadi dalam sistem saraf yang berhubungan penyelesaian transmisi saraf (Stuart, 2016).

3. Penilaian Terhadap Stresor

Model diatesis stres menyampaikan bahwa gejala skizofrenia berkembang berdasarkan pada hubungan antara jumlah stres yang dialami oleh seseorang dan ambang batas toleransi stres internal. Model ini penting karena hal tersebut mengintegrasikan faktor biologis, psikologis, dan sosial budaya. Meskipun tidak ada penelitian ilmiah yang menunjukkan bahwa stres menyebabkan skizofrenia, jelas bahwa skizofrenia adalah gangguan yang tidak hanya menyebabkan stres, tetapi menjadi lebih buruk oleh stres (Van Os Et Al, 2010 dalam Stuart 2016).

4. Sumber Koping

Proses penyesuaian setelah gangguan jiwa terjadi terdiri dari 4 tahap dan dapat berlangsung mungkin selama 3-6 tahun (Moller & Zausniewsky, 2011 dalam Stuart, 2016).

- a) Disonansi kognitif: disonansi kognitif melibatkan pencapaian keberhasilan farmakologi untuk menurunkan gejala dan menstabilkan gangguan jiwa aktif dengan memilah kenyataan dari ketidaknyataan setelah episode pertama, hal ini dapat memakan waktu 6-12 bulan.
- b) Pencapaian wawasan: permulaan wawasan terjadi dengan kemampuan melakukan pemeriksaan terhadap kenyataan yang dapat dipercaya. Hal ini memakan waktu 6-18 bulan dan tergantung pada keberhasilan pengobatan dan dukungan yang berkelanjutan.
- c) Kognitif yang konstan: kognitif konstan termasuk melanjutkan hubungan interpersonal yang normal dan kembali terlibat dalam kegiatan yang sesuai dengan usia yang berkaitan dengan sekolah dan bekerja. Fase ini berlangsung 1-3 tahun.

d) Bergerak menuju prestasi kerja / tujuan pendidikan: tahap ini termasuk kemampuan untuk secara konsisten terlibat dalam kegiatan harian yang sesuai dengan usia hidup yang merefleksikan tujuan sebelum gangguan jiwa. Fase ini berlangsung minimal 2 tahun.

5. Mekanisme Koping

Mekanisme koping yang sering digunakan pasien dengan halusinasi (Stuart, 2016):

a) Regresi

Regresi berhubungan dengan proses informasi dan upaya yang digunakan untuk mengelola ansietas. Energi yang tersisa untuk aktivitas sehari - hari tinggal sedikit, sehingga klien menjadi malas beraktivitas sehari - hari.

b) Proyeksi

Dalam hal ini, klien mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau suatu benda.

c) Menarik diri

Pasien sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal.

d) Peningkaran

Mekanisme koping ini sama dengan penolakan yang terjadi setiap kali seseorang menerima informasi yang menyebabkan rasa takut dan ansietas.

6. Rentang Respon Neurobiologi Halusinasi

a. Respon adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima 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:

1) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan

- 2) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan
- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman 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 psikososial

Respon psikososial meliputi:

- 1) Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
- 2) Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- 3) Emosi berlebihan atau berkurang
- 4) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran
- 5) Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

c. Respon maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma - norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif meliputi:

- 1) Kelainan pikir adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- 2) Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- 3) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.

- 4) Perilaku dan gerakan kacau adalah perilaku yang aneh, tidak sedap dipandang, membingungkan, sulit untuk mengelola dan membingungkan orang lain.
- 5) Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

2. Tinjauan Konsep Skizofrenia

a. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah salah penyakit otak neurobiologis yang berat dan terus menerus. Akibatnya berupa respons yang dapat sangat mengganggu kehidupan individu, keluarga, dan masyarakat (Stuart, 2016). Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya penyimpangan yang sangat kasar dan adanya perbedaan dari pikiran, disertai dengan adanya ekspresi emosi yang tidak wajar (Sutejo,2017).

b. Jenis-jenis Skizofrenia

Maramis, Willy F (2009) membagi Skizofrenia menjadi beberapa jenis. Digolongkan kedalam salah satu jenis menurut gejala utama yang terdapat padanya. Akan tetapi batas-batas golongan-golongan ini tidak jelas, gejala-gejala dapat berganti-ganti atau mungkin seseorang penderita tidak dapat digolongkan kedalam salah satu jenis. Pembagiannya adalah sebagai berikut:

1. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid agak berlainan dari jenis-jenis yang lain dalam jalannya penyakit. Skizofrenia hebefrenik dan katatonik sering lama kelamaan menunjukkan gejala-gejala skizofrenia simplex, atau gejala-gejala hebefrenik dan katatonik bercampuran. Tidak demikian halnya dengan skizofrenia paranois yang jalannya agak konstan. Gejala-gejala yang mencolok adalah waham primer, disertai dengan waham-waham

sekunder dan halusinasi. Baru dengan pemeriksaan yang teliti ternyata ada juga gangguan proses berfikir, gangguan afek, emosi dan kemauan.

