

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

##### **1. Kebutuhan psikososial**

Manusia adalah makhluk biopsikososial yang unik dan menerapkan sistem terbuka, serta saling berinteraksi. Kebutuhan manusia bukan hanya menyangkut fisiknya seperti makan, minum, istirahat, eliminasi, tetapi juga kebutuhan psikologis misalnya keinginan untuk rasa dihargai, dicintai dan mencintai, serta kebutuhan untuk saling berinteraksi, dengan demikian, manusia yang sehat adalah individu yang mampu menyelaraskan antara kebutuhan fisik atau bio dengan kebutuhan psikologisnya. Tidak terpenuhinya kebutuhan fisik akan berdampak pada gangguan psikologis demikian juga sebaliknya (Tarwoto dan Wartonah 2015). Kesehatan jiwa adalah suatu keadaan sejahtera dikaitkan dengan kebahagiaan, kegembiraan, kepuasan, pencapaian, optimisme, atau harapan. Kriteria sehat jiwa ada enam kriteria sebagai indikator sehat jiwa: 1. Sikap positif terhadap diri sendiri, 2. Berkembang, aktualisasi diri dan ketahanan diri, 3. Integrasi, 4. Otonomi, 5. Persepsi sesuai realitas, 6. Penguasaan lingkungan. Model adaptasi stress Stuart dari asuhan keperawatan kesehatan jiwa memandang perilaku manusia dari perspektif holistik yang mengintegrasikan aspek biologis, psikologis, dan sosial budaya dalam asuhan keperawatan (Stuart, 2016).

Terapi kesehatan jiwa saat ini memiliki pendekatan elektrik atau pendekatan yang menggabungkan konsep dan strategi dari berbagai sumber. Ada banyak teori yang berupaya menjelaskan perilaku manusia, kesehatan, dan gangguan jiwa. Masing-masing mengajukan bagaimana perkembangan normal terjadi berdasarkan keyakinan dan asumsi ahli teori serta pandangan dunia (Videbeck, 2008). Teori psikososial membantu menjelaskan perilaku manusia, baik kesehatan jiwa maupun gangguan jiwa. Ada beberapa jenis

teori psikososial, yang meliputi teori psikonalisis, teori interpersonal, teori humanistik, teori perilaku, dan teori ekstensial.

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 timbulah keluhan-keluhan jiwa salah satunya adalah skizofrenia. Salah satu gejala skizofrenia yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi.

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

### **1. Masalah utama**

#### **a. Pengertian halusinasi**

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

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecepan, perabaan, atau penghidungan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Damaiyanti, 2012).

Halusinasi adalah persepsi sensori yang salah atau pengalaman persepsi yang tidak terjadi dalam realitas, halusinasi dapat melibatkan panca indera dan sensasi tubuh. Halusinasi yang paling sering terjadi adalah halusinasi dengar (Videbeck, 2008).

#### **b. Jenis-jenis halusinasi**

Menurut Stuart (2016), ada 7 jenis halusinasi yaitu:

##### **1) Pendengaran**

Mendengar kegaduhan atau suara, paling sering dalam bentuk suara. Suara yang berkisar dari kegaduhan atau suara sederhana, suara

berbicara tentang klien, menyelesaikan percakapan antara dua orang atau lebih tentang orang yang berbicara pada klien dan perintah yang memberitahu klien untuk melakukan sesuatu kadang-kadang berbahaya.

## 2) Penglihatan

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

## 3) Penciuman

Mencium tidak enak, busuk, dan tengik seperti darah, urin, atau feses; kadang-kadang bau menyenangkan. Halusinasi penciuman biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang, dan demensia.

## 4) Gustatory

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

## 5) Perabaan

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

## 6) Kenestetik

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

Tabel 2.1. Tingkat Halusinasi

Tingkat	Karakteristik	Perilaku klien yang diamati
Tahap I: Tingkat ansietas sedang yang member rasa nyaman. Halusinasi umumnya menjadi menyenangkan.	Klien yang mengalami halusinasi merasakan emosi yang terus menerus, seperti ansietas, kesepian, rasa bersedih, dan ketakutan, dan mencoba untuk fokus pada pikiran menghibur untuk mengurangi ansietas. Klien mengakui bahwa pikiran dan	Menyeringai atau tertawa tampaknya tidak pantas. Menggerakkan bibir tanpa membuat suara. Gerakan mata yang cepat. Respon verbal diperlambat seolah-olah sibuk. Diam dan sibuk.

	pengalaman sensori berada dalam kendali sadar jika ansietas dapat dikelola. Tidak gangguan jiwa ( <i>Nonpsychotic</i> ).	
Tahap II: Tingkat ansietas berat yang menyalahkan. Halusinasi umumnya menjadi menjijikan	Pengalaman indrawi menjijikan dan menakutkan. Klien yang mengalami halusinasi mulai merasa kehilangan kendali dan mungkin mencoba untuk menjauhkan diri dari sumber yang dirasakan. Klien mungkin merasa malu dengan pengalaman sensorik dan menarik diri dari orang lain. Hal ini masih mungkin untuk mengarahkan klien dengan realitis. Gangguan jiwa ringan ( <i>Mildly psychotic</i> ).	Peningkatan tanda-tanda sistem saraf otonom dari ansietas, seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah. Rentang perhatian mulai menyempit. Disibukkan dengan pengalaman sensorik dan mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dari kenyataan.
Tahap III: Tingkat ansietas berat yang mengontrol. Pengalaman sensori menjadi mahakuasa.	Klien yang mengalami halusinasi menyerah untuk melawan pengalaman dan menyerah pada halusinasi. Isi halusinasi dapat menjadi menarik. Klien mungkin mengalami kesepian jika pengalaman sensorik berakhir. Gangguan jiwa ( <i>Psychotic</i> ).	Arah yang diberikan oleh halusinasi lebih diikuti daripada ditolak. Kesulitan berhubungan dengan orang lain. Rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit. Gejala fisik dari ansietas yang parah, seperti berkeringat, tremor, ketidakmampuan untuk mengikuti petunjuk.
Tahap IV: Tingkat ansietas panik yang menakutkan. Halusinasi umumnya menjadi rumit dan terjal dengan waham.	Pengalaman sensorik dapat menjadi mengancam jika tidak mengikuti perintah. Halusinasi dapat berlangsung selama berjam-jam atau sehari-hari jika tidak ada tindakan terapeutik. Gangguan jiwa berat ( <i>Severely psychotic</i> ).	Perilaku dilanda teror, seperti panik. Potensi kuat untuk bunuh diri atau pembunuhan. Aktivitas fisik yang mencerminkan isi halusinasi, seperti kekrasan, agitasi, menarik diri, atau katatonia. Tidak dapat merespons petunjuk yang kompleks. Tidak dapat merespons lebih dari satu orang.

