

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar *Skizofrenia*

Skizofrenia dapat ditemukan pada semua kelompok masyarakat dan diberbagai daerah. Insiden dan tingkat prevalensi sepanjang hidup secara kasar hampir sama di seluruh dunia. Gangguan ini mengenai hampir 1% populasi dewasa dan biasanya onsetnya pada usia remaja akhir atau awal masa dewasa (Sadock, 2003).

2.1.1 Pengertian *Skizofrenia*

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yang berarti jiwa yang retak (*skizos* artinya retak, dan *frenas* artinya jiwa). *Skizofrenia* menurut PPDGJ III yang bersumber pada ICD X, yaitu sekelompok gangguan psikosis fungsional yang ditandai oleh distorsi pikiran dan persepsi yang mendasar dan khas, afek yang tidak wajar atau tumpul (Ardani, 2008).

Skizofrenia (schizophrenia) adalah gangguan dengan serangkaian simtom yang meliputi gangguan konteks berpikir, bentuk pemikiran, persepsi, afek, rasa terhadap diri (*sense of self*), motivasi, perilaku, dan fungsi interpersonal (Halgin dan Whitbourne, 2010).

Skizofrenia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu gangguan psikiatrik mayor yang ditandai dengan adanya perubahan pada persepsi, pikiran, afek, dan perilaku seseorang. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun defisit kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Sadock, 2003).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Berdasarkan teorinya penyebab *skizofrenia* dibagi menjadi 2 teori yaitu:

a. Teori somatogenik

Berdasarkan teori ini penyebab terjadinya skizofrenia yaitu sebagai berikut:

1) Keturunan

Penelitian telah berfokus pada kromosom 6, 13, 18 dan 22. Resiko terjangkit *skizofrenia* bila gangguan ini ada dalam keluarga yaitu: orang yang terkena resiko 12%-15%, orang tua resiko 35%-39%, saudara sekandung resiko 8%-10%, kembar dizigotik resiko 15%, dan kembar monozigotik resiko 50% (Isaacs, 2005).

2) Abnormalitas perkembangan saraf

Malformasi janin minor yang terjadi pada awal gestasi berperan dalam manifestasi akhir dari *skizofrenia*. Faktor resiko yang dapat mempengaruhi perkembangan saraf, meliputi: Individu yang ibunya terserang influenza trimester kedua, individu yang mengalami trauma atau cedera pada saat dilahirkan, dan penganiayaan atau trauma di masa bayi atau masa kanak-kanak awal.

3) Abnormalitas struktur otak

Pada beberapa subkelompok penderita *skizofrenia*, teknik pencitraan otak (CT, MRI, dan PET) telah menunjukkan adanya abnormalitas pada struktur otak yang meliputi: pembesaran ventrikel, penurunan aliran darah kortikal, terutama di kotreks prefrontal, penurunan aktivitas metabolik di bagian-bagian otak tertentu, dan atrofi serebri.

4) Ketidakseimbangan neurokimia (*neurotransmitter*)

Dulu penelitian berfokus pada *hipotesis dopamine*, menyatakan bahwa aktivitas dopamin yang berlebihan di bagian kortikal otak, berkaitan dengan gejala positif dari *skizofrenia*. Penelitian terbaru menunjukkan pentingnya neurotransmitter, termasuk serotonin, norepinefrin, glutamate dan GABA. Perubahan jumlah dan jenis reseptor dapat mempengaruhi tempat reseptor neurotransmitter.

b. Teori Psikogenik

Berdasarkan teori psikogenik etiologi terjadinya skizofrenia terbagi menjadi 4 teori yaitu:

1) Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada susunan saraf pusat tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya *skizofrenia*. Menurut Meyer *skizofrenia* merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (*otisme*).

2) Teori Sigmund Freud

Skizofrenia terdapat kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik. superego dikesampingkan sehingga tidak ber tenaga lagi dan Id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme, kehilangan kapasitas untuk pemindahan (*transference*) sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.

3) Teori Eugen Bleuler

Penggunaan istilah Skizofrenia menonjolkan gejala utama penyakit ini yaitu jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan dan perbuatan. Bleuler membagi gejala Skizofrenia menjadi 2 kelompok yaitu gejala primer (gangguan proses pikiran, gangguan emosi, gangguan kemauan dan otisme) gejala sekunder (waham, halusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotorik yang lain).