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

2. Skizofrenia hebefrenik

Permulaannya perlahan-lahan atau sub akut dan sering timbul pada masa remaja antara 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan, gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik. Waham dan halusinasi banyak sekali.

3. Skizofrenia katatonik

Timbulnya pertama kali antara umur 15-30 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:

- a) Mutisme, kadang-kadang dengan mata tertutup.
- b) Muka tanpa mimik, seperti topeng.
- c) Stupor, penderita tidak bergerak sama sekali untuk waktu yang lama, beberapa hari, bahkan kadang-kadang sampai beberapa bulan.
- d) Bila diganti posisi nya penderita menentang : negativisme.
- e) Makanan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga terkumpul didalam mulut dan meleleh keluar, air seni dan feses ditahan.
- f) Terdapat grimas dan katalepsi. Grimas adalah mimik muka yang aneh, katalepsi adalah suatu keadaan abnormal yang ditandai oleh gangguan kesadaran, sikap, dan otot tubuh.

4. 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 terdapat. Jenis ini timbulnya perlahan-lahan sekali. Pada permulaan mungkin penderita mulai kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia makin mundur dalam pekerjaan atau pelajaran dan akhirnya menjadi penganggur. Bila tidak ada orang yang menolongnya ia mungkin akan menjadi pengemis atau penjahat.

5. Skizofrenia residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala - gejala berkembang kearah gejala negatif yang lebih menonjol. Gejala negatif terdiri dari keterlambatan psikomotor, penurunan aktifitas, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi non verbal menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial.

c. Penyebab Skizofrenia

Maramis, Willy F (2009) menyebutkan beberapa penyebab skizofrenia yaitu :

1. Genetik

Dapat dipastikan bahwa ada faktor genetik yang turut menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga - keluarga penderita skizofrenia. Tetapi pengaruh genetik tidak sesederhana hukum mendel. Diperkirakan bahwa yang diturunkan adalah potensi untuk mendapatkan skizofrenia melalui gen yang resesif. Potensi ini mungkin kuat, mungkin juga lemah, tetapi selanjutnya bergantung pada lingkungan individu itu apakah akan terjadi manifestasi skizofrenia atau tidak.

2. Neurokimia: hipotesis dopamin

Menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh overaktifitas pada jalur dopamin mesolimbik. Hal ini didukung oleh temuan bahwa amfetamin, yang kerjanya meningkatkan pelepasan dopamin, dapat menginduksi psiosis yang mirip skizofrenia; dan obat antipsikotik (terutama obat antipsikotik generasi pertama atau antipsikotik tipikal/klasik). Bekerja dengan mengemblok reseptor dopamin, terutama reseptor D₂. Keterlibatan neurotransmitter lain seperti serotonin, noradrenalin, GABA dan glutamat, serta neuropeptida lain masih terus diteliti oleh para ahli.

3. Hipotesis perkembangan saraf

Studi autopsi dan studi pencitraan otak memperlihatkan abnormalitas struktur dan morfologi otak penderita skizofrenia, antara lain berupa berat otak yang rata-rata lebih kecil dari pada otak normal, pembesaran ventrikel otak yang nonspesifik, gangguan metabolisme didaerah frontal dan temporal, dan kelainan susunan seluler pada struktur saraf di beberapa daerah korteks dan subkorteks tanpa adanya glosis yang menandakan kelainan tersebut terjadi pada perkembangan.

Semua bukti tersebut melahirkan hipotesis perkembangan saraf yang menyatakan bahwa perubahan patologis gangguan ini terjadi pada awal kehidupan, mungkin sekali akibat pengaruh genetik, dan kemudian memodifikasi oleh faktor maturasi dan lingkungan.

d. Tanda Gejala Skizofrenia

Maramis, Willy F (2009) menyebutkan gejala psikotik ditandai oleh abnormalitas dalam bentuk dan isi pikiran, persepsi, dan emosi serta perilaku. Berikut ini beberapa gejala yang dapat diamati pada skizofrenia:

1. Penampilan dan perilaku umum

Tidak ada penampilan atau perilaku yang khas dari pasien skizofrenia. Beberapa bahkan dapat berpenampilan dan berperilaku “normal”. Mungkin mereka tampak berpreokupasi terhadap kesehatan, penampilan

badan, agama atau minatnya. Pasien dengan skizofrenia kronis cenderung menelantarkan penampilannya. Kerapian dan higine pribadi juga terabaikan. Mereka juga cenderung menarik diri secara sosial.