Sumber: Videbeck, 2008

#### d. Fase halusinasi

##### 1) *Comforting* (halusinasi menyenangkan, cemas ringan)

Klien yang berhalusinasi mengalami emosi yang intens seperti cemas, kesepian, rasa bersalah, dan takut mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan kecemasan. Seseorang mengenal bahwa pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kesadaran

kontrol jika kecemasan tersebut bisa dikelola. Perilaku yang dapat terobservasi:

- a) Tersenyum lebar, menyeringai tetapi tampak tidak tepat
- b) Menggerakkan bibir tanpa membuat suara
- c) Pergerakan mata yang cepat
- d) Respon verbal yang lambat seperti asyik
- e) Diam dan tampak asyik

2) *Comdemning* (halusinasi menjijikan, cemas sedang)

Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan. Klien yang berhalusinasi mulai merasa kehilangan kontrol dan mungkin berusaha menjauhkan diri, serta merasa malu dengan adanya pengalaman sensori tersebut dan menarik diri dari orang lain. Perilaku yang dapat diobservasi:

- a) Ditandai dengan peningkatan kerja sistem saraf autonomik yang menunjukkan kecemasan misalnya terdapat peningkatan nadi, pernafasan dan tekanan darah.
- b) Rentang perhatian menjadi sempit
- c) Asyik dengan pengalaman sensori dan mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dengan realitis.

3) *Controlling* (pengalaman sensori berkuasa, cemas berat)

Klien yang berhalusinasi menyerah untuk mencoba melawan pengalaman halusinasinya. Isi halusinasi bisa menjadi menarik/memikat seseorang mungkin mengalami kesepian jika pengalaman sensori berakhir. Perilaku yang dapat diobservasi:

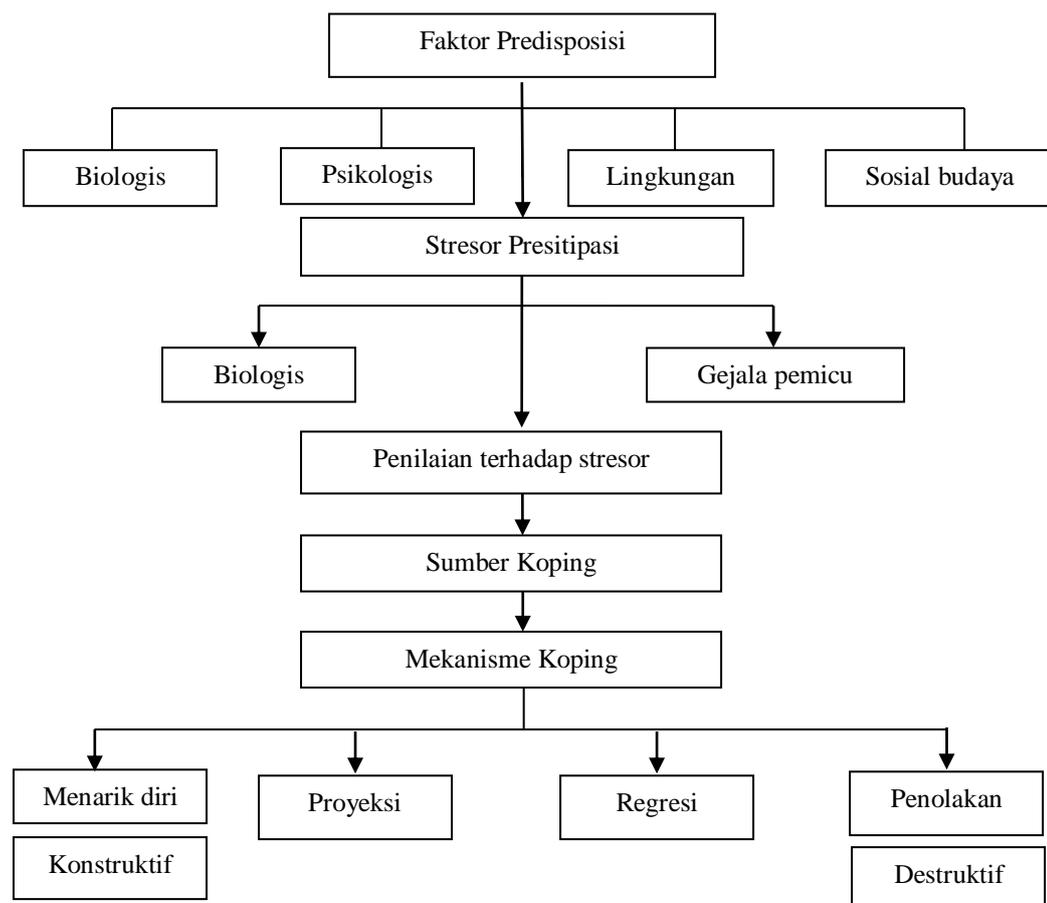
- a) Arahan yang diberikan halusinasi tidak hanya dijadikan objek saja kekayaan tetapi mungkin akan diikuti atau dituruti.
- b) Klien mengalami kesulitan berhubungan dengan orang lain..
- c) Titik rentang perhatian hanya dalam beberapa detik atau menit.
- d) Dampak tanda kecemasan berat seperti berkeringat, tremor, tidak mampu mengikuti perintah.

