

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

2.1. Skizofrenia

2.1.1. Pengertian

Istilah skizofrenia berasal dari Bahasa Yunani, yakni *Schizein* yang berarti untuk membagi dan *Phren* yang berarti pikiran namun skizofrenia tidak mengacu pada “kepribadian ganda” seperti dalam gangguan kepribadian ganda, di mana identitas hadir secara terpisah, tapi dengan keyakinan bahwa terjadi perpecahan antara aspek kepribadian yaitu kognitif dan emosional (Stuart, 2023).

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang biasanya bersifat kronis, atau penyakit tahunan. Ditandai dengan kesulitan orang yang menderita membedakan antara kenyataan dan khayalan (mungkin dalam bentuk wahan, delusi, atau halusinasi). Bagaimana penderita berpikir, merasa, berperilaku, dan berinteraksi dengan orang lain akan dipengaruhi oleh gangguan ini, yang tentunya akan berdampak pada kualitas hidup mereka. (Sitawati, et al., 2022).

Skizofrenia, dibaca "*skit-se-fri-nia*", adalah salah satu gangguan jiwa yang paling parah yang dapat memengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku seseorang. Skizofrenia adalah jenis psikosis yang ditandai dengan kehilangan pemahaman tentang realitas dan hilangnya daya tilik diri. (saddock, et al. dalam Yudhantara & Istiqomah, 2018).

Jadi skizofrenia merupakan jiwa yang terpecah belah yang dapat berpengaruh pada pikiran, perasaan, dan perilaku penderitanya; serta ditandai dengan sulitnya membedakan antara realita dengan khayalan.

2.1.2. Penyebab

Menurut Sadock dalam Sitawati, et al., (2022) Multifaktorial adalah penyebab skizofrenia. Mereka yang ditenggarai dengan skizofrenia memiliki kerentanan biologis khusus (diatesis), yang disebabkan oleh kondisi stres, yang kemudian menyebabkan gejala skizofrenia. Kondisi stres ini dapat berupa faktor genetik, biologis, kondisi psikologis, maupun lingkungan sosial. Interaksi kompleks antara komponen inilah yang menimbulkan penyakit skizofrenia.

1. *Factor genetic* (faktor keturunan)

Individu dengan Riwayat keluarga menderita skizofrenia (*factor genetic*) akan lebih rentan juga menderita skizofrenia dibandingkan individu yang tidak memiliki keluarga yang menderita skizofrenia.

2. Faktor biologis

Ada beberapa abnormalitas pada struktur dan fungsi otak yang terkait dengan penyakit skizofrenia, termasuk pelebaran ventrikel, penurunan ukuran otak, dan penurunan konektivitas antara regio otak. Selanjutnya, ada kelainan pada fungsi kognitif penderita skizofrenia, terutama pada memori dan interaksi sosial.

Neurotransmitter juga merupakan komponen biologis. Otak manusia terdiri dari jutaan sel yang dapat terhubung secara elektrik dan kimiawi. Selama stimulasi sel, sel mengeluarkan *neurotransmitter*. Setiap sel mengeluarkan *neurotransmitter* yang berbeda, yang dapat menyebabkan ketidakseimbangan kadar *neurotransmitter* di otak yang menyebabkan gejala skizofrenia. Ketidakseimbangan *neurotransmitter* di otak inilah yang ditargetkan oleh obat

antipsikotik yang diberikan pada penderita skizofrenia untuk mengendalikan gejalanya.

3. Kondisi psikologis

Seseorang yang tidak memiliki seseorang untuk berbagi cerita atau memiliki kepribadian yang pendiam dan tertutup saat mengalami stres, membuatnya lebih mungkin untuk memendam masalahnya sendiri. Hal ini dapat meningkatkan kemungkinan terkena skizofrenia.

