

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizoafektif

2.1.1 Definisi Skizoafektif

Skizoafektif adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan dua gambaran yang berulang yaitu gambaran gangguan skizofrenia (memenuhi kriteria A skizofrenia) dan episode mood baik depresi mayor maupun bipolar (Harahap, 2023).

2.1.2 Klasifikasi Skizoafektif

Menurut (Annisa & Ikawati, Apt., 2021) Skizoafektif terdiri menjadi tiga golongan, yaitu :

1. Skizoafektif tipe manik (F25.0)
Merupakan suatu gangguan psikotik dengan gejala skizofrenia dan manik sama-sama menonjol dalam satu episode.
2. Skizoafektif tipe depresi (F25.1)
Merupakan suatu gangguan psikotik dengan gejala skizofrenia dan depresi sama-sama menonjol dalam satu episode yang sama.
3. Skizoafektif tipe campuran (F25.2)
Merupakan suatu gangguan psikotik dengan gejala skizofrenia disertai dengan gejala depresi dan manik.

2.1.3 Etiologi Skizoafektif

Menurut (Wijaya, 2018) tanda dan gejala skizoafektif diantaranya: (1) Gangguan skizoafektif merupakan salah satu jenis skizofrenia atau salah satu jenis gangguan mood (2) Gangguan skizoafektif merupakan kondisi umum dari skizofrenia dan gangguan mood. (3) Gangguan skizoafektif merupakan suatu tipe psikosis ketiga yang berbeda, tipe yang tidak berhubungan dengan skizofrenia maupun gangguan mood. (4) Kemungkinan terbesar bahwa

gangguan skizoafektif adalah kelompok gangguan yang heterogen yang meliputi semua tiga kemungkinan pertama. Sebagian besar penelitian telah menganggap pasien dengan gangguan skizoafektif sebagai suatu kelompok heterogen.

2.1.4 Faktor Risiko Skizoafektif

Menurut ((Kartikadewi, 2015) faktor risiko dari skizoafektif adalah:

1. Skizoafektif depresi lebih sering pada orang tua
2. Tipe bipolar lebih sering pada dewasa muda
3. Prevalensi perempuan lebih tinggi, terutama wanita menikah
4. Apabila terjadi pada laki-laki maka akan bersamaan dengan perilaku antisosial dan efek yang tumpul

2.1.5 Manifestasi Klinis skizofrenia

Pada gangguan skizoafektif, gejala klinis berupa gangguan episodik, gejala gangguan mood, dan gejala skizofrenia terjadi secara bersamaan atau bergantian selama beberapa hari dalam episode penyakit yang sama PPDGJ-III Gejala Klinis Berdasarkan Pedoman Klasifikasi dan Diagnosa Gangguan (Wijaya, 2018) :

1. “*Thought echo*” : isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda
2. “*Delusion of control*”: waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar;
3. Halusinasi pendengaran: suara halusinasi terus menerus terhadap perilaku pasien, atau mendiskusikan perihal pasien di antara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara), atau jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.

4. Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh-gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*), atau *fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme*, dan *stupor*.
5. Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*), yang berakibat inkoherenensi atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme.
6. Gejala-gejala negatif, seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.

2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut (Istiono, 2019) penatalaksanaan dari skizoafektif yaitu:

1. Fase akut

a) Skizoafektif, Tipe Manik atau Tipe Campuran

1) Farmakoterapi

Injeksi :

- a) Olanzapin, dosis 10 mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 30mg/hari
- b) Aripiprazol, dosis 9,75 mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 29,25 mg/hari.
- c) Haloperidol, dosis 5mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap setengah jam, dosis maksimum 20mg/hari.
- d) Diazepam 10mg/2 mL injeksi intravena/ intramuskulus, dosis maksimum 30mg/hari

Oral :

- a) Olanzapin 1 x 10-30 mg / hari atau risperidone 2 x 13 mg / hari atau quetiapin hari I (200mg), hari II (400 mg), hari

III (600 mg) atau hari I (1x300 mg XR), dan seterusnya dapat dinaikkan menjadi 1x600 mg-XR) atau aripirazol 1 x 10-30 mg / hari

b) Litium karbonat 2 x 400 mg, dinaikkan sampai kisaran terapeutik 0,8-1,2 mEq/L (biasanya dicapai dengan dosis litium karbonat 1200-1800 mg / hari, pada fungsi ginjal normal) atau divalproat dengan dosis 2 x 250 mg / hari (atau konsentrasi plasma 50-125 µg/L) atau 1-2 x500mg/hari ER.14

c) Lorazepam 3 x 1-2 mg/hari kalau perlu (gaduh gelisah atau insomnia).

d) Haloperidol 5-20 mg/hari

Terapi (Monoterapi) :

a) Olanzapin, Risperidon, Quetiapin, Aripirazol

b) Litium, Divalproat.