4) *Conquering* (melebur dalam pengaruh halusinasi, panik)

Pengalaman sensori bisa mengancam jika klien tidak mengikuti perintah dari halusinasi titik halusinasi mungkin berakhir dalam waktu empat jam atau sehari bila tidak ada intervensi terapeutik. Perilaku yang dapat diobservasi:

- a) Perilaku klien tampak seperti dihantui teror dan panik.
- b) Potensi kuat untuk bunuh diri atau membunuh orang lain.
- c) Aktivitas fisik yang digambarkan klien menunjukkan isi dari halusinasi misalnya klien melakukan kekerasan, agitasi, menarik diri atau katatonia.
- d) Klien tidak dapat berespon pada arahan kompleks.
- e) Klien tidak dapat berespon pada lebih dari satu orang.

## 2. Proses terjadinya masalah



Sumber: Stuart, 2016

Gambar 2.1. Proses Terjadinya Masalah



angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologi menderita skizofrenia (Videbeck, 2008).

b) Neuroanatomi

Penilaian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia, memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit; hal ini dapat memperlihatkan suatu kegagalan perkembangan atau kehilangan jaringan selanjutnya CT-scan menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Peneliti PET menunjukkan bahwa ada penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak. Riset secara konsisten menunjukkan penurunan volume otak dan fungsi otak yang abnormal pada area temporal dan frontal individu penderita skizofrenia. Patologi ini berkorelasi dengan tanda-tanda positif skizofrenia (lobus temporalis) seperti psikosis dan tanda-tanda negatif (lobus frontalis) seperti tidak memiliki kemauan atau motivasi dan amhedonia. Tidak diketahui apakah perubahan pada lobus temporalis dan frontalis ini terjadi akibat kegagalan kedua area tersebut mengalami kerusakan akibat virus, trauma, atau respon imun (Videbeck, 2008).

c) Neurokimia

Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitter otak pada individu penderita skizofrenia. Tampaknya terjadi malfungsi pada jaringan neuron yang mentransmisikan informasi berupa sinyal-sinyal listrik dari sel saraf melalui aksonya dan melewati sinaps ke reseptor pascasinaptik di sel-sel saraf yang lain. Transmisi sinyal melewati sinaps memerlukan suatu rangkaian kompleks peristiwa biokimia (Videbeck, 2008). Penelitian ini dibidang neurotransmisi telah memperjelas hipotesis inregulasi pada skizofrenia, gangguan terus-menerus dalam satu atau lebih neurotransmitter atau

neuromodulator mekanisme pengaturan homeostatik menyebabkan neurotransmisi tidak stabil atau tidak menentu. Teori ini menyatakan bahwa area mesolimbik overaktif terhadap dopamine, sedangkan area prefrontal mengalami hipoaktif sehingga terjadi ketidakseimbangan antara sistem neurotransmitter dopamine dan serotine serta yang lain (Stuart, 2016).

#### d) Imunoserologi

Ada teori populer yang mengatakan bahwa perubahan patologi otak pada individu penderita skizofrenia dapat disebabkan oleh pajanan virus, atau respon imun tubuh terhadap virus dapat mengubah fisiologi otak. Walaupun ilmuwan terus meneliti hal ini, tidak banyak penelitian mampu validasi teori tersebut. Baru-baru ini para peneliti memfokuskan infeksi pada ibu hamil sebagai kemungkinan penyebab awal ke skizofrenia. Ini para peneliti memfokuskan infeksi pada ibu hamil sebagai kemungkinan penyebab awal ke skizofrenia. Epidemik flu diikuti dengan peningkatan kejadian skizofrenia di Inggris, Wales, Denmark, Finlandia, dan negara-negara lain. Suatu penelitian terkini yang diterbitkan di *New England journal of medicine* melaporkan angka ke skizofrenia lebih tinggi pada anak-anak yang lahir di daerah padat dengan cuaca dingin, kondisi yang memungkinkan terjadinya gangguan pernapasan (Videbeck, 2008).

#### 2) Faktor psikologis

Teori psikologis meliputi intelegensi, keterampilan verbal, moral, kepribadian, pengalaman masa lalu, konsep diri dan motivasi, pertahanan psikologis, dan lokus kendali, atau suatu perasaan pengendalian terhadap nasib diri sendiri (Stuart, 2016). Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan di hasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stres

berkepanjangan menyebabkan teraktivasinya neurotransmitter otak (Yosep, 2010).

### 3) Faktor sosial budaya

Predisposisi sosial budaya meliputi usia, gender, pendidikan, penghasilan, pekerjaan, latar belakang budaya, keyakinan religi, afiliasi politik, pengalaman sosialisasi, dan tingkat integrasi sosial atau keterhubungan (Stuart, 2016).

### b. Faktor presipitasi

Menurut Yosep (2010), faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan:

- 1) Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau simbolis solidaritas seperti konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian massal dan sebagainya.
- 2) Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- 3) Kesulitan dalam mengonsumsi sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- 4) Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- 5) Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan keluarga.

### c. Penilaian terhadap stresor

Penilaian terhadap stresor melibatkan penetapan makna dan pemahaman tentang dampak dari suatu situasi yang menimbulkan stres pada individu. Hal ini termasuk respon kognitif afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Penilaian adalah suatu evaluasi tentang penilaian adalah suatu evaluasi tentang kemaknaan dan peristiwa terkait dengan kesejahteraan seseorang. Stresor mengandung arti, intensitas dan penting dengan

interpretasi yang unik dan bermakna yang diberikan oleh seseorang yang berisiko sakit (Stuart, 2016).

