

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Skozofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu psikosis fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta di harmoni antara proses pikir, afek atau emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi, assosiasi terbagi-bagi sehingga muncul inkoherensi, afek dan emosi inadkuat, serta psikomotor yang menunjukkan penarikan diri, ambivalensi dan perilaku bizar. Pada skizofrenia, kesadaran dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif dapat berkembang di kemudian hari (Sutejo, 2017).

Skizofrenia merupakan gangguan yang berlangsung selama minimal satu bulan gejala fase aktif. Gangguan skizofrenia juga dikarakteristikan dengan gejala positif (delusi dan halusinasi), gejala negatif (apatis, menarik diri, penurunan daya pikir, dan penurunan afek), dan gangguan kognitif (memori, perhatian, pemecahan masalah, dan social) (Sutejo, 2017).

2. Etiologi Skizofrenia

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

a. Diatesis-Stres Model

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

b. Faktor Biologis

Dari faktor biologis dikenal suatu hipotesis dopamin yang menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh aktivitas dopaminergik yang berlebihan di bagian kortikal otak, dan berkaitan dengan gejala positif dari skizofrenia. Faktor genetika telah dibuktikan secara meyakinkan. Resiko masyarakat umum 1%, pada orang tua resiko 5%, pada saudara kandung 8% dan pada anak 12% apabila salah satu orang tua menderita

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

c. Faktor Psikososial

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

1) Teori perkembangan

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

2) Teori belajar

Anak-anak yang menderita skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berfikir irasional orang tua yang mungkin memiliki masalah emosional yang bermakna. Hubungan interpersonal yang buruk dari penderita skizofrenia akan berkembang karena mempelajari model yang buruk selama anak-anak.

3) Teori keluarga

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

3. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut (Hawari, 2018), gejala-gejala skizofrenia dapat dibagi dalam dua kelompok yaitu gejala positif dan gejala negatif. Selengkapnya seperti pada uraian berikut :

a. Gejala positif skizofrenia

Gejala positif merupakan gejala yang mencolok, mudah dikenali, mengganggu keluarga dan masyarakat serta merupakan salah satu motivasi keluarga untuk membawa pasien berobat (Hawari, 2018)

Gejala-gejala positif yang diperlihatkan pada pasien skizofrenia yaitu :

1) Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa

keyakinan itu tidak rasional, namun pasien tetap meyakini kebenarannya.

- 2) Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa rangsangan (stimulus). Misalnya pasien mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara atau bisikian itu.
 - 3) Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Misalnya bicaranya kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
 - 4) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan, yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan.
 - 5) Merasa dirinya “orang besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.
 - 6) Pikiran penuh dengan ketakutan sampai kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
 - 7) Menyimpan rasa permusuhan.
- b. Gejala negatif skizofrenia

Gejala negatif skizofrenia merupakan gejala yang tersamar dan tidak mengganggu keluarga ataupun masyarakat, oleh karenanya pihak keluarga seringkali terlambat membawa pasien berobat (Hawari, 2018). Gejala-gejala negatif yang diperlihatkan pada pasien skizofrenia yaitu :

- 1) Alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- 2) Isolasi sosial atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*).
- 3) Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.
- 4) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- 5) Sulit dalam berpikir abstrak.
- 6) Pola pikir stereotip

4. Jenis – Jenis Skizofrenia

Skizofrenia memiliki beberapa tipe. Adapun tipe skizofrenia menurut (DSM V 2013 dalam Sutejo 2017) antara lain:

a. Skizofrenia Paranoid

Merupakan subtype yang paling umum di mana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham kebesarannya di mana individu merasa dikejar-kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya.

1) Halusinasi dan waham harus menonjol:

- a) Suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pelun, mendengung, atau bunyi tawa.
- b) Halusinasi pembauan atau pengecapian rasa, atau bersifat seksual, atau lain-lain perasaan tubuh halusinasi visual mungkin ada tetapi jarang menonjol.
- c) Waham dikendalikan (*delusion of control*), dipengaruhi (*delusion of influence*), atau "passivity" (*delusion of passivity*), dan keyakinan dikejar-kejar yang beraneka ragam.

2) Gangguan affektif, dorongan kehendak dan pembicaraan serta gejala katatonik secara relatif tidak menonjol.

b. Skizofrenia Disorganisasi (hebefrenik)

Ciri-cirinya adalah:

- 1) Memenuhi kriteria umum skizofrenia.
- 2) Biasanya terjadi pada 15-25 tahun.
- 3) Perilaku tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan, kecenderungan untuk selalu menyendiri, serta perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan.
- 4) Afek tidak wajar, sering disertai cekikikan dan perasaan puas diri, senyum-senyum sendiri, tertawa, dan lain lain.
- 5) Proses mengalami disorganisasi dan pembicaraan inkoheren.

c. Skizofrenia Katatonik

Gangguan psikomotor terlihat menonjol, sering kali muncul bergantian antara mobilitasi motorik dan aktivitas berlebihan. Satu atau lebih dari perilaku berikut ini harus mendominasi gambaran klinisnya:

- 1) Stupor: kehilangan semangat hidup dan senang diam dalam posisi kaku tertentu sambil membisu dan menatap dengan pandangan kosong.
- 2) Gaduh gelisah: tampak jelas aktivitas motorik yang tak bertujuan, yang tidak dipengaruhi oleh stimuli eksternal.
- 3) Menampilkan posisi tubuh tertentu: secara sukarela mengambil dan mempertahankan posisi tubuh tertentu yang tidak wajar atau aneh.
- 4) Negativisme: tampak jelas perlawanan yang tidak bermotif terhadap semua perintah seperti menolak untuk membetulkan posisi badannya, menolak untuk makan, mandi, dan lain-lain.
- 5) Rigiditas: mempertahankan posisi tubuh yang kaku untuk melawan upaya menggerakkan dirinya.
- 6) Fleksibilitas areal waxy flexibility: mempertahankan anggota gerak dan tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar. Posisi pasien dapat dibantuk, namun setelah itu, ia akan senantiasa mempertahankan posisi tersebut.
- 7) Gejala-gejala lain seperti command automatism: lawan dari negativisme, yaitu mematuhi semua perintah secara otomatis dan kadang disertai dengan pengulangan kata-kata serta kalimat-kalimat.

d. Skizofrenia Residual

Ciri-cirinya:

- 1) Gejala negatif dari skizofrenia menonjol seperti perlambatan psikomotorik, aktivitas menurun, afek tidak wajar, pembicaraan inkoheren.

- 2) Ada riwayat psikotik yang jelas seperti waham dan halusinasi di masa lampau (minimal telah berlalu satu tahun) yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
- 3) Tidak terdapat gangguan mental organik

5. Penatalaksanaan Skizofrenia

Tujuan utama dari skizofrenia adalah mengembalikan fungsi normal klien, serta mencegah kekambuhannya. Belum ada pengobatan dalam masing-masing subtype skizofrenia (Prabowo, 2016). Dibawah ini termasuk penatalaksanaan pada skizofrenia :

a. Terapi farmakologi

Obat-obatan yang digunakan dalam terapi farmakologi skizofrenia yaitu golongan obat antipsikotik. Obat anti psikotik terbagi menjadi dua golongan, yaitu :

- 1) Antipsikotik tipikal merupakan antipsikotik generasi lama yang mempunyai aksi seperti dopamin. Antipsikoti ini lebih efektif untuk mengatasi gejala positif pada klien skizofrenia. berikut ini yang termasuk golongan obat antipsikotik tipikal :
 - a) Chlorpromazine dengan dosis harian 30-800 mg/hari
 - b) Flupenthixol dengan dosis harian 12-64 mg/hari
 - c) Fluphenazine dengan dosis harian 2-40 mg/hari
 - d) Haloperidol dengan dosis harian 1-100 mg/hari
- 2) Antipsikotik atipikal Aksi obat ini adalah mengeblok reseptor dopamin yang rendah. Antipsikotik atipikal ini merupakan pilihan dalam terapi skizofrenia karena mampu mengatasi gejala positif maupun negatif pada pasien skizofrenia. berikut ini adalah daftar obat yang termasuk golongan obat antipsikotik atipikal :
 - a) Clozapine dosis harian 300-900 mg/hari
 - b) Risperidone dosis harian 1-40 mg/hari
 - c) Losapin dosis harian 20-150 mg/hari
 - d) Melindone dosis harian 225 mg/hari

b. Terapi Elektrokonvulsif (ECT)

c. Perawatan di rumah sakit

d. Psikoterapi

- 1) Terapi psikoanalisa Pada terapi ini menyadarkan seseorang terhadap masalah pada dirinya dan membuat mekanisme pertahanan dengan tujuan supaya cemasnya dapat terkendalikan.
- 2) Terapi Perilaku Ada dua bentuk program psikososial untuk meningkatkan fungsi kemandirian, diantaranya :
 - a) Social Learning Program: klien skizofrenia untuk mempelajari perilaku yang sesuai
 - b) Social Skills Training: melatih penderita mengenai ketrampilan atau keahliannya.
- 3) Terapi Humanistik Terapi kelompok dan keluarga.

B. Konsep Skizoafektif

1. Definisi Skizoafektif

Skizofrenia merupakan suatu sindroma klinis dari berbagai keadaan psikopatologis yang sangat mengganggu yang melibatkan proses pikir, emosi, persepsi, dan tingkah laku. Keadaan afeksi atau mood yang berarti adanya suatu corak perasaan yang sifatnya menetap (konstan) dan biasanya berlangsung untuk waktu yang lama. Diagnostic and statistic manual of mental disorders edisi keempat (DSM-IV) menyatakan dua gangguan mood utama adalah gangguan depresif berat dan gangguan bipolar (Hasanah, 2015).

Gangguan afektif merupakan sebutan dari gangguan depresi berat dan gangguan bipolar, tetapi patologi utama didalam gangguan tersebut adalah mood, yaitu keadaan emosi internal yang meresap dari seseorang dan bukan afek, yaitu ekspresi eksternal dari isi emosional saat itu (Hasanah, 2015).

2. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Wijaya (2018) pada gangguan Skizoafektif gejala klinis berupa gangguan episodik gejala gangguan mood maupun gejala skizofreniknya menonjol dalam episode penyakit yang sama, baik secara simultan atau secara bergantian dalam beberapa hari. Gejala yang khas pada pasien skizofrenik berupa waham, halusinasi, perubahan dalam berpikir,

perubahan dalam persepsi disertai dengan gejala gangguan suasana perasaan baik itu manik maupun depresif.

Menurut (PPDGJ-III dalam Wijaya, 2018) gejala klinis berdasarkan pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas:

- a. *“Thought echo”* : isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda ; atau *“thought insertion or withdrawal”* = isi yang asing dan luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*); dan *“thought broadcasting”* ; isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.
- b. *“Delusion of control”* : waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau *“delusion of passivity”* : waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang ”dirinya” = secara jelas merujuk kepergerakan tubuh / anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau penginderaan khusus). *“delusional perception”* : pengalaman indrawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat.
- c. Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*), yang berkitab inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme.

3. Jenis – Jenis Skizofrenia

Menurut (Ricki, 2016) klasifikasi dari skizoafektif yaitu :

- a. Gangguan Skizoafektif Tipe Manik (F25.0)

Pedoman diagnostik :

- 1) Kategori ini digunakan baik untuk episode skizoafektif tipe manik yang tunggal maupun untuk gangguan berulang dengan sebagian besar episode skizoafektif tipe manik.

- 2) Afek harus meningkat secara menonjol atau ada peningkatan afek yang tak begitu menonjol dikombinasi dengan iritabilitas atau kegelisahan yang memuncak.
- 3) Dalam episode yang sama harus jelas ada sedikitnya satu atau lebih baik lagi dua, gejala skizofrenia yang khas (sebagaimana ditetapkan untuk skizofrenia).

b. Gangguan Skizoafektif Tipe Depresif (F25.1)

Pedoman diagnostik :

- 1) Kategori ini harus dipakai baik untuk episode skizoafektif tipe depresif yang tunggal, dan untuk gangguan berulang dimana sebagian besar episode didominasi oleh skizoafektif tipe depresif.
- 2) Afek depresif harus menonjol, disertai oleh sedikitnya dua gejala khas, baik depresif maupun kelainan perilaku terkait seperti tercantum dalam uraian untuk episode depresif (F.32).
- 3) Dalam episode yang sama, sedikitnya harus jelas ada satu, dan sebaiknya ada dua gejala khas skizoafrenia (sebagaimana ditetapkan dalam pedoman diagnosis skizofrenia (F.20).

c. Gangguan Skizoafektif Tipe Campuran (F25.2)

Gangguan dengan gejala-gejala skizofrenia berada secara bersamaan dengan gejala-gejala afektif bipolar campuran (F31.6)

4. Penyalaksanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan tahun 2015 penatalaksanaan dari skizoafektif yaitu :

a. Fase Akut

- 1) Skizoafektif tipe manik atau tipe campuran
 - a) Olanzapin 1 x 10 – 30 mg / hari atau risperidone 2 x 13 mg / hari atau quetiapin hari I (200mg), hari II (400 mg), hari III (600 mg) atau hari I (1x300 mg- 15 XR), dan seterusnya dapat dinaikkan menjadi 1x600
 - b) Lorazepam 3 x 1-2 mg/hari kalau perlu (gaduh gelisah atau insomnia)
 - c) Haloperidol 5-20 mg/hari.

- 2) Skizoafektif tipe depresi
 - a) Litium 2 x 400 mg/hari
 - b) Antidepresan, SSRI, misalnya fluoksetin 1 x 10-20 mg/hari
 - c) Antipsikotika generasi kedua, olanzapin 1 x 10 – 30 mg/hari atau risperidone 2 x 1-3 mg/hari atau quetiapin hari I (200mg), hari II (400 mg), hari III (600 mg) dan seterusnya atau aripirazol 1 x 10-30 mg/hari
 - d) Haloperidol 5-20 mg/hari. Lama pemberian obat untuk fase akut adalah 2-8 minggu.
- b. Fase lanjutan
 - 1) Terapi (Monoterapi)
 - a) Litium karbonat 0,6-1 mEq/L biasanya dicapai dengan dosis 900-1200 mg / hari sekali sedengan dosis 500 mg/hari
 - b) Olanzapin 1 x 10 mg/hari iii. Quetiapin dengan dosis 300 – 600 mg/hari
 - c) Risperidon dengan 1-4 mg/hari
 - d) Aripirazol dengan dosis 10-20 mg/hari
 - 2) Terapi Kombinasi Kombinasi obat-obat di atas. Penggunaan antidepresan jangka panjang untuk skizoafektif tipe episode depresi mayor tidak dianjurkan karena dapat menginduksi terjadinya episode manik.
 - a) Klozapin dosis 300-750mg/hari (pasien yang refrakter) Lama pemberian obat fase lanjutan 2-6 bulan sampai tercapai recovery yaitu bebas gejala selama 2 bulan.

C. Konsep Halusinasi

1. Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan ransangan internal (pikiran) dan ransangan eksternal (dunia luar), dimana individu memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan yang nyata (Iyan, 2021).

