

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari dua kata “*Skizo*” yang berarti terbelah dan “*Frenia*” yang berarti jiwa. Seseorang yang menderita gangguan jiwa skizofrenia adalah orang yang mengalami patah jiwa atau gangguan jiwa (Zuraida, 2017). Skizofrenia merupakan gangguan jiwa dengan gangguan neurobiologis yang ditandai dengan kekacauan pola pikir dan isi pikiran, halusinasi dan ilusi, serta kekacauan pola dalam proses persepsi dan kesan serta perilaku sosial (Famela et al., 2022).

Skizofrenia biasanya terjadi secara tidak langsung, dimana keluarga biasanya kurang menyadari dan menyadari bahwa ada sesuatu yang aneh atau tidak normal dalam jangka waktu yang lebih lama. Skizofrenia terkadang muncul secara tiba-tiba. Terkadang perubahan drastis pada perilaku, kebiasaan, dan gaya hidup terjadi dalam beberapa hari (Krismonita, 2020). Penderita skizofrenia dapat menarik diri dari lingkungan sosial dan kenyataan ke dalam keyakinan atau pemikiran aneh (delusi) dan halusinasi (T. dan S. A. Paramita, 2021).

Berdasarkan pengertian diatas, penulis menyimpulkan bahwa skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa dimana gangguan neurobiologis bermanifestasi dalam pola pikir dengan tanda-tanda kekacauan

seperti perubahan perilaku, kebiasaan, dan gaya hidup yang dramatis, sehingga penderitanya dapat menarik diri dari lingkungan sosial dan kenyataannya ke dalam kehidupan, keyakinan atau pikiran (delusi) dan halusinasi.

2.1.2. Etiologi Skizofrenia

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

a. Faktor 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 pertama yang 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, kaka perempuan dan lelaki yang memiliki riwayat skizofrenia.

2.1.3. Patofisiologi Skizofrenia

Patofisiologi skizofrenia disebabkan adanya ketidak seimbangan neurotransmiter otak, khususnya norepinefrin, serotonin, dan dopamin. Namun, proses patofisiologi skizofrenia masih belum diketahui secara pasti (Kaplan & Sadock, 2015). Secara umum penelitian telah menemukan bahwa skizofrenia berhubungan dengan penurunan fungsi otak, terutama bagian temporal (termasuk mediotemporal). Bagian frontal, termasuk substansia alba dan grisea. Menurut beberapa penelitian, area otak yang secara konsisten menunjukkan kelainan adalah hipokampus dan parahipokampus (Abrams,DJ, Rojas, DC, Arciniegas,2018).

2.1.4. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Gejala-gejala skizofrenia menurut (Mashudi, 2021) adalah sebagai berikut:

a. Gejala positif

1. Waham : keyanikan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran,).
2. Halusinasi : gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, pembau dan perabaan).
3. Perubahan Arus Pikir
 - a) Arus pikir terputus : dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.
 - b) Inkohoren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara.
 - c) Neologisme : menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak di mengerti oleh orang lain.
4. Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku pasien skizofrenia secara umum yaitu cenderung menarik diri dari orang lain. Mudah tersinggung dan marah, terjadinya perubahan pola tidur, kurangnya motivasi, hingga terjadi kesulitan dalam menjalani aktivitas.

b. Gejala negatif

1. Penarikan sosial : menjadi tertutup, dingin, egois, terasing dari orang lain, dll.

2. Kurangnya motivasi : hilangnya minat terhadap hal-hal di sekitarnya, bahkan kebersihan pribadi dan perawatan diri.
3. Berpikir dan bergerak secara lambat.
4. Ekspresi wajah yang datar.