4) Teori lain

Skizofrenia sebagai suatu sindroma yang dapat disebabkan oleh bermacam-macam sebab antara lain keturunan, pendidikan yang salah, maladaptasi, tekanan jiwa, penyakit badaniah seperti lues otak, arterosklerosis otak dan penyakit lain yang belum diketahui.

2.1.3 Tanda dan Gejala *Skizofrenia*

Secara general gejala serangan dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

a. Gejala positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu meninterpretasikan dan merespons pesan atau rangsangan yang datang. Klien *skizofrenia* mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya.

Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Beberapa penderita *skizofrenia* berubah menjadi seorang yang paranoid. Mereka merasa diamat-amati, diintai atau diserang. Kegagalan berpikir mengarah kepada masalah dimana klien *skizofrenia* tidak mampu memproses dan

mengatur pikirannya. Ketidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan ketidakmampuan mengendalikan emosi dan perasaan. Sehingga, penderita *skizofrenia* tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memedulikan sekelilingnya (Yosep, 2010).

b. Gejala Negatif

Klien *skizofrenia* kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas. Klien *skizofrenia* tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Tapi tidak berarti klien *skizofrenia* tidak bisa merasakan perasaan apapun, mungkin mereka bisa menerima pemberian dan perhatian orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka.

Depresi yang tidak mengenal perasaan ingin ditolong dan berharap, selalu menjadi bagian dari hidup klien *skizofrenia*. Mereka tidak merasa memiliki perilakub yang menyimpang, tidak bisa membina hubungan realasi dengan orang lain, dan tidak mengenal cinta. Depresi yang berkelanjutan akan membuat klien menarik diri dari lingkungannya. Mereka selalu merasa aman bial sendirian (Yosep, 2010).

Menurut Psikolog Swiss Eugen Bleuler (1857-1939), ciri fundamental dari *skizofrenia* dapat diidentifikasi dari Empat A (*Bleuler's 4 A's*) yaitu: Asosiasi; gangguan berpikir, dibuktikan dari adanya ucapan yang melantur dan tidak koheran. Afek; gangguan pengalaman dan ekspresi emosi. Ambivalensi; ketidakmampuan untuk membuat dan mengikuti keputusan. Autisme; kecenderungan untuk mempertahankan gaya eksemtrik dan pemikiran dan perilaku egosentris (Halgin dan Whitbourne, 2010).

2.1.4 Tipe Skizofrenia

Berdasarkan tipenya skizofrenia dibagi menjadi 5 tipe yaitu:

1) Skizofrenia paranoid

Ciri utama adalah waham yang sistematis atau halusinasi pendengaran. Individu ini dapat penuh curiga, argumentatif, kasar dan agresif. Perilaku kurang regresif, kerusakan sosial lebih sedikit, dan prognosisnya lebih baik dibandingkan jenis-jenis lainnya.

2) Skizofrenia hebefrenik (*Disorganized schizophrenia*)

Ciri utama adalah percakapan dan perilaku yang kacau, serta afek yang datar atau tidak tepat, gangguan asosiasi juga banyak terjadi. Individu tersebut juga mempunyai sikap yang aneh, menunjukkan perilaku menarik diri secara sosial yang ekstrim, mengabaikan *hygiene* dan penampilan diri. Awitan biasanya terjadi sebelum usia 25 tahun dan dapat bersifat kronis. Perilaku regresif, dengan interaksi sosial dan kontak dengan realitas yang buruk.

3) Skizofrenia katatonik

Ciri utama ditandai dengan gangguan psikomotor, yang melibatkan imobilitas atau justru aktivitas yang berlebihan. Stupor katatonik, individu dapat menunjukkan ketidakaktifan, negativisme, dan kelenturan tubuh yang abnormal. *Catatonic excitement* melibatkan agitasi yang ekstrim dan dapat disertai ekolalia dan ekopraksia.

4) Skizofrenia yang tidak digolongkan

Ciri utama adalah waham, halusinasi, percakapan yang tidak koheren dan perilaku yang kacau. Klasifikasi ini digunakan bila kriteria untuk jenis lain tidak terpenuhi.