Halusinasi adalah suatu keadaan dimana pasien mengalami perubahan sensori persepsi yang disebabkan stimulus yang sebenarnya itu tidak ada (Sutejo, 2017).

Halusinasi merupakan gangguan persepsi sensori. Gangguan persepsi sensori adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi. Gangguan persepsi dimana individu merasakan adanya stimulus melalui panca indera tanpa adanya ransangan yang nyata seperti penglihatan, suara atau bau yang tampak nyata tetapi tidak, hal-hal ini diciptakan oleh pikiran (Widodo, et al., 2022).

2. Faktor Terjadinya Halusinasi

Menurut (Widodo, et al., 2022) Gangguan sensori persepsi : halusinasi terdiri dari dua faktor penyebab yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor genetik

Secara genetik, skizofrenia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom ke berapa yang menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian. Anak kembar identik memiliki kemungkinan mengalami skizofrenia sebesar 50% jika salah satunya mengalami skizofrenia, sementara jika dizigote, peluangnya sebesar 15%. Seorang anak yang salah satu orang tuanya mengalami skizofrenia berpeluang 15% mengalami skizofrenia, sementara bila kedua orang tuanya skizofrenia maka peluangnya menjadi 35%.

2) Faktor perkembangan

Jika tugas perkembangan mengalami hambatan atau terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehilangan kehangatan keluarga menyebabkan individu tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilangnya kepercayaan diri, lebih rentan terhadap stres dan kecemasan.

3) Faktor psikologis

Beberapa kondisi psikologis yang menjadi faktor predisposisi skizofrenia, antara lain anak yang diperlakukan oleh ibu yang pencemas, terlalu melindungi, dingin dan tidak berperasaan, sementara ayah yang mengambil jarak dengan anaknya. Sementara itu hubungan interpersonal yang tidak harmonis serta adanya peran ganda yang bertentangan dan sering diterima oleh anak akan mengakibatkan stres dan kecemasan yang tinggi dan berakhir dengan gangguan orientasi realitas.

4) Faktor sosiokultural

Berbagai faktor di masyarakat dapat menyebabkan seseorang merasa disingkirkan atau tidak diterima oleh lingkungannya, sehingga orang tersebut merasa kesepian di lingkungan yang membesarkannya dan tidak percaya pada lingkungannya

5) Faktor biokimia

Stres yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan menghasilkan suatu zat yang bersifat halusinogenik neurokimia seperti buffofenon dan dimenhtytranferase (DMP). Akibat stres yang berkepanjangan menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan acetycholin dan dopamin.

b. Faktor presipitasi

- 1) Kondisi kesehatan, meliputi : nutrisi kurang, kurang tidur, ketidakseimbangan irama sirkadian, kelelahan, infeksi, obat-obatan sistem syaraf pusat, kurangnya latihan, hambatan untuk menjangkau pelayanan kesehatan
- 2) Lingkungan, meliputi : lingkungan yang memusuki, krisis masalah rumah tangga, kehilangan kebebasan hidup, perubahan kebiasaan hidup, pola aktivitas sehari-hari, kesukaran dalam hubungan dengan orang lain, isolasi sosial, kurangnya dukungan sosial, tekanan kerja, kurang keterampilan dalam bekerja, stigmatisasi, kemiskinan, ketidakmampuan mendapat pekerja.

- 3) Sikap/periaku, meliputi : merasa tidak mampu, harga diri rendah, putus asa, tidak percaya diri, merasa gagal, kehilangan kendai diri, merasa punya kekuatan lebih, merasa malang, bertindak tidak seperti orang lain dari segi usia maupun kebudayaan, sendahnya kemampuan sosiaisasi, perilaku agresif, ketidakadekuatan pengobatan dan ketidakadekuatan penanganan gejala.

Menurut Yosep (2016) dalam hakekatnya seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi yaitu:

1) Dimensi Fisik

Halusianasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi 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 menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut

3) Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tak jarang akan mengotrol semua perilaku klien

4) Dimensi Sosial

Klien mengalami gangguan 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. Isi halusinasi dijadikan kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman untuk dirinya atau orang lain. Keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung

5) Dimensi spiritual

Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas, tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah, jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri, dan irama sirkardiannya terganggu

3. Tanda dan Gejala Halusinasi

Adapun tanda dan gejala halusinasi menurut (Iyan, 2021) sebagai berikut :

- a. Halusinasi pendengaran
 - 1) Data objektif : berbicara atau tertawa sendiri, marah-maraha tanpa sebab, mengarahkan telinga ke arah tertentu, menutup telinga
 - 2) Data subjektif : mendengar suara atau kegaduhan, mendengarkan suara yang mengajaknya bercakap-cakap, mendengarkan suara yang menyuruhnya melakukan sesuatu yang berbahaya
- b. Halusinasi penglihatan
 - 1) Data objektif : menunjuk-nunjuk ke arah tertentu, ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
 - 2) Data subjektif : melihat bayangan, sinar bentuk geometris, bentuk kartoon, melihat hantu atau monster
- c. Halusinasi penghiduan
 - 1) Data objektif : mencium seperti membaui bau-bau tertentu, menutup hidung
 - 2) Data subjektif : mencium bau-bau seperti bau darah, urine, feses dan terkadang bau itu menyenangkan

- d. Halusinasi pengecapan
 - 1) Data objektif : sering meludah, muntah
 - 2) Data objektif : merasakan rasa seperti darah, urine atau feses
- e. Halusinasi perabaan
 - 1) Data objektif : menggaruk-garuk permukaan kulit
 - 2) Menyatakan ada serangga di permukaan kulit, atau merasa tersengat listrik

4. Jenis - Jenis Halusiansi

Menurut (Pardede et, al., 2021) jenis halusinasi antara lain :

- a. Halusinasi pendengaran (Auditorik)

Gangguan stimulus dimana ditandai dengan mendengar suara yang membicarakan, menertawakan bahkan mengancam seperti memerintah atau melakukan sesuatu yang dapat membahayakan diri. Suara itu muncul dari dalam atau luar pikiran pasien
- b. Halusinasi penglihatan (Visual)

Gangguan stimulus dimana stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambaran kartun/panorama yang luas dan kompleks. Penglihatan bisa menyenangkan atau menakutkan.
- c. Halusinasi penciuman (Olfactory)

Gangguan stimulus dimana ditandai dengan adanya bau busuk, amis dan bau yang menjijikan seperti : darah, urine atau feses. Kadang – kadang tercium bau harum. Biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang dan demensia.
- d. Halusinasi peraba (tactile)

Gangguan stimulus dimana adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat. Contoh : merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.
- e. Halusinasi pengecap (Gustatory)

Gangguan stimulus dimana ditandai dengan merasakan sesuatu busuk, amis dan menjijikan, merasakan mengecap rasa seperti rasa darah, urin atau feses.

f. Halusinasi sinestik

Gangguan stimulus dimana dinatai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir mealui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukam urine.

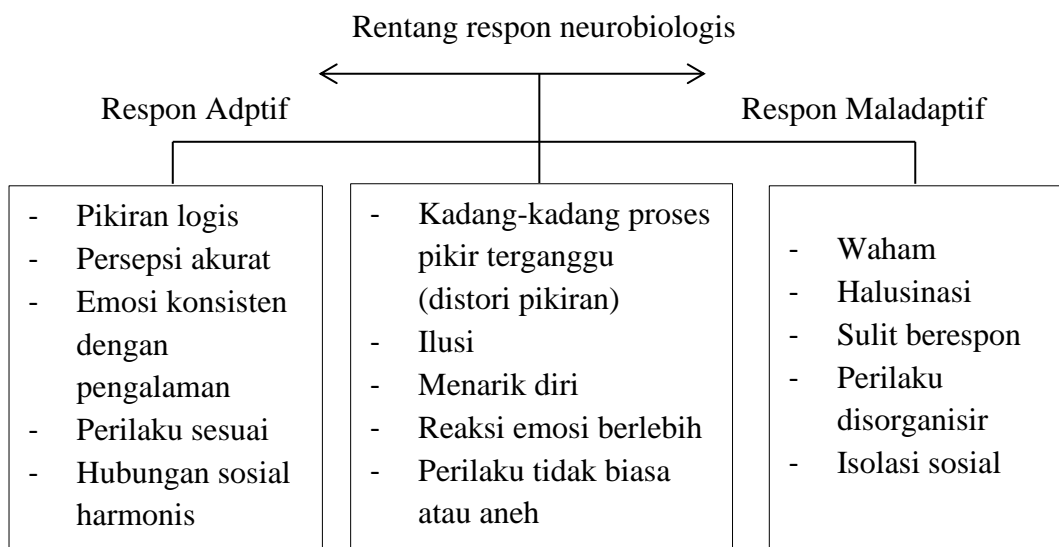
g. Halusinasi kinestik

Gangguan stimulus dimana merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

5. Rentang Respon Halusinasi

Menurut (Widiyawati, 2020) halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif invidu yang berada dalam rentang respon neurologis. Ini merupakan respon persepsi paling maladaptif. Jika pasien sehat, persepsinya akurat mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimuusberdasarkan informasi yang diterima melalui pancaindera (pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecapan perabaan), pasien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus pancaindera walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada. Rentang respon tersebut dapat di gambarkan dibawah ini :

Bagan 2.1 : rentang respon halusinasi



Keterangan renang respon halusinasi :

a. Respon adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain invidu 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 pada kenyataan
- 2) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman
- 3) Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran
- 4) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan

b. Respon psikososial meliputi :

- 1) Proses pikir terganggu yang menimbulkan gangguan
- 2) Ilusi adalah misinterpretasi atau penilaian yang salah tentang yang benar terjadi (objek nyata) karena gangguan panca indera
- 3) Emosi berlebih atau kurang
- 4) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas untuk menghindari interaksi dengan orang lain
- 5) Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain

c. Respon maladaptif

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

- 1) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial
- 2) Halusinasi merupakan persepsi sensoris yang salah atau persepsi eksternal yang tidak nyata atau tidak ada
- 3) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati

- 4) Perilaku tidak terorganisir merupakan kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

6. Fase – Fase Halusinasi

Halusinasi yang dialami oleh individu, biasanya berbeda intensitasnya dan keparahannya. Fase halusinasi dalam empat fase berdasarkan tingkat ansietasnya yang dialami dan kemampuan individu mengendalikan dirinya. Semakin berat fase halusinasinya, semakin berat mengalami ansietas dan semakin dikendalikan oleh halusinasinya (Iyan, 2021).

- a. Fase 1 (*Comforting*) : ansietas tingkat sedang, halusinasi bersifat menyenangkan.

Karakteristik : pasien mengalami perasaan mendalam seperti, ansietas, kesepian, rasa bersalah, takut dan mencoba berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan ansietas. Individu mengalami bahwa pikiran-pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani.

Perilaku pasien :

- 1) Tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai
- 2) Menggerakkan bibir tanpa suara
- 3) Pergerakan mata yang cepat
- 4) Respon verbal yang lambat jika sedang asyik
- 5) Diam dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasyikkan

- b. Fase II (*Condemning*) : ansietas tingkat berat, halusinasi menjadi menjijikan.

Karakteristik : pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan. Pasien mulai lepas kendai dan mungkin mencoba untuk menganbil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. Pasien mungkin mengalami dipermalukan oleh pengalamn sensori dan menarik diri dari orang lain.

Perilaku pasien :

- 1) Meningkatnya tanda-tanda sistem syaraf otonom akibat ansietas otonom seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah.

2) Rentang perhatian menyempit

3) Asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita

c. Fase III (*Controlling*) : ansietas tingkat berat, pengalaman sensori menjadi berkuasa.

Karakteristik : pasien berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik. Pasien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensori halusinasi berhenti

Perilaku pasien :

1) Kemauan yang dikendalikan halusinasi akan lebih diikuti

2) Kesukaran berhubungan dengan orang lain

3) Rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit

4) Adanya tanda-tanda fisik ansietas berat seperti, berkeringat, tremor, tidak mampu mematuhi perintah

d. Fase IV (*Counquering*) : panik, umumnya halusinasi menjadi rumit, melebur dalam halusinasinya.

Karakteristik : pengalaman sensori menjadi mengancam jika pasien mengikuti perintah halusinasinya. Hausinasi berakhir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi terapeutik.

Perilaku pasien :

1) Perilaku teror akibat panik

2) Pontensi kuat bunuh diri atau membunuh orang lain

3) Aktivitaas fisik merefleksi ini halusinasi seperti perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau katatonia

4) Tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks

5) Tidak mampu berespon lebih dari satu orang

7. Penata Penatalaksanaan

Menurut (Iyan, 2021) penatalaksanaa halusinasi ada beberapa seperti psikofarmakoterapi, psikoterapi dan rehabilitas yang diantaranya terapi aktivitas (TAK), dan rehabilitasi.

a. Psikofarmakoterapi

Gejala halusinasi sebagai salah satu gejala psikotik/skizofrenia biasanya diatasi dengan menggunakan obat-obatan anti psikotik antara lain :

- 1) Golongan Butirefenon: Haldol, Serenace, Ludomer. Pada kondisi akut biasanya diberikan dalam bentuk injeksi 3x5 mg, IM. Pemberian injeksi biasanya cukup 3x24 jam. Setelahnya klien bisa diberikan obat per oral 3x1,5 mg atau 3x5 mg.
- 2) Golongan Fenotiazine: Chlorpromazine/ Largactil/ Promactil. Biasanya diberikan per oral. Kondisi akut biasanya diberikan 3x100mg. Apabila kondisi sudah stabil dosis dapat dikurangi 1x100 mg pada malam hari saja.

b. Psikoterapi

Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artificial dengan melewati aliran listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik dapat diberikan pada skizoprenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik

c. Terapi aktivitas kelompok

Terapi aktivitas kelompok yang diberikan pada pasien dengan halusinasi yaitu :

1) Terapi aktivitas kelompok stimulasi kognitif/persepsi

Pasien dilatih mempersepsikan stimulus yang disediakan atau stimulus yang pernah dialami. Kemampuan persepsi pasien dievaluasi dan ditingkatkan pada tiap sesi. Dengan proses ini, diharapkan respon pasien terhadap berbagai stimulus dalam kehidupan menjadi adaptif. Aktivitas berupa stimulus dan persepsi. Stimulus yang disediakan : baca artikel/ majalah/ buku/ puisi, menonton acara TV (ini merupakan stimulus yang disediakan), stimulus dari pengalaman masa lalu yang menghasilkan proses persepsi pasien yang maladaptif atau destruktif, misalnya kemarahan, kebencian putus hubungan, pandangan negatif pada orang lain dan halusinasi. Kemudian dilatih persepsi pasien terhadap stimulus.