2.1.5. Tipe-tipe Skizofrenia

American Psychiatric association (APA) dikutip dalam (Triandini Paramita, 2021) mengatakan bahwa gangguan skizofrenia sendiri terbagi menjadi 3 tipe yaitu :

- a. Skizofrenia diorganisasi seringkali di gambarkan dengan ciri-ciri perilaku yang kacau, pembicaraan yang tidak koheran dan waham yang tidak terorganisasi dengan tema seksual/religius.
- b. Skizofrenia hebefrenik seringkali muncul dalam bentuk perlambatan aktivitas yang berkembang menjadi stupor bahkan fase agitasi.
- c. Skizofrenia paranoid terlihat dengan sering munculnya halusinasi auditoris dan waham yang menyebabkan kegelisahan atau ketakutan.

2.1.6. Komplikasi

Menurut prabowo (2014) ada 13 komplikasi yang bisa terjadi pada pasien dengan skizofrenia, yaitu :

- a. Penganiayaan fisik, psikologis, atau seksual.
- b. Sindrom otak organik misalnya, penyakit Alzheimer.
- c. Gangguan perilaku.
- d. *Oppositional defiant disorder*.
- e. Depresi.
- f. Serangan panik.

- g. Gangguan tourette.
- h. Delirium.
- i. Demensia.
- j. Gangguan amnestik.
- k. Halusinasi.
- l. Risiko bunuh diri.
- m. Abnormalitas neurotransmitter otak.

2.1.7. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan psikologi
 - 1. Pemeriksaan psikiatri
 - 2. Pemeriksaan psikometri
- b. Pemeriksaan lain jika diperlukan seperti :
 - 1. Pemeriksaan darah rutin
 - 2. Pemeriksaan fungsi hepar
 - 3. Pemeriksaan fungsi ginjal
 - 4. Pemeriksaan enzim hepar
 - 5. Pemeriksaan EKG
 - 6. Pemeriksaan CT scan
 - 7. Pemeriksaan EEG

2.1.8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan skizofrenia menurut Yusuf & Nihayati (2015) diantaranya sebagai berikut :

a. Terapi Medis (Psikofarmako)

Terapi psikofarmako adalah teratapi berbagai jenis obat yang bekerja pada susunan saraf pusat. Efek utamanya pada aktivitas mental dan perilaku, yang biasanya digunakan untuk pengobatan gangguan kejiwaan.

b. Terapi Aktivitas kelompok

Terapi aktivitas kelompok (TAK) merupakan terapi yang bertujuan mengubah perilaku pasien dengan memanfaatkan dinamika kelompok.

c. Terapi Keluarga

Terapi keluarga adalah suatu cara untuk menggali masalah emosi yang timbul kemudian dibahas atau diselesaikan bersama dengan anggota keluarga, dalam hal ini setiap anggota keluarga diberi kesempatan yang sama untuk berperan serta dalam menyelesaikan masalah.

d. Terapi Kognitif

Terapi jangka pendek ini dilakukan secara rutin dan memberikan alasan kepada klien untuk menunjukkan emosi negatif, memahami masalah, mengatasi emosi negatif dan memberikan klien alasan untuk menyelesaikan masalah.

e. Terapi Perilaku

Terapi pendekatan perilaku, terapi yang membuat seseorang berperilaku sesuai dengan proses belajar dimana mereka berinteraksi dengan lingkungan yang mendukungnya.

f. Terapi Rehabilitas

Selain program pengobatan, penderita skizofrenia yang berulang dan kronis yang memerlukan program rehabilitas untuk mempersiapkan klien secara fisik dan mental. Rehabilitas merupakan tindakan fisik, penyesuaian psikososial dan latihan vocational dalam penempatan dan lingkungan.

2.2. Konsep Gangguan Persepsi Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia

2.2.1 Pengertian Halusinasi

Halusinasi merupakan gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan persepsi sensori dan mengalami sensasi palsu berupa suara, pengelihatan, pengecapan, sentuhan atau penciuman (Maulana, 2022). Halusinasi merupakan distorsi persepsi palsu yang disebabkan oleh respon neurobiologis yang maladaptif. Penderita mengalami dan merespon distorsi sensori sebagai hal yang nyata (Wulandari & Pardede, 2020).