5) *Skizofrenia* residu

Ciri utama adalah tidak adanya gejala akut saat ini, melainkan terjadi dimasa lalu. Dapat terjadi gejala negatif, seperti isolasi sosial yang nyata, menarik diri dan gangguan fungsi peran (Isaacs, 2005).

2.1.5 Penatalaksanaan *Skizofrenia*

Kontinuitas perawatan merupakan hal penting, klien dapat menerima pengobatan di berbagai tempat, termasuk rumah sakit jiwa akut, rumah sakit jiwa jangka panjang dan program berbasis komunitas. Tingkatan perawatan bergantung pada keparahan gejala dan ketersediaan dukungan dari keluarga dan sosial.

1) Hospitalisasi psikiatrik jangka pendek

Digunakan untuk menatalaksanakan gejala-gejala akut dan memberikan lingkungan yang aman dan berstruktur serta berbagai pengobatan, termasuk: pengobatan farmakologi dengan medikasi antipsikotik, manajemen lingkungan, terapi pendukung, yang pada umumnya berorientasi pada realitas, dengan pendekatan perilaku kognitif, psikologi edukasi bagi klien dan keluarganya, rencana pemulangan dari rumah sakit untuk memastikan kontinuitas asuhan.

2) Hospitalisasi psikiatrik jangka panjang

Diberikan pada klien dengan gejala persisten yang dapat membahayakan dirinya atau orang lain. Tujuannya untuk menstabilkan dan memindahkan klien secepat mungkin ke lingkungan yang kurang restriktif. Pengobatan berbasis komunitas meliputi: perumahan bantuan meliputi rumah transisi, pengaturan hidup yang kooperatif, *crisis community residence*, pengasuhan anak angkat,

dan *board and care home*. Program *day treatment* memberikan terapi kelompok, pelatihan keterampilan sosial, penatalaksanaan pengobatan, serta sosialisasi dan rekreasi. Terapi pendukung melibatkan seorang manajer kasus dan sejumlah ahli terapi untuk klien dan keluarganya. Program psikoedukasi bagi klien, keluarga dan kelompok-kelompok masyarakat. *Outreach service* untuk menemukan kasus dan memberikan program pengobatan preventif bagi individu dan keluarga yang mengalami peningkatan resiko.

3) Rehabilitasi psikososial

Rehabilitasi psikososial menekankan perkembangan keterampilan dan dukungan yang diperlukan untuk hidup, belajar, dan bekerja dengan baik di komunitas.

2.2 Konsep Halusinasi

Halusinasi merupakan gejala yang sering terjadi pada *skizofrenia*, dimana dalam Yosef (2011) menyebutkan bahwa 90% pasien *skizofrenia* mengalami halusinasi. Jika individu yang sehat persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca, pasien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus panca indera walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada.

2.2.1 Pengertian Halusinasi

Halusinasi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami perubahan pada stimulus yang mendekat (diprakarsai secara internal dan ekstrenal) disertai dengan suatu pengurangan berlebihan atau kelainan berespon

terhadap stimulus (Fitria 2010). Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata (Kusumawati dan Hartono, 2012).

Halusinasi adalah suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsang dari luar. Halusinasi merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang terpepsi. Halusinasi dapat terjadi karena dasar-dasar organik fungsional, psikotik maupun histerik (Yosep, 2007). Halusinasi adalah pencerapan tanpa adanya rangsangan apapun pada panca indera seorang pasien, yang terjadi dalam keadaan sadar atau bangun, dasarnya mungkin organik, fungsional, psikotik ataupun histerik (Maramis, 2004).

2.2.2 Teori Halusinasi

Teori yang menjelaskan halusinasi menurut Stuart dan Sudeen, 1995 dalam fitria (2010), yaitu teori biokimia dan psikoanalisis. Teori Biokimia terjadi sebagai respon metabolisme terhadap stress yang mengakibatkan terlepasnya zat halusinogenik neurotik (*buffofenon* dan *dimethy-transferase*). Teori Psikoanalisis merupakan respon pertahanan ego untuk melawan ransangan dari luar yang mengancam dan ditekan untuk muncul dalam alam sadar .