Respon perilaku adalah hasil dari respon emosional dan fisiologis, serta analisis kognitif seseorang tentang situasi stress. Menurut Caplan (1981, dalam Stuart 2016) menggambarkan empat fase dari respon perilaku individu untuk menghadapi stres, yaitu:

- 1) Perilaku yang mengubah lingkungan stres atau memungkinkan individu untuk melarikan diri dari itu.
- 2) Perilaku yang memungkinkan individu untuk mengubah keadaan eksternal dan setelah mereka.
- 3) Perilaku intrapsikis yang berfungsi untuk mempertahankan rangsangan emosional yang tidak menyenangkan.
- 4) Perilaku intrapsikis yang membantu untuk berdamai dengan masalah dan gejala sisa dengan penyesuaian internal.

#### d. Sumber koping

Sumber koping merupakan pilihan-pilihan atau strategi-strategi yang membantu menentukan apa yang dapat dilakukan dan apa yang berisiko (Stuart, 2016). Proses penyesuaian pasca psikotik terdiri dari empat fase: fase 1 disonansi kognitif dalam kurung psikosis aktif 2 pencapaian wawasan, fase 3 stabilitas dalam semua aspek kehidupan dalam kurung ketetapan kognitif, dan fase 4 bergerak terhadap prestasi kerja atau tujuan pendidikan (*ordinariness*). Proses multifase penyesuaian dapat berlangsung 3 sampai 6 tahun (Moller, 2006, dalam Stuart, 2016):

- 1) Fase disonansi kognitif adalah fase disonansi kognitif adalah efikasi atau kemanjuran untuk secara konsisten mengurangi gejala dan menstabilkan disonansi kognitif setelah episode pertama memakan waktu 6-12 bulan.
- 2) Fase pencapaian wawasan adalah awal pengenalan diri atau inside sebagai proses mandiri melakukan pemeriksaan realitas yang dapat diandalkan titik pencapaian keterampilan ini memakan waktu 6 sampai

18 bulan dan tergantung pada keberhasilan pengobatan dan dukungan yang berkelanjutan.

- 3) Fase ketetapan kognitif adalah setelah pencapaian pengenalan diri atau *insight*, proses pencapaian kognitif meliputi keteguhan melanjutkan hubungan interpersonal normal dan *range* dalam kegiatan yang sesuai dengan usia yang berkaitan dengan sekolah dan bekerja. Fase ini berlangsung 1 sampai 3 tahun.
- 4) Fase *ordinariness* atau kesiapan adalah kembali seperti sebelum sakit ditandai dengan kemampuan untuk secara konsisten dan dapat diandalkan dan terlibat dalam kegiatan yang sesuai dengan usia lengkap dari kehidupan sehari-hari mencerminkan tujuan presbikusia. Fase ini berlangsung minimal 2 tahun titik sumber daya keluarga, seperti pemahaman orang tua terhadap penyakit, keuangan, ketersediaan waktu dan energi, dan kemampuan untuk menyediakan dukungan yang berkelanjutan, mempengaruhi jalannya penyesuaian *postpsychotic*.

e. Mekanisme koping

Pada fase gangguan jiwa aktif, klien menggunakan beberapa mekanisme pertahanan yang tidak disadari sebagai upaya untuk melindungi dari pengalaman menakutkan yang disebabkan oleh penyakit mereka (Stuart, 2016).

1) Regresi

Regresi berhubungan dengan masalah dalam proses informasi dan pengeluaran sejumlah besar tenaga dalam upaya untuk mengelola ansietas, menyisakan sedikit tenaga untuk aktivitas sehari-hari.

2) Proyeksi

Proyeksi adalah upaya untuk menjelaskan persepsi yang membingungkan dengan menetapkan tanggung jawab kepada orang lain atau sesuatu.

3) Menarik diri

Menarik diri berkaitan dengan masalah membangun kepercayaan dan keasyikan dengan pengalaman internal.

#### 4) Peningkaran

Peningkaran sering kali digunakan oleh klien dan keluarga. Mekanisme koping ini sama dengan penolakan yang terjadi setiap kali menerima informasi yang menyebabkan rasa takut dan ansietas.

#### f. Rentang respon neurobiologis

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 (Stuart, 2016).

##### 1) Respon adaptif:

- a) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- b) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
- c) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- d) Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- e) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

##### 2) Respon psikososial:

- a) Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
- b) Ilusi adalah *miss* interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi atau objek nyata karena rangsangan pancaindra.
- c) Emosi berlebihan atau berkurang.
- d) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- e) Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

- 3) Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan adapun respon maladaptif meliputi:
- a) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
  - b) Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
  - c) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
  - d) Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
  - e) Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

### 3. Pohon masalah

Adapun masalah keperawatan yang muncul dengan masalah utama halusinasi yaitu risiko perilaku kekerasan sebagai akibat dari halusinasi, isolasi sosial dan harga diri rendah sebagai penyebab dari halusinasi sebagaimana tergambar pada pohon masalah dibawah ini gambar 2.3 sebagai berikut (Damaiyanti, 2012).



Gambar 2.3. Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

#### 4. Rencana tindakan keperawatan pada halusinasi

Rencana tindakan keperawatan pada pasien halusinasi adalah suatu bentuk susunan perencanaan tindakan keperawatan untuk mengatasi pasien dengan halusinasi. Tindakan keperawatan ini dapat ditujukan pada individu maupun keluarga.