2. Gangguan pembicaraan

Pada skizofrenia inti gangguan memang terdapat pada proses pikiran. Yang terganggu terutama adalah asosiasi. Asosiasi langgar berarti tidak adanya hubungan antar ide. Kalimat-kalimatnya tidak saling berhubungan. Kadang-kadang satu ide belum selesai diutarakan, sudah dikemukakan ide lain. Tidak jarang juga digunakan arti simbolik, seperti dikatakan “merah” bila dimaksudkan “berani”. Atau terdapat asosiasi bunyi (clang association) oleh karena pikiran sering tidak mempunyai tujuan tertentu. Semua ini menyebabkan bahwa jalan pikiran pada skizofrenia sukar atau tidak dapat diikuti dan dimengerti. Kadang-kadang pikiran seakan-akan berhenti, tidak timbul ide lagi. Keadaan ini dinamakan blocking, biasanya berlangsung beberapa detik saja.

3. Gangguan perilaku

Salah satu gangguan aktivitas motorik pada skizofrenia adalah gejala katatonik yang dapat berupa stupor atau gaduh gelisah. Pasien dapat tidak bergerak, tidak berbicara, dan tidak berespons, meskipun ia sepenuhnya sadar. Sedangkan pasien dengan katatonik gaduh gelisah menunjukkan aktivitas motorik yang tidak terkendali. Kedua keadaan ini kadang-kadang terjadi bergantian. Pada stupor katatonik juga bisa didapati fleksibilitas serea dan katalepsi. Gejala katalepsi adalah bila suatu posisi badan dipertahankan untuk waktu yang lama. Fleksibilitas serea: bila anggota badan dibengkokkan terasa suatu tahanan seperti pada lilin atau malam dan posisi itu dipertahankan agak lama.

Gangguan perilaku lain adalah stereotipi dan manerisme. Berulang-ulang melakukan suatu gerakan atau mengambil sikap badan tertentu disebut stereotipi; misalnya menarik rambut, atau tiap kali menyuap nasi beberapa kali mengetuk piring dulu. Manerisme adalah stereotipi tertentu

pada skizofrenia, yang dapat dilihat dalam bentuk grimas pada mukanya atau keanehan berjalan dan gaya berjalan.

4. Gangguan afek

Kedangkalan respon emosi, misalnya penderita menjadi acuh tak acuh terhadap beberapa hal yang penting untuk dirinya sendiri seperti keadaan keluarganya dan masa depannya. Parathimi adalah apa yang seharusnya menimbulkan rasa senang dan gembira, pada penderita timbul rasa sedih atau marah. Paramimi adalah keadaan dimana penderita merasa senang dan gembira, akan tetapi ia menangis. Parathimi dan paramimi bersama-sama dinamakan *incongruity of affect*.

Kadang-kadang emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai kesatuan, misalnya sesudah membunuh anaknya penderita menangis berhari-hari, tetapi mulutnya seperti tertawa. Semua ini merupakan gangguan afek dan emosi yang khas untuk skizofrenia. Gangguan afek dan emosi lain adalah emosi yang berlebihan, sehingga kelihatan seperti dibuat-buat, seperti penderita sedang bersandiwara, yang penting juga pada skizofrenia adalah hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik. Karena itu sering kita tidak dapat merasakan perasaan penderita. Karena terpecah-belahnya kepribadian, maka dua hal yang berlawanan mungkin timbul bersama-sama, misalnya mencintai dan membenci satu orang yang sama, atau menangis dan tertawa tentang suatu hal yang sama.

5. Gangguan persepsi

Halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan suatu gejala yang hampir tidak dijumpai pada keadaan lain. Paling sering pada skizofrenia adalah halusinasi pendengaran dalam bentuk suara manusia, bunyi barang-barang atau siulan.