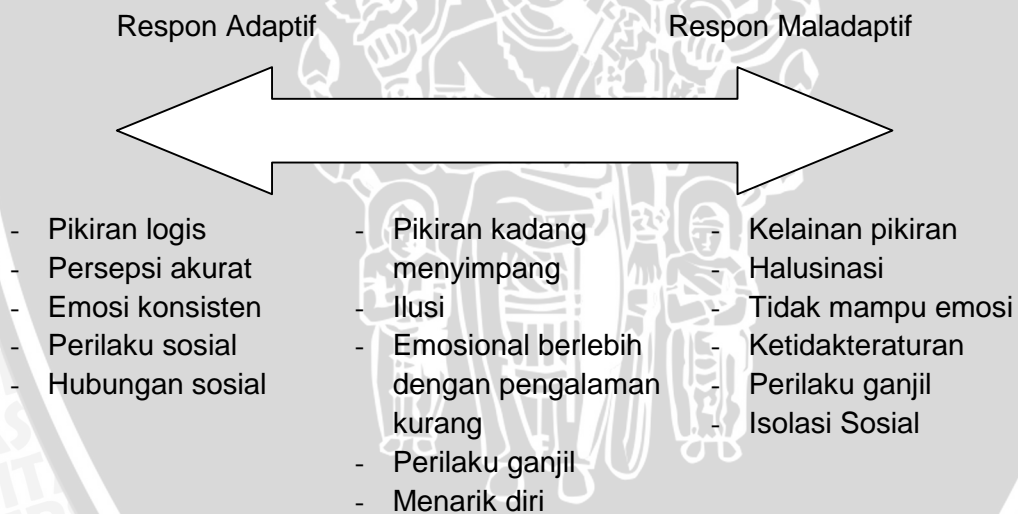
2.2.3 Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologist (Stuart dan Laraia, 2005). Ini merupakan respon persepsi paling maladaptif. Jika individu yang sehat persepsinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan

informasi yang diterima melalui panca indera (pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecapan, dan perabaan), pasien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus panca indera walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada.

Diantara kedua respon tersebut adalah respon individu yang karena sesuatu hal mengalami kelainan persepsi yaitu salah mempersepsikan stimulus yang diterimanya yang disebut sebagai ilusi. Pasien mengalami ilusi jika interpretasi yang dilakukannya terhadap stimulus panca indera tidak akurat sesuai stimulus yang diterima.

Gambar 2.1 Rentang Respon Neurobiologi (Stuart dan Laraia, 2005)



Keterangan gambar:

1. Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku, dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut meliputi:
 - a) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan
 - b) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan

- c) Emosi konsisten dengan pengalaman ahli
- d) Perilaku sosial adalah sikap dan tingkash laku yang masih dalam batas kewajaran
- e) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan

2. Respon Psikososial meliputi:

- a) Proses pikir terganggu proses pikir yang menimbulkan gangguan
- b) Ilusi adalah penilaian yang salah tentang yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indra
- c) Emosi berlebihan atau kurang
- d) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

3. Respon Maladaptif adalah respon indikasi dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial, budaya dan lingkungan, 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 ekstremal yang tidak realita atau tidak ada
- c) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati
- d) Perilaku tak terorganisir merupakan perilaku 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.

2.2.4 Etiologi Halusinasi

Dalam Fitria (2010) mengemukakan beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya halusinasi, yaitu:

a. Faktor predisposisi

Merupakan faktor resiko yang memengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya. Faktor predisposisi halusinasi menurut Fitria (2010), meliputi:

- 1) Faktor Perkembangan: Jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stress dan kecemasan.
- 2) Faktor Sosiokultural: Berbagai faktor di masyarakat dapat menyebabkan seseorang merasa disingkirkan, sehingga orang tersebut merasa kesepian di lingkungan yang membesarkannya.
- 3) Faktor Biokimia: Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Jika seseorang mengalami stress yang berlebihan, maka di dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang bersifat halusinogenik neurokimia seperti *buffofenon* dan *dimethytranferase (DMP)*.
- 4) Faktor Psikologis: Hubungan interpersonal yang tidak harmonis serta adanya peran ganda bertentangan yang sering diterima oleh seseorang akan

mengakibatkan stress dan kecemasan yang tinggi dan berakhir pada gangguan orientasi realitas.

