

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Skizofrenia Hebefrenik

1. Pengertian

Skizofrenia berasal dari dua kata, yaitu “*Skizo*” yang artinya retak atau pecah (*split*), dan “*frenia*” yang artinya jiwa, dengan demikian seseorang yang menderita gangguan jiwa Skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (*splitting of personality*) (Yosep, 2016). Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosa yang sering dijumpai di mana-mana sejak dahulu kala. Sebelum Kraepelin tidak ada kesatuan pendapat mengenai berbagai gangguan jiwa yang sekarang dinamakan skizofrenia (Sutejo, 2016). Gangguan Skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi area fungsi individu, termasuk berpikir dan berkomunikasi, menerima, dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi, dan berperilaku dengan sikap yang dapat diterima secara sosial (Natsir., 2011).

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 (Maramis, 2014). Skizofrenia hebefrenik atau disebut juga hebefrenia, permulaannya perlahan-lahan dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15–25 tahun. Gejala yang menyolok adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi. Gangguan psikomotor seperti

perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada jenis ini. Waham dan perilaku kekerasan banyak sekali.

2. Etiologi

Menurut Yosep (2016) ada beberapa teori yang menguraikan faktor-faktor yang menjadi penyebab skizofrenia hebefrenik, yaitu :

a. Diatesis-Stres Model

Teori ini menggabungkan antara faktor biologis, psikososial, dan lingkungan yang secara khusus mempengaruhi diri seseorang sehingga dapat menyebabkan berkembangnya gejala skizofrenia. Dimana ketiga faktor tersebut saling berpengaruh secara dinamis.

b. Faktor Biologis

Dari faktor biologis dikenal suatu hipotesis dopamin yang menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh aktivitas dopaminergik yang berlebihan di bagian kortikal otak, dan berkaitan dengan gejala positif dari skizofrenia. Penelitian terbaru juga menunjukkan pentingnya neurotransmiter lain termasuk serotonin, norepinefrin, glutamat dan *Gamma Aminobutyric Acid (GABA)*. Selain perubahan yang sifatnya neurokimiawi, penelitian menggunakan *CT Scan* ternyata ditemukan perubahan anatomi otak seperti pelebaran lateral ventrikel, atrofi koteks atau atrofi otak kecil (*cerebellum*), terutama pada penderita skizofrenia.

Faktor genetika telah dibuktikan secara meyakinkan. Resiko masyarakat umum 1%, pada orang tua resiko 5%, pada saudara kandung 8% dan pada anak 12% apabila salah satu orang tua menderita skizofrenia, walaupun anak telah

dipisahkan dari orang tua sejak lahir, anak dari kedua orang tua skizofrenia 40%. Pada kembar monozigot 47%, sedangkan untuk kembar dizigot sebesar 12%.

c. Faktor Psikososial

Menurut Prabowo (2014) teori yang terkait dengan factor psikososial yaitu :

1) Teori perkembangan

Ahli teori Sullivan dan Erikson mengemukakan bahwa kurangnya perhatian yang hangat dan penuh kasih sayang di tahun-tahun awal kehidupan berperan dalam menyebabkan kurangnya identitas diri, salah interpretasi terhadap realitas dan menarik diri dari hubungan sosial pada penderita skizofrenia.

2) Teori belajar

Menurut ahli teori belajar (*learning theory*), anak-anak yang menderita skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berfikir irasional orang tua yang mungkin memiliki masalah emosional yang bermakna. Hubungan interpersonal yang buruk dari penderita skizofrenia akan berkembang karena mempelajari model yang buruk selama anak-anak.

3) Teori keluarga

Tidak ada teori yang terkait dengan peran keluarga dalam menimbulkan skizofrenia. Namun beberapa penderita skizofrenia berasal dari keluarga yang disfungsi.