Terapi Kombinasi :

a) Olz +; Li/Dival Olz + Lor; Olz + Li/Dival+Lor

b) Ris + Li/Dival; Ris + Lor; Ris + Li/Dival + Lor

c) Que + Li/Dival

d) Aripip + Li/Dival; Aripip + Lor; Aripip + Li/Dival + Lor

Lama pemberian obat untuk fase akut adalah 2-8 minggu atau sampai tercapai remisi absolut yaitu YMRS \leq 9 atau MADRS \leq 11 dan PANSS-EC \leq 3 per butir PANSS-EC.

2) Psikoedukasi

3) Terapi lainnya : ECT (untuk pasien refrakter)

b) Skizoafektif, Tipe Depresi

1) Psikofarmaka

Injeksi :

- a) Olanzapin, dosis 10mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 30mg/hari
- b) Aripiprazol, dosis 9,75mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 29,25mg/hari.¹⁵
- c) Haloperidol, dosis 5mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap setengah jam, dosis maksimum 20mg/hari
Diazepam 10mg/2 mL injeksi intraven
- d) a/intramuskulus, dosis maksimum 30mg/hari

Oral :

- a) Litium 2 x 400 mg/hari, dinaikkan sampai kisaran terapeutik 0,8-1,2 mEq/L (biasanya dicapai dengan dosis litium karbonat 1200-1800 mg/hari, pada fungsi ginjal normal) atau divalproat dengan dosis awal 3 x 250 mg/hari dan dinaikkan setiap beberapa hari hingga kadar plasma mencapai 50-100 mg/L atau karbamazepin dengan dosis awal 300-800 mg/hari dan dosis dapat dinaikkan 200 mg setiap 2-4 hari hingga mencapai kadar plasma 4-12 µg/mL sesuai dengan karbamazepin 800-1600 mg/hari atau lamotrigin dengan dosis 200-400 mg/hari
- b) Antidepresan, SSRI, misalnya fluoksetin 1 x 10-20 mg/hari
- c) Antipsikotika generasi kedua, 1 x 10-30 mg/hari atau risperidone 2 x 1-3 mg/hari atau quetiapin hari I (200mg), hari II (400 mg), hari III (600 mg) dan seterusnya atau aripiprazol 1 x 10-30mg/hari.
- d) Haloperidol 5-20 mg/hari. Lama pemberian obat untuk fase akut adalah 2-8 minggu atau sampai tercapai remisi

absolut yaitu $YMRS \leq 9$ atau $MADRS \leq 11$ dan $PANSS-EC \leq 3$ untuk tiap butir PANSS EC.

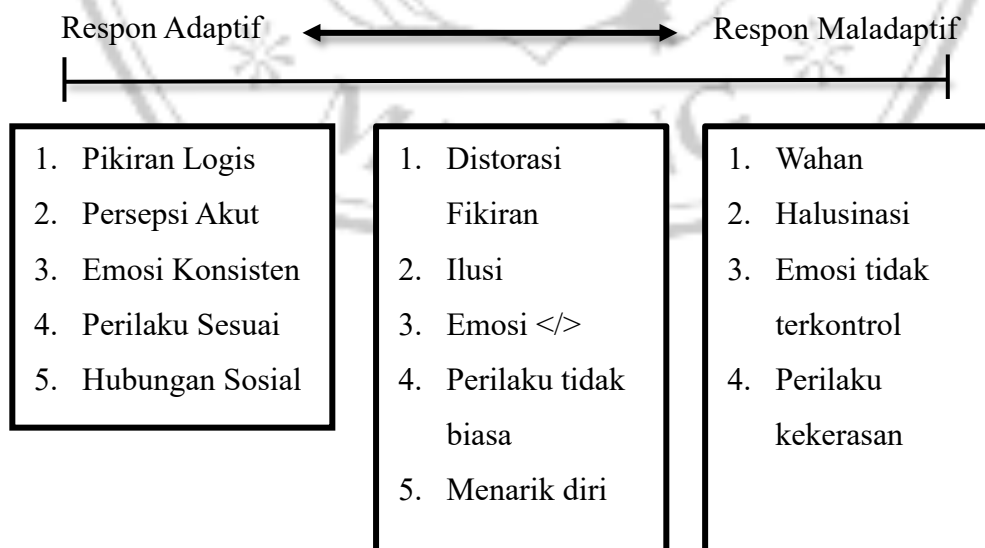
2.2 Konsep Halusinasi

2.2.1 Pengertian Halusinasi

Halusinasi dapat didefinisikan sebagai suatu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi merasakan sensasi palsu berupa penglihatan, pengecapan, perabaan, penghiduan, atau pendengaran. Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Pasien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh pasien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara (Maharani, F, et al., 2022)