- 5) Faktor Genetik: Gen yang berpengaruh dalam skizofrenia belum diketahui, tetapi hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

b. Faktor presipitasi

Merupakan stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk menghadapinya. Adanya rangsangan dari lingkungan seperti, partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama tidak diajak komunikasi, objek yang ada di lingkungan, dan suasana sepi atau terisolasi sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi. Hal tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik (Fitria, 2010).

2.2.5 Proses Terjadinya Halusinasi

Halusinasi berkembang melalui empat fase (Kusumawati dan Hartono, 2012), yaitu:

- a. **Fase Comforting** yaitu fase menyenangkan. Tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik. Karakteristik: klien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan. Klien mulai memikirkan hal-hal yang menyenangkan. Perilaku klien: tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, mengerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya, dan suka menyendiri.

- b. **Fase Condemning** atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikan. Termasuk dalam psikotik ringan. Karakteristik: pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun, dan berpikir sendiri jadi dominan. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas, klien tidak ingin orang lain tahu, dan ia tetap dapat mengontrolnya. Perilaku: meningkatnya tanda sistem saraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah.
- c. **Fase Controlling** atau fase ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Termasuk dalam gangguan psikotik. Karakteristik: bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai, dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya. Perilaku: kemauan dikendalikan halusinasi, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik. Tanda fisik berupa klien berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah.
- d. **Fase conquering** atau **panic** yaitu klien lebur dengan halusinasinya, termasuk dalam psikotik berat. Karakteristik: halusinasi berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain di lingkungan. Perilaku: perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau katatonik, tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks, dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang.

2.2.6 Jenis dan Ciri Halusinasi

Halusinasi terdiri dari beberapa jenis dengan masing-masing gejala yang ditunjukkan, berikut jabarannya:

Tabel 2.1. Jenis Halusinasi serta ciri pada klien halusinasi

Jenis Halusinasi	Data Objektif	Data subjektif
Halusinasi Dengar (klien mendengar suara/ bunyi yang tidak ada hubungannya dengan stimulus yang nyata/ lingkungan)	<ul style="list-style-type: none"> - Bicara atau tertawa sendiri - Marah-marah tanpa sebab - Mendekatkan telinga kearah tertentu - Menutup telinga 	<ul style="list-style-type: none"> - Mendengar suara-suara atau kegaduhan - Mendengar suara yang menagajak bercakap-cakap - Mendengarkan suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
Halusinasi Penglihatan (klien melihat gambaran yang jelas/samar terhadap adanya stimulus yang nyata dari lingkungan dan orang lain tidak melihatnya)	<ul style="list-style-type: none"> - Menunjuk-nunjuk kea rah tertentu - Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas 	melihat bayangan, sinar bentuk geometris, kartun, melihat hantu, atau monster.
Halusinasi penciuman (klien merasakan suatu bau yang muncul dari sumber tertentu tanpa stimulus nyata)	<ul style="list-style-type: none"> - Mengendus-endus seperti sedang membau-bauan tertentu. - Menutup hidung 	Membau-bauan seperti bau darah, urine, feses, dan terkadang bau-bau tersebut menyenangkan bagi mereka.
Halusinasi pengecapan (klien merasakan sesuatu yang tidak nyata, biasanya merasakan rasa makanan yang tidak enak)	<ul style="list-style-type: none"> - Sering meludah - Muntah 	Merasakan rasa seperti darah, urine, atau feses
Halusinasi Perabaan (klien merasakan sesuatu pada kulitnya tanpa ada stimulus yang nyata.	Mengaruk-garuk permukaan kulitnya	<ul style="list-style-type: none"> - mengatakan ada serangga dipermukaan kulit. - Merasa seperti tersengat listrik
Halusinasi kinestetik (klien merasa badannya bergerak dalam suatu ruangan atau anggota badannya bergerak)	Memegang kakinya yang dianggap bergerak sendiri	Mengatakan badannya melayang di udara
Halusinasi visceral (perasaan tertentu timbul dalam tubuhnya)	Memegang badannya yang dianggapnya berubah bentuk dan tidak normal seperti biasanya.	Mengatakan perutnya menjadi mengecil setelah minum <i>soft drink</i>

Sumber : Stuart dan sundeen, 1998 dalam Fitria (2010)

2.2.7 Perilaku Klien Halusinasi

Perilaku klien terhadap halusinasi dapat berupa rasa curiga, takut, tidak aman, gelisah dan bingung, berperilaku yang merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan, serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata.

