BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Kasus

2.1.1 Konsep Penyakit Skizofrenia

2.1.1.1. Pengertian

Skizofrenia adalah gangguan psikososial yang menyebabkan berbagai gejala yang memengaruhi cara seseorang berpikir, merasakan, dan bertindak. Hal ini bisa membuat orang tersebut bertingkah kasar dan sering menjerit secara histeris (Nur Syamsi Norma Lalla dan Wiwi Yunita, 2022).

Berdasarkan deskripsi tersebut, dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan gangguan psikologis dan psikososial berat yang memengaruhi pola pikir, perasaan, artikulasi emosi, serta perilaku seseorang. Gangguan ini ditandai oleh distorsi realitas, timbulnya halusinasi, dinamika emosional seperti perasaan sedih atau mudah terprovokasi, hingga kecenderungan bersikap agresif. Komplikasi dari hambatan berpikir dan ekspresi emosional tersebut secara signifikan berdampak pada menurunnya kualitas hidup penderita.

2.1.1.2. Etiologi

Skizofrenia bersifat multifaktorial, artinya variasi fenotipe klinisnya dipicu oleh beragam kelainan patofisiologis. Berdasarkan model diatesis-stres, timbulnya gejala skizofrenia terjadi ketika kerentanan spesifik (diatesis) seseorang teraktivasi oleh paparan stresor. Diatesis maupun stresor tersebut dapat bersumber dari faktor biologis, lingkungan, atau kombinasi keduanya.

Sifat dari komponen lingkungan mencakup ranah biologis, seperti infeksi, hingga psikologis, seperti konflik keluarga atau duka akibat kematian kerabat. Selain itu, dasar biologis dari kerentanan ini dapat makin diperkuat melalui mekanisme epigenetik yang dipicu oleh trauma, stres psikososial, dan penyalahgunaan zat. Secara keseluruhan, interaksi dinamis antara predisposisi genetis dan tekanan eksternal inilah yang menentukan perkembangan serta tingkat keparahan gangguan tersebut pada diri individu.

a. Faktor Genetik

   Kembar monozigotik menunjukkan angka kesesuaian untuk skizofrenia sebesar 50%, sedangkan untuk kembar dizigotik sebesar 20%. Diperkirakan bahwa ketika sejumlah variasi genetik ini terjadi bersamaan, dengan adanya faktor risiko lingkungan, risiko individu untuk berkembang menjadi skizofrenia meningkat secara signifikan.

b. Faktor Lingkungan

   Faktor lingkungan mengarah pada hipotesis perkembangan saraf skizofrenia yang menyatakan bahwa faktor yang bekerja selama kehamilan dapat meningkatkan risiko skizofrenia melalui efek perkembangan otak intrauterine.

2.1.1.3. Patofisiologi

Perkembangan skizofrenia berkaitan erat dengan disfungsi jaras saraf yang menghubungkan beberapa area strategis otak, seperti limbic system, frontal cortex, cerebellum, dan basal ganglia. Karena antarwilayah ini saling terintegrasi secara fungsional, adanya kegagalan atau patologi

primer pada satu struktur dapat memicu dampak berantai yang mengganggu kinerja regio lainnya.

Bukti-bukti neurobiologis yang diperoleh melalui pemindaian brain imaging pada pasien hidup serta pemeriksaan neuropathology terhadap jaringan otak postmortem semakin memperkuat dugaan tersebut. Temuan-temuan ini secara konsisten mengarah pada limbic system sebagai pusat terjadinya gangguan utama. Secara lebih spesifik, analisis struktural menunjukkan adanya atrofi atau reduksi volume pada regio-regio krusial penyusun sistem limbik, meliputi amygdala, hippocampus, dan parahippocampal gyrus.

Pengecilan volume pada hippocampus dan parahippocampal gyrus ini berkontribusi langsung pada terjadinya gangguan memori, pemrosesan konteks, serta ketidakmampuan penderita dalam membedakan realitas dan persepsi internal. Sementara itu, perubahan struktural pada amygdala memicu disregulasi emosi, yang menjelaskan timbulnya respons afektif yang tidak stabil, kecemasan berlebih, hingga dorongan perilaku agresif pada penderita skizofrenia.

2.1.1.4. Jenis Skizofrenia

Dalam jurnal Dewi & Budianti, (2024) dan Amalia & Meiyuntariningsih, (2020) disebutkan bahwa ada beberapa jenis *Skizofrenia*, yaitu:

1. Skizofrenia Paranoid

   Skizofrenia Paranoid adalah jenis skizofrenia yang paling

umum diantara ketiga jenis yang disebutkan dalam table 1, dengan jumlah kasus lebih banyak dibandingkan jenis lainnya.

2. Skizofrenia Undifferentiated

   Skizofrenia Undifferentiated Adalah jenis yang paling langkadalam penelitian ini. Jumlah kasusnya lebih sedikit dibandingkan skizofrenia paranoid . Gejala pada jenis ini tidak spesifik dan tidak sesuai dengan kriteria dari jenis skizofrenia lainnya.

3. Gangguan Skizoafektif Tipe depresif

   Sebagai salah satu subtipe yang kurang banyak dieksplorasi dalam penelitian medis, gangguan skizoafektif tipe depresi menampilkan gambaran klinis yang ganda. Kondisi ini menyatukan fitur-fitur utama skizofrenia dengan kemunculan episode depresi pada penderitanya.

4. Skizofrenia Simplex

   Skizofrenia simpel ditandai oleh gejala utama berupa penyempitan emosi dan penurunan motivasi, yang umumnya awitan pada masa pubertas. Waham dan halusinasi jarang ditemukan, sementara gangguan proses pikir cenderung samar. Gangguan ini berkembang secara bertahap, diawali dengan perilaku menarik diri dari lingkungan sosial serta penurunan produktivitas dalam ranah pendidikan maupun pekerjaan. Akibatnya, penderita berisiko tinggi mengalami pengangguran.

Tanpa penanganan medis dan dukungan yang tepat, kondisi ini dapat memicu kemunduran fungsi psikososial yang parah, sehingga penderita rentan terlantar, terlibat dalam eksploitasi, hingga melakukan tindakan kriminal.

5. Skizofrenia Hebefrenik

   Skizofrenia hebefrenik biasanya berkembang secara perlahan selama masa remaja antara usia 15 hingga 25 tahun. Gejala utamanya meliputi gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan personalisasi atau perasaan keperibadian ganda. Jenis ini sering menunjukan gangguan psikomotor seperti manmerism, neoloasme, dan perilaku yang tampak seperti anak-anak. Waham dan halusinasi biasanya muncul dalam jumlah besar

6. Skizofrenia Katatonik

   Skizofrenia katatonik biasanya berkembang pada dewasa muda (15–30 tahun) dengan onset mendadak yang dipicu oleh stres emosional. Karakteristik utama kondisi ini melibatkan gangguan psikomotor yang signifikan, mulai dari agitasi atau kegelisahan katatonik hingga stupor, yang membuat penderita tampak kaku dan tidak mampu bergerak.

2.1.1.5. Gejala Skizofrenia

Menurut Cinantyan dan Wibowo et al., (2022) gejala-gejala yang sering muncul pada skizofrenia meliputi:

1. Pendengaran, penglihatan, dan penciuman menjadi tidak jelas.

2. Delusi, keyakinan atau kecurigaan yang tidak benar, dan orang lain atau budaya sekitar tidak setuju dengan hal itu.
3. Perilaku yang tidak normal, seperti berperilaku tak menentu, berkeliaran tanpa tujuan, atau tampilan yang tidak biasa.
4. Berbicara dengan urutan yang tidak teratur, seperti ucapan yang tidak relevan.

Gangguan emosi yang ditunjukkan dengan hubungan antara mood (perasaan) dan afek (reaksi emosional). Skizofrenia memiliki beberapa jenis, tergantung pada gejala yang diderita. Jenis-jenis skizofrenia meliputi skizofrenia paranoid, skizofrenia hebefrenik, skizofrenia katatonik, skizofrenia tak terinci, depresi pasca skizofrenia, skizofrenia residual, skizofrenia simpleks, skizofrenia lainnya, serta skizofrenia yang tidak bisa dikategorikan (Cinantyan Wibowo et al., 2022)

2.1.2 Konsep Asuhan Keperawatan Skizofrenia

2.1.2.1. Pengkajian keperawatan

1. Identitas

   Sering ditemukan pada usia dini atau muncul pertama kali pada masa pubertas.
2. Keluhan Utama

   Keluhan utama yang menyebabkan pasien dibawa ke rumah sakit biasanya akibat adanya kumunduran kemauan dan kedangkalan emosi.
3. Faktor Predisposisi

   Faktor predisposisi sangat erat terkait dengan faktor etiologi yakni keturunan, endokrin, metabolisme, susunan syaraf pusat, kelemahan ego.
4. Psikososial

a. Genogram

   Orang tua penderita skizofrenia, salah satu kemungkinan anaknya 7-16% skizofrenia, bila keduanya menderita 40-68%, saudara tiri kemungkinan 0,9-1,8%, saudara kembar 2-15%, saudara kandung 7-15%.

b. Konsep Diri

   Kemunduran kemauan dan kedangkalan emosi yang mengenai pasien akan mempengaruhi konsep diri pasien.

c. Hubungan Sosial

   Klien cenderung menarik diri dari lingkungan pergaulan, suka melamun, berdiam diri.

d. Spiritual

   Aktifitas spiritual menurun seiring dengan kemunduran kemauan.

5. Status Mental

   a. Penampilan

      Diri Pasien tampak lesu, tak bergairah, rambut acakacakan, kancing baju tidak tepat, resliting tak terkunci, baju tak diganti, baju terbalik sebagai manifestasi kemunduran kemauan pasien.

   b. Pembicaraan

      Nada suara rendah, lambat, kurang bicara, apatis.

   c. Aktivitas Motorik

      Kegiatan yang dilakukan tidak berfariatif, kecenderungan mempertahankan pada satu posisi yang dibuatnya sendiri (katalepsia).

   d. Emosi

      Emosi dangkal.

   e. Afek

      Dangkal, tak ada ekspresi roman muka.

f. Interaksi

Selama Wawancara Cenderung tidak kooperatif, kontak mata kurang, tidak mau menatap lawan bicara, diam.

g. Persepsi

Tidak terdapat halusinasi atau waham.

h. Proses Berfikir

Gangguan proses berfikir jarang ditemukan.

i. Kesadaran

Kesadaran berubah, kemampuan mengadakan hubungan dengan dan pembatasan dengan dunia luar dan dirinya sendiri sudah terganggu pada taraf tidak sesuai dengan kenyataan (secara Kualitatif)

j. Memori

Tidak ditemukan gangguan spesifik, orientasi tempat, waktu, orang baik.

k. Kemampuan Penilaian

Tidak dapat mengambil keputusan, tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan, selalu memberikan alasan meskipun alasan tidak jelas atau tidak tepat.

l. Tilik Diri

Tidak ada yang khas.

6. Kebutuhan Sehari-hari

Pada permulaan penderita kurang memperlihatkan diri dan keluarganya, makin mundur dalam pekerjaan akibat kemunduran kamauan. Minat untuk

memenuhi kebutuhannya sendiri sangat menurun dalam hal makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian, istirahat tidur.

2.1.2.2. Diagnosa Keperawatan

Tahap kedua adalah proses penentuan diagnosis keperawatan dengan mengenali gejala dan tanda yang berkaitan dengan masalah persepsi sensori. Ini mencakup pengidentifikasian halusinasi. Menurut Budi Anna Keliat (2019) diagnosis keperawatan yang mungkin muncul bagi pasien yang mengalami Skizofrenia meliputi:

1. Harga diri rendah kronis berhubungan dengan Kurangnya pengakuan dari orang lain, gangguan psikiatri.
2. Isolasi sosial Ketidakmampuan menjalin hub. yang memuaskan, perubahan status mental.
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan psikologis/psikotik.
4. Waham berhubungan dengan faktor biologis: kelainan genetik/ keturunan, kelainan neurologis.
5. Gangguan persepsi sensori: Halunisasi berhubungan dengan gangguan penglihatan, pendengaran, penghiduan, perabaan.
6. Risiko perilaku kekerasan berhubungan dengan waham
7. Resiko bunuh diri

2.1.2.3. Intervensi Keperawatan

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
	Gangguan sensori persepsi: Halusinasi	Pasien mampu: 1. Mengenali yang dialaminya 2. Mengontrol halusinasinya 3. Mengikuti program pengobatan secara optimal	Setelah…. pertemuan pasien dapat menyebutkan: 1. Isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, perasaan. 2. Mampu memperagakan cara dalam mengontrol halusinasi.	**SP.1 (Tgl…)** 1. Bantu pasien mengenal halusinasi: 1) Isi 2) Waktu terjadinya 3) Frekuensi 4) Situasi pencetus 5) Perasaan saat terjadi halusinasi. 2. Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Tahapan tindakannya meliputi: 1) Jelaskan cara menghardik halusinasi 2) Peragakan cara menghardik 3) Minta pasien memperagakan ulang 4) Pantau penerapan cara ini, beri penguatan perilaku pasien. 5) Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.
			Setelah…. pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain	**SP.2 (Tgl…)** 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1). 2. Latih berbicara/ bercakap dengan orang lain saat halusinansi muncul. 3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.

	Setelah…. pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari dan mampu memperagakan nya	**SP.3 (Tgl…)** 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan 2). 2. Latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul. Tahapannya: 1) Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi 2) Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien 3) Latih pasien melakukan aktivitas 4) Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. 5) Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.
	Setelah….. pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. 2. Menyebutkan manfaat dari program pengobatan.	**SP.4 (Tgl…)** 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, 2 dan 3). 2. Tanyakan program pengobatan. 3. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa. 4. Jelaskan akibat bila tidak digunakan sesuai program. 5. Jelaskan akibat bila putus obat. 6. Jelaskan cara mendapatkan obat/ berobat. 7. Jelaskan pengobatan (5B).

				8. Latih pasien minum obat. 9. Masukan dalam jadwal harian pasien.

Tgl	Dx Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
	Gangguan proses pikir: waham	Pasien mampu: 1. Berorientasi kepada realitas secara bertahap 2. Mampu berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan 3. Menggunakan obat dengan prinsip 6 benar	Setelah…….. pertemuan pasien dapat memenuhi kebutuhannya.	**SP.1 (Tgl…)** 1. Identifikasi kebutuhan pasien. 2. Bicara konteks realita (tidak mendukung atau membantah waham pasien). 3. Latih pasien untuk memenuhi kebutuhannya. 4. Masukan dalam jadwal harian pasien.
			Setelah….. pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Mampu menyebutkan serta memilih kemampuan yang dimiliki	**SP.2 (Tgl…)** 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP.1). 2. Identifikasi potensi/ kemampuan yang dimiliki. 3. Pilih dan latih potensi/ kemampuan yang dimiliki. 4. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.

	Setelah….. pertemuan pasien dapat menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu memilih kemampuan lain yang dimiliki.	**SP.3 (Tgl…)** 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1 dan 2). 2. Pilih kemampuan yang dapat dilakukan. 3. Pilih dan latih potensi kemampuan lain yang dimiliki. 4. Masukan dalam jadwal pasien.

Tgl	Dx Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
	Perilaku kekerasan	Pasien mampu: 1. Mengidentifikasi penyebab dan tanda perilaku kekerasan 2. Menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan 3. Menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan 4. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan 5. Mengontrol perilaku kekerasan secara: 1) Fisik 2) Sosial/verbal, 3) Spiritual 4) Terapi psikofarmakologi	Setelah… pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutkan penyebab, tanda, gejala dan akibat perilaku kekerasan 2. Memperagakan cara fisik 1 untuk mengontrol perilaku kekerasan	**SP.1 (Tgl…)** 1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala serta akibat perilaku kekerasan. 2. Latih cara fisik 1: 1) Tarik napas dalam. 2) Masukan dalam jadwal harian pasien.
			Setelah…… pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan	**SP.2 (Tgl…)** 1. Evaluasi kegiatan yang lalu SP.1. 2. Latih cara fisik 2: Pukul kasur/bantal. Masukan dalam jadwal harian pasien.
			Setelah….. pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutka kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara sosial/verbal untuk mengontrol perilaku	**SP.3 (Tgl…)** 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan 2). 2. Latih secara sosial/ verbal: Menolak dengan baik, Meminta dengan baik, 3. Mengungkapkan dengan baik. 4. Masukan dalam

	kekerasan	jadwal harian pasien.
	Setelah….. pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara spiritual	**SP.4 (Tgl…)** 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, 2 dan 3). 2. Latih secara spiritual: Berdoa, Shalat. 3. Masukan dalam jadwal harian pasien.
	Setelah…… pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara patuh obat	**SP.5 (Tgl…)** 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP.1, 2 ,3 dan 4). 2. Latih patuh obat: 1. Minum obat secara teratur dengan prinsip 5 B. 2. Susun jadwal minum obat secara teratur. 3. Masukan dalam jadwal harian pasien.

Tgl	Dx Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
	Gangguan konsep diri: harga diri rendah	Pasien mampu: 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek posiif yang dimiliki 2. Menilai kemampuan yang dapat digunakan 3. Menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan 4. Melatih kegiatan yang sudah dipilih, sesuai kemampuan 5. Merencanakan kegiatan yang sudah dilatihnya	Setelah…..pertemuan klien mampu: 1. Mengidentifikasi kemampuan aspek positif yang dimiliki 2. Memiliki kemampuan yang dapat digunakan. Memilih kegiatan sesuai kemampuan 3. Melakukan kegiatan yang sudah dipilih. 4. Merencanakan kegiatan yang sudah dilatih.	**SP.1 (Tgl…)** 1. Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki 1) Diskusikan bahwa pasien masih memiliki sejumlah kemampuan dari aspek positif seperti kegiatan pasien di rumah adanya keluarga dan lingkungan terdekat pasien. 2) Beri pujian yang realistis dan hindarkan setiap kali bertemu dengan pasien penilaian yang negative. 2. Nilai kemampuan yang dapat dilakukan saat ini 1) Diskusikan dengan pasien kemampuan yang masih digunakan saat ini

2) Bantu pasien menyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien
3) Perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif

3. Pilih kemampuan yang akan dilatih

1) Diskusikan dengan pasien beberapa aktivitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan pasien lakukan sehari-hari
2) Bantu pasien menetapkan aktivitas mana yang dapat pasien lakukan secara mandiri
   a) Aktivitas yang memerlukan bantuan minimal dari keluarga
   b) Aktivitas

apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat pasien

c) Beri contoh pelaksanaan aktivitas yang dapat dilakukan pasien

d) Susun bersama pasien aktivitas atau kegiatan sehari-hari pasien

4. Nilai kemampuan pertama yang telah dipilih

1) Diskusikan dengan pasien untuk menetapkan urutan kegiatan (yang sudah dipilih pasien)yang akan dilatihkan

2) Bersama pasien dan keluarga memeperagakan beberapa kegiatan yang akan dilakukan

pasien

3) Berikan dukungan dan pujian yang nyata sesuai kemajuan yang diperlihatkan pasien.

5. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien

1) Beri kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan

2) Beri pujian atas aktivitas/kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari

3) Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi dan setiap perubahan

4) Susun daftar aktivitas yang sudah dilatihkan bersama pasien dan keluarga

5) Berikan kesempatan mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan.

	6) Yakinkan bahwa keluarga mendukung setiap aktivitas yang dilakukan pasien
	SP.2 (Tgl…) 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1). 2. Pilih kemampuan kedua yang dapat dilakukan. 3. Latih kemampuan yang dipilih. 4. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien
	SP.3 (Tgl…) 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP.1 dan 2). 2. Memilih kemampuan ketiga yang dapat dilakukan. 3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
	Isolasi sosial	Pasien mampu: 1. Menyadari penyebab isolasi sosial 2. Berinteraksi dengan orang lain	Setelah…..pertemuan pasien mampu: 1. Membina hubungan saling percaya 2. Menyadari penyebab isolasi sosial, keuntungan, dan kerugian berinteraksi dengan orang lain 3. Melakukan interaksi dengan orang lain secara bertahap.	**SP.1 (Tgl…)** 1. Identifikasi penyebab 1) Siapa yang satu rumah dengan pasien? 2) Siapa yang dekat dengan pasien? Apa sebabnya? 3) Siapa yang tidak dekat dengan pasien, apa sebabnya?
				SP.2 (Tgl…) 1. Evaluasi SP.1. 2. Latih berhubungan sosial secara bertahap. 3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.

	SP.3 (Tgl…) 1. Evaluasi SP.1 dan 2. Latih cara berkenalan dengan 2 orang atau lebih. 3. Masukan jadwal kegiatan pasien.

Tgl	Dx Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
	Defisit perawatan diri	Pasien mampu: 1. Melakukan kebersihan diri secara mandiri 2. Melakukan berhias/ berdandan secara baik 3. Melakukan makan dengan baik 4. Melakukan BAB/ BAK secara mandiri	Setelah….. pertemuan pasien dapat menjelaskan pentingnya: Kebersihan diri, Berdandan/berhias, Makan, BAB/BAK. Dan mampu melakukan cara merawat diri.	**SP.1 (Tgl…)** 1. Identifikasi: Kebersihan diri, Berdandan, Makan, BAB/BAK. 2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri. 3. Jelaskan alat dan cara kebersihan diri. 4. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.
				SP.2 (Tgl…) 1. Evaluasi SP.1. Jelaskan pentingnya berdandan. 2. Latih cara berdandan. Untuk pasien laki-laki: Berpakaian, Menyisir rambut, Bercukur.Untuk pasien perempuan: Berpakaian, Menyisir rambut, Berhias. 3. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.

		SP.3 (Tgl…) 1. Evaluasi kegiatan SP.1 dan 2. 2. Jelaskan cara dan alat makan yang benar. 3. Jelaskan cara mempersiapkan makan. 4. Jelaskan cara merapikan peralatan makan setelah makan. Praktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik. 5. Latih kegiatan makan. 6. Masukan dalam jadwal kegiatan pasien.
	1. Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai. 2. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK.	**SP.4 (Tgl…)** 1. Evaluasi kemampuan pasien yang lalu (SP.1, 2 dan 3). 2. Latih cara BAB, BAK yang baik.

Tgl	Dx Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
	Risiko Bunuh Diri	Pasien tetap aman dan selamat	Setelah…. pertemuan pasien mampu: Mengidentifikasi benda-benda yang dapat membahayakan, mampu mengendalikan dorongan bunuh diri.	**SP.1 (Tgl…)** 1. Identifikasi benda-benda yang dapat membahayakan pasien. 2. Amankan benda-benda yang dapat membahayakan pasien. 3. Lakukan kontrak treatment. 4. Ajarkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri. 5. Latih cara mengendalikan dorongan bunuh diri.
			Setelah…. pertemuan pasien mampu: Mengidentifikasi aspek positif dan mampu menghargai diri sebagai individu yang berharga.	**SP.2 (Tgl…)** 1. Identifikasi aspek positif pasien. 2. Dorong pasien untuk berpikir positif terhadap diri. 3. Dorong pasien untuk menghargai diri sebagai individu yang berharga.

Tgl	Dx Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
			Setelah…. pertemuan pasien mampu: Mengidentifikasi pola koping yang konstruktif dan mampu menerapkannya.	**SP.3 (Tgl…)** 1. Identifikasi pola koping yang biasa diterapkan pasien. 2. Nilai pola koping yang biasa dilakukan. 3. Identifikasi pola koping yang konstruktif. 4. Dorong pasien memilih pola koping yang konstruktif. 5. Anjurkan pasien menerapkan pola koping yang konstruktif dalam kegiatan harian.
			Setelah…. pertemuan pasien mampu: Membuat rencana masa depan yang realistis dan mampu melakukan kegiatan.	**SP.4 (Tgl…)** 1. Buat rencana masa depan yang realistis bersama pasien. 2. Identifikasi cara mencapai rencana masa depan yang realistis. 3. Beri dorongan pasien melakukan kegiatan dalam rangka meraih masa depan yang realistis.

2.1.2.4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan merupakan implementasi dari rencana yang dibuat untuk mencapai sasaran yang telah ditentukan.Proses dalam pelaksanaan mencakup pengumpulan data secara terus menerus, memantau reaksi klien selama dan setelah Tindakan dilakukan, serta menganalisi data yang diperoleh (Minannisa, 2019).

2.1.2.5. Evalusasi

Evaluasi adalah cara untuk menilai hasil secara menyeluruh dengan membandingkan bagaimana respons pasien terhadap tujuan umum dan khusus yang sudah ditentukan. Dalam konteks halusinasi pendengaran, evaluasi bertujuan untuk memastikan tidak terjadi kekerasan, pasien mampu membangun hubungan yang saling percaya, mengenali adanya halusinasi, serta mampu mengendalikan halusinasi selama empat hari berturut-turut.

Evaluasi bisa dilakukan dengan cara menggunakan pendekatan SOAP, menurut Nurliali (2021) yang terdiri dari:

1. S (Subjektif): Perasaan pasien terhadap pelayanan perawatan yang telah diberikan.
2. O (Tujuan): Respons objektif pasien terhadap intervensi yang dilakukan.
3. A (Assesmen) : Menganalisis kembali data subjektif dan objektif untuk mengetahui adakah masalah baru atau kontraindikasi.
4. P (Plan): Rencana atau tindak lanjut yang dibuat berdasarkan hasil analisis dari respons pasien

2.1.3 Konsep Halusinasi

2.1.3.1 Pengertian Halusinas

Persepsi sensori merupakan kemampuan individu untuk mengenali, memahami, serta menginterpretasikan stimulus yang diterima melalui pancaindra. Gangguan pada fungsi ini dapat memicu timbulnya halusinasi. Menurut Lilik (2019), halusinasi terjadi ketika seseorang tidak mampu membedakan antara rangsangan internal, seperti persepsi pikiran, dengan stimulasi eksternal dari lingkungan nyata. Akibatnya, pasien tetap merasakan impresi sensori tertentu meskipun tidak ada objek atau rangsangan konkret yang melatarbelakanginya. Fenomena ini paling sering teridentifikasi saat pasien menyatakan mendengar suara-suara tertentu, padahal tidak ada interaksi verbal yang sedang berlangsung di sekitarnya.

Sebagai salah satu manifestasi klinis utama gangguan jiwa, halusinasi menandai adanya distorsi mendasar dalam cara individu memproses persepsi. Kondisi ini dapat memengaruhi berbagai modalitas pancaindra, meliputi penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecepan, hingga rabaan tanpa adanya faktor pemicu fisik dari luar. Meskipun tidak didukung oleh realitas objektif, penderita meyakini penuh bahwa pengalaman sensori tersebut adalah nyata. Merujuk pada pemaparan tersebut, Direja (2018) menyimpulkan bahwa halusinasi merupakan kondisi gangguan mental ketika seseorang mengalami persepsi sensori terhadap lingkungan sekitar tanpa hadirnya objek stimulus yang aktual. Salah satu tanda-tanda gangguan jiwa adalah halusinasi, di mana seseorang merasa mengalami

perasaan atau sensasi yang tidak nyata, seperti mendengar suara, melihat hal-hal yang tidak ada, merasakan rasa yang tidak benar, meraba sesuatu yang tidak ada, atau mencium bau yang tidak nyata. Pasien merasa ada sesuatu yang tidak ada di sekitarnya (Damayanti & Hernawaty, 2018)

Persepsi yang muncul tanpa adanya rangsangan dari luar disebut halusinasi. Halusinasi sebenarnya adalah bagian dari kehidupan mental seseorang yang "terasing", meskipun terlihat seperti hal yang "khayal". (Yosep, 2019).

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara manusia yang meminta seseorang melakukan suatu Tindakan (Desak Made Ari Dwi Jayanti et al., 2022). Menurut Yosep (2019), respons pasien terhadap halusinasi bisa berupa curiga, merasa takut, merasa tidak aman, gelisah, bingung, melakukan tindakan merusak diri sendiri, kurang perhatian, kesulitan membuat keputusan, serta kesulitan membedakan situasi yang benar atau salah. Berdasarkan beberapa definisi sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa halusinasi pendengaran adalah cara pasien merespons suara-suara dan perasaan takut yang muncul karena halusinasi.

Definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa skizofreni hebefrenik adalah gangguan mental yang menunjukkan tanda-tanda seperti perubahan perilaku, tindakan yang tidak teratur, serta ekspresi emosi yang tidak normal, seperti tertawa tanpa sebab atau tersenyum tanpa tujuan. Sementara itu, halusinasi adalah kondisi di mana seseorang merasakan sesuatu, seperti melihat atau mendengar sesuatu, meskipun tidak ada stimulasi nyata dari luar yang menyebabkannya. Halusinasi pendengaran adalah jenis halusinasi yang paling sering terjadi, di mana seseorang mendengar suara, biasanya dalam bentuk perintah, padahal tidak ada sumber suara

dari luar. Respons pasien terhadap halusinasi pendengaran bisa membuat mereka merasa takut, curiga, bingung, bahkan sampai melakukan tindakan merusak diri sendiri, serta kesulitan membedakan antara apa yang benar-benar terjadi dan apa yang hanya bayangan di pikiran.

2.1.3.2 Tanda Dan Gejala halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi ditentukan berdasarkan pengamatan terhadap pasien serta penjelasan dari pasien itu sendiri, menurut (florentina S & Pardede A, 2021) Menyeringai atau tertawa yang tidak sesuai :

1. Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara
2. Gerakan mata cepat
3. Menutup telinga
4. Respon verbal lambat atau diam
5. Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikkan
6. Terlihat bicara sendiri
7. Menggerakkan bola mata dengan cepat
8. Bergerak seperti membuang atau mengambil sesuatu
9. Duduk diam, melihat sesuatu, tiba-tiba berlari ke ruangan lain.
10. Disorientasi (waktu, tempat, orang)
11. Perubahan kemampuan dan memecahkan masalah
12. Perubahan perilaku dan pola komunikasi
13. Gelisah, ketakutan, ansietas
14. Peka rangsang
15. Melaporkan adanya halusinasi

2.2.1.1 Klasifikasi Halusinasi

Halusinasi terdiri dari delapan jenis, Menurut (Hernadi, 2020) yaitu:

1. Halusinasi pendengaran atau bunyi akustik yang paling umum terjadi adalah mendengar suara berdesis atau dengung yang tidak memiliki makna, namun seringkali terdengar seperti kata atau kalimat yang memiliki arti. Biasanya suara itu ditujukan kepada orang yang mengalami masalah, sehingga tidak sedikit orang tersebut berdebat dan berselisih dengan suara-suara itu.
2. Halusinasi penglihatan atau visual yang terjadi melalui mata lebih sering dialami oleh seseorang yang sedang dalam keadaan delirium, yaitu kondisi yang timbul karena adanya penyakit organik. Biasanya muncul bersamaan dengan penurunan kesadaran, menyebabkan rasa takut karena melihat gambar-gambar yang menakutkan.
3. Halusinasi penciuman atau halusinasi olfaktorik adalah ketika seseorang merasakan bau tertentu yang tidak nyata dan merasa tidak menyenangkan, yang sering kali menandakan rasa bersalah pada penderita. Bau dilambangkan sebagai pengalaman yang dirasakan penderita sebagai gabungan alami dari berbagai faktor.
4. Halusinasi rasa (gustatorik) meski jarang terjadi, biasanya terjadi bersamaan dengan halusinasi penciuman, di mana penderita merasa seperti mengecap sesuatu. Halusinasi gastorik lebih jarang dari halusinasi gustatorik.

5. Halusinasi perabaan adalah perasaan seperti diraba, disentuh, ditiup, atau terasa ada ulat yang bergerak di bawah kulit. Terutama pada keadaan delirium toksis skizofrenia.

2.1.3.3 Rentan Respon

Halusinasi adalah salah satu bentuk respons yang tidak sesuai dengan keadaan, yang dialami oleh seseorang dalam rentang respons sistem saraf biologis (florentina S & Pardede A, 2021). Ini merupakan respon persepsi paling mal adaptif. Jika klien dalam kondisi sehat, maka persepsinya bisa berjalan dengan tepat, mampu mengenali dan memperhatikan rangsangan dari lingkungan berdasarkan informasi yang diterima melalui indra seperti mendengar, melihat, mencium, mengecap, dan merasakan. Namun, pada klien yang mengalami halusinasi, ia bisa mengira ada rangsangan dari indra meskipun sebenarnya rangsangan tersebut tidak ada. Respon individu yang terjadi karena adanya gangguan persepsi adalah salah memahami stimulus yang diterima, yang disebut dengan ilusi. Klien mengalami ilusi ketika penafsiran terhadap rangsangan indra tidak tepat sesuai dengan rangsangan itu sendiri (Muhitha 2022).

2.1.3.4 Faktor predisposisi

Faktor-Faktor yang menyebabkan terjadinya halusinasi Menurut Stuart (2017) adalah:

1. Biologis, adanya ketidaknormalan dalam perkembangan sistem saraf yang berkaitan dengan respons neurobiologis yang tidak sesuai, hal ini baru mulai dipahami.

2. Psikologis, keluarga, pengasuh, serta lingkungan pasien sangat mempengaruhi respons dan kondisi psikologis klien. Salah satu cara atau kondisi yang bisa memengaruhi gangguan orientasi realitas adalah ketolakan atau tindakan keras yang dialami klien dalam sepanjang hidupnya. Seseorang yang merasa tidak diterima oleh lingkungannya sejak kecil akan merasa terasing, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.
3. Sosial budaya, kondisi sosial dan budaya juga memengaruhi gangguan orientasi realita, seperti kemiskinan, konflik sosial budaya (seperti perang, kerusuhan, atau bencana alam), serta hidup dalam isolasi yang mengakibatkan stres

2.1.3.5 Faktor Presipitasi

Secara umum, pasien yang mengalami gangguan halusinasi seringkali mengalami gangguan karena adanya hubungan yang tidak baik, tekanan, perasaan terisolasi, merasa tidak berguna, putus asa, dan tidak memiliki daya Penilaianseseorang terhadap stresor dan cara mengatasi masalah dapat menunjukkan kemungkinan terjadinya kekambuhan (Keliat, 2016). Faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi adalah :

1. Gangguan biologis yang memengaruhi komunikasi dan aliran balik di otak, yang mengatur cara informasi diproses, serta kegagalan pada mekanisme masuk ke otak yang menyebabkan otak tidak bisa memilih secara tepat respons terhadap stimulus yang diterimanya untuk kemudian diartikan.
2. Tingkat toleransi terhadap tekanan yang berinteraksi dengan pengaruh

lingkungan menentukan apakah terjadi gangguan perilaku.

3. Sumber koping memengaruhi cara seseorang merespons stresor. Pada pasien dengan halusinasi, biasanya menggunakan pertahanan diri dengan cara proyeksi, yaitu dengan mengurangi perasaan emas pasien dan menyalahkan orang lain agar bisa menutupi kekurangan yang ada pada dirinya sendiri.

2.1.3.6 Mekanisme Koping Dan Sumber Koping

Halusinasi terdapat 2 jenis mekanisme koping yaitu:

1. Mereka mengambil langkah mundur dan pasien sudah merasa puas dengan pengalaman yang mereka alami sendiri.
2. Proyeksi: Menggambarkan dan menjelaskan perasaan yang membingungkan, di mana seseorang mengalihkan responsnya kepada sesuatu atau seseorang lain. Regresi:Terjadi dalam kehidupan sehari-hari ketika seseorang memproses masalah dan membutuhkan energi untuk mengatasi rasa takut atau cemas.

Halusinasi terdapat 4 sumber mekanisme koping yaitu:

1. Kemampuan pribadi: Tidak mampu menyelesaikan masalah, ada gangguan kesehatan fisik, kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain, kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan tingkat intelegensi yang rendah, serta identitas diri yang tidak memadai.
2. Dukung sosial : Hubungan antara individu, keluarga, kelompok, masyarakat kurang memadai, komitmen terhadap jaringan sosial juga kurang memadai.

3. Aset material : Ketidakmampuan mengelola kekayaan, seperti boros atau berhemat berlebihan, tidak memiliki uang untuk berobat, tidak ada tabungan, tidak memiliki barang berharga, serta tidak adanya pelayanan kesehatan di sekitar tempat tinggal.
4. Keyakinan positif : Rasa sakit secara spiritual, tidak memiliki motivasi, penilaian negatif terhadap layanan kesehatan, tidak memandangnya sebagai gangguan

2.1.3.7 Proses Terjadimya Masalah

Halusinasi berkembang melalui empat tahap, seperti yang dijelaskan oleh Direja (2017), yaitu sebagai berikut:

1. Fase pertama

   Fase pertama sebagai fase menenangkan, yaitu fase yang menyenangkan. Pada tahap ini msuk dalam golongan nonpsikkotik. Klien mengalami rasa stres, cemas, perasaan ingin berpisah, merasa bersalah, merasa kesepian, dan perasaan-perasaan tersebut semakin memuncak serta tidak bisa diatasi. Klien mulai mengelamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, tetapi cara ini hanya memberi bantuan sementara. Perilaku klien mencakup senyum atau tertawa yang tidak sesuai dengan suasana, gerakan bibir tanpa suara, gerakan mata yang cepat, respons verbal yang lambat ketika terlalu terpaku pada halusinasi, serta cenderung menyendiri.

2. Fase kedua

   Fase kedua fase kondemning atau ansietas berat, halusinasi menjadi menyebalkan dan termasuk dalam psikotik ringan. Karakteristiknya adalah

pengalaman yang membuat jijik dan menakutkan, perasaan cemas semakin meningkat, sering melamun, dan berpikir sendiri menjadi lebih mendominasi. Mulai terasa ada suara yang tidak jelas dan klien tidak ingin orang lain mengetahuinya, namun ia masih mengendalikannya. Perilaku klien: munculnya gejala sistem saraf otonom seperti peningkatan detak jantung.

3. Fase ketiga

   Fase mengendalikan atau kecemasan berat adalah pengalaman sensorik yang membuat seseorang merasa memiliki kekuasaan. Termsuk dalam gangguan psikotik. Karakteristik: bisikan, suara, isi halusinasi

   semakin terasa jelas, menguasai dan mengendalikan klien. Klien mulai terbiasa dan kehilangan kekuatannya terhadap halusinasinya. Perilaku klien: kemauan terpengaruh oleh halusinasi, dan perhatiannya hanya bertahan beberapa menit atau bahkan detik saja. Tanda-tanda fisik seperti klien berkeringat, gemetar, dan tidak mengikuti perintah.

4. Fase keempat

   Fase conquering atau panic yaitu klien mengalami penghilangan diri secara perlahan akibat halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat. Karakteristiknya adalah halusinasinya berubah menjadi menakutkan, memberi perintah, dan marah pada klien. Klien merasa takut, tidak mampu lagi mengendalikan diri, merasa lemah, dan tidak bisa berinteraksi secara normal dengan orang lain di sekitarnya.

   Perilaku klien meliputi tindakan menakutkan yang muncul karena

kepanikan, kemungkinan bunuh diri, tindakan kekerasan, keadaan kacau, menarik diri dari lingkungan, atau keadaan tidak bergerak sama sekali. Klien juga tidak mampu menjawab perintah yang rumit dan hanya bisa merespons terhadap satu orang saja.

2.1.3.8 Konsep Bercakap Cakap

2.1.3.8.1 Definisi Bercakap Cakap

Bercakap - cakap adalah cara yang bagus untuk menghadapi masalah mental yang menyebabkan halusinasi. Berbicara dengan seseorang lain bisa mengalihkan pikiran dari halusinasi ke pembicaraan yang sedang berlangsung. Penelitian yang dilakukan oleh (Reski Ramdani et al., 2023) menunjukkan bahwa halusinasi pada pasien bisa diatasi dengan cara terapi percakapan, termasuk mengalihkan perhatian pasien. Jika dibandingkan dengan cara memberi teguran, terapi percakapan memberikan hasil yang lebih baik, sehingga menjadi pilihan yang lebih cocok bagi orang yang mengalami halusinasi. Hasil ini selaras dengan penelitian sebelumnya dan bukti-bukti subjektif terbaru, di mana pasien melaporkan bahwa berbicara atau menyampaikan perasaan mereka adalah cara paling efektif untuk mengelola halusinasi (Alfaniyah & Pratiwi, 2021).

2.1.3.8.2 Tujuan Bercakap – Cakap

Tujuan dari terapi bercakap-cakap adalah untuk mengurangi, mengatasi, atau mengendalikan munculnya halusinasi kembali dengan cara membuat pasien sibuk berbicara dan berinteraksi, sehingga pasien merasa lebih senang berkomunikasi dengan orang sekitarnya (Alfaniyah & Pratiwi, 2021).

2.1.3.8.3 Manfaat Bercakap – Cakap

Manfaat menggunakan terapi bercakap-cakap adalah kemampuan pasien untuk lebih mengendalikan halusinasi mereka, yang terlihat dari mengurangi tanda-tanda dan gejala halusinasi setelah menerima terapi tersebut (Alfaniyah & Pratiwi, 2021).