4. Kondisi lingkungan

Stresor psikososial yang ditengarai adalah setiap keadaan atau peristiwa yang mengubah kehidupan seseorang sehingga mereka harus beradaptasi dengan lingkungannya yang menghasilkan stresor; tidak semua orang dapat beradaptasi dengan lingkungannya dengan baik, yang menghasilkan gangguan kejiwaan seperti skizofrenia. Jenis stresor psikososial yang dimaksud yakni:

- a. Masalah perkawinan, pertengkar, perceraian, perselingkuhan, kematian salah satu pasangan
- b. Masalah keluarga (mengkritik secara berlebihan dan menunjukkan sikap permusuhan)
- c. Masalah lingkungan, pekerjaan, Pendidikan
- d. Masalah ekonomi
- e. Komplikasi selama kehamilan dan persalinan
- f. Dampak dari penyalahgunaan zat terlarang atau dampak trauma dari bencana alam, kebakaran, pemerkosaan

Kemudian menurut Sadock dalam Yudhantara & Istiqomah (2018) penyebab skizofrenia dapat disebabkan oleh neurokimiaawi yakni:

a. Dopamin

Menurut teori klasik atau hipotesis *dopamine*, gangguan aktivitas *neuron dopaminergic* menyebabkan gejala psikosis pada skizofrenia. Hiperaktivitas neuron dopamigenik pada jaras mesokorteks menyebabkan gejala positif, afektif, dan kognitif, sedangkan hipoaktivitas *dopamine* pada *dorsolateral prefrontal cortex* (DLPFC) menyebabkan gejala negatif dan kognitif.

b. *Glutamate* (glutamat)

Diperkirakan ada hubungan antara glutamat dan munculnya skizofrenia. Hipofungsi reseptor *glutamate N-methyl-D-aspartate* (NMDA) diperkirakan. Pelepasan dopamine dan aktivitas sistem glutamat terkait. Untuk mengontrol pelepasan dopamine di nucleus accumbens, proyeksi *glutamat-kortiko-batang* otak berkomunikasi dengan jaras *dopamine mesolimbic*. Karena hipofungsi reseptor NMDA pada *interneuron GABA* kortikal, jaras *dopamine mesolimbic* melepaskan terlalu banyak *dopamine*.

c. *Serotonin*

Hipotesis serotonin menyatakan bahwa kadar *serotonin* berlebihan dapat menyebabkan gejala positif dan negative skizofrenia (sadock, et al., dalam Yudhantara & Istiqomah, 2018). Jaras *serotonergik* dan *dopaminergik* berinteraksi dengan resiprokal pada jaras *nigristriatal*.

d. *Gamma-amino-butyric acid (GABA)*

GABA pada intraneuron berperan dalam regulasi fungsi korteks prefrontal melalui modulasi sel *pyramidal glutamatergic* (Hashimoto dalam Yudhantara & Istiqomah, 2018). Klien skizofrenia memiliki neuron GABAergik yang relatif rendahnya efek inhibisi neuron GABAergik dan memicu hiperaktivitas neuron dopaminergik.

e. *System adrenergic*

Norepinefrin kemungkinan mempunyai peran dalam patologi skizofrenia. Gejala yang muncul ada skizofrenia seperti berkurangnya kemampuan merasakan kesenangan (*anhedonia*) yang merupakan salah satu gejala *negative* diperkirakan berhubungan dengan degenerasi neuronal selektif pada *norepinephrine reward neural system* (Kaplan, et al. dalam Yudhantara & Istiqomah, 2018)

2.1.3. Psikodinamika

Menurut Gabbard dalam Yudhantara & Istiqomah (2018) psikodinamika skizofrenia sebagai berikut:

Pembahasan tentang pemahaman psikodinamika skizofrenia dimulai oleh Sigmund Freud ketika dia mengungkapkan bahwa skizofrenia ditandai dengan dekateksis objek. Freud menjelaskan dekateksis objek sebagai “*a setachment of emotional or libidinal investment from intrapsychic object representations*” (Freud 1973a). Penarikan sosial dari orang yang sebenarnya berada di lingkungan Anda juga disebut dekateksis. Freud mengatakan skizofrenia adalah bentuk regresi sebagai respons terhadap frustrasi dan konflik intens dengan orang lain. Regresi

dapat mencakup tahap ketertarikan objek hingga tahap autoerotik, yang diikuti oleh penarikann emosional. Freud menggambarkan psikosis sebagai konflik antara ego dan dunia luar, yang merupakan kenyataan. Orang yang menderita skizofrenia dianggap tidak mampu membentuk transferensi. Federn yang kurang sepakat dengan pendapat Freud menyatakan bahwa pada klien skizofrenia terjadi pelepasan/penarikan dari *ego boundary cathexis*. Penarikan ini tampak dari klien yang tidak mampu membedakan batasan antara di dalam dan di luar egonya karena batasan ego sudah tidak ada.