Menurut Rawlins dan Heacock (1993) dalam Fitria (2010) mencoba memecahkan masalah halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi, yaitu:

a. Dimensi fisik

Manusia dibangun oleh sistem indera untuk menanggapi rangsangan ekstrem yang diberikan oleh lingkungannya. Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol, dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

b. Dimensi emosional

Perasaan cemas yang berlebihan karena masalah yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga berbuat sesuatu terhadap ketakutannya.

c. Dimensi Intelektual

Menerangkan individu yang mengalami halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, tetapi pada saat tertentu menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tidak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

d. Dimensi Sosial

Individu yang mengalami halusinasi menunjukkan kecenderungan untuk menyendiri. Individu asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri, dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan sistem kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, maka hal tersebut dapat mengancam dirinya atau orang lain. Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan pada klien yang mengalami halusinasi adalah dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien agar tidak menyendiri.

e. Dimensi Spiritual

Manusia diciptakan Tuhan sebagai makhluk sosial, sehingga interaksi dengan manusia lainnya merupakan kebutuhan yang mendasar. Klien yang mengalami halusinasi cenderung menyendiri hingga proses di atas tidak terjadi. Individu tidak sadar dengan keberadaannya dan halusinasi menjadi sistem kontrol dalam individu tersebut. Saat halusinasi menguasai, individu kehilangan kontrol terhadap kehidupan nyata.

2.2.8 Sumber Koping

Sumber koping merupakan suatu evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggunakan koping yang ada di lingkungannya. Sumber koping dijadikan sebagai modal untuk menyelesaikan masalah. Dukungan sosial dan keyakinan

budaya dapat membantu seseorang mengntegrasikan pengalaman yang menimbulkan stress dan mengadopsi strategi yang efektif (Fitria, 2010).

2.2.9 Mekanisme Koping

Merupakan tiap upaya yang diarahkan pada pengendalian stress, termasuk upaya penyelesaian masalah secara langsung dan mekanisme pertahanan lain yang digunakan untuk melindungi diri. Upaya untuk melindungi diri berhubungan dengan respon neurobiologi seperti:

1. Regresi

Menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali seperti pada perilaku perkembangan anak satu berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.

2. Proyeksi

Keinginan yang tidak dapat ditoleransi, mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (sebagai cara untuk menjelaskan keracunan persepsi)

3. Menarik Diri

Reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis, reaksi fisik yaitu individu pergi, lari atau menghindar sumber stressor, misalnya menjauhi polusi, sumber infeksi, gas beracun dan lain-lain. Menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan (Dalami, 2009).

2.2.10 Tindakan Keperawatan pada klien Halusinasi

Tindakan Keperawatan pada pasien halusinasi dengan cara melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan. Penerapan standar yang dilakukan dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dan juga menurunkan tanda dan gejala halusinasi.

a. Membantu pasien mengenali halusinasi

Perawat dapat berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang didengar, dilihat, atau dirasa), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan respon pasien saat halusinasi muncul.

b. Melatih pasien mengontrol halusinasi

Perawat dapat melatih pasien dengan empat cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi, adalah sebagai berikut:

1) Menghardik halusinasi

Menghardik halusinasi adalah cara mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memedulikan halusinasinya. Mungkin halusinasi tetap ada, tetapi pasien tidak akan larut untuk menuruti halusinasinya.

2) Bercakap-cakap dengan orang lain

Dapat membantu mengontrol halusinasi. Ketika pasien bercakap-cakap dengan orang lain, terjadi distraksi; fokus perhatian pasien akan berliih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain.

3) Melakukan aktivitas terjadwal

Untuk mengurangi resiko halusinasi muncul lagi dengan menyibukkan diri melakukan aktivitas teratur dari bangun pagi sampai tidur malam. Pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering kali mencetuskan halusinasi.