##### a. Tindakan keperawatan untuk individu

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

##### 1) Kriteria hasil:

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

##### 2) 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
- e) Diskusikan tentang dampak yang akan dialaminya bila pasien menikmati halusinasinya
- f) Jelaskan cara mengontrol halusinasi
- g) Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik

TUK 2: pasien dapat mengontrol dengan obat

1) Kriteria hasil:

- a) Pasien mampu menyampaikan kemampuan menghardik
- b) Pasien mampu menyampaikan atau mempraktekkan cara obat
- c) Pasien mampu merencanakan atau jadwal minum obat

2) 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

TUK 3: pasien dapat mengontrol dengan bercakap-cakap

1) Kriteria hasil:

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

2) 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

TUK 4: pasien dapat mengontrol dengan melakukan aktifitas terjadwal

1) Kriteria hasil:

- a) Pasien mampu menyampaikan kemampuan menghardik minum obat dan bercakap-cakap
- b) Pasien mampu menyampaikan dan mempraktekkan aktivitas yang dapat dilakukan
- c) Pasien mampu merencanakan atau menjadwalkan aktivitas yang akan dilakukan

2) Intervensi:

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

b. Tindakan keperawatan untuk keluarga

Tujuan: pasien mendapatkan dukungan keluarga untuk mengontrol halusinasi: keluarga mengenal masalah halusinasi dan melatih pasien menghardik halusinasi.

1) Kriteria hasil:

- a) Keluarga menyampaikan masalah dalam merawat pasien
- b) Menjelaskan cara-cara membantu pasien dalam mengontrol halusinasi
- c) Keluarga mempraktekkan cara menghardik

2) Kriteria evaluasi:

- a) Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien, jelaskan pengertian, tanda, gejala, dan proses terjadinya halusinasi
- b) Diskusikan dengan keluarga hal-hal yang perlu dilakukan keluarga dalam mengontrol halusinasi
- c) Latih cara merawat: menghardik dan anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

Tujuan: pasien mendapatkan dukungan keluarga untuk mengontrol halusinasi: keluarga melatih minum obat.

1) Kriteria hasil:

- a) Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat atau melatih pasien membersihkan diri
- b) Keluarga menyiapkan sarana berhias pasien: bedak dan lipstik untuk wanita, alat cukur untuk laki-laki
- c) Menjelaskan cara-cara membantu pasien dalam berhias

d) Keluarga mempraktekkan cara berhias pada pasien

2) Kriteria evaluasi:

a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien menghardik. Beri pujian

b) Jelaskan 6 benar cara memberikan obat

c) Diskusikan dan latih keluarga cara memberikan atau membimbing minum obat

d) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

Tujuan: pasien mendapatkan dukungan keluarga untuk mengontrol halusinasi: keluarga melatih bercakap-cakap dan melakukan kegiatan.

1) Kriteria hasil:

a) Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat atau melatih bercakap-cakap dan melakukan kegiatan

b) Menjelaskan cara-cara membantu pasien bercakap-cakap dan melakukan kegiatan

c) Keluarga mempraktekkan cara berhias pada pasien

1) Kriteria evaluasi:

a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien menghardik dan memberikan obat. Beri pujian

b) Diskusikan jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi

c) Latih dan sediakan waktu untuk bercakap-cakap terutama saat halusinasi, anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

Tujuan: pasien mendapatkan dukungan keluarga untuk mengontrol halusinasi: keluarga melatih.

1) Kriteria hasil:

a) Keluarga menyampaikan kemampuan dalam merawat atau melatih pasien menghardik memberikan obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan

- b) Keluarga mempraktekkan cara mengevaluasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi
- 2) Kriteria evaluasi:
- a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien menghardik, memberikan obat, bercakap-cakap, dan melakukan kegiatan. Beri pujian
- b) Latih cara mengontrol halusinasi, minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktivitas terjadwal

Tujuan: keluarga mampu merawat pasien secara mandiri.

- 1) Kriteria hasil:
- a) Keluarga dapat menyebutkan cara mengontrol halusinasi pasien
- 2) Kriteria evaluasi:
- a) Evaluasi kegiatan keluarga dalam menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan aktivitas terjadwal. Beri pujian
- b) Nilai kemampuan keluarga merawat pasien
- c) Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke PKM
- d) Jelaskan *follow up* ke PKM, tanda kamu, dan rujukan
- e) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

Tindakan keperawatan menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), 2018 dan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, 2018.

Tabel 2.2. Gangguan Persepsi Sensori

Gangguan Persepsi Sensori	
Intervensi Utama	
Manajemen Halusinasi	Pengekangan Kimiawi
Minimalisasi Rangsangan	
Intervensi pendukung	
Dukungan pelaksanaan ibadah	Pencegahan bunuh diri
Dukungan pengungkapan kebutuhan	Pencegahan perilaku kekerasan
Edukasi perawatan diri	Promosi perawatan diri
Edukasi teknik mengingat	Retrukturisasi kognitif
Limit setting	Skrining penganiyaan

Manajemen delirium	Skrining penyalahgunaan zat
Manajamene demensia	Teknik menenangkan
Manajamen mood	Terapi aktivitas
Manajemen penyalahgunaan zat	Terapi kelompok
Manajamen perilaku	Terapi kognitif perilaku
Manajemen stress	Terapi relaksasi

Sumber: PPNI, 2018

Tabel 2.3 Manajemen Halusinasi

Manajemen Halusinasi
Definisi
Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan keamanan , kenyamanan dan orientasi realita
Tindakan
Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor peliku yang mengindikasi halusinasi</li> <li>b. Monitor dan sesuaikan tingkat aktifitas dan stimulasi lingkungan</li> <li>c. Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri)</li> </ul>
Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pertahankan lingkungan yang aman</li> <li>b. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. <i>limit setting</i>, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)</li> <li>c. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi</li> <li>d. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi</li> </ul>
Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi</li> <li>b. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi</li> <li>c. Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktifitas, dan teknik relaksasi)</li> <li>d. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi</li> </ul>
Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu</li> </ul>

Sumber: PPNI, 2018

Tabel 2.4 Minimalisasi Rangsangan

Minimalisasi Rangsangan
Definisi

Mengurangi jumlah atau pola rangsangan yang ada (baik internal maupun eksternal)
Tindakan
Observasi a. Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis. nyeri, kelelahan)
Terapeutik a. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. bising, terlalu terang) b. Batasi stimulus lingkungan (mis. cahaya, suara, dan aktifitas) c. Jadwalkan aktifitas harian dan waktu istirahat d. Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan
Edukasi a. Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan)
Kolaborasi a. Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan b. Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus

Sumber: PPNI, 2018

## 5. Implementasi

Tindakan keperawatan merupakan standar dari standar asuhan berhubungan dengan aktivitas keperawatan profesional yang dilakukan oleh perawat, dimana implementasi dilakukan pada pasien, keluarga dan komunitas berdasarkan rencana keperawatan yang dibuat. Dalam mengimplementasikan intervensi perawat kesehatan jiwa menggunakan intervensi yang luas yang dirancang untuk mencegah penyakit meningkatkan, mempertahankan, dan memulihkan kesehatan fisik dan mental (Damaiyanti, 2012). Rencana pemulihan harus mencakup tindakan yang diarahkan untuk mengurangi gejala penyakit, mengurangi beban penyakit, treatment, dan meningkatkan kesehatan, kesejahteraan kamar fungsi optimal dan kualitas hidup (Stuart, 2016).

## 6. Evaluasi

Perawat kesehatan jiwa mengevaluasi perkembangan pasien dalam mencapai perawat kesehatan jiwa mengevaluasi perkembangan pasien dalam mencapai hasil yang diharapkan asuhan keperawatan adalah proses dinamik yang melibatkan perubahan dalam status kesehatan pasien

sepanjang waktu, pemicu kebutuhan terhadap data baru, berbagai diagnosa keperawatan dan modifikasi rencana asuhan sesuai dengan kondisi pasien. Semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat didokumentasikan dalam format implementasi dan evaluasi dengan menggunakan pendekatan soap (subjektif, objektif, analisis, dan perencanaan). Di samping itu terkait dengan pendekatan soap setiap selesai yang terkait dengan tindakan keperawatan yang telah dilakukan sebagai bentuk tindak lanjut yang akan dilaksanakan oleh pasien. Penugasan atau kegiatan ini dimasukkan ke dalam jadwal kegiatan aktivitas pasien dan diklasifikasikan apakah tugas tersebut dilakukan secara mandiri, dengan bantuan sebagian, atau dengan bantuan total kemampuan melakukan tugas atau aktivitas dievaluasi setiap hari (Damaiyanti, 2012).

#### 7. Dokumentasi

Perawat kesehatan jiwa mendokumentasikan keseluruhan proses keperawatan yang dilakukan pada pasien mulai dari awal sampai akhir rangkaian proses asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosa 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. Pengertian skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya penyimpangan yang sangat dasar dan adanya perbedaan dari pikiran, disertai dengan adanya ekspresi emosi yang tidak wajar. Sering ditemukan pada lapisan masyarakat dan dapat dialami oleh setiap manusia (Sutejo, 2017). Skizofrenia merupakan bentuk psikosis fungsional paling berat dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Skizofrenia juga merupakan suatu bentuk psikosis yang sering dijumpai sejak zaman dahulu.

Meskipun demikian, pengetahuan tentang sebab musabab dan patogenesisnya sangat kurang (Maramis, 2010). Skizofrenia adalah penyakit otak neurobiologis yang berat dan terus-menerus akibatnya berupa respon yang dapat sangat mengganggu kehidupan individu keluarga dan masyarakat (Stuart, 2016). Skizofrenia adalah salah satu penyakit yang mempengaruhi mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu ke skizofrenia tidak dapat didefinisikan sebagai penyakit tersendiri melainkan diduga sebagai suatu sindrom atau penyakit yang mencakup banyak jenis dengan berbagai gejala seperti jenis kanker (Videbeck, 2008).

## 2. Tipe skizofrenia

Seperti telah dijelaskan diatas bahwa ke skizofrenia memiliki beberapa tipe. Adapun tipe-tipe skizofrenia menurut DSM V (2013) antara lain:

### a. Skizofrenia paranoid

Merupakan subtipe yang paling umum di mana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat titik gejala utamanya adalah waham kejar atau waham kebesaran-Nya dimana individu merasa dikejar-kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya. Halusinasi dan waham harus menonjol:

- 1) Suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi peluit mendengung lama atau bunyi tawa.
- 2) Halusinasi pembawaan atau pengecapan rasa, atau bersifat seksual, atau lain-lain perasaan tubuh halusinasi visual mungkin ada tetapi cara menonjol.
- 3) Waham dikendalikan (*delusion of Control*), dipengaruhi (*delusion of influence*), atau "*passivity*", (*delusion Of passivity*), dan keyakinan dikejar-kejar yang beraneka ragam.
- 4) Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala kata-kata tonik secara relatif tidak menonjol.

b. Skizofrenia hebefrenik

- 1) Ciri-cirinya adalah:
- 2) Memenuhi kriteria umum skizofrenia
- 3) Biasanya terjadi pada 15-25 tahun
- 4) Perilaku tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan, kecenderungan untuk selalu menyendiri, serta perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan
- 5) Efek tidak wajar sering disertai cekikikan dan perasaan puas diri, senyum-senyum sendiri kok malah tertawa, dan lain-lain
- 6) Proses berpikir mengalami disorganisasi dan pembicaraan inkoheren

c. Skizofrenia katatonik

Gangguan psikomotor terlihat menonjol karena seringkali muncul bergantian antara mobilitas fisik motorik dan aktivitas berlebihan. Satu atau lebih dari perilaku berikut ini harus mendominasi gambaran klinisnya:

- 1) Stopper: kehilangan semangat hidup dan senang diam dalam posisi kaki tertentu sambil membisu dan menatap dengan pandangan kosong.
- 2) Gaduh gelisah: tampak jelas aktivitas motorik yang tak bertujuan, yang tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal.
- 3) Menampilkan posisi tubuh tertentu: secara sukarela mengambil dan mempertahankan posisi tubuh tertentu yang tidak wajar atau aneh .
- 4) Negativisme: tampak jelas perlawanan yang tidak bermotif terhadap semua perintah seperti menolak untuk membetulkan posisi badannya, menolak untuk makan, mandi, dan lain-lain.
- 5) Rigiditas: mempertahankan posisi tubuh yang kaku untuk melawan upaya menggerakkan dirinya.
- 6) Fleksibilitas area, *waxy flexibility* mempertahankan anggota gerak dan tubuh dalam posisi yang tidak dapat dibentuk dari luar titik posisi pasien dapat dibentuk namun setelah itu ia akan senantiasa mempertahankan posisi tersebut.