6. Gangguan pikiran

Pada skizofrenia waham sering tidak logis sama sekali dan sangat bizar. Penderita tidak menginsafi hal ini dan baginya wahamnya merupakan fakta yang tidak dapat diubah oleh siapapun.

e. Penatalaksanaan Skizofrenia

Ada beberapa macam pengobatan menurut Maramis, Willy F (2009) :

1. Farmakoterapi

Indikasi pemberian obat antipsikotik pada skizofrenia adalah untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Efektivitas antipsikotik dalam pengobatan skizofrenia telah dibuktikan oleh berbagai penelitian buta ganda yang terkontrol. Untuk antipsikotik tipikal atau generasi pertama, tidak ada bukti bawa obat yang satu lebih baik daripada yang lain untuk gejala tertentu. Strategi pengobatan bergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronis. Fase akut biasanya ditandai oleh gejala psikotik yang perlu segera diatasi. Tujuan pengobatan disini adalah mengurangi gejala psikotik parah. Dengan fenotiazin biasanya waham dan halusinasi hilang dalam waktu 2-3 minggu. Walaupun tetap masih ada waham dan halusinasi, penderita tidak terlalu terpengaruh lagi dan menjadi lebih kooperatif.

Setelah 4-8 minggu, pasien masuk ke tahap stabilisasi sewaktu gejala-gejala sedikit banyak sudah teratasi, tetapi risiko relaps masih tinggi, apalagi bila pengobatan terputus atau pasien mengalami stress. Setelah 6 bulan, pasien masuk fase rumatan yang bertujuan untuk mencegah kekambuhan. Kepada pasien dengan skizofrenia menahun, neuroleptika diberi dalam jangka waktu yang tidak ditentukan lamanya dengan dosis yang naik turun sesuai dengan keadaan pasien. Strategi rumatan adalah menemukan dosis efektif terendah yang dapat memberikan perlindungan terhadap kekambuhan dan tidak mengganggu fungsi psikososial.

Pemilihan obat lebih banyak berdasarkan profil efek samping dan respons pasien pada pengobatan sebelumnya. Ada beberapa kondisi khusus yang perlu diperhatikan, misalnya pada wanita hamil lebih dianjurkan haloperidol, karena obat ini mempunyai data keamanan yang paling baik. Untuk pasien yang baru pertama kali mengalami episode skizofrenia, pemberian obat harus diupayakan agar tidak terlalu memberikan efek samping, karena pengalaman yang buruk dengan

pengobatan akan mengurangi ketaatberobatan atau kesetiaberobatan. Dianjurkan untuk menggunakan antipsikotik atipik atau antipsikotik tipikal, tetapi dengan dosis yang rendah.

2. Terapi elektro-konvulsi (TEK)

Seperti juga terapi konvulsi lain, cara kerja elektrokonvulsi belum diketahui dengan jelas. Dapat dikatakan bahwa terapi konvulsi dapat mempendek serangan skizofrenia dan mempermudah kontak dengan penderita. Akan tetapi terapi ini tidak dapat mencegah serangan yang akan datang. Bila dibandingkan dengan terapi koma insulin, maka dengan TEK lebih sering terjadi serangan ulang. Akan tetapi TEK lebih mudah diberikan, dapat dilakukan secara ambulant, bahaya lebih sedikit, lebih murah dan tidak memerlukan energi tenaga yang khusus seperti pada terapi koma insulin. Tek baik hasilnya pada jenis katatonik terutama stupor.

3. Psikoterapi dan rehabilitasi

Psikoterapi dalam bentuk psikoanalisis tidak membawa hasil yang diharapkan, bahkan ada yang berpendapat tidak boleh dilakukan pada penderita dengan skizofrenia karena justru juga menambah isolasi sosial dan autisme. Yang dapat membantu penderita adalah psikoterapi suportif individual atau kelompok, serta bimbingan yang praktis dengan maksud mengembalikan penderita ke masyarakat. Terapi kerja adalah baik sekali untuk mendorong penderita bergaul lagi dengan orang lain, penderita lain, perawat dan dokter. Maksudnya agar pasien tidak mengasingkan diri lagi. Dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama. Perlu juga diperhatikan lingkungan penderita. Bila mungkin, diatur sedemikian rupa sehingga ia tidak mengalami stres terlalu banyak. lingkungan sekitar yang tidak stabil serta hostilitas dan ikut campur emosional yang dialami pasien dari orang-orang yang dekat dengannya akan membawa risiko tinggi untuk kambuh.

4. Lobotomi prefrontal

Lobotomi adalah operasi pembedahan otak bagi pasien gangguan jiwa untuk menyembuhkan gangguan kejiwaan. Dapat dilakukan bila terapi lain yang diberikan secara intensif selama kira-kira 5 tahun tidak berhasil dan bila penderita sangat mengganggu lingkungannya.