2.2.2 Rentan Respon

Respon perilaku pasien dapat diidentifikasi sepanjang rentang respon yang berhubungan dengan fungsi neurobiologi. Perilaku yang dapat diamati dan mungkin menunjukkan adanya halusinasi disajikan dalam tabel berikut (Stuart G. W., 2020)



(Stuart GW, 2020)

a. Respon Adaptif

1) Pikiran logis

Pendapat atau pertimbangan yang dapat diterima akal

2) Persepsi Akurat

Mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui pancaindera (pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecap, dan perabaan).

3) Emosi Konsisten dengan pengalaman

Kemantapan perasaan jiwa dengan peristiwa yang pernah dialami.

4) Perilaku Sesuai

Perilaku individu berupa tindakan nyata dalam menyelesaikan masalah masih dapat diterima oleh norma-norma sosial dan budaya umum yang berlaku.

5) Hubungan Sosial

Hubungan seseorang dengan orang lain dalam pergaulan ditengah-tengah masyarakat.

b. Respon Transisi

1) Distorasi Fikiran

Kegagalan dalam mengabstrakkan dan mengambil keputusan.

2) Ilusi

Persepsi atau respon yang salah terhadap stimulus sensoris.

3) Reaksi emosional berlebihan atau kurang

Emosi yang di ekspresikan dengan sikap yang tidak sesuai.

4) Perilaku ganjil atau tidak lazim

Perilaku aneh yang tidak enak, membingungkan, kesukaran mengelola dan tidak kenal orang lain.

5) Menarik diri

Perilaku menghindar dari orang lain

c. Respon Maladaptif

- 1) Waham
Keyakinan yang salah secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan realita sosial.
- 2) Halusinasi
Persepsi yang salah tanpa adanya rangsangan.
- 3) Ketidakmampuan mengalami emosi
Ketidakmampuan atau menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan, kebahagiaan, keakraban, dan kedekatan.
- 4) Ketidakteraturan
Ketidakselarasan antara perilaku dan gerakan yang ditimbulkan.
- 5) Isolasi Sosial
Suatu keadaan kesepian yang dialami oleh seseorang karena orang lain menyatakan sikap yang negatif dan mengancam

2.2.3 Faktor Penyebab

Adapun beberapa factor penyebab halusinasi sebagai berikut (Tuti et al., 2022)

a. Faktor Predisposisi

Merupakan faktor yang melatarbelakangi terjadinya perubahan, penyimpangan pertumbuhan dan perkembangan yang mempengaruhi perilaku (Stuart G. W., 2020). Ada beberapa faktor penyebab terjadinya gangguan halusinasi yaitu factor perkembangan, sosiokultural, biokimia, psikologis, genetik dan pola asuh. adapun penjelasan yang lebih diteil dari masing-masing faktor adalah sebagai berikut:

- 1) Faktor Perkembangan
 - 2) Sosiokultural
 - 3) Faktor Biokimia
 - 4) Sosial Psikologis
 - 5) Faktor Genetik dan Pola Asuh
- b. Faktor Presipitasi**

Secara umum pasien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi, perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya. Penilaian individu terhadap stressor dan masalah koping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan (Fajrullah et al., 2019).

1) Biologis

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

2) Stress Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi terhadap stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3) Sumber Koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor

2.2.4 Jenis Halusinasi

No.	Jenis Halusinasi	Data Objektif	Data Subjektif
1.	Halusinasi Pendengaran	a. Bicara atau tertawa sendiri b. Marah-marah tanpa sebab c. Mengarahkan telinga kearah tertentu d. Menutup telinga	a. Mendengar suara- suara atau kegaduhan b. Mendengar suara- suara yang mengajak bercakap- cakap c. Mendengar suara menyuruh untuk melakukan sesuatu yang berbahaya

