

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang ditandai dengan permasalahan utama berasal dari dalam otak, sehingga menghasilkan gangguan pada emosi dan perilaku, pikiran menjadi tidak terhubung secara logis, kelirunya persepsi, perhatian yang datar atau tidak sesuai, serta berbagai gangguan aktivitas motorik yang aneh (Priyatama et al., 2023).

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang mengganggu emosi, perilaku, perhatian, dan hilangnya realitas sehingga individu tidak dapat membedakan antara fantasi (delusi dan halusinasi) dengan kenyataannya (Priyatama et al., 2023).

Skizofrenia biasanya timbul secara tidak langsung dimana keluarga biasanya kurang menyadari dan mengenali bahwa terdapat sesuatu yang janggal atau tidak normal dalam kurun waktu yang lama. Skizofrenia kadang kala juga muncul secara tiba-tiba. Terkadang perubahan tingkah laku, kebiasaan dan pola kehidupan yang dramatis terjadi dalam beberapa hari (Diana Putri, 2020).

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan Skizofrenia adalah gangguan psikotik serius yang mempengaruhi emosi, perilaku, dan kemampuan individu untuk berpikir secara logis. Gangguan ini dapat

muncul secara bertahap, sering kali tanpa disadari oleh keluarga, atau tiba-tiba karena perubahan perilaku yang dramatis. Penderita cenderung menarik diri dari interaksi sosial dan terjebak dalam delusi serta halusinasi, yang mengakibatkan kesulitan membedakan antara kenyataan dan fantasi.

2.1.2 Jenis Skizofrenia

Menurut (Singh et al., 2020), klasifikasi Skizofrenia terbagi menjadi 6 (enam) bagian yaitu :

1. Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia ini merupakan subtype utama di mana gejalanya menyesatkan dan halusinasi pendengaran yang jelas. Gejala utamanya adalah gerakan mengigau atau delusi keagungan, di mana pihak mengejar orang tersebut seseorang yang ingin menyakitinya. Hal ini dapat mempersulit mereka untuk tetap bekerja, melakukan pekerjaan rumah, menjaga persahabatan dan bahkan mencari perawatan medis. Selain itu gejala Skizofrenia lainnya seperti bicara tidak teratur, afek dangkal, perilaku katatonik atau tidak teratur, tidak ada atau kurang jelas dibandingkan gejala positif ini.

2. Skizofrenia Hebefreni

- a. Kriteria untuk subtype ini ditandai dengan bicara Tidak Teratur melibatkan asosiasi yang longgar, ketekunan, neologisme, dan

hampir tidak mungkin untuk memahami apa yang dikatakan orang tersebut.

- b. Perilaku Tidak Terorganisir Perilaku tidak teratur termasuk agitasi, kesulitan dalam bertindak dengan tepat dalam situasi sosial, memakai banyak lapisan pakaian di hari yang hangat, kekonyolan seperti anak kecil, perilaku seksual yang tidak pantas di depan umum, buang air kecil di depan umum dan mengabaikan kebersihan pribadi, kesulitan memulai atau menyelesaikan.
- c. Flat or Inappropriate Affect Kurangnya menunjukkan emosi yang ditandai dengan ekspresi wajah lesu dan tidak berubah dan sedikit atau tidak ada perubahan dalam kekuatan, nada, atau nada suara. Misalnya, setelah mendengar berita bagus, seseorang dengan Skizofrenia mungkin tidak tersenyum, tertawa, atau tidak memiliki Kegembiraan dalam tanggapan mereka (misalnya, kontak mata yang buruk, kurangnya ekspresi wajah).

3. Skizofrenia Katatonik

Skizofrenia katatonik adalah salah satu ciri dari penyakit mental serius yang disebut Skisofrenia. Penyakit mental tersebut membuat orang seseorang tidak bisa membedakan kenyataan dengan yang bukan, suatu keadaan pikiran yang disebut psikosis. Skizofrenia katatonik mempengaruhi cara seseorang bergerak

secara ekstrim. Misalnya pengidap bisa tetap diam atau bisu, dan tidak menanggapi instruksi atau sebaliknya. Pengidap bisa menjadi hiperaktif tanpa alasan. Pengidap skizofrenia katatonik juga bisa mengalami seperti : delusi (memiliki keyakinan yang salah), Halusinasi (mengalami hal-hal yang tidak konsisten dengan realita termasuk melihat), Gangguan pikiran (menunjukkan pemikiran yang tidak terorganisir), Kurangnya motivasi (berhenti atau mengurangi aktivitas sehari-hari), Ekspresi emosional yang buruk (mungkin tidak bereaksi terhadap peristiwa bahagia/sedih, bereaksi secara tidak tepat), Penarikan sosial (menarik diri dari kegiatan sosial), Wawasan yang buruk (mungkin tidak menyadari penyakitnya), Kesulitan kognitif (konsentrasi, organisasi memori, ketrampilan dan perencanaan yang buruk).

4. Skizofrenia Tak Terinci

Skizofrenia tak terinci ini adalah kategorisasi untuk orang-orang yang tidaksesuai dengan tiga kategori sebelumnya (paranoid, tidak teratur, katatonik). Individu-individu ini mengalami delusi, halusinasi, disorganisasi, perilaku katatonik, efek datar, energi rendah, paranoia, perlambatan psikomotor dan penarikan sosial.

5. Skizofrenia Residual

Pasien tidak mengalami delusi, halusinasi, bicara yang tidak teratur, perilaku yang tidak teratur atau katatonik. Di sisi lain,

mereka mengalami gejala negatif dari Skizofrenia, misalnya, sulit memusatkan perhatian, menarik diri dari pergaulan, apatis, penurunan bicara, dll.

6. Gangguan Skizofreni afektif

Gangguan umum Pasien mengalami gejala psikotik, seperti halusinasi atau delusi, serta gejala mania atau episode bipolar depresi atau campuran keduanya.

2.1.3 Definisi Skizofrenia Afektif

Skizoafrenia afektif merupakan salah satu gangguan jiwa berat. Skizofrenia afektif masih termasuk dalam golongan skizofrenia, gambaran klinis pada tipe ini didominasi oleh gangguan pada alam perasaan (mood, affect) (Dwiranto et al., 2021). Gangguan skizofrenia afektif adalah penyakit dengan gejala psikotik yang persisten, seperti halusinasi atau delusi, terjadi bersama-sama dengan masalah suasana (mood disorder) seperti depresi, manik, atau episode campuran. Diagnosis gangguan *skizofrenia afektif* hanya dibuat apabila gejala-gejala definitif adanya *skizofrenia* dan gangguan afektif bersama-sama menonjol pada saat yang bersamaan, atau dalam beberapa hari sesudah yang lain, dalam episode yang sama. Sebagian diantara pasien gangguan *skizofrenia afektif* mengalami (Rades & Wulan, 2016).