Harry Stack Sullivan mengatakan bahwa gangguan pada hubungan interpersonal di awal kehidupan, terutama hubungan orangtua-anak, adalah penyebab skizofrenia. Pengasuh yang salah menyebabkan anak menjadi tertekan dan tidak dapat memenuhi kebutuhannya. Pengalaman ini akan menyebabkan gangguan menonjol pada harga diri menetap dan munculnya *self-dissociated*, yang kemudian akan berkurang. Sullivan menyatakan bahwa munculnya kembali *self-dissociated* ini akan menyebabkan gejala skizofrenia akut, yang ditandai dengan disorganisasi psikosis dan kondisi panik. Klien skizofrenia, menurut Sullivan dan muridnya Fromm-Reichmann, pada dasarnya kesepian dan tidak mampu mengatasi ketakutan dan ketidakpercayaan mereka pada orang lain karena pengalaman traumatis di awal kehidupan. Teori psikodinamika lain oleh Federn mengungkapkan adanya *withdrawal of ego boundary cathexis* yang tampak dari tidak adanya batasan antara sesuatu yang berada di dalam dan di luar dari individu. Semua teori itu, salah satunya bermuara pada *schizophrenogenic mother*, yang

cenderung menempatkan ibu dalam psosis bersalah karena munculnya skizofrenia pada anaknya.

Saat ini, teori lebih berfokus pada bagaimana faktor biologis, psikologis, dan sosial berkontribusi pada psikodinamika skizofrenia. Gambaran tentang hubungan antara faktor biologis dan psikologis pada skizofrenia diberikan oleh beberapa petunjuk neurobiologis. Klien yang menderita skizofrenia biasanya memiliki riwayat hipersensitif terhadap stimulasi di masa kecil dan gangguan konsentrasi dan perhatian. Kolerasi dan antara rasa kehilangan difusi gerbang sensoris normal, atrofi kortikal, dan penurunan aktivitas korteks frontal diduga menyebabkan hal ini. Salah satu tanda gangguan skizofreniform adalah gangguan yang signifikan pada neuromotor, bahasa reseptif, dan perkembangan kognitif. Predisposisi genetik yang sangat menonjol pada skizofrenia menunjukkan adanya hubungan antara genetika dan timbulnya gejala penyakit. Sekelompok gen diduga mengontrol seberapa sensitif seseorang terhadap lingkungan, kerentanan terhadap stres, dan ketidakseimbangan antara faktor risiko dan protektif.

Model psikodinamika dapat digunakan untuk menjelaskan beberapa gejala skizofrenia. Contoh waham dan halusinasi yang berkaitan dengan kebesaran atau grandiose adalah hasil dari keterhinaan pada harga diri seseorang yang menderita skizofrenia. Tema-tema ini menunjukkan upaya seseorang untuk menyembuhkan penyakit narsistiknya. Karakteristik premorbid yang diduga akan berkembang menjadi psikosis di masa mendatang adalah sebagai berikut:

- 1) Faktor etiologi awal seperti komplikasi perinatal, riwayat keluarga dengan skizofrenia, paparan ibu terhadap influenza, defisit neuro-behavioral,

perpisahan orang tua di tahun pertama kehidupan, keluarga yang disfungsi, dan dibesarkan dalam intuisi tertentu

- 2) Prekursor perilaku dan sosial yang diperiksa oleh klinisi, guru, dan instrumen penilaian kepribadian. Skizofrenia muncul akibat interaksi antara kerentanan genetik, pengaruh lingkungan, dan kepribadian individu.

2.1.4. Gejala dan Masalah Skizofrenia

Menurut Stuart (2023) gejala skizofrenia dibagi menjadi 2 yakni gejala positif dan negatif, sebagai berikut:

A. Gejala Skizofrenia

1. Gejala Positif

- Gangguan jiwa terkait berfikir
Waham (paranoid, somatik, kebesaran, agama, *nihilistic*, atau persekutori, siar pikir, sisip pikir, atau kontrol pikir);
Halusinasi (pendengaran, pengelihatan, sentuhan, pengecap, penciuman).
- Disorganisasi bicara dan perilaku
Gangguan berfikir positif formal (*inkoheren, word salad, derailment*, tidak logis, *loose associations, tangentiality, circumstantiality, pressured speech, distractible speech*, atau miskin bicara);
Perilaku aneh (katatonia, gangguan gerak, kerusakan perilaku sosial).