No.	Jenis Halusinasi	Data Objektif	Data Subjektif
2.	Halusinasi Penglihatan	a. Menunjuk-nunjuk kearah tertentu b. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas	a. Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
3.	Halusinasi Penciuman	a. Mencium seperti sedang membaui baubauan tertentu b. Menutup hidung	a. Membau bau seperti bau darah, urine, feses, dan kadang-kadang bau itu menyenangkan
4.	Halusinasi Pengecapan	a. Sering meludah b. Muntah	a. Merasa rasa seperti darah, urine, atau feses
5.	Halusinasi Perabaan	a. Menggaruk-garuk permukaan kulit	a. Mengatakan ada serangga dipermukaan kulit b. Merasa seperti tersengat listrik

Tabel 2 1 Jenis Halusinasi

2.2.5 Tanda Gejala

Tanda gejala bagi pasien yang mengalami halusinasi adalah sebagai berikut

- 1) Bicara, senyum dan tertawa sendiri
- 2) Mengatakan mendengar suara
- 3) Merusak diri sendiri/orang lain/lingkungan
- 4) Tidak dapat membedakan hal yang nyata dan yang mistis
- 5) Tidak dapat memusatkan konsentrasi
- 6) Pembicaraan kacau terkadang tidak masuk akal
- 7) Sikap curiga dan bermusuhan
- 8) Menarik diri, menghindari dari orang lain,
- 9) Sulit membuat keputusan

- 10) Ketakutan dan mudah tersinggung
- 11) Menyalahkan diri sendiri/orang lain dan tidak mampu memenuhi kebutuhan sendiri
- 12) Muka merah kadang pucat, ekspresi wajah tegang, tekanan darah meningkat, nadi cepat dan banyak keringat

2.2.6 Fase Halusinasi

Halusinasi terdiri dari beberapa fase (Saleha, 2022)

a. Fase pertama /*sleep disorder*

Pada fase ini pasien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dikhianati kekasih, masalah di kampus, drop out, dst.

b. Fase Kedua / *Comforting*

Pasien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan, dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan.

c. Fase Ketiga / *Condemning*

Pengalaman sensori pasien menjadi sering datang dan mengalami bias. Pasien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan pasien mulai menarik diri dari orang lain, dengan intensitas waktu yang lama.

d. Fase Keempat / *Kontrolling Severe Level of Anxiety*

Pasien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Pasien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.

e. Fase ke lima / *Conquering Panic Level of Anxiety*

Pengalaman sensorinya terganggu. Pasien mulai terasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila pasien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya.

2.2.7 Proses Terjadinya

Proses terjadinya halusinasi diawali dengan seseorang yang mengalami halusinasi akan menganggap sumber dari halusinasi berasal dari lingkungan stimulasi eksternal. Padahal sumber itu berasal dari stimulus internal yang berasal dari dalam dirinya tanpa ada stimulus eksternal (Anjani et al., 2023).

Pada fase awal masalah itu menimbulkan peningkatan kecemasan yang terus-menerus dan pendukung yang kurang akan membuat persepsi untuk membedakan yang dipikirkan dengan perasaan sendiri, pasien sulit tidur sehingga terbiasa menghayal dan pasien biasa menganggap lamunan itu sebagai pemecahan masalah. Meningkatnya pula pada fase *comforting*, pasien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya cemas, kesepian, perasaan berdosa dan sensorinya dapat diatur. Pada fase ini merasa nyaman dengan halusinasinya (Anjani et al., 2023).

Halusinasi jadi sering terjadi karena pasien tidak mampu lagi mengontrol dan berupaya menjaga jarak dengan obyek yang dipersepsikan. Pada fase *codeming* pasien mulai menarik diri dari orang lain. Pada fase *controlling* pasien bisa merasakan kesepian. Pada fase *conquering* lama-kelamaan pengalaman sensorinya terganggu, pasien merasa terancam dengan halusinasinya terutama bila menuruti kemauan dari halusinasinya tersebut.

2.2.8 Mekanisme Koping Halusinasi

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stressor: pada halusinasi terdapat 3 mekanisme koping yaitu

- 1) With Drawal : Menarik diri dan pasien sudah asik dengan pengalaman internalnya
- 2) Proyeksi : Menggambarkan dan menjelaskan persepsi yang membingungkan Regresi : Terjadi dalam hubungan sehari hari untuk memproses masalah dan mengeluarkan sejumlah energi dalam mengatasi cemas.

2.2.9 Penatalaksanaan

Menurut (Fajrullah et al., 2019b) penatalaksanaan medis pada pasien halusinasi dibagi menjadi dua:

1. Terapi Farmakologi

a. Haloperidol

- Klasifikasi : antipsikotik, neuroleptic, butirofenon
- Indikasi

Penatalaksanaan psikosis kronik dan akut, pengendalian hiperaktivitas dan masalah perilaku berat pada anak-anak.