4) Minum obat secara teratur

Pasien juga harus dilatih minum obat secara teratur sesuai dengan program terapi dokter. Pasien gangguan jiwa yang dirawat di rumah sering mengalami putus obat sehingga pasien mengalami kekambuhan. Jika kekambuhan terjadi, untuk mencapai kondisi seperti semula akan membutuhkan waktu (Keliat dan Akemat, 2009).

2.3 Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi

Kelompok adalah kumpulan individu yang memiliki hubungan satu dengan yang lain, saling bergantung dan mempunyai norma yang sama (Suart dan Laraia, 2005). Terapi Aktivitas Kelompok adalah salah satu terapi modalitas yang dilakukan perawat pada sekelompok klien yang memiliki masalah keperawatan yang sama (Keliat, 2005).

2.3.1 Pengertian Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi

Terapi aktivitas kelompok adalah suatu psikoterapi yang dilakukan sekelompok pasien bersama-sama dengan jalan berdiskusi satu sama lain yang dipimpin atau diarahkan oleh *therapis* atau petugas kesehatan jiwa yang telah terlatih untuk memberikan stimulasi bagi klien dengan gangguan interpersonal (Yosep, 2010). Terapi aktivitas kelompok (TAK) merupakan terapi yang dilakukan

atas kelompok penderita bersama-sama dengan berdiskusi satu sama lain yang dipimpin atau diarahkan oleh seseorang terapis (Stuart, 2005).

Kelompok terapeutik memberi kesempatan untuk saling bertukar (*sharing*) tujuan, membantu individu yang berperilaku destruktif dalam berhubungan dengan orang lain, mengidentifikasi dan memberikan *alternative* untuk membantu merubah perilaku destruktif menjadi konstruktif (Purwaningsih dan Karlina, 2009).

Terapi Aktivitas Kelompok sosialisasi merupakan tipe kelompok remotivasi dan mengingat. Pada TAK tersebut klien dibantu untuk melakukan sosialisasi dengan individu yang ada di sekitar klien, dilakukan dengan bertahap dari interpersonal, kelompok, dan massa. Aktivitas berupa latihan dalam kelompok semua kegiatan sosialisasi.

2.3.2 Kerangka Teoritis Terapi Aktivitas Kelompok

a. Model fokal konflik

Menurut *Whiteaker* dan *Libermen's* terapi kelompok berfokus pada kelompok daripada individu. Prinsipnya terapi kelompok dikembangkan berdasarkan konflik yang tidak disadari. Pengalaman kelompok secara berkesinambungan muncul kemudian konfrontir konflik untuk menyelesaikan masalah. Tugas terapis membantu anggota kelompok memahami konflik dan mencapai penyelesaian konflik.

b. Model komunikasi

Model ini menggunakan prinsip-prinsip teori komunikasi dan komunikasi terapeutik. Diasumsikan bahwa disfungsi atau komunikasi tak efektif dalam kelompok akan menyebabkan ketidakpuasaan anggota kelompok, umpan balik tidak sekuat dari kohesi atau keterpaduan kelompok menurun. Model ini ber-

tujuan membantu meningkatkan keterampilan interpersonal dan sosial anggota kelompok.

c. Model interpersonal

Sullivan mengemukakan bahwa tingkah laku (pikiran, perasaan, tindakan) digambarkan melalui hubungan interpersonal. Pada teori ini terapis bekerja dengan individu dan kelompok. Anggota kelompok ini belajar dari interaksi antar anggota dan terapis. Melalui kesalahan persepsi dapat dikoreksi dan perilaku sosial yang efektif dipelajari. Perasaan cemas dan kesepian merupakan sasaran untuk mengidentifikasi dan merubah tingkah laku atau perilaku.

d. Model psikodrama

Dengan model ini memotivasi anggota kelompok untuk berakting sesuai dengan peristiwa yang baru terjadi atau peristiwa yang pernah lalu, anggota memainkan peran sesuai dengan yang pernah dialami.

2.3.3 Tujuan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisai (TAKS)

Tujuan terapi aktivitas kelompok sosialisasi dibagi menjadi tujuan umum dan tujuan khusus yaitu sebagai berikut:

a. Tujuan Umum:

Mampu meningkatkan hubungan interpersonal antar anggota kelompok, berkomunikasi, saling memperhatikan, memberi tanggapan terhadap orang lain, mengekspresikan ide serta menerima stimulus eksternal.

b. Tujuan Khusus:

- 1) Pasien mampu menyebutkan identitasnya
- 2) Menyebutkan identitas pasien lain
- 3) Berespon terhadap pasien lain

- 4) Mengikuti aturan main
- 5) Mengemukakan pendapat dan perasaannya

Karakteristik:

- 1) Pasien kurang berminat atau tidak inisiatif untuk mengikuti kegiatan ruangan
- 2) Pasien sering berada di tempat tidur
- 3) Pasien menarik diri, kontak sosial kurang
- 4) Pasien dengan harga diri rendah
- 5) Pasien gelisah, curiga, takut dan cemas
- 6) Tidak ada inisiatif memulai pembicaraan, menjawab seperlunya, jawaban sesuai pertanyaan.
- 7) Susah dapat menerima trust, mau berinteraksi, sehat fisik.

2.3.4 Manfaat Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisai (TAKS)

Terapi aktivitas kelompok sosialisasi memiliki manfaat sebagai berikut:

a. Manfaat Umum

- 1) Meningkatkan kemampuan menguji kenyataan (*reality testing*) melalui komunikasi dan umpan balik dengan atau dari orang lain membentuk sosialisasi.
- 2) Meningkatkan fungsi psikologis, yaitu meningkatkan kesadaran tentang hubungan antar reaksi emosional diri sendiri dengan perilaku *defensive* (bertahan terhadap stress) dan adaptasi.
- 3) Membangkitkan motivasi bagi kemajuan fungsi-fungsi psikologis seperti kognitif dan afektif.

b. Manfaat Khusus

- 1) Meningkatkan identitas
- 2) Menyalurkan emosi secara konstruktif
- 3) Meningkatkan keterampilan hubungan sosial untuk diterapkan sehari-hari.
- 4) Bersifat rehabilitatif: meningkatkan kemampuan ekspresi diri, keterampilan sosial, kepercayaan diri, kemamouan empati, dan meningkatkan kemampuan tentang masalah-masalah kehidupan dan pemecahannya (Yosep, 2007).

2.4 Hubungan antara Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi untuk Halusinasi dengan Halusinasi

Halusinasi adalah suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsang dari luar. Halusinasi merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang terpepsi. Halusinasi dapat terjadi karena dasar-dasar organik fungsional, psikotik maupun histerik (Yosep, 2007). Individu yang mengalami halusinasi menunjukkan kecenderungan untuk menyendiri. Individu nyaman dengan halusinasinya, seolah-olah merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri, dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata (Fitria, 2010). Pasien halusinasi sering mengalami khayalan-khayalan tertentu, manifestasi dan khayalan tersebut mengarahkan pasien untuk melakukan tindakan-tindakan tertentu (Hawari, 2007).

Tindakan-tindakan yang dilakukan pasien halusinasi terkadang dapat membahayakan terutama pada dirinya sendiri, keluarga dan lingkungannya, maka mereka memerlukan bantuan dan tenaga pelayanan kesehatan yang kompeten dalam menyelesaikan masalahnya (Keliat, 2005).

Penyelesaian masalah pasien halusinasi dapat dilakukan dengan tindakan keperawatan yang diberikan sebagai upaya meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dan juga menurunkan tanda dan gejala halusinasi untuk mencegah timbulnya respon halusinasi.

Terapi aktivitas kelompok adalah suatu psikoterapi yang dilakukan sekelompok pasien bersama-sama dengan jalan berdiskusi satu sama lain yang dipimpin atau diarahkan oleh *therapis* atau petugas kesehatan jiwa yang telah terlatih untuk memberikan stimulasi bagi klien dengan gangguan interpersonal (Yosep, 2010). Terapi ini bertujuan meningkatkan hubungan interpersonal antar anggota kelompok, berkomunikasi, saling memperhatikan, memberi tanggapan terhadap orang lain, mengekspresikan ide serta menerima stimulus eksternal (Yosep, 2007).

Penelitian mengenai terapi aktivitas kelompok sosialisasi sebelumnya pernah dilakukan Isfanhari (2013), untuk mengetahui hubungan hasil terapi aktivitas kelompok sosialisasi dengan kemampuan komunikasi verbal pasien *skizofrenia* menarik diri, yang menunjukkan peningkatan yang signifikan.