- 7) Gejala-gejala lain seperti *command automatism*: lawan dari negatfisme, yaitu mematuhi semua perintah secara otomatis dan kadang disertai dengan pengulangan kata serta kalimat-kalimat.

d. Skizofrenia residual

Ciri-cirinya:

- 1) Gejala negatif dari ke skizofrenia menonjol seperti perlambatan psikomotorik aktivitas menurun, efek tidak wajar, pembicaraan inkoheren.
- 2) Ada riwayat psikotik yang jelas seperti waham dan halusinasi di masa lampau dalam kurung minimal telah berlalu 1 tahun yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia
- 3) Tidak terdapat gangguan mental organik.

3. Penyebab skizofrenia

Menurut Stuart (2016), penyebab ke skizofrenia terdiri atas biologis, psikologis, sosial dan lingkungan.

a. Biologis

Penyebab ke skizofrenia dari segi biologis terdiri dari genetik, neurotransmitter neurobiologi, perkembangan saraf otak dan teori-teori virus. Menurut Kaplan dan Sadock (dalam Stuart, 2016) pengaruh faktor genetik terhadap kesejahteraan ia belum teridentifikasi secara spesifik namun ada 9 ikatan kromosom yang dipercaya untuk terjadinya skizofrenia yaitu 1q,5q,6q,7q,8q,10q,13q,15q, dan 22q. Menurut Shives (dalam Stuart, 2016), anak dengan orangtua yang salah satunya mengalami kehidupan yang mempunyai risiko 10% dan bila kedua orang tua yang mengalami skizofrenia maka anak akan berisiko 40% mengalami skizofrenia juga. Individu dengan kesibukannya ditemukan bahwa korteks prefrontal dan korteks limbik otak tidak berkembang dengan sempurna titik biasanya ditemukan peningkatan volume otak, fungsi yang abnormal dan neurokimia yang menunjukkan perubahan pada sistem neurotransmitter. Fokus pada korteks fortal mengimplikasikan gejala negatif pada sistem premier dan sistem limbik

dalam lobus temporal mengimplikasikan gejala positif pada skizofrenia serta sistem neurotransmitter menghubungkan kedua daerah tersebut terutama dopamin serotonin dan glutamate Frischt dan Frisch (dalam Stuart, 2016).

b. Psikologis

Penyebab skizofrenia secara psikologis adalah karena keluarga dan perilaku individu itu tersendiri titik faktor keluarga, ibu yang sering cemas, perhatian yang berlebihan atau tidak ada perhatian sama ayah yang jauh atau yang memberikan perhatian berlebihan, konflik pernikahan, dan anak yang di dalam keluarga selalu dipermasalahkan dipersalahkan (Stuart, 2016). Komunikasi dalam bentuk pesan ganda ini menyebabkan individu yang menerimanya berisiko untuk mengalami skizofrenia.

c. Sosial dan lingkungan

Penyebab skizofrenia secara sosial dan lingkungan adalah suatu sosial-ekonomi. Status sosial ekonomi mengacu pada pendapatan, pendidikan dan pekerjaan individu (Lipson Et Al, 1996 dalam Videbeck 2008). Menurut Townsend, 2005 (dalam Videbeck, 2008), banyak hal yang dapat dicoba untuk dikaitkan dengan masalah gangguan jiwa seperti skizofrenia dan salah satu faktornya adalah masalah status sosial.

4. Tanda dan gejala skizofrenia

Terdapat beberapa gejala yang menunjukkan individu terkena ke skizofrenia. Berikut tabel yang menunjukkan gejala ke skizofrenia. Berdasarkan ICD-10 dan PPDGJ III ke skizofrenia dapat didiagnosis jika menunjukkan satu gejala berikut yang jelas dalam kurung dan biasanya dua gejala atau lebih jika gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas detik Adapun gejala yang muncul antara lain sebagai berikut:

- a. *Thought echo*: isi pikiran diri sendiri yang bergema dan berulang dalam kepalanya atau tidak keras dan isi pikiran ulangan, maupun isinya sama, namun memiliki kualitas berbeda.

- b. *Thought insertion of withdrawal*: isi pikiran asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (insertion) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*)
- c. *Thought broadcasting*: isi pikiran tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.
- d. *Delusion of control*: waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar.
- e. *Delusion of influence*: bahan tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar .
- f. *Delusion of passivity*: bahan tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap kekuatan dari luar.
- g. *Delusion of perception*: pengalaman indrawi yang tidak wajar yang bermakna khas bagi dirinya biasanya bersifat mistik atau mukjizat.

Selain gejala di atas, terdapat gejala lain yang menunjukkan bahwa individu mengidap skizofrenia titik gejala tersebut adalah halusinasi auditorik titik gejala ini menunjukkan hal yang terjadi pada individu seperti suara, meskipun suara tersebut adalah seorang halusinasi yang berkomentar secara terus-menerus tentang perilaku pasien. Jenis suara halusinasi juga muncul dari salah satu bagian tubuh. Selain suara-suara halusinasi, terdapat halusinasi secara jelas muncul pada individu yang mengalami gejala ke siswa *brainly* gejala lain tersebut berupa halusinasi yang menetap dari panca indra apa aja, apabila disertai oleh paham yang mengambang maupun setelah terbentuk tanpa kandungan efektif yang jelas ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan yang menetapkan atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan berkelanjutan. Sehingga, arus pikiran terputus atau mengalami sisipan, yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme.