2. Gejala Negatif

- Masalah Emosi
Afek datar: terbatas jangkauan dan intensitas ekspresi emosional;

Anhedonia/asociality: ketidakmampuan untuk mengalami kesenangan atau mempertahankan kontak sosial.

- Gangguan pengambilan Keputusan

Alogia: pembatasan berpikir dan berbicara;

Avolition/apatis: kurangnya inisiasi perilaku yang diarahkan pada tujuan;

Gangguan perhatian: ketidakmampuan mental untuk focus dan mempertahankan perhatian.



2.1 Gambar Gejala Skizofrenia (Stuart, 2023)

B. Masalah Fungsi Kognitif Skizofrenia

1. Daya ingat

Kesulitan mengambil dan menggunakan memori yang tersimpan,

Gangguan memori jangka pendek dan panjang

2. Perhatian

Kesulitan menjaga perhatian, Konsentrasi yang buruk, Mudah

terdistraksi, Ketidakmampuan untuk menggunakan perhatian selektif

3. Bentuk dan Organisasi Bicara (Formal Thought Disorder)

Asosiasi longgar, Tangensial, Inkoherensi/*word salad*/neologisme, Tidak logis, Sirkumstansial, *Pressured/distractible speech*, Miskin bicara

4. Pengambilan Keputusan

Kegagalan untuk berpikir abstrak, ketidaktegasan, kurangnya wawasan (anosognosa), gangguan pembentukan konsep, gangguan penilaian, berpikir irasional dan konkret, kurangnya perencanaan dan keterampilan pemecahan masalah, kesulitan memulai tugas.

5. Isi Pikir

Waham (paranoid, kebesaran, agama, somatik, nihilistic), siar pikir, sisip pikir, kontrol pikir.

2.1.5. Proses Terjadinya Gangguan Jiwa

Menurut (Rokhman, 2021) proses terjadinya gangguan jiwa dalam perspektif keperawatan jiwa mencakup dalam beberapa teori yakni:

1) Teori Biologi

a. Genetik

Hampir semua materi genetik dapat menyebabkan gangguan jiwa. Gen-gen tertentu bertanggung jawab atas sekitar 37% risiko terkena gangguan jiwa. Namun, sebagian besar risiko yang tersisa dapat berasal dari pengaruh lingkungan individu ini, yang bergantung pada interaksi antara gen dan lingkungannya. Berbagai gen dan interaksinya dengan lingkungan, kepribadian, dan pengalaman hidup mengatur perilaku dan emosi manusia.

b. Neurobiologi

Menurut Stuart, neurobiology terbagi menjadi 2 yakni:

- a) Eksitasi (*excitation*) berfungsi meningkatkan impuls syaraf. Yang termasuk senyawa kimia *neurotransmitter* yang meningkatkan impuls yakni asetikolin, *adrenalin*, *dopamine*, *glutamate*
- b) Inhibisi (*inhibition*) berfungsi menghambat impuls. termasuk kimia *neurotransmitter* yang menghambat impuls, seperti *dopamine* dan GABA. Dalam gangguan jiwa, salah satu atau lebih *neurotransmitter* menurun secara konsisten, membuat transmisi tidak stabil. *Serotonin* mempengaruhi *dopamine*.

2) Teori Psikologi

Seseorang memiliki superego yang lemah dan ego yang kurang berkembang jika kebutuhan mereka untuk kepuasan dan keamanan tidak terpenuhi. Diperkirakan bahwa ketika frustrasi, agresi, atau kekerasan terjadi, seseorang mengalami rasa bangga, yang meningkatkan citra diri dan nilai sosial mereka dibandingkan dengan keadaan sebelumnya. Baik superego yang lemah maupun ego yang belum matang tidak dapat mencegah perilaku dominan id.

3) Teori Sosial

Individu tidak akan memenuhi kebutuhannya tanpa adanya hubungan dengan orang lain ataupun lingkungan sosial. Sehingga individu perlu untuk membina hubungan interpersonal.