Resiko perilaku kekerasan suatu rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk verbal maupun fisik. Jika tidak ditangani dengan segera akan berakibat fatal dengan

membahayakan diri sendiri yaitu melukai diri dengan bunuh diri, menciderai orang lain dan perilaku merusak lingkungan sekitar (Pardede et al., 2020). Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yaitu muka marah dan tegang, mata melotot/ pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup dan jalan mondar-mandir.

Dari pengertian di atas dapat di simpulkan Skizofrenia afektif adalah gangguan berat jiwa yang termasuk dalam kategori skizofrenia, ditandai dengan gejala psikotik seperti halusinasi atau delusi, bersamaan dengan gangguan suasana hati (mood disorder) seperti depresi atau mania. Diagnosis ditegakkan jika gejala skizofrenia frenia dan gangguan afektif muncul secara bersamaan atau dalam waktu dekat.

2.1.4 Tanda Dan Gejala Skizofrenia

Menurut Yosep dalam (Tri Suharto, 2024) , gejala-gejala penderita Skizofrenia yaitu :

1. Gangguan Pikiran

Skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. Gejala yang biasanya timbul, yaitu pasien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukkan hati, memberi kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri.

2. Delusi

Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya pada penderita Skizofrenia, lampu trafik di jalan raya yang berwarna merah-kuning-hijau, dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa.

3. Halusinasi

Persepsi sensori tanpa rangsangan eksternal. halusinasi Mendengar, terutama suara, dan sensasi tubuh yang aneh adalah halusinasi yang sering ditemukan diamat-amati, di intai, atau hendak diserang.

4. Afek Abnormal

Ketidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan kesulitan mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita Skizofrenia tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memperdulikan sekelilingnya.

5. Gangguan Kepribadian

Penurunan motivasi dan apatis kehilangan energi dan minat dalam hidup membuat pasien menjadi orang yang malas, perasaan yang tumpul membuat emosi menjadi datar.

2.2 Konsep Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan

2.2.1 Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori tentang suatu objek atau gambaran dan pikiran yang sering terjadi pada pasien yang mengalami gangguan jiwa, dimana tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem penginderaan dan hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Pasien memberikan persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa adanya objek atau rangsangan yang nyata. (Kusumawati, 2020).

Sementara halusinasi penglihatan bisa disebabkan karena penyakit tertentu, obat-obatan, kurang tidur, stress berat dan kemungkinan besar halusinasi penglihatan terjadi karena sistem visual otak tak lagi menerima informasi dari mata dan akhirnya membuat gambaran sendiri. Gejala positif dari skizofrenia ditandai dengan halusinasi, waham, perilaku aneh serta pikiran yang terorganisir. Gejala negatif ditandai dengan penarikan diri dilingkungan, ketidakstabilan emosi, penyesuaian diri yang buruk, sulit berpikir, kurangnya spontanitas, kesulitan berbicara, susah menirukan Intan Permatasari & Rochmawati (2021).

Halusinasi merupakan persepsi pasien yang salah melalui panca indra terhadap lingkungan tanpa ada stimulus atau rangsangan yang nyata, dan kondisi dimana pasien mendengar suara, terutama suara – suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya

dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu. Halusinasi paling sering terjadi Ketika pasien mendengar suara – suara, halusinasi ini sudah melebur dan pasien merasa sangat ketakutan, panik dan tidak bisa membedakan antara khayalan dan kenyataan yang dialaminya (Hafizuddin, 2021).

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan Halusinasi adalah gangguan persepsi sensorik yang terjadi tanpa rangsangan eksternal, sering dialami oleh pasien dengan gangguan jiwa. Hal ini dapat melibatkan semua sistem indra dan membuat individu sulit membedakan antara rangsangan internal (pikiran) dan eksternal (dunia nyata).

2.2.2 Etiologi

Pada pendapat Luana (2018), mengatakan bahwa penyebab dari skizofrenia, antara lain:

a. Fator Biologis

1. Ibu penderita skizofrenia yang melahirkan bayi laki - laki Bayi laki-laki yang terdapat komplikasi saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia, hipoksia perinatal akan meningkatkan kerentanan seseorang terhadap skizofrenia.
2. Memiliki hipotesis pada hormon dopamine.

Dopamine merupakan neurotransmitter berkontribusi terhadap gejala dari skizofrenia.

3. Infeksi

Penelitian mengatakan bahwa terpapar infeksi virus pada trimester kedua kehamilan akan meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami skizofrenia.

4. Kelainan struktur otak

Otak pada pasien penderita skizofrenia sedikit berbeda pada orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan ada beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik.

5. Hipotesis pada Serotonin.

Suatu zat yang bersifat campuran agonis (antagonis) 5-HT. Ternyata zat tersebut menyebabkan keadaan psikosisnya tidak normal

b. Faktor Genetik

Menurut para ilmuwan skizofrenia diturunkan 1 persen dari masyarakat umum namun 10 persen orang yang mempunyai hubungan paling dekat seperti orang tua, kakak perempuan dan lelaki yang memiliki riwayat skizofrenia.

Halusinasi penglihatan dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti penyakit, obat-obatan, kurang tidur, dan stres berat. Pada skizofrenia, halusinasi merupakan gejala positif yang juga mencakup waham dan perilaku aneh, sedangkan gejala negatif

meliputi penarikan diri, ketidakstabilan emosi, dan kesulitan berpikir.

Faktor Penyebab halusinasi menurut (Dwi Oktiviani, 2020) adalah:

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggu, misalnya kontrol yang lemah dan kehangatan keluarga sehingga mengakibatkan klien tidak mampu mandiri dan Mudah frustrasi sejak kecil serta, kehilangan rasa percaya diri.

b. Faktor Sosial Budaya

Seseorang yang merasa tidak diterima di lingkungan sejak dini akan meninggalkan bekas luka dalam ingatannya sebagai orang dewasa dan merasa dikucilkan, sendirian, dan tidak percaya pada lingkungan.

c. Faktor Biologi

Faktor biologis mempengaruhi terjadinya gangguan jiwa Kemudian seseorang mengalami terlalu banyak stress pemicu diproduksi dalam tubuh yang didalamnya terdapat halusinogen neurokimia. Akibat ketegangan yang terus-menerus mengaktifasi neurotransmitter di otak.

d. Faktor Psikologis

Kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab itu mudah terlibat dalam kecanduan narkoba. Itu berdampak

ketidakmampuan klien untuk membuat keputusan yang tepat
klien menginginkan kesenangan sementara dan pelarian untuk
masa depannya dari dunia nyata ke dunia fantasi.

e. Faktor Sosial Budaya

Termasuk klien yang mengalami interaksisosial pada tahap awal ,
klien menganggap bahwa kehidupan sosial sangat merasa
dikucilkan, sendirian, dan tidak percaya pada lingkungan

2. Faktor Presipitasi

a. Dimensi Fisik Halusinasi

Dapat disebabkan oleh beberapa kondisi seperti kelelahan
ekstrim, kecanduan narkoba, Demam hingga delirium,
keracunan alkohol dan kesulitan tidur panjang.

b. Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan di lantai masalah yang tidak
dapat diatasi adalah penyebab halusinasi terjadi. Isi halusinasi
bisa berupa kompulsi dan sangat buruk bagi klien untuk tidak
bisa lagi menentang pesanan sampai klien melakukan sesuatu
sesuai persyaratan tersebut.

c. Dimensi Intelektual

Menjelaskan dalam dimensi intelektual ini bahwa orang yang
menderita halusinasi mengumumkan bahwa kehadiran mereka
membuat fungsi ego terganggu. Awalnya halusinasi adalah ujian
Diri itu sendiri untuk melawan impuls represif, tetapi itu adalah

sesuatu yang dapat menginspirasi vitalitas menarik perhatian klien dan sering mendominasi semua perilaku klien.

d. Dimensi Sosial

Klien mengalami interaksi sosial pada tahap awal, klien berpikir bahwa hidup pada dasarnya adalah sosial sangat berbahaya. Klien khawatir tentang halusinasinya, seolah-olah itu adalah tempat untuk memuaskan kebutuhan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri tidak tercapai di dunia nyata.

e. Dimensi Spiritual

Bernyawa, tak berarti, kehilangan fungsi Beribadah dan jarang mencari pembersihan spiritual. Saat klien bangun dalam keadaan kosong dan dengan tujuan yang tidak jelas hidupnya. Individu sering mengutuk nasib mereka tetapi lemah dalam usaha untuk mencari nafkah, menyalahkan lingkungan dan orang lain serta memperburuk nasibnya.

2.2.3 Klasifikasi Halusinasi

Tabel 2.1 Klasifikasi Halusinasi

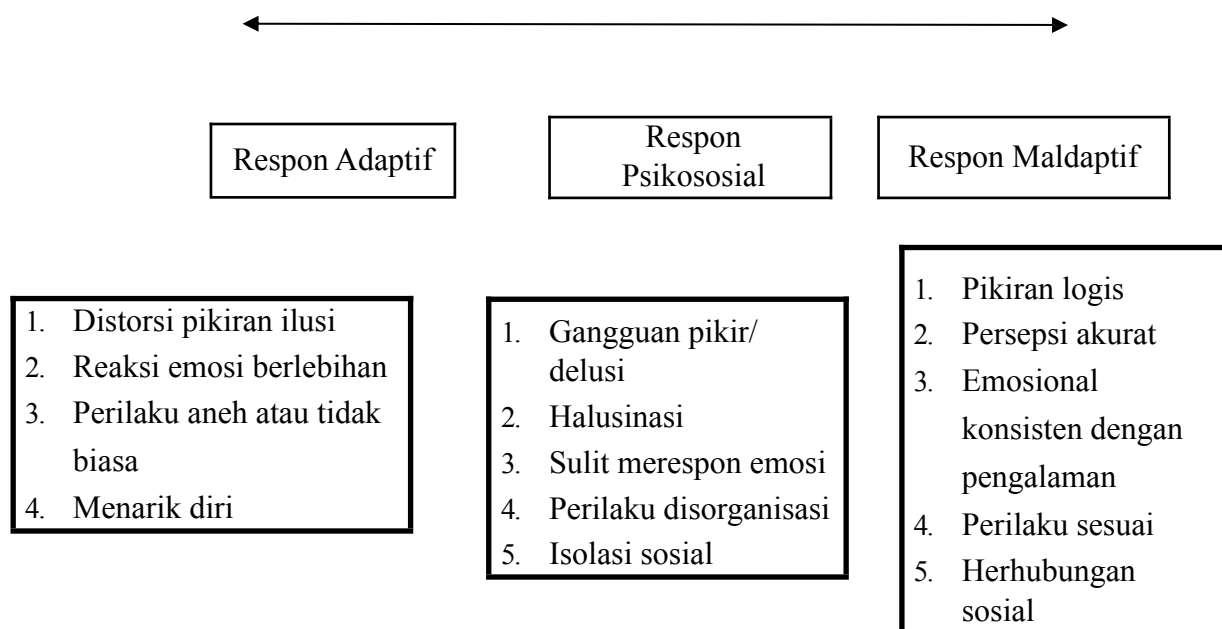
No	Jenis halusinasi	Data Objektif	Data Subjektif
1	Halusinasi pendengaran	1. Bicara atau tertawa sendiri tanpa lawan bicara 2. Marah tanpa sebab tanpa sebab mencondongkan telinga ke arah tertentu 3. Menutup telinga	1. Mendengar suara atau kegaduhan 2. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap 3. Mendengar suara yang menyuruh

2	Halusinasi penglihatan	1. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu 2. Ketakutan pada objek yang tidak jelas	1. Melihat bayangan sinar,bentuk geometris,bentuk kartun,melihat hantu atau monster
3	Halusinasi pengindu	1. Mengindu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu 2. Menutup hidung	1. Membau bau-bauan seperti bau darah,urine feses 2. kadang-kadang bau itu menyengat
4	Halusinasi pengecap	1. Sering meludah 2. Muntah	1. Merasa rasa seperti darah,urine,feses
5	Halusinasi perabaan	1) Menggaruk-garuk permukaan kulit	1. Mengatakan ada serangan di permukaan kulit 2. Merasa seperti terserang listrik

(Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015)

2.2.4 Rentang Respon Neurologis

Bagan 2.1 Rentang Respon Neurobiologi.



(Abdul Muhith, 2015)

Keterangan Rentang Respon Halusinasi:

1. Respon Adaptif

Merupakan respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu akan dapat memecahkan masalah tersebut. Respon adaptif meliputi:

- a. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- b. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
- c. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.

- d. Perilaku sesuai adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- e. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

2. Respon Psikososial Meliputi

- a. Proses pikir terganggu yang menimbulkan gangguan.
- b. Ilusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang yang benar benar terjadi (objek nyata) karena gangguan 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.
- e. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain

3. Respon Maladaptif

- a. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- b. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- c. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- d. Perilaku 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 nyawa.

2.2.5 Fase Halusinasi

Menurut Stuart dan Laraia dalam (Hernandi, 2020) menunjukkan tahapan terjadinya halusinasi terdiri dari 4 fase dan setiap fase mempunyai karakteristik yang berbeda yaitu:

a. Comforting (Halusinasi Menyenangkan, Cemas Ringan)

Klien yang berhalusinasi mengalami emosi yang intens seperti kecemasan, kesepian, rasa bersalah, takut, dan mencoba untuk fokus kepada pikiran yang menyenangkan untuk menghilangkan kecemasan. Seseorang yang mengenal baha pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kesadaran kontrol jika kecemasan tersebut dapat dikelola. Perilaku yang dapat diobservasi :

- 1) Tersenyum lebar, menyeringai tapi tampak tidak tepat.
- 2) Menggerakan bibir tanpa membuat suara
- 3) Pergerakan mata yang cepat
- 4) Respon verbal yang lambat seperti asyik
- 5) Diam dan tampak asik

b. Condemning (Halusinasi Menjijikan, Cemas Sedang)

Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan, klien yang mengalami halusinasi mulai merasa kehilangan kontrol dan mulai

menjauhkan diri dan mulai merasa malu dengan adanya pengalaman sensori tersebut. Perilaku yang dapat diobservasi :

- 1) Ditandai dengan peningkatan kerja sistem saraf otonomic yang menunjukkan kecemasan misalnya terdapat peningkatan nadi, pernafasan dan tekanan darah.
- 2) Rentang perhatian menjadi sempit.
- 3) Asyik dengan pengalaman sensori dan mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dengan realitas.

c. Controlling (Pengalaman Sensori Berkuasa, Cemas Berat)

Halusinasi lebih menonjol, menguasai dan mengontrol, klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya pada halusinasinya. Perilaku yang dapat diobservasi :

- 1) Arahan yang diberikan halusinasi tidak hanya dijadikan objek saja oleh klien namun juga akan diikuti.
- 2) Klien mengalami kesulitan untuk berhubungan dengan orang lain.
- 3) Rentang perhatian hanya pada beberapa detik atau menit.
- 4) Tampak tanda kecemasan berat seperti berkeringat, tremor, tidak mampu mengikuti perintah.

d. Conquering (Melebur Dalam Pengaruh Halusinasi, Panik)

Pengalaman sensori bisa mengancam jika klien tidak mengikuti perintah dari halusinasi. Halusinasi mungkin berakhir dalam waktu

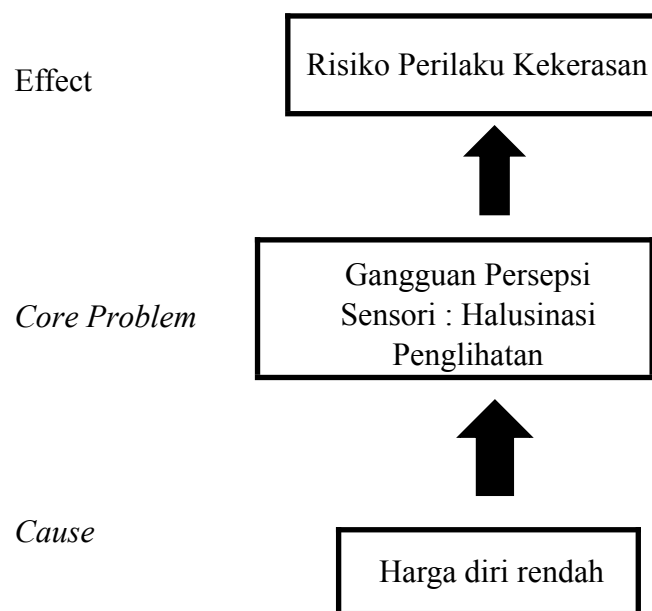
empat jam atau sehari bila tidak ada intervensi terapeutik. Perilaku yang dapat diobservasi:

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

2.2.6 Pohon Masalah Halusinasi

Pohon masalah adalah kerangka berpikir logis yang berdasarkan prinsip sebab dan akibat yang terdiri dari masalah utama, penyebab dan akibat.

Bagan 2.2 Pohon masalah Halusinasi



Sumber : (Dwi Oktiviani, 2020)

2.2.7 Tanda Dan Gejala

Tanda dan gejala halusinasi dievaluasi berdasarkan hasil observasi pasien dan ekspresi wajah pasien sebagai berikut (Dwi Oktiviani, 2020):

1. Tertawa sendiri.
2. Mengerakkan bibirnya tanpa suara.
3. Gerakan mata yang cepat.
4. Menutup telinga.
5. Respon verbal lambat.

6. Tenang dan penuh dengan hal-hal seru .
7. Tampak berbicara sendiri.
8. Gerakkanbola mata dengan cepat.
9. Bergerak seperti melempar atau menangkap sesuatu.
10. Duduk taget, melihat sesuatu, tiba – tiba lari ke ruangan lain.
11. Disorientasi (waktu, tempat, orang).
12. Mengubah keterampilan dan memecahkan masalah.
13. Perubahan perilaku dan pola komunikasi.
14. Gelisah, ketakutan, ansietas.
15. Peka terhadap rangsangan
16. Melaporkan adanya halusinasi.

2.2.8 Penatalaksanaan

A. Penatalaksanaan Medis

Halusinasi adalah salah satu gejala utama yang sering muncul pada gangguan skizofrenia, yang termasuk jenis psikosis. Penatalaksanaan skizofrenia dilakukan melalui berbagai terapi, seperti yang dijelaskan oleh (Pardede et al., 2020), meliputi :

1. Psikofarmakologis

Penggunaan obat sangat penting dalam pengobatan skizofrenia karena membantu mengurangi gejala seperti perilaku agresif, halusinasi, dan harga diri rendah. Kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat secara teratur serta mengikuti perawatan sangat diperlukan.

- 1) Haloperidol (HLD): Obat efektif untuk mengatasi hiperaktivitas, kegelisahan, agresivitas, waham, dan halusinasi.
- 2) Chlorpromazine (CPZ): Digunakan untuk mengatasi gangguan psikosis terkait skizofrenia dan perilaku yang tidak terkendali.
- 3) Triheksilfenidil (THP): Digunakan untuk mengobati parkinsonisme dan mengontrol gejala ekstrapiramidal akibat terapi obat.

Dosis :

- 1) Keadaan akut :
 - a. Haloperidol: 3x5 mg secara intramuskular setiap 8 jam.
 - b. Chlorpromazine: 25-50 mg intramuskular setiap 6-8 jam hingga gejala akut mereda.
- 2) Keadaan agitasi dan hiperaktif (tablet) :
 - a. Haloperidol: 2x1,5–2,5 mg per hari.
 - b. Chlorpromazine: 2x100 mg per hari.
 - c. Triheksilfenidil: 2x2 mg per hari.
- 3) Fase kronis (tablet):
 - a. Haloperidol: 2x0,5–1 mg per hari.
 - b. Chlorpromazine: 1x50 mg per malam.
 - c. Triheksilfenidil: 1-2x2 mg per hari. pelaksanaan medis

2. Terapi Kejang Listrik (Electroconvulsive Therapy/ECT)

ECT adalah terapi fisik yang bertujuan memicu kejang grand mal secara buatan dengan mengalirkan listrik melalui elektroda di

pelipis pasien. Frekuensi terapi tergantung pada kondisi pasien dan responsnya terhadap tindakan. Biasanya, pasien skizofrenia menerima hingga 30 kali terapi, dengan frekuensi 3 kali seminggu. Indikasi ECT meliputi depresi berat yang tidak responsif terhadap obat, gangguan bipolar yang tidak membaik dengan terapi obat, serta kondisi pasien dengan risiko bunuh diri akut.

3. Psikoterapi

Psikoterapi, meskipun memerlukan waktu yang cukup lama, adalah bagian penting dari proses terapeutik. Pendekatan ini bertujuan menciptakan rasa aman, lingkungan terapeutik, dan memotivasi pasien untuk mengungkapkan perasaan secara verbal. Pendekatan ramah, sopan, dan jujur juga membantu membangun hubungan terapeutik yang efektif.

B. Penatalaksanaan Keperawatan

Tindakan keperawatan menurut (Dermawan, 2018) dapat dibagi menjadi dua, yaitu tindakan keperawatan untuk pasien dan tindakan keperawatan untuk keluarga. Tindakan Keperawatan untuk Pasien dengan Halusinasi

1. Tindakan Keperawatan Untuk Pasien :

a. Membantu Pasien Mengenali Halusinasi

Untuk membantu pasien mengenali halusinasi, langkah yang dapat dilakukan adalah berdiskusi dengan pasien mengenai isi halusinasi yang dialaminya, seperti apa yang didengar atau

dilihat. Selain itu, penting untuk mengetahui kapan halusinasi terjadi, seberapa sering muncul, situasi yang memicu kemunculannya, serta bagaimana respons pasien saat halusinasi tersebut muncul.

b. Melatih Pasien Mengontrol Halusinasi

Pasien dapat dilatih untuk mengendalikan halusinasi dengan empat metode yang terbukti efektif :

1) Menghardik Halusinasi

Pasien diajarkan untuk melawan halusinasi dengan mengatakan "tidak" atau mengabaikan halusinasi yang muncul. Metode ini membantu pasien mengendalikan diri dan tidak mengikuti dorongan dari halusinasi.

2) Bercakap-Cakap Dengan Orang Lain

Distraksi dengan berbicara kepada orang lain dapat mengalihkan perhatian pasien dari halusinasi ke percakapan. Hal ini membuat berbicara dengan orang lain menjadi salah satu cara efektif untuk mengontrol halusinasi.

3) Melakukan Aktivitas Terjadwal

Pasien dapat diajarkan untuk mengalihkan perhatian dari halusinasi dengan melakukan aktivitas tertentu, seperti bernyanyi, membaca, atau melakukan hobi yang disukai.

Salah satu cara untuk menangani pasien dengan halusinasi adalah menggunakan terapi aktivitas terjadwal yaitu terapi okupasi aktivitas menggambar.

Aktivitas menggambar dapat membantu untuk meminimalisasi interaksi pasien dengan dunianya sendiri, mengeluarkan pikiran, perasaan atau emosi yang selama ini mempengaruhi perilaku yang tidak disadarinya, memberi motivasi dan memberikan perhatian pasien dari halusinasi yang dialami sehingga pikiran tidak terfokus dengan halusinasinya (Nurjaya et al., 2024).

4) Konsumsi Obat Secara Teratur

Penting bagi pasien untuk memahami pentingnya minum obat sesuai jadwal. Kepatuhan terhadap pengobatan membantu mengontrol halusinasi secara efektif dan mencegah kekambuhan. Pasien juga perlu diedukasi tentang pentingnya melanjutkan pengobatan meskipun sudah merasa lebih baik.

2. Tindakan Keperawatan Untuk Keluarga

a. Berdiskusi Dengan Keluarga

Diskusikan berbagai masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien dengan halusinasi, termasuk tantangan yang mungkin muncul sehari-hari.

b. Memberikan Edukasi Kesehatan

Berikan penjelasan kepada keluarga mengenai pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala yang muncul, bagaimana proses halusinasi terjadi, serta cara merawat pasien yang mengalami halusinasi.

c. Praktik Langsung

Berikan kesempatan kepada keluarga untuk mempraktikkan cara merawat pasien dengan halusinasi secara langsung di depan pasien, sehingga mereka lebih percaya diri dan terampil.

d. Perencanaan Pulang

Buat rencana kepulangan pasien bersama keluarga, termasuk tindak lanjut perawatan yang perlu dilakukan di rumah agar pasien tetap stabil dan terhindar dari kekambuhan.

2.2.9 Definisi Penerapan Terapi Okupasi Menggambar Pada Pasien Halusinasi Penglihatan

a. Definisi Penerapan Terapi Okupasi

Terapi okupasi adalah terapi yang dilkakukan melalui kegiatan atau pekerjaan terhadap pasien yang mengalami gangguan kondisi sensori motorik. Terapi menggambar dapat diartikan sebagai kegiatan teraupetik yang menggunakan proses kreatifitas dalam menggambar. Penggunaan dan pencampuran warna saat menggambar akan membuat efek menyenangkan saat individu menggambar Melalui kegiatan menggambar orang dengan

gangguan jiwa dapat mengekspresikan pikiran dan perasaannya dengan komunikasi non verbal melalui media gambar (Nurjaya et al., 2024).

b. Manfaat Terapi Okupasi Menggambar

Dapat membantu untuk meminimalisasi interaksi pasien dengan dunianya sendiri, mengeluarkan pikiran, perasaan atau emosi yang selama ini mempengaruhi perilaku yang tidak disadarinya, memberi motivasi dan memberikan perhatian pasien dari halusinasi yang dialami sehingga pikiran pasien tidak terfokus dengan halusinasinya

c. Tujuan Terapi Okupasi Menggambar

Aktivitas menggambar adalah untuk menurunkan tanda dan gejala pada pasien dengan masalah keperawatan halusinasi. Hasil : penerapan selama 3 hari terhadap dua pasien memberikan perubahan pada pasien dengan masalah keperawatan halusinasi.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan proses mengidentifikasi dan menemukan masalah utama dalam kehidupan individu, baik yang berkaitan dengan masalah fisik maupun mental. Dalam upaya membantu klien, perawat menetapkan masalah yang dialami sebagai dasar untuk merumuskan diagnosis keperawatan. Pada tahap ini, terdapat beberapa aspek yang perlu dieksplorasi terkait kasus halusinasi pada klien, yang mencakup (Keristianto, 2023) :

a. Identitas Klien

Meliputi informasi dasar seperti nama, usia, jenis kelamin, status perkawinan, agama, tanggal masuk rumah sakit (MRS), informan, tanggal pengkajian, nomor rumah, serta alamat klien.

b. Alasan Masuk

Alasan masuk pada kasus halusinasi biasanya meliputi perilaku seperti berbicara sendiri, tertawa sendiri, tersenyum sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, menarik diri dari orang lain, serta ketidakmampuan membedakan antara hal yang nyata dan tidak nyata. Gejala lain dapat mencakup ekspresi wajah tegang, mudah tersinggung, marah, merasa ketakutan, disorientasi terhadap waktu, tempat, dan orang, serta ketidakmampuan merawat diri atau melakukan aktivitas sehari-hari.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Menanyakan riwayat timbulnya gejala gangguan jiwa saat ini, penyebab munculnya gejala, upaya yang dilakukan keluarga untuk mengatasi dan bagaimana hasilnya.

d. Faktor Predisposisi

Hal-hal yang memengaruhi terjadinya halusinasi menurut (Keristianto, 2023) :

1) Faktor Biologis

Meliputi riwayat herediter gangguan jiwa dalam keluarga, risiko bunuh diri, riwayat penyakit atau trauma kepala, serta penggunaan zat adiktif (NAPZA).

2) Faktor Psikologis

Klien dengan halusinasi seringkali memiliki riwayat kegagalan yang berulang, menjadi korban kekerasan, kurangnya kasih sayang, atau pola asuh overprotektif.

3) Faktor Sosiobudaya Dan Lingkungan

Klien umumnya memiliki status sosial ekonomi yang rendah, pernah mengalami penolakan dari lingkungan semasa kecil, tingkat pendidikan rendah, serta kegagalan dalam hubungan sosial, seperti perceraian, hidup sendiri, atau tidak memiliki pekerjaan.

e. Faktor Presipitasi

Stresor presipitasi pada klien dengan halusinasi dapat mencakup riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis, atau kelainan struktur otak. Selain itu, kekerasan dalam keluarga, aturan atau tuntutan keluarga/masyarakat yang tidak sesuai dengan kondisi klien, serta konflik dalam komunitas juga menjadi faktor yang memengaruhi

1) Aspek Fisik

Melibatkan hasil pemeriksaan tanda vital, seperti tekanan darah (TD), nadi, suhu tubuh, pernapasan, tinggi badan (TB), dan berat badan (BB), serta keluhan fisik yang dialami klien. Klien dengan halusinasi sering menunjukkan peningkatan denyut jantung, tekanan darah, dan pernapasan.

2) Aspek Psikososial

Menggunakan genogram untuk memetakan hubungan keluarga selama tiga generasi, memberikan gambaran menyeluruh tentang dinamika dan dukungan sosial klien.

f. Konsep Diri

1) Citra Tubuh

Klien mungkin menolak melihat atau menyentuh bagian tubuh yang mengalami perubahan, tidak menerima perubahan tersebut, dan menolak penjelasan mengenai kondisi tubuhnya. Mereka juga cenderung memiliki pandangan negatif terhadap tubuhnya, serta merasa putus asa dan takut.

2) Identitas Diri

Klien merasa tidak yakin dengan dirinya, kesulitan mengidentifikasi keinginan, dan mengalami ketidakmampuan untuk membuat keputusan.

3) Peran

Perubahan fungsi peran dapat terjadi akibat penyakit, proses penuaan, putus sekolah, atau pemutusan hubungan kerja (PHK).

4) Harapan

Klien mungkin menunjukkan perasaan putus asa terhadap penyakitnya, namun juga dapat memiliki harapan yang terlalu tinggi terkait pemulihan atau situasi yang dihadapi.

5) Harga Diri

Klien sering merasa malu pada diri sendiri, menyalahkan diri, mengalami isolasi sosial, merasa terhina, menunjukkan perilaku melukai diri sendiri, dan memiliki tingkat kepercayaan diri yang rendah (Santri 2019)

g. Status Mental

Pada pengkajian status mental klien dengan halusinasi, ditemukan data sebagai berikut: klien berbicara sendiri, tersenyum atau tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, menunjukkan gerakan mata yang cepat, serta memberikan respons verbal yang lambat. Klien cenderung menarik diri dan menghindari interaksi

dengan orang lain, tidak mampu membedakan antara hal yang nyata dan tidak nyata. Selain itu, terdapat peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah. Klien juga kurang memperhatikan lingkungan, kesulitan berhubungan dengan orang lain, menunjukkan ekspresi wajah tegang, mudah tersinggung, marah, dan jengkel. Mereka sering tidak mampu mengikuti instruksi dan perawat, mengangguk gemetar, berkeringat

Klien juga kurang memperhatikan lingkungan, kesulitan berhubungan dengan orang lain, menunjukkan ekspresi wajah tegang, mudah tersinggung, marah, dan jengkel. Mereka sering tidak mampu mengikuti instruksi dari perawat, mengalami gemetar, berkeringat, perilaku panik, serta agitasi. Tatapan curiga, sikap bermusuhan, perilaku destruktif terhadap diri sendiri, orang lain, atau lingkungan, dan perasaan takut juga kerap muncul. Klien mungkin mengalami kesulitan merawat diri sendiri dan sering menunjukkan disorientasi terhadap waktu, tempat, dan orang. (Santri 2019).

h. Mekanisme Koping

Mekanisme Koping menurut (Keristiano, 2023) Klien dengan halusinasi sering menggunakan mekanisme koping berikut:

1) Regresi

Regresi berkaitan dengan cara memproses informasi dan usaha mengatasi kecemasan. Klien mengalami penurunan

energi yang signifikan untuk menjalankan aktivitas sehari-hari, sehingga menjadi kurang bersemangat atau malas dalam melakukan rutinitas.

2) Proteksi

Klien mencoba menjelaskan gangguan persepsi yang dialaminya dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau benda tertentu.

3) Menarik Diri

Klien merasa sulit untuk mempercayai orang lain dan lebih fokus pada rangsangan internal yang dialaminya.

4) Peningkaran Oleh Keluarga

Keluarga kerap mengabaikan atau menolak untuk mengakui masalah yang sedang dialami oleh klien.

i. Aspek Medik

Terapi yang diterima klien dapat mencakup terapi farmakologi, psikoterapi, terapi okupasional, terapi aktivitas kelompok (TAK), serta program rehabilitasi.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada skizofrenia jiwa yang ditemukan dalam SDKI DPP PPNI (2016) yaitu :

- a. Gangguan persepsi sensori (D.0085)
- b. Perilaku kekerasan (D.0132)
- c. Isolasi sosial (D.0121)

d. Defisit perawatan diri (D.0109)

Diagnosa keperawatan yang muncul menurut (Nurhalimah, 2016)

a. Risiko perilaku kekerasan (D.0146)

b. Gangguan persepsi sensori (D.0085)

c. Isolasi sosial (D.0121)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

Intervensi				
No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Tindakan	Rasional
1	SDKI(D.0085) Gangguan persepsi sensori: Halusinasi penglihatan DS: - pada saat dikaji klien mengatakan masih sering melihat bayangan yang tidak nyata seperti melihat bayangan boneka caki dan seperti di ikutin mermaid - klien mengatakan kalo boneka cakai itu sering kali	SLKI(L.09083) Persepsi sensori Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan realitas terhadap stimulus baik internal maupun eksternal membaik dengan kriteris hasil : - verbalisasi melihat bayangan menurun - Distorsi sensori menurun - mondar mandir menurun	SIKI(L.09288) Manajemen halusinasi Observasi - monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi - monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan - monitor isi halusinasi - Identifikasi penyebab, tanda Gejala serta akibat halusinasi penglihatan - Menjelaskan cara mengontrol	Observasi - untuk mendeteksi dini gejala halusinasi - menentukan tingkat keoarahan dan menyesuaikan intervensi yang aman dan tepat Tarapeutik - memberikan alternatif untuk mengalihkan perhatian dari stimulus internal - menurunkan kecemasan dan meningkatkan kontrol diri - membangun keterampilan

menyuruhnya a dalam hal positif atau bisa juga negatif,seper ti “jangan berbuat jahat”atau “jangan solat”	halusinasi.	praktis pasien dalam mengendalikan halusinasi
- klien	Tarapeutik	Edukasi
mengatakan juga kalau melihat mermaid dirinya selalu ingin melakukan sesuatu yang tidak wajar seperti melakukan (sex kepada dirinya sendiri).tapi semenjak masuk rumah sakit jiwa hasrat untuk melakukan itu sudah berkurang atau sudah bisa mengontrol	SP 1	- meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga agar dapat terlibat aktif dalam penatalaksanaa n jadwal
	- Latihan cara mengontrol halusinasi dengan cara pertama : Jelaskan cara menghardik halusinasi	- terstruktur
	- Peragaan cara menghardik	membantu mengalihkan perhatian dari halusinasi dan mengisi waktu dengan aktivitas positif
	- Meminta pasien memperagakan ulang	Kolaborasi
	- Pantau penerapan cara ini, beri penguatan	- obat antipsikotik efektif menurunkan gejala halusinasi,kepatu han obat mencegah kekambuhan
	- Memasukan dalam jadwal kegiatan	
	SP 3	
	- melatih pasien berkomunikasi dengan oarang lain untuk mengurangi perasaan kesepian	
	- mendorong pasien untuk afektif berinteraksi dengan orang lain	
DO:	- melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara terapi okupasi menggambar	
- klien tampak melamun	- masukan kedalam kegiatan terjadwal	
- klien jarang mandi,mandi 1x/hari		
- klien sudah bisa mengontrol emosinya		

Edukasi**SP 4**

- mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal
- membantu pasien menyusun jadwal kegiatan sehari-hari
- mendorong pasien untuk mengisi waktu luang dengan kegiatan yang bermanfaat

Kolaborasi**SP 2**

- membantu pasien memahami pentingnya minum obat secara teratur
- melatih pasien menggunakan obat dengan benar(dosis,waktu,cara minum)
- mengingatkan pasien untuk selalu mengecek obat sebelum diminum

SP 1 Keluarga**Observasi**

- Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien. Menjelaskan
-

pengertian,
tanda dan
gejala,
halusinasi yang
dialami klien
beserta proses
terjadinya

SP 2 Keluarga

- Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat langsung kepada klien halusinasi. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien halusinasi

SP 3 Halusinasi

- Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (discharge planing)
- Menjelaskan tindakan klien setelah pulang

2	SDKI(D.0132) Perilaku kekerasan berhubungan faktor fisiologis DS: - Klien	SLKI(L.09076) Kontrol diri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan kemampuan	SIKI (I.09290) Manajemen pengendalian marah Observasi - identifikasi penyebab/pemicu kemarahan	Observasi - Memungkinkan tindakan pencegahan sebelum terjadi kekerasan Tarapeutik
----------	--	--	---	---

mengatakan klien suka marah-marah tanpa sebab, pernah memukul ayah dan adiknya - Klien mengatakan semenjak di rumah sakit sudah bisa mengontrol emosinya	untuk mengendalikan atau mengatur emosi, pikiran, dan perilaku dalam menghadapi masalah meningkat dengan kriteria hasil : - verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun - perilaku menyerang menurun - perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun - perilaku merusak lingkungan sekitar menurun - perilaku agresif/amuk menurun	- identifikasi harapan perilaku terhadap ekspestasi kemarahan - monitor potensi agresif tidak konstruktif dan lakukan tindakan sebelum agresif Tarapeutik SP 1 - pasien dapat mengidentifika si penyebab perilaku kekerasan - pasien dapat mengidentifika si tanda-tanda perilaku kekerasan - pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya - pasien dapat mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik,spiritual,sosial. SP 2 - mengontrol perilaku	- Aktivitas spiritual menenangkan batin - Mengurangi amarah - Memperkuat kontrol diri Edukasi - Keluarga dan pasien dapat mengenali tanda dini dan melakukan tindakan pencegahan Kolaborasi - Obat membantu menurunkan intensitas pengendalian diri - Pendekatan multidisiplin meningkatkan efektivitas manajemen perilaku kekerasan
--	---	--	--

kekerasan

secara fisik

- evaluasi tarik nafas dalam
- latih cara ke-2 pukul bantal
- buat dalam kegiatan terjadwal

Edukasi

SP 3

- latih mengontrol perilaku kekerasan dengan secara spiritual
- diskusikan hasil latihan mengontrol tariknafas dalam dan pukul bantal
- latihn sholat/berdoa
- buat kegiantan sholat/berdoa ke dalam kegiatan terjadwal

Kolaborasi

- latih perilaku kekerasan dengan prinsip (benar pasien, dosis, waktu, rute) disertai penjelasannya guna obat dan akibat berhenti minum obat
-

-
- susun dalam kegiatan terjadwal

SP**KELUARGA****SP 1**

- memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat pasien perilaku kekerasan di rumah
- diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- diskusikan bersama keluarga tentang penyebab perilaku kekerasan
- Diskusikan bersama keluarga kondisi yang perlu segera dilaporkan kepada perawat seperti melempar atau memukul benda/oran

SP 2

- melatih keluarga
-

melakukan
cara-cara
mengontrol
kemarahan

- evaluasi
pengentahuan
keluarga
tentang cara
mengatasi
prilaku
kekerasan
- anjurkan
keluarga
memotivasi
pasien
melakukan
tindakan yang
diajarkan oleh
perawat
- Ajarkan
keluarga untuk
memberikan
pujian kepada
pasien bila
dapat
melakukan
kegiatan
tersebut secara
tepat

SP 3

- menjelaskan
perawatan
lanjut bersama
keluarga
- buat
perencanaan
bersama
keluarga

3	SDKI(D.0109) Defisit	SLKI(L.11103) Setelah	SIKI((I.11352) Dukungan	observasi - untuk
----------	--------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------

perawatan diri berhubungan dengan pasien jarang mandi DS: - Klien mengatakan jarang mandi, mandi 1x/hari Do:-	dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: - Kemampuan mandi meningkat - Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat - Minat perawatan diri meningkat - Mempertahankan kebersihan diri meningkat - Mempertahankan kebersihan mulut meningkat	perawatan diri:mandi Observasi - Monitor kebersihan tubuh - Monitor integritas kulit SP 1 - Membina hubungan saling percaya - Mengidentifikasi masalah keperawatan diri: kebersihan diri - Menjelaskan cara dan alat kebersihan diri - Latih kegiatan cara menjaga kebersihan diri:mandi dan ganti baju,sikat gigi,pakai baju,dan cuci rambut Tarapeutik - Mengidentifikasi kegiatan perawatan diri - Menjelaskan cara-cara	mengidentifikasi masalah perawatan diri dan mencegah risiko infeksi kulit Tarapeutik - meningkatkan kemampuan dan kemandirian pasien dalam menjaga kebersihan diri - jadwal terstruktur membantu pasien lebih konsisten merawat diri Edukasi - meningkatkan motivasi pasien untuk merawat diri - memberdayakan pasien dalam perawatan mandiri
--	--	---	---

berdandan
yang baik dan
benar

- Memasukan
pada jadwal
kegiatan

SP 3

- Membina
hubungan
antara pasien
dan perawat
- mengevaluasi
kegiatan
kebersihan
diri dan
berdandan
- menjelaskan
alat dan cara
makan dan
minum yang
baik
- memasukan
pada jadwal
kegiatan

Edukasi

SP 4

- jelaskan
manfaat
mandi dan
tidak mandi
terhadap
kesehatan
 - mengevaluasi
jadwal
kegiatan
pasien
 - menjelaskan
cara BAB
dan BAK
yang baik dan
benar
-

-
- menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan

SP**KELUARGA****SP 1**

- diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien
- jelaskan pengertian tanda dan gejala dan proses terjadinya defisit perawatan diri
- jelaskan cara merawat defisit perawatan diri
- latih dua cara merawat: kebersihan diri dan berdandan
- anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan ujian

SP 2

- Evaluasi
-

-
- kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri dan berikan pujian
 - Latih cara merawat:makanan dan minum,BAB dan BAK
 - Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian
 - Anjurksn membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian

SP 3

- Evaluasi kegiatan keluarga merawat/melatih pasien kebersihan diri dan berdandan,beri pujian
 - Bimbing keluarga merawat kebersihan diri dan berdandan dan
-

-
- makan,minu
m pasien
 - Anjurkan
membantu
pasien sesuai
jadwal

SP 4

- Evaluasi
kegiatan
keluarga
dalam
merawat/mel
atih pasien
kebersihan
diri,berdanda
n,makan,min
um,serta,BA
B,BAK
 - Bimbing
keluarga
merawat
BAB dan
BAK yang
baik
 - Jelaskan
follow up ke
RSJ tanda
kambuh dan
rujukan
 - Anjurkan
membantu
pasien
melakukan
kegiatan
sesuai jadwal
dan
memberikan
pujian.
-

2.3.3 Implementasi Keperawatan

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana yang telah dibuat. pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan sesuai dengan strategi pelaksanaan (SP) yang relevan dengan masalah utama yang dihadapi. sebelum melakukan tindakan, dilakukan kontrak dengan klien yang mencakup penjelasan mengenai langkah-langkah yang akan diambil dan peran serta respon yang diberikan oleh klien harus didokumentasikan dengan baik (Hafizuddin, 2021).

2.3.4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses penilaian hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan respons klien terhadap tujuan umum dan khusus yang telah ditetapkan dalam konteks halusinasi penglihatan, evaluasi mencakup pencapaian tujuan seperti tidak munculnya perilaku kekerasan, kemampuan klien untuk membina hubungan saling percaya, mengenali halusinasi yang dialami, dan mengontrol halusinasi penglihatan dalam jangka waktu 3x8 jam. data subjektif menunjukkan bahwa keluarga merasa senang karena telah diajarkan teknik untuk membantu klien mengontrol halusinasinya.

Mereka juga menyatakan bahwa klien mampu menerapkan beberapa teknik tersebut, data objektif menunjukkan bahwa klien masih sering melihat bayangan yang tidak nyata, tetapi telah mampu berinteraksi dengan orang lain, menjalankan aktivitas yang terjadwal, serta minum obat secara teratur.