- Mekanisme Kerja

Mekanisme kerja anti psikotik yang tepat belum dipenuhi sepenuhnya, tampak menekan susunan saraf pusat pada tingkat subkortikal formasi reticular otak, mesenfalon dan batang otak.

- Kontraindikasi

Hipersensivitas terhadap obat ini pasien depresi SSP dan sumsum tulang belakang, kerusakan otak

subkortikal, penyakit Parkinson dan anak dibawah usia 3 tahun.

- Efek Samping

Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, mulut kering dan anoreksia

b. Clorpromazin

- Klasifikasi : sebagai antipsikotik, antiemetic.

- Indikasi

Penanganan gangguan psikotik seperti skizofrenia, fase mania pada gangguan bipolar, gangguan skizofrenia, ansietas dan agitasi, anak hiperaktif yang menunjukkan aktivitas motoric berlebih.

- Mekanisme Kerja

Mekanisme kerja antipsikotik yang tepat belum dipahami sepenuhnya, namun berhubungan dengan efek antidopaminergik. Antipsikotik dapat menyekat reseptor dipamine postsinaps pada ganglia basa, hipotalamus, system limbic, batang otak dan medulla.

- Kontraindikasi

Hipersensitivitas terhadap obat ini, pasien koma atau depresi sumsum tulang, penyakit Parkinson, insufiensi hati, ginjal dan jantung, anak usia dibawah 6 tahun dan Wanita selama masa kehamilan dan laktasi.

- Efek Samping

Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, hipertensi, ortostatik, hipotensi, mulut kering, mual dan muntah.

c. Trihexypenidil (THP)

- Klasifikasi antiparkinson

- Indikasi

Segala penyakit Parkinson, gejala ekstra pyramidal berkaitan dengan obat antiparkinson.

- Mekanisme Kerja

Ketidakeimbangan defisiensi dopamine dan kelebihan asetilkolin dalam korpus striatum, asetilkolin disekat oleh sinaps untuk mengurangi efek kolinergik berlebihan.

- Kontraindikasi

Hipersensitivitas terhadap obat ini, glaucoma sudut tertutup, hipertropi prostat pada anak dibawah usia 3 tahun.

- Efek Samping

Mengantuk, pusing, disorientasi, hipotensi, mulut kering, mual dan muntah.

2. Terapi Non Farmakologi

a. Terapi Aktivitas Kelompok

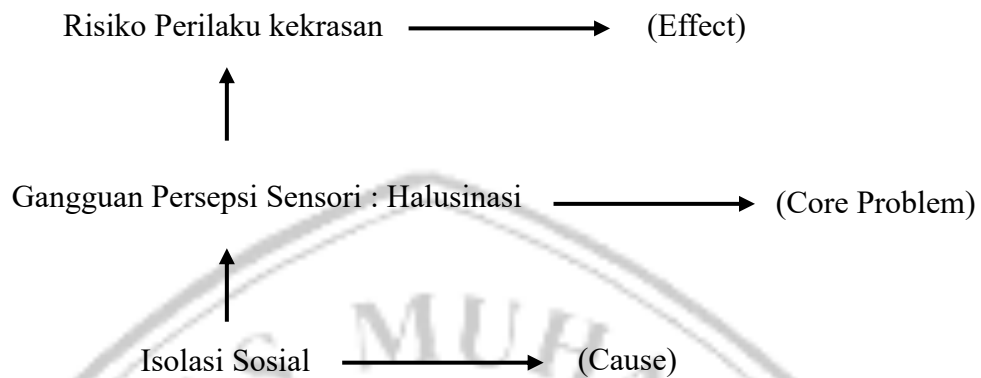
Terapi aktivitas kelompok yang sesuai dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi adalah TAK Stimulasi Persepsi.

b. Elektro Convulsif Therapy (ECT)

Merupakan pengobatan secara fisik menggunakan arus listrik dengan kekuatan 75-100 volt, cara kerja belum diketahui secara jelas namun dapat dikatakan bahwa terapi ini dapat memperpendek lamanya serangan Skizofrenia dan dapat mempermudah kontak dengan orang lain.

c. Pengekangan atau pengikatan

2.2.10 Pohon Masalah



2.3 Manajemen Halusinasi

Manajemen Halusinasi menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018

1) Observasi

- Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi
- Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan
- Monitor isi halusinasi (mis: kekerasan atau membahayakan diri)

2) Terapeutik

- Pertahankan lingkungan yang aman
- Lakukan Tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis: limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)
- Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi
- Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi

3) 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 (mis: mendengarkan music, melakukan aktivitas dan Teknik relaksasi)
- Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi

4) Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu