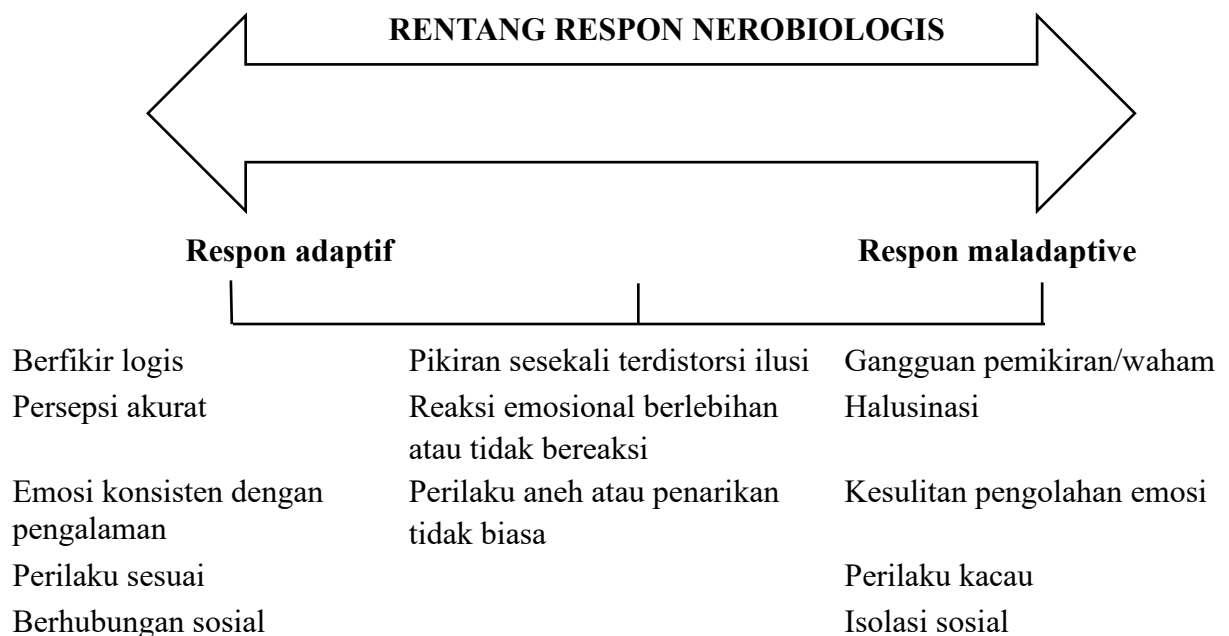
Respon sosial adaptif, terdiri dari kemampuan individu untuk mentoleransi kesendirian, otonomi, kebersamaan, dan saling ketergantungan. Pada area

Tengah kontinum individu mengalai kesendirian, menarik diri, dan ketergantungan. Kemudian pada area akhir kontinum maladaptive meliputi perilaku manipulasi, impulsie, dan narsisme. Berikut hal-hal dari masing-masing respon sosial tersebut:

- Menyendiri;
- Menarik diri;
- Otonomi;
- Manipulasi;
- Kebersamaan;
- Impulsive;
- Kesendirian;
- Narsisme.

Individu dengan rentang tersebut sering mempunyai riwayat masalah hubungan dalam keluarga, teman kerja, dan juga di lingkungan sosial Masyarakat. Hubungan yang intim.

2.2 Gambar rentang respon nerobiologis (Stuart, 2023)



4) Teori Spiritual

Meskipun istilah "spiritual" dan "agama" sering digunakan secara bersamaan, mereka memiliki arti yang berbeda bagi orang-orang bodoh. Spiritualitas dapat mencakup filosofi, keyakinan, atau pandangan hidup seseorang. Agama dianggap sebagai bagian penting dari budaya, rangkaian kepercayaan, ritual, dan praktik yang membuat seseorang mengidentifikasi dan bergaul bersama. Alam semesta diatur oleh kekuatan yang lebih tinggi, menurut agama.

2.1.6. Terapi

Skizofrenia adalah salah satu penyakit yang cenderung menjadi kronis atau bertahan lama. Akibatnya, terapi skizofrenia membutuhkan waktu yang relatif lama, mungkin berbulan-bulan hingga bertahun-tahun. Sekarang penderita skizofrenia tidak lagi di diskriminasi karena ada pengobatan yang lengkap dan holistik. Pengobatan dengan antipsikotika, atau psikofarmaka. Pengobatan skizofrenia sering dimulai dengan penggunaan antipsikotika (Cahaya, 2021).

Terapi menggunakan obat-obatan bukan satu-satunya cara dalam pengobatan skizofrenia, melainkan terapi obat-obatan ini merupakan modalitas utama dalam pengobatan skizofrenia. Selain itu, terapi menggunakan obat-obatan antipsikotika ini juga disertai dengan terapi lainnya berupa terapi non-farmakologi. Psikoterapi, psikososial, psikoreligius, psikoedukasi, dan dukungan sepenuhnya keluarga dan lingkungan sekitar juga dapat mendorong pemulihan. Perawatan untuk skizofrenia dapat berfokus pada membantu

seseorang dengan gangguan skizofrenia dalam mengelola gejala penyakit mereka, menjalani proses pengobatan secara patuh, meningkatkan kepercayaan diri dan kemandirian, sehingga mereka dapat menjalankan fungsi sehari-hari dalam hidup mereka secara normal dan terjadi peningkatan kualitas hidup (Cahaya, 2021).

2.2. Halusinasi

2.2.1. Pengertian

Halusinasi adalah persepsi sensorik yang salah yang tidak terkait dengan rangsangan luar. Sangat sulit bagi klien untuk membedakan apakah rangsangan yang muncul berasal dari sumber internal (pikiran atau perasaan) atau dari sumber luar. Ini mungkin terjadi pada salah satu panca indra. Klien dengan gangguan zat, skizofrenia, dan gangguan manik biasanya mengalami halusinasi. (Wenny, 2023).

Halusinasi merupakan distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respon neurobiologis maladaptif. Klien sebenarnya mengalami distorsi sensorik sebagai hal yang nyata dan meresponnya. Pada halusinasi, tidak ada stimulus eksternal atau internal yang diidentifikasi (Stuart, 2023).

Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori palsu yang terjadi akibat tidak bisanya membedakan khayalan dan realita. Halusinasi juga bisa terjadi pada klien dengan gangguan zat, skizofrenia, dan gangguan manik.

2.2.2. Klasifikasi Halusinasi

Menurut Stuart (2023) klasifikasi halusinasi terbagi menjadi 7 yakni:

- 1) Pendengaran, yakni mendengar kegaduhan atau suara, paling sering dalam bentuk suara. Suara yang berbicara tentang klien, menyelesaikan percakapan antara dua orang atau lebih tentang orang yang berhalusinasi, dan terkadang suara tersebut memberitahu klien untuk melakukan sesuatu kadang berbahaya pula.
- 2) Pengelihatan, rangsangan visual dalam bentuk kilatan Cahaya, gambar geometris, tokoh kartun, atau bayangan rumit dan kompleks. Bayangan dapat menyenangkan atau menakutkan.
- 3) Penciuman, mencium bau tidak enak, busuk, dan tengik seperti darah, urine, atau feses
- 4) Gustatory, merasakan tidak enak, kotor, dan busuk seperti darah, urine, atau feses
- 5) Perabaan, mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas, seperti merasa sensasi Listrik datang 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

2.2.3. Penyebab halusinasi

A. Faktor Predisposisi

1. Biologis Abnormalitas perkembangan sistem saraf yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Ini ditunjukkan oleh penelitian-penelitian yang berikut
 - a) Penelitian pencitraan otak sudah menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas dalam perkembangan skizofrenia. Lesi pada daerah frontal, temporal dan limbik berhubungan dengan perilaku psikotik.
 - b) Beberapa zat kimia di otak seperti dopamin neurotransmitter yang berlebihan dan masalah-masalah pada sistem reseptor dopamin dikaitkan dengan terjadinya skizofrenia.
 - c) Pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan terjadinya atropi yang signifikan pada otak manusia. Pada anatomi otak klien dengan skizofrenia kronis, ditemukan pelebaran lateral ventrikel, atropi korteks bagian depan dan atropi otak kecil (*cerebellum*). Temuan kelainan anatomi otak tersebut didukung oleh otopsi (*post-mortem*).
2. Psikologis Keluarga, pengasuh dan lingkungan klien sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien. Salah satu sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien.
3. Sosial Budaya Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti: kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan,

bencana alam) dan kehidupan yang terisolasi disertai stress (Stuart, 2023)

B. Faktor Presipitasi

1. Biologis

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

2. Stres Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres yang berinteraksi terhadap stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3. Sumber Koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stresor. (Stuart, 2023).

2.2.4. Rentang Respon Halusinasi

2.2 Gambar Rentang Respon Halusinasi



Sumber: (Stuart, 2023)

2.2.5. Tingkat Intensitas Halusinasi

Menurut Stuart (2023) tahapan halusinasi sebagai berikut:

- a. Tahap 1: Tingkat ansietas sedang memberi rasa nyaman (halusinasi umumnya menyenangkan). Tidak gangguan jiwa (*Nonpsychotic*);
- b. Tahap 2: Tingkat ansietas berat yang menyalahkan (Halusinasi umumnya menjadi menjijikan). Gangguan jiwa ringan (*Mildly psychotic*);
- c. Tahap 3: Tingkat ansietas berat yang mengontrol (pengalaman sensorik menjadi mahakuasa). Gangguan jiwa (*psychotic*);
- d. Tahap 4: Tingkat ansietas panik yang menaklukan (halusinasi umumnya menjadi rumit dan terjal dengan waham). Gangguan jiwa berat (*Severely psychotic*).

2.2.6. Terapi Halusinasi

1. Farmakologis

Obat yang biasanya digunakan pada halusinasi pendengaran yaitu obat anti psikosis. Adapun kelompok yang umum digunakan adalah Fenotiazin Asetofenazin (Tindal), Mesoridazin (Serentil), Flufenazin (Prolixine, Permitil), Trifluopromazin (Vesprin) 60-120 mg, Tioksanten Klorprotiksen (Taractan), Tiotiksen (Navane) 750-600 mg, Butirofenon Haloperidol 1-100 mg, Dibenzodiazepin Klorazepin (Clorazil) 300-900 mg, Dibenzodiazepin Loksapin (Loxitane) 20-150 mg, dan Dihidroindolon Molindone (Moban) 15-225 mg (Stuart dan Laraia dalam (Latipah, 2023)).

2. Non-farmakologis

Pengobatan non-farmakologis dapat berupa strategi pelaksanaan (SP), latihan keterampilan, terapi perilaku kognitif, modifikasi perilaku, terapi asertif komunitas (Stuart, 2023). Kemudian terapi non-farmakologi lainnya dapat berupa psikoterapi, psikososial, psikoedukasi, psikoreligius (Arisandy, et al., 2024).

Terapi general pada pasien halusinasi berdasarkan Strategi pelaksanaan sebagai berikut:

SP 1: Bantu klien mengenal halusinasi (isi, waktu terjadinya, frekuensi, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi)

- Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

Tahapan tindakannya meliputi:

- Jelaskan cara menghardik halusinasi
- Peragakan cara menghardik
- Minta klien memperagakan ulang
- Pantau penerapan cara ini, beri penguatan perilaku klien
- Masukkan dalam jadwal kegiatan klien

SP 2: Evaluasi hasil SP 1

- Tanyakan program Pengobatan
- Jelaskan pentingnya penggunaan obat bagi penderita skizofrenia
- Jelaskan akibat putus obat
- Jelaskan pengobatan (5B)

SP 3: Evaluasi kegiatan yang lalu

- Latih berbicara/bercakap dengan orang lain saat halusinasi muncul
- Masukkan dalam jadwal kegiatan klien

SP 4: Evaluasi kegiatan yang lalu

- Latih kegiatan agar halusinasinya tidak muncul.

Tahapannya:

- Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi
- Diskusikan aktivitas yang bias dilakukan oleh klien
- Latih klien melakukan aktivitas
- Masukkan dalam jadwal kegiatan klien

Terapi general pada pasien halusinasi berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) sebagai berikut:

Manajemen Halusinasi (I.09288)

- Observasi:
- Monitor Perilaku yang menindikasi Halusinasi
 - Monitor dan sesuaikan Tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan
 - Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri)

- Teurapeutik:
- pertahankan lingkungan yang aman
 - Lakukan Tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku
 - Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi
 - Hindari perdebatan tentang validasi halusinasi

- Edukasi:
- anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi
 - Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi
 - Anjurkan melakukan distraksi (mendengarkan musik dan Teknik relaksasi)
 - Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi
- Kolaborasi: - pemberian obat antipsikotik dan anti ansietas, jika perlu (PPNI, 2018)

Kemudian jenis non-farmakologi lainnya seperti:

1. Psikoterapi dapat berupa Latihan menghardik yakni kegiatan yang dilakukan klien pada saat mendengar suara-suara palsu untuk mengusir halusinasi dengan cara mengucap kalimat dalam hati secara berulang-ulang tiga sampai empat kali (I, 2022)
2. Psikososial dapat berupa Latihan bercakap-cakap dengan orang 1-2 orang, atau bisa dengan membentuk kelompok bermain atau hanya saling mengenal satu sama lain dan melakukan beberapa kegiatan yang terstruktur dan terjadwal (I, 2022)
3. Psikoedukasi merupakan pemberian edukasi mengenai penyakit ataupun tanda dan gejala yang sedang dirasakan klien. Psikoedukasi ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan klien maupun keluarga klien yang diharapkan menjadi alternatif dalam memberikan pengetahuan, pemahaman dalam perawatan, serta bagaimana keluarga dapat menentukan coping untuk

mengatasi stress dan beban yang dialami selama merawat klien (Nasution, Susanti, & Wardani, 2021)

4. Psikoreligius merupakan alternatif dengan menggabungkan aspek keagamaan dan spiritualitas kedalam psikoterapi yang bertujuan untuk meningkatkan mekanisme koping atau mengatasi masalah terutama halusinasi. Psikoreligius ini dapat berupa membaca dzikir, membaca Alqur'an, dan membaca Al-fatihah (Yosep dalam (Rinjani, Murandari, Nugraha, & Widiyanti, 2020))

Salah satu terapi psikoreligius adalah dzikir. Dzikir merupakan salah satu metode untuk mencapai keseimbangan, Dimana akan tercipta suasana tenang, respon emosi positif yang akan membuat sistem kerja pusat menjadi lebih baik. Apabila dilihat dalam bidang Kesehatan, dzikir apabila dilakukan setiap waktu dengan mengingat Allah secara otomatis akan merespon otak untuk mengeluarkan endorphine. Sedangkan endorphine dapat menyebabkan perasaan seseorang menjadi Bahagia dan menimbulkan kenyamanan (S Suryani dalam Rinjani, et al., 2020). Terapi psikoreligius dzikir ini juga merupakan terapi yang menggunakan media dzikir pada proses penerapannya. Penerapan psikoreligius dzikir ini cukup simple dan dapat digunakan dimanapun (Apriliana, et al., 2023).

Prosedur pelaksanaan terapi psikoreligius dzikir seperti berikut:

Tabel 2.1 Standar Operasional Prosedur Melakukan Dzikir

Standar Operasional Prosedur Melakukan Dzikir	
Manfaat	1. Meningkatkan kemampuan mengontrol halusinasi pada pasien halusinasi 2. Membersihkan pikiran secara psikologis, menimbulkan ketenangan batin dan keteduhan jiwa sehingga terhindar dari stress, rasa cemas, takut dan gelisah
Saran	Penerapan terapi dzikir
Kebijakan	Pasien skizofrenia dengan halusinasi
Petugas	Perawat
Alat dan bahan	Alat: 1. Sarung (bagi pasien laki-laki) 2. Mukenah (bagi pasien perempuan) 3. Sajadah 4. Tasbih 5. Berpakaian yang sopan menutup aurat
Waktu	3 hari 20 menit
Teknik	1. Tindakan sistematis dan berurutan 2. Tanggap terhadap reaksi pasien
Prosedur pelaksanaan	Persiapan alat 1. Sarung (bagi pasien laki-laki) 2. Mukenah (bagi pasien perempuan) 3. Sajadah 4. Tasbih 5. Berpakaian yang sopan menutup aurat Tahap Pra Interaksi 1. Menyiapkan alat 2. Menempatkan alat didekat pasien

Tahap Orientasi

1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien
2. Melakukan kontrak waktu
3. Menjelaskan tujuan, manfaat, dan cara penerapan psikoreligius
4. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien

Tahap kerja

1. Pasien diberikan kesempatan untuk berwudhu
2. Kemudian menyiapkan peralatan ibadah seperti sarung (laki-laki), mukenah (perempuan), sajadah, dan tasbih
3. Pasien duduk dengan nyaman, tenang, khusyu, berpakaian bersih dan rapi, (jika pasien laki-laki menggunakan sarung, jika pasien Perempuan menggunakan mukenah)
4. Awali membaca Basmallah (Bismillahirrahmanirrahim)
5. Istigfar (Astaghfirullahal'adzim) sebanyak 3 kali
6. Dilanjutkan dengan tasbih (Subhanallah) sebanyak 33 kali
7. Tahmid (Alhamdulillah) sebanyak 33 kali
8. Takbir (Allahuakbar) sebanyak 33 kali

Terminasi

Evaluasi tindakan

Sumber: (Arisandy, et al., 2024)