Halusinasi merupakan persepsi yang diterima oleh panca indera tanpa adanya stimulus eksternal. Klien dengan halusinasi sering merasakan keadaan/kondisi yang hanya dapat dirasakan olehnya namun tidak dapat dirasakan oleh oranglain (Aldam & Wardani, 2019). Halusinasi pendengaran terjadi ketika klien mendengar suara-suara, halusinasi ini sudah melebur dan pasien merasa

sangat ketakutan, panik dan tidak bisa membedakan antara khayalan yang dialaminya (Hafizuddin, 2021a).

2.2.2. Etiologi Halusinasi

Faktor prediposisi dan presipitasi menurut (Oktaviani et al., 2022).

a. Faktor Prediposisi

1. Faktor pengembangan

Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri.

2. Faktor sosial budaya

Meliputi klien mengalami interaksi sosial dalam fase awal comforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.

3. Faktor biologis

Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogen neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktifitasnya neurotransmitter otak.

4. Faktor sosiokultural

Seorang yang merasa tidak diterima di lingkungan sejak bayi akan merasa di singkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungan.

5. Psikologis

Kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya, klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayalan.

b. Faktor Presipitasi

1. Dimensi fisik

Kondisi seperti fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

2. Dimensi emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menentukan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan.

3. Dimensi intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego.

4. Dimensi sosial

Klien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan comforting. Klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya. Seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.

5. Dimensi spiritual

Klien halusinasi mulai dengan kemampuan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri.

2.2.3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala halusinasi antara lain menurut Azizah dan Zainuri (2016).

- a. Berbicara, tertawa dan tersenyum sendiri.
- b. Bersikap seperti mendengarkan sesuatu.
- c. Berhenti berbicara sesaat ditengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu.
- d. Disorientasi.
- e. Tidak mampu atau kurang konsentrasi.
- f. Cepat berubah pikiran.
- g. Alur pikir kacau.
- h. Respon yang tidak sesuai.
- i. Menarik diri.

- j. Suka marah dengan tiba-tiba dan menyerang orang lain tanpa sebab.
- k. Sering melamun.

2.2.4. Rentang Respon Halusinasi

Rentang respon tersebut sebagai berikut (Padede, 2021).

a. Respon adaptif

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

1. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.
Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat kenyataan.
2. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari lingkungan.
3. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
4. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan oranglain dan lingkungan.

b. Respon maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif yaitu :

1. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertantangan dengan kenyataan sosial.
2. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
3. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
4. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
5. Isolasi sosial adalah kondisi kesenderian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh oranglain dan sebagai kecelakaan yang negatif mengancam.

2.2.5. Jenis-Jenis Halusinasi

Jenis halusinasi menurut pardede (2021) adalah sebagai berikut :

a. Halusinasi pendengaran (auditorik)

Karakteristik ditandai dengan mendengar suara, terutama suara-suara orang, biasanya klien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.

b. Halusinasi penglihatan (visual)

Karakteristik dengan adanya stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambar kartun atau panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan bisa menyenangkan atau menakutkan.

c. Halusinasi pengidu (*olfactory*)

Karakteristik ditandai dengan adanya bau busuk, dan bau yang menjijikan seperti : darah, urine atau feses. Kadang-kadang terhidu bau harum, biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang dan demensia.

d. Halusinasi peraba (*tactile*)

Karakteristik ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, contoh : merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau oranglain.

e. Halusinasi pengecap (*gustatory*)

Karakteristik ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan, merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urine atau feses.

2.2.6. Fase-Fase Halusinasi

Halusinasi terbagi beberapa fase (Oktaviani et al, 2022).

a. Fase pertama (*Sleep disorder*)

Klien merasa banyak masalah, ingin menghindari dan lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karna berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dikhianati kekasih, masalah dikampus, drop out, dst. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support sistem kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus-menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecah masalah.

b. Fase kedua (*Comforting*)

Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan, dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat dia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya.

c. Fase ketiga (*Condemning*)

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

d. Fase keempat (*Controlling Savare Level of Anxiety*)

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

e. Fase ke lima (*Conquering Panic Level Of Anxiety*)

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

dapat berlangsung selama minimal empat jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan psikotik berat.