3. Gambaran Klinis

Menurut Stuart (2016) perjalanan penyakit skizofrenia dapat dibagi menjadi 3 fase yaitu :

- a. Fase prodromal, pada fase ini biasanya timbul gejala-gejala non spesifik yang lamanya bisa minggu, bulan ataupun lebih dari satu tahun sebelum onset psikotik menjadi jelas. Gejala tersebut meliputi : fungsi pekerjaan, fungsi sosial, fungsi penggunaan waktu luang dan fungsi perawatan diri. Perubahan-perubahan ini akan mengganggu individu serta membuat resah keluarga dan teman, mereka akan mengatakan “orang ini tidak seperti yang dulu”. Semakin lama fase prodromal semakin buruk prognosisnya.
- b. Fase aktif, pada fase Aktif gejala positif/ psikotik menjadi jelas seperti tingkah laku katatonik, inkoherensi, waham, perilaku kekerasan disertai gangguan afek. Hampir semua individu datang berobat pada fase ini, bila tidak mendapat pengobatan gejala-gejala tersebut dapat hilang spontan suatu saat mengalami eksaserbasi atau terus bertahan.
- c. Fase residual, pada fase ini gejala-gejalanya sama dengan fase prodromal tetapi gejala positif/psikotiknya sudah berkurang. Di samping gejala-gejala yang terjadi pada ketiga fase di atas, penderita skizofrenia juga mengalami gangguan kognitif berupa gangguan berbicara spontan, mengurutkan peristiwa, kewaspadaan dan eksekutif (atensi, konsentrasi, hubungan sosial).

Gejala skizofrenia hebefrenik dapat dibagi menjadi dua kelompok menurut Bleuler dalam Keliat (2019) yaitu :

- a. Gejala primer : gangguan proses berpikir, gangguan emosi, gangguan kemauan, autisme.
- b. Gejala sekunder : waham, halusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotor yang lain.

4. Penatalaksanaan skizofrenia

Menurut Purwaningsih & Karlina (2014) penatalaksanaan skizofrenia antara lain :

a. Psikofarmaka

Pada dasarnya semua obat anti psikosis mempunyai efek primer (efek klinis) yang sama pada dosis ekuivalen, perbedaan utama pada efek sekunder (efek samping: sedasi, otonomik, ekstrapiramidal).

b. Psikoterapi

Psikoterapi suportif individual atau kelompok sangat membantu mempersiapkan pasien kembali ke masyarakat, selain itu sangat baik untuk mendorong pasien bergaul dengan orang lain, pasien lain, perawat dan dokter.

B. Konsep Gangguan Persepsi Sensori

1. Pengertian

Gangguan persepsi sensori adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi (Fadilah, 2019).

2. Data Mayor dan Minor

a. Gejala dan Tanda Mayor

1) Subjektif

a) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan

b) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecap.

- 2) Objektif
 - a) Distorsi sensori
 - b) Respon tidak sesuai
 - c) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu.

b. Gejala dan Tanda Minor

- 1) Subjektif
 - a) Menyatakan kesal
- 2) Objektif
 - a) Menyendiri
 - b) Melamun
 - c) Konsentrasi buruk
 - d) Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi
 - e) Curiga
 - f) Melihat ke satu arah
 - g) Mondar-mandir
 - h) Bicara sendiri

3. Faktor Penyebab

- a. Gangguan penglihatan
- b. Gangguan pendengaran
- c. Gangguan penghiduan
- d. Gangguan perabaan
- e. Hipoksia serebral
- f. Penyalahgunaan zat
- g. Usia lanjut
- h. Pemajanan toksin lingkungan

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada gangguan persepsi sensori yang mengarah pada diagnosa medis skizofrenia hebefrenik yaitu:

a. Psikofarmakologi

Menurut Hawari (2013), jenis obat psikofarmaka, dibagi dalam 2 golongan yaitu:

1) Golongan generasi pertama (*typical*)

Obat yang termasuk golongan generasi pertama, misalnya: Chlorpromazine HCL (Largactil, Promactil, Meprosetil), Trifluoperazine HCL (Stelazine), Thioridazine HCL (Melleril), dan Haloperidol (Haldol, Govotil, Serenace).

2) Golongan kedua (*atypical*)

Obat yang termasuk generasi kedua, misalnya: Risperidone (Risperdal, Rizodal, Noprenia), Olanzapine (Zyprexa), Quetiapine (Seroquel), dan Clozapine (Clozaril).

b. Psikoterapi

Terapi kejiwaan atau psikoterapi pada pasien, baru dapat diberikan apabila pasien dengan terapi psikofarmaka sudah mencapai tahapan dimana kemampuan menilai realitas sudah kembali pulih dan pemahaman diri sudah baik. Psikoterapi pada pasien dengan gangguan jiwa adalah berupa terapi aktivitas kelompok (TAK).

Terapi kelompok merupakan suatu psikoterapi yang dilakukan sekelompok pasien bersama-sama dengan jalan berdiskusi satu sama lain yang dipimpin atau diarahkan oleh seorang *therapist* (Yosep, 2016).

Pengertian TAK stimulasi persepsi menurut Purwaningsih dan Karlina (2014) adalah terapi yang bertujuan untuk membantu pasien yang mengalami kemunduran orientasi, menstimulasi persepsi dalam upaya memotivasi proses berpikir dan afektif serta mengurangi perilaku maladaftif. Pengertian yang lain menurut Keliat dan Akemat (2015), TAK stimulasi persepsi adalah terapi yang menggunakan aktivitas sebagai stimulus dan terkait dengan pengalaman dan/atau kehidupan untuk didiskusikan dalam kelompok.

Menurut Purwaningsih dan Karlina (2014) TAK mempunyai manfaat terapeutik, yaitu manfaat umum, khusus dan rehabilitasi. Selengkapnya seperti pada uraian berikut:

- 1) Meningkatkan kemampuan uji realitas (*reality testing*) melalui komunikasi dan umpan balik dengan atau dari orang lain.
- 2) Melakukan sosialisasi.
- 3) Membangkitkan motivasi untuk kemajuan fungsi kognitif dan afektif.
- 4) Meningkatkan identitas diri.
- 5) Menyalurkan emosi secara konstruktif.
- 6) Meningkatkan keterampilan hubungan interpersonal atau sosial.
- 7) Meningkatkan keterampilan ekspresi diri.
- 8) Meningkatkan keterampilan sosial.
- 9) Meningkatkan kemampuan empati.
- 10) Meningkatkan kemampuan atau pengetahuan pemecahan masalah.

Jumlah anggota kelompok yang nyaman adalah kelompok kecil yang anggotanya berkisar antara 5-12 orang (Keliat dan Akemat, 2015). Jumlah anggota kelompok kecil menurut Stuart dan Laraia (dalam Keliat dan Akemat, 2015) adalah 7-10 orang, sedangkan menurut Rawlins, Williams, dan Beck (1993, dalam Keliat dan Akemat, 2015) adalah 5-10 orang. Jika anggota kelompok terlalu besar akibatnya tidak semua anggota mendapat kesempatan mengungkapkan perasaan, pendapat, dan pengalamannya. Jika terlalu kecil, tidak cukup variasi informasi dan interaksi yang terjadi. Menurut Johnson (dalam Yosep, 2016) terapi kelompok sebaiknya tidak lebih dari 8 anggota karena interaksi dan reaksi interpersonal yang terbaik terjadi pada kelompok dengan jumlah sebanyak itu. Apabila keanggotaanya lebih dari 10, maka akan terlalu banyak tekanan yang dirasakan oleh anggota sehingga anggota merasa lebih terekspos, lebih cemas, dan seringkali bertingkah laku *irasional*.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori

1. Pengkajian

Data penting yang perlu dikaji pada pasien dengan halusinasi (Budi Anna Keliat, 2011) yaitu:

a. Jenis dan isi halusinasi

Jenis halusinasi menurut data objektif dan subjektifnya. Data objektif dapat dikaji dengan cara mengobservasi perilaku pasien, sedangkan data subjektif dapat dikaji dengan melakukan wawancara dengan pasien. Melalui data ini, maka dapat diketahui isi halusinasi pasien.

b. Waktu, frekuensi dan situasi yang menyebabkan halusinasi

Perlu dikaji waktu, frekuensi dan situasi munculnya halusinasi yang dialami pasien. Kapan haalusinasi terjadi, jika mungkin jam berapa, frekuensi terjadinya apakah terus-menerus atau hanya sesekali. Situasi terjadinya, apakah jika sedang berdiri, atau setelah terjadi kejadian tertentu. Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadinya halusinasi dan untuk menghindari situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi sehingga pasien tidak larut dengan haluasinasinya. Dengan mengetahui frekuensi terjadinya halusinasi, tindakan untuk mencegah terjadinya halusinasi dapat direncanakan.

c. Respons halusinasi

Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasinya muncul, ditanyakan kepada pasien tentang perasaan atau tindakan pasien saat halusinasi terjadi. Ditanyakan kepada keluarga pasien atau orang terdekat dengan pasien atau dengan mengobservasi perilaku pasien saat halusinasi.

Menurut Keliat et al., (2019) data yang perlu dikaji pada pasien halusinasi dikategorikan menjadi mayor dan minor, yaitu:

a. Mayor

1) Subyektif: mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya, melihat benda, orang atau sinar tanpa ada objeknya, menghidu bau-bauan yang tidak sedap seperti bau badan padahal tidak, merasa pengecapan yang tidak enak, merasakan rabaan atau gerakan badan.

2) Objektif: bicara sendiri, tertawa sendiri, melihat ke satu arah, mengarahkan telinga ke arah tertentu, tidak dapat memfokuskan pikiran, diam sambil menikmati halusinasinya.

b. Minor

1) Subjektif: sulit tidur, khawatir, takut.

2) Objektif: konsentrasi buruk, disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi, afek datar, curiga, menyendiri, melamun, mondar-mandir, kurang mampu merawat diri.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial (Fadhilah, 2019).

Diagnosis keperawatan yang muncul yaitu:

a. Harga diri rendah

b. Isolasi sosial

c. Gangguan persepsi sensori

d. Resiko perilaku kekerasan

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan pasien, individu, keluarga dan komunitas (Fadhilah dkk., 2019). Intervensi keperawatan berisi tentang tindakan yang harus perawat lakukan untuk mengatasi diagnosis keperawatan pasien dan mewujudkan hasil yang

diharapkan. Intervensi keperawatan memiliki beberapa tahapan yaitu mengidentifikasi tujuan pasien, menetapkan hasil yang diperkirakan, memilih tindakan keperawatan, mendelegasikan tindakan, dan menuliskan rencana asuhan keperawatan.

Intervensi keperawatan pada pasien dengan masalah gangguan persepsi sensori terdiri dari dua intervensi yaitu intervensi utama terdiri dari manajemen halusinasi, minimalisasi rangsangan dan pengekangan kimiawi. Intervensi pendukung yang terdiri dari dukungan pelaksanaan ibadah, dukungan pengungkapan kebutuhan, edukasi perawatan diri, edukasi Teknik mengingat, manajemen delirium, manajemen dimensia, manajemen perilaku, manajemen stress, pencegahan bunuh diri, pencegahan perilaku kekerasan, promosi perawatan diri, terapi aktifitas, terapi kelompok, terapi koqnitif perilaku, dan terapi relaksasi (Fadhilah dkk, 2019).

4. Impelementasi Keperawatan

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan rencana atau intervensi keperawatan. Implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan perencanaan. Perawat melakukan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk rencana yang disusun dalam tahap rencana dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon pasien terhadap tindakan tersebut (Stuart, 2016).

5. Evaluasi

Hasil evaluasi yang didapatkan pada asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi adalah penurunan tanda dan gejala halusinasi, dan peningkatan kemampuan pasien mengendalikan halusinasi, dengan kriteria: Kognitif, pasien mampu: menyebutkan penyebab halusinasi, menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan (jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respons), menyebutkan akibat yang ditimbulkan dari halusinasi, menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi dan menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat. Psikomotor, pasien mampu: melawan halusinasi dengan menghardik, mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek, mengalihkan halusinasi dengan cara distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas (menggambar), minum obat secara teratur. Afektif, pasien mampu: merasakan manfaat cara-cara mengatasi halusinasi, membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.

Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan merupakan tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penentuan luaran perawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis. Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dalam penyusunannya telah disesuaikan dan dikembangkan dari standar praktik keperawatan Indonesia, dari diagnosis keperawatan gangguan persepsi sensori luaran utamanya yaitu persepsi sensori. Definisi dari luaran utama persepsi sensori adalah persepsi realita terhadap stimulus baik internal

maupun eksternal dengan ekspektasi membaik. Beberapa kriteria hasil dari luaran persepsi sensori yaitu :

- a. Verbalisasi mendengar bisikan menurun
- b. Verbalisasi melihat bayangan menurun
- c. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun
- d. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun
- e. Distorsi sensori menurun
- f. Perilaku halusinasi menurun
- g. Menarik diri menurun
- h. Melamun menurun
- i. Curiga menurun
- j. Mondar mandir menurun
- k. Respon sesuai stimulus membaik
- l. Konsentrasi membaik
- m. Orientasi membaik