Gejala lain yang muncul yaitu perilaku katatonik perilaku katatonik meliputi gaduh gelisah posisi tubuh tertentu, atau fleksibilitas area, nehativisme, mutisme dan stupor. Gejala negatif juga muncul dari sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respon emosional yang menumpu atau

tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial tetapi gejala tersebut harus jelas, bukan disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika titik tersebut harus berlangsung minimal satu bulan titik harus ada perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek.

Sementara itu, PPDGJ III menyebutkan bahwa diagnosis ke skizofrenia paranoid harus memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia dan memenuhi kriteria tambahannya seperti: halusinasi dan waham harus yang tampak menonjol suara halusinasi yang memberikan ancaman atau perintah kepada pasien atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi peluit, mendengung, atau bunyi tawa. Halusinasi juga dapat berubah pembawaan atau pengecapan rasa, bersifat seksual, perasaan tubuh, halusinasi visual (Sutejo, 2017).

## 5. Penatalaksanaan skizofrenia

### a. Pengobatan fisik menurut Damaiyanti, 2012:

#### 1) Farmakoterapi

Farmakoterapi adalah cara utama pengobatan skizofrenia dengan penggunaan obat-obat neuroleptik, disebut juga obat-obat antipsikotik. Gejala-gejala positif umumnya memberikan respon lebih baik daripada gejala-gejala negatif kronik. Salah satu nilai moral etik yang paling luas digunakan adalah chlorpromazine. Bila efek hipotensi chlorpromazine harus dihindari, misalnya pada lansia, neuroleptik alternatif yang kemungkinan kecil menyebabkan hipertensi sebaiknya digunakan, seperti haloperidol dan trifluoperazine. Namun, pada penggunaan 2 zat tersebut, efek samping ekstrapiramidal lebih mungkin terjadi. Suplir berbeda secara struktural dengan neuroleptik lain dan tidak terlalu sedatif dibandingkan chlorpromazine. Untuk pasien skizofrenia kronik yang hidup di tengah masyarakat ke farmakoterapi neuroleptik rumatan dapat membantu mengurangi frekuensi rekurensi. Meskipun pasien-pasien tersebut dapat diminta untuk minum sendiri neuroleptik oral, metode pemberian yang lebih nyaman adalah melalui

injeksi intramuskular dalam suatu neuroleptik dapat lepas lambat setiap 11 sampai 4 Minggu titik obat ini dapat diberikan oleh seorang perawat psikiatri komunitas, di suatu klinik Depot, oleh dokter keluarga atau di unit rawat jalan.

## 2) Terapi elektrokonvulsif (ECT)

Terapi elektrokonvulsif digunakan untuk pengobatan stupor katatonik, yang jarang terjadi akhir-akhir ini kemungkinan karena ketersediaan dan pemakaian antipsikotik dini.

## b. Pengobatan Psikosis

### 1) Pergaulan sosial

Kemiskinan pergaulan sosial harus direduksi agar gejala-gejala negatif tidak meningkat titik tindakan ini dapat berupa latihan keterampilan sosial yaitu penggunaan metode terapi terapeutik kelompok untuk mengajari pasien bagaimana berinteraksi secara tepat dengan orang lain terapi okupasi juga sangat berguna yang dapat digunakan untuk mengajarkan keterampilan yang berguna bagi pasien-pasien agar dapat hidup di luar rumah sakit seperti memasak. Harus diingat bahwa stimulasi sosial yang berlebihan juga dapat menyebabkan efek samping dengan bekerja sebagai stressor psikososial.

### 2) Emosi yang diekspresikan

Untuk pasien-pasien yang selalu berada dalam lingkungan dengan ekspresi emosi yang tinggi dapat di terapkan kelompok kerja. Jika pengurangan tingkat emosi yang diekspresikan tidak memungkinkan, mungkin lebih baik pasien tidak kembali ke kehidupan dan keluarga, melainkan di tempatkan dalam asrama.

### 3) Terapi perilaku

Selain latihan keterampilan sosial, jenis terapi perilaku yang dapat digunakan adalah penerapan ekonomi mata uang dengan cara ini perilaku yang baik dihargai dengan mata uang yang dapat ditukar dengan bentuk penghargaan atau barang tertentu.

#### 4) Sanggar Kerja yang Dinaungi

Menghadiri sanggar kerjasama yang terutama diadakan untuk pasien, memungkinkan pasien rawat jalan maupun rawat inap memperoleh sensasi pencapaian dengan melakukan beberapa pekerjaan setiap minggu dan mendapatkan gaji yang sebenarnya relatif kecil. Selain itu, keterampilan yang berguna, seperti pekerjaan pertukangan, dapat dikuasai.

#### 6. Penanganan kasus skizofrenia

- a. Pasien yang menderita gejala-gejala ke skizofrenia akut biasanya perlu diamati sebagai pasien rawat inap, sementara pasien skizofrenia kronik biasanya dapat tetap berada di tengah masyarakat, hanya perlu di rawat inap jika kambuh.
- b. Pilihan utama penanganan adalah dengan obat-obatan antipsikotik.
- c. Efek samping parkinson dapat ditangani dengan obat-obatan antimuskarinik atau antikolinergik.
- d. SCT digunakan untuk pengobatan stupor katatonik.
- e. Penanganan psikososial termasuk menurunkan kemiskinan pergaulan sosial dalam kurung latihan keterampilan sosial, terapi okupasi, mengurangi mengurangi ekspresi emosi, terapi perilaku dan sanggar kerja yang dinaungi.
- f. Seperempat prognosis baik dan  $< 1/2$  nya buruk prognosis baik karena jenis kelamin perempuan, memiliki keluarga dengan gangguan mood bipolar usia awitan lebih tua sama awitan mendadak, resolusi cepat, respon pengobatan baik cenderung afektif, penyesuaian psikoseksual baik, tidak ada gangguan kognitif dan tidak ada pembesaran ventrikel.