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia dengan gangguan persepsi halusinasi pendengaran

2.3.1. Pengkajian

Pengkajian menurut Mashudi (2021) sebagai berikut :

a. Identitas

Nama, Umur, Jenis kelamin, nomor MR, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.

b. Keluhan Utama

Biasanya yang menyebabkan pasien dibawa kerumah sakit biasanya akibat adanya kemunduran kemauan dan kedangkalan emosi

c. Faktor Prediposisi

Faktor prediposisi sangat erat terkait dengan faktor etiologi yakni keturunan, endoktrin, metabolisme, susunan syaraf pusat, kelemahan ego

d. 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

Biasanya ada bagian tubuh pasien yang tidak disukai, mempengaruhi kondisi pasien saat berinteraksi dengan orang lain sehingga klien merasa terhina, kondisinya di ejek.

c) Identitas

Secara umum pasien yang mengalami halusinasi pendengaran biasanya sering menyendiri dan berbicara sendiri.

d) Harga diri

Secara umum pasien yang mengalami halusinasi merasa putus asa sering menyendiri dan kehilangan motivasi. Pasien halusinasi juga cenderung memiliki resiko perilaku kekerasan.

e) Peran rumah

Pasien biasanya mempunyai masalah dengan peran atau tugas yang mereka lakukan dalam keluarga, kelompok, atau komunitas dan biasanya pasien tidak mampu melakukan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.

f) Ideal diri

Secara umum pasien mempunyai harapan yang tinggi terhadap tubuh, status dan perannya dalam keluarga, sekolah, tempat kerja, dan masyarakat.

1. Hubungan sosial

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

2. Spiritual

Aktivitas spiritual menurun sering dengan kemunduran kemauan.

e. Status Mental

1. Penampilan diri

Pasien tampak lesu, tak bergairah, rambut acak-acakan, kancing baju, tidak tepat, resleting tak terkunci, baju tak diganti baju terbalik sebagai manifestasi kemunduran kemauan pasien.

2. Pembicaraan

Nada suara rendah, lambat, kurang bicara, apatis.

3. Aktivitas kelompok

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

4. Emosi

Emosi dangkal.

5. Afek

Dangkal, tak ada ekspresi roman muka.

6. Interaksi selama Wawancara

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

7. Persepsi

Tidak terdapat halusinasi waham.

8. Proses Berpikir

Gangguan proses berpikir jarang ditemukan.

9. Kesadaran

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

10. Memori

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

11. Kemampuan penilaian

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

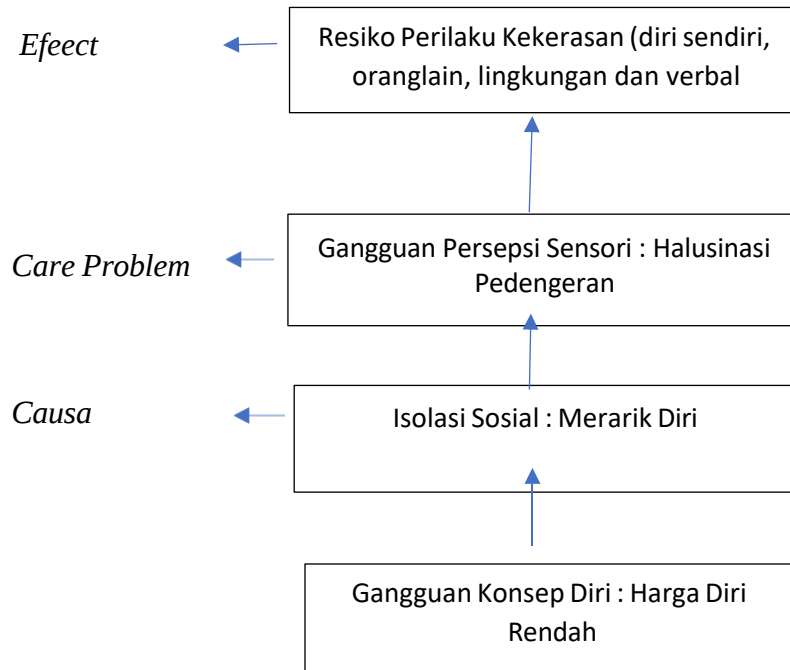
12. Tilik diri

Tidak ada yang khas.

f. Kebutuhan Sehari-hari

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

2.3.2. Pohon Masalah



Bagan 2.1 Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran (Keliat, 2019).

2.3.3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang terdapat pada pasien dengan halusinasi pendengaran adalah (Keliat et.al , 2019).

- Gangguan persepsi sensori Halusinasi berhubungan dengan gangguan penglihatan, pendengaran, perabaan (D.0058).
- Haraga diri rendah kronis berhubungan dengan kurangnya pengakuan dari orang lain, gangguan psikiatri (D.0086).
- Isolasi sosial ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan perubahan status mental (D.0121).
- Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan waham (D.0146).

2.2.4. Perencanaan Keperawatan

Menurut SLKI PPNI dan SIKI (2017), perencanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi halusinasi pendengaran adalah :

Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi (D.0085)	Persepsi Sensori (L.09083) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka persepsi sensori pasien : - Verbalisasi mendengar bisikan menurun - Menarik diri menurun - Melamun menurun - Curiga menurun	Manajemen Halusinasi (1.09288) Obeservasi : - Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi - Monitor isi halusinasi (Mis, kekerasan, atau membahayakan diri) Terapeutik - Pertahankan lingkungan yang aman - Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat	Observasi - Untuk mengetahui penyebab halusinasi - Untuk mengetahui apa isi halusinasi tersebut Terapeutik - Agar klien merasa lebih aman - Agar klien tidak melukai diri sendiri ataupun orang lain - Agar klien mampu

	mengontrol perilaku		mengetahui halusinasi
	- Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi	-	Agar klien merasa lebih nyaman
	- Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi	SP 1	- Agar klien mampu mengendalikan halusinasinya
SP 1	- Mengontrol halusinasi dengan menghardik	SP 2	- Agar klien bisa mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap
SP 2	- Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap	SP 3	- Agar klien mengalihkan halusinasinya dengan mengikuti kegiatan hal yang positif
SP 3	- Mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas		
SP 4	Mengontrol halusinasi dengan cara menggunakan obat	SP 4	- Agar klien mengerti tentang penggunaan obat
	Edukasi		

			- Anjurkan monitor sendiri situasi terjadinya halusinasi	dan mengetahui akibat jika putus obat Edukasi - Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi - Anjurkan melakukan distraksi (Mis, mendengarkan musik, melakukan aktivitas, dan teknik relaksasi - Ajarkan pasien dan keluarga dengan cara mengontrol halusinasi Kolaborasi - Kolaborasi pemberian obat antipsikotik	
2	Isolasi Sosial (D.0121)	Keterlibatan sosial (1.08075)	Promosi Sosialisasi (1.13498)		

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka keterlibatan sosial klien :	Observasi	Observasi
- Minat interaksi meningkat	- Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain	- Untuk mengetahui bagaimana interaksi klien dengan orang lain
- Verbalisasi isolasi menurun	- Identifikasi hambatan interaksi dengan orang lain	- Untuk mengetahui hambatan klien
- Perilaku menarik diri menurun	Terapeutik	Terapeutik
- Afek murung/sedih menurun	- Motivasi meningkatkan keterlibatan hubungan	- Agar klien dapat berinteraksi
- Perilaku bermusuhan menurun	- Motivasi kesabaran dalam meningkatkan suatu hubungan	- Agar klien dapat berinteraksi dengan orang baru
	- Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok	- Agar klien dapat berinteraksi diluar lingkungannya
	- Motivasi berinteraksi diluar lingkungan	- Agar klien meningkatkan interaksi
	Edukasi	
	- Berikan umpan balik positif pada	- Agar klien merasa lebih

			setiap peningkatan kemampuan	nyaman berkomunikasi
			Edukasi	- Agar klien dapat bersosialisasi kembali
			- Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap	- Agar klien dapat meningkatkan komunikasi terhadap masyarakat luar
			- Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan	- Membantu klien dapat mengekspresikan marah dengan tepat
			- Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi	
			- Latih mengekspresikan marah yang tepat	
3	Harga diri rendah (D.0087)	Harga diri (L.09069) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, maka harga diri klien : - Penilaian diri positif meningkat - Konsentrasi meningkat	Manajemen Perilaku (1.12463) Observasi - Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik	Observasi - Untuk mengetahui mengendalikan perilaku klien Terapeutik - Melatih kedisiplinan

		- Percaya diri berbicara meningkat - Kontak mata meningkat	- Jadwalkan kegiatan terstruktur - Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan - Batasi jumlah pengunjung - Bicara dengan nada rendah dan tenang	terhadap kegiatan - Agar klien mampu mengikuti aktivitas sesuai keinginnya - Agar klien tidak takut
			Edukasi - Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif	Edukasi - Agar keluarga mampu membuat pembentukan kognitif terhadap klien
4	Resiko Perilaku Kekerasaan (D.0146)	Kontrol Diri (L.09076) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka control diri klien : - Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun	Promosi koping (I.09312) Observasi - Identifikasi kegiatan jangka pendek dan jangka panjang sesuai tujuan - Identifikasi metode penyelesaian	Observasi - Untuk menerapkan kegiatan klien sesuai tujuan - Untuk mengetahui penyelesaian masalah klien

- Verbalisasi umpatan menurun - Suara keras menurun - Perilaku melukai diri sendiri menurun - perilaku melukai orang lain/lingkungan menurun	- Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial Terapeutik - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri - Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis - Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan - Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan - Dukung penggunaan	- Untuk menerapkan bagaimana hubungan klien Terapeutik - Agar klien merasa lebih aman dan nyaman - Agar klien dapat menghindari kekerasan pada diri sendiri - Agar klien dapat menerima realita yang ada - Untuk mengetahui bagaimana pengambilan keputusan klien - Untuk menghindari keputusan sesaat klien - Untuk membantu klien dalam mengendalikan resiko perilaku kekerasan
---	---	---

	mekanisme pertahanan yang tepat (latih tarik nafas dalam)	dengan tarik nafas dalam
	Edukasi	Edukasi
-	Anjurkan keluarga terlibat	- Agar klien dapat dukungan dari keluarga
-	Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif	- Agar klien tidak memecahkan masalah secara sepihak
-	Latih penggunaan teknik relaksasi	- Agar klien dapat mengontrol dengan relaksasi
-	Latih mengembangkan penilaian objektif	- Agar klien dapat objektif

2.2.5. Pelaksanaan

Implementasinya akan selaras dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata pelaksanaannya seringkali banyak melenceng dari rencana, hal ini disebabkan karena perawat tidak terbiasa menggunakan rencana tertulis pada saat melakukan operasi medis. Sebelum melaksanakan tindakan perawatan yang di rencanakan, pengasuh harus memastikan secara singkat apakah rencana tindakan tersebut masih tepat dan perlu sesuai dengan kondisi klien. Selain itu, perawat sendiri menilai kembali apakah aman bagi

klien. Bila tidak ada hambatan dapat dilakukan pengobatan (Pangaribuan et al. 2022).

2.2.6. Evaluasi

Evaluasi ada proses berkelanjutan untuk mengevaluasi dampak pelayanan pada klien. Tanggapan keluarga terhadap tindakan pengobatan yang diterapkan terus dievaluasi suatu proses atau evaluasi formatif dilakukan setelah setiap tindakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP (Damayanti, 2021).

- S : Respon subjektif keluarga terhadap intervensi keperawatan yang dilaksanakan
- O : Respon objektif keluarga terhadap tindakan keperawatan yang diterapkan
- A : Analisis kembali data subjektif dan objektif dan tentukan apakah masalah masih ada data yang tidak sesuai dengan masalah yang ada
- P : Perencanaan atau pemantauan berdasarkan hasil analisis respon Keluarga