2) Terapi aktivitas kelompok stimulus sensori

Aktivitas digunakan sebagai stimulus pada sensori pasien, kemudian diobservasi reaksi sensori pasien terhadap stimulus yang disediakan, berupa ekspresi perasaan secara nonverbal (ekspresi wajah dan gerakan tubuh). Biasanya pasien yang tidak mau mengungkapkan komunikasi verbal akan testimulasi emosi dan perasaanya, serta menampilkan serpon. Aktivitas yang digunakan sebagai stimulus adalah : musik, bernyanyi, menari. Jika hobi pasien diketahui sebelumnya, dapat dipakai sebagai stimulus, misalnya lagu kesukaan pasien dapat digunakan sebagai stimulus.

d. Rahabilitasi

Terapi kerja baik untuk mendorong penderita bergaul lagi dengan orang lain, penderita lain, perawat dan dokter. Maksudnya supaya ia tidak mengasingkan diri lagi karena bila menarik diri dia dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Dianjurkan penderita untuk mengadakan permainan atau pelatihan bersama.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Presepsi Sensori Halusinasi

1. Identitas Pasien: Nama, tempat tanggal lahir, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, diagnose medis, nomor rekam medis.
2. Alasan Masuk :
 - a. Apa yang menyebabkan klien/keluarga datang ke rumah sakit saat ini.
 - b. Apa yang sudah dilakukan oleh keluarga mengatasi masalah ini, dan bagaimana hasilnya.
3. Faktor Predisposisi
 - a. Apakah pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu.
 - b. Bagaimana pengobatan sebelumnya, apakah berhasil atau tidak.
 - c. Apakah klien pernah melakukan dan atau mengalami dan atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal.
 - d. Adakah keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

- e. Apakah ada pengalaman yang tidak menyenangkan (kegagalan, kehilangan/ perpisahan/ kematian, trauma selama tumbuh kembang) yang pernah dialami klien pada masa lalu.

4. Fisik

Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ;

- a. Ukur dan observasi tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan klien.
- b. Ukur tinggi badan dan berat badan klien.
- c. Tanyakan kepada klien/keluarga, apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien.

5. Psikososial

- a. Genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dan keluarga.
- b. Konsep diri.

1) Gambaran diri

Bagaimana persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.

2) Identitas diri.

Bagaimana status dan posisi klien sebelum dirawat. Kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, kelompok). Kepuasan klien sebagai laki-laki/perempuan.

3) Peran diri.

Bagaimana tugas/peran yang diemban dalam keluarga/kelompok/masyarakat. Kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/ peran tersebut

4) Ideal diri.

Bagaimana harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas/peran. Harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat). Harapan klien terhadap penyakitnya.

5) Harga diri.

Bagaimana hubungan klien dengan orang lain. Penilaian/ penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.

6. Hubungan Sosial

- a. Siapa orang yang berarti dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan atau sokongan.
- b. Kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.
- c. Sejauh mana pasien terlibat dalam kelompok dimasyarakat, apakah ada hambatan atau tidak.

7. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan.
 - 1) Pandangan dan keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut.
 - 2) Pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa.
- b. Kegiatan ibadah.
 - 1) Kegiatan ibadah dirumah secara individu dan kelompok.
 - 2) Pendapat klien/ keluarga tentang kegiatan ibadah.

8. Status Mental

- a. Penampilan
Bagaimana penampilan pasien apakah rapi/tidak rapi/penggunaan pakaian tidak sesuai/cara berpakaian tidak seperti biasanya.
- b. Pembicaraan.
Bagaimana cara bicara klien, apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis dan atau lambat.
- c. Aktivitas motoric.
Amati apakah pasien lesu, tegang, gelisah, agitasi, tik, grisamen, tremor, kompulsif.
- d. Alam perasaan
Amati apakah pasien sedih, ketakutan, putus asa, khawatir, atau gembira berlebihan.
- e. Afek.
Amati apakah afek pasien datar, tumpul, labil, atau tidak sesuai.
- f. Interaksi selama wawancara.
Bagaimana interaksi pasien apakah kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata, defensive, atau curiga.

- g. Persepsi.
Jelaskan jenis halusinasi, isi halusinasi, waktu, frekuensi, respon yang tampak pada saat klien berhalusinasi.
 - h. Proses pikir.
Bagaimana proses pikir pasien apakah sirkumtansial, tangensial, kehilangan asosiasi, flight of idea, blocking, atau pengulangan pembicaraan.
 - i. Isi pikir.
Bagaimana isi pikir pasien apakah obsesi, fobia, hipokondria, depersonalisasi, atau pikiran magis.
 - j. Tingkat kesadaran.
Bagaimana tingkat kesadaran pasien apakah bingung, sedasi, stupor, atukah mengalami gangguan disorientasi waktu, tempat, dan orang.
 - k. Memori.
Bagaimana memori pasien, apakah mengalami gangguan daya ingat jangka panjang, gangguan daya ingat jangka pendek, gangguan daya ingat saat ini, atau konfabulasi.
 - l. Tingkat konsentrasi dan berhitung.
Bagaimana apakah pasien mudah teralih, tidak mau konsentrasi, atau tidak mampu berhitung sederhana.
 - m. Kemampuan penilaian.
Apakah pasien mengalami gangguan penilaian ringan atau bermakna.
 - n. Daya tilik diri.
Apakah pasien mengingkari penyakit yang di deritanya atau menerima.
9. Kebutuhan Persiapan Pulang
Makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian/berhias, istirahat tidur, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan, kegiatan di dalam rumah, kegiatan di luar rumah.
10. Mekanisme Koping
Bagaimana mekanisme koping pasien, apakah adaptif atau maladaptif.

11. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Apakah pasien mengalami masalah dengan dukungan kelompok, masalah berhubungan dengan lingkungan, masalah dengan pendidikan, masalah dengan pekerjaan, masalah dengan perumahan, masalah dengan ekonomi, masalah dengan pelayanan kesehatan, dan masalah lainnya.

12. Pengetahuan

Bagaimana pengetahuan pasien mengenai penyakit jiwa, faktor presipitasi, koping, system pendukung, penyakit fisik, atau obat-obatan.

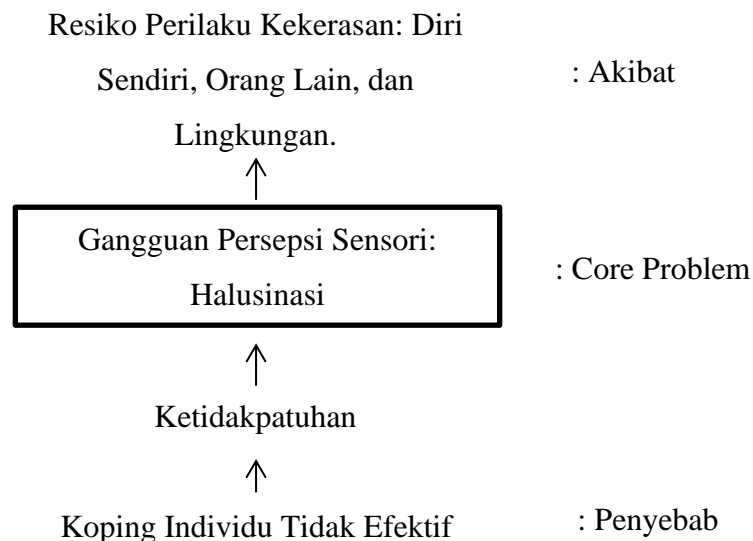
13. Aspek Medis.

Apa diagnosa medis pasien dan apa saja terapi medik pasien.

E. Pohon Masalah dan Prioritas Diagnosa Keperawatan

Pohon Masalah

Bagan 2.2 : Pohon Masalah



Keterangan pohon masalah :

Ketidakefektifan koping individu pada pasien dapat menimbulkan ketidakpatuhannya dengan mengomsumsi obat dan mengontrol program kesehatan sesuai program dapat berdampak pada kekambuhan penyakit pasien. Halusinasi menjadi salah satu alasan mengapa pasien melakan tindakan kekerasan karena suara-suara yang memberinya perintah, kekernan yang dilakukan pasien dapat berdampak pada orang lain, diri sendiri dan lingkungan sekitarnya.

F. Prioritas Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017).

1. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan
2. Resiko Perilaku Kekerasan
3. Harga diri rendah
4. Ketidakpatuhan

G. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana keperawatan merupakan rencana tindakan yang akan diberikan kepada klien sesuai dengan kebutuhan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Rencana keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) dapat dijabarkan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 2.1 : Intervensi Konsep Asuhan Keperawatan. Sumber (SDKI 2017, SLKI 2018, SIKI 2018)

No.	Dx. Keperawatan	Tujuan (SLKI, 2019)	Intervensi Keperawatan (SIKI, 2018)	Rasional																					
1.	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan dapat teratasi dengan kriteria hasil : Persepsi Sensori (L.09083) Ekspektasi: Membaik</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>A (Awal)</th> <th>T (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku halusinasi</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> </tr> <tr> <td>Melamun</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> </tr> <tr> <td>Mondar-mandir</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> </tr> <tr> <td>Respon sesuai stimulus</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> </tr> <tr> <td>Konsentrasi</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> </tr> <tr> <td>Orientasi</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	A (Awal)	T (Target)	Perilaku halusinasi	1-5	1-5	Melamun	1-5	1-5	Mondar-mandir	1-5	1-5	Respon sesuai stimulus	1-5	1-5	Konsentrasi	1-5	1-5	Orientasi	1-5	1-5	<p>Manajemen Halusinasi (I.09288) Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi. - Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan. - Monitor isi halusinasi (misal kekerasan atau membahayakan diri). <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan lingkungan yang aman. - Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (misal limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi). - Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi. - Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi. <p>Edukasi:</p>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui perilaku yang mengindikasikan pasien mengalami halusinasi. - Mengetahui isi halusinasi pasien. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lingkungan yang aman dapat memberikan rasa nyaman pada pasien. - Mengetahui perasaan dan respon pasien. - Memberikan rasa saling percaya. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agar pasien dapat mengontrol ketika terjadi halusinasi. - Agar pasien dapat mengurangi terjadinya halusinasi dengan mengekspresikan apa yang ia rasakan pada orang lain.
Kriteria Hasil	A (Awal)	T (Target)																							
Perilaku halusinasi	1-5	1-5																							
Melamun	1-5	1-5																							
Mondar-mandir	1-5	1-5																							
Respon sesuai stimulus	1-5	1-5																							
Konsentrasi	1-5	1-5																							
Orientasi	1-5	1-5																							

No.	Dx. Keperawatan	Tujuan (SLKI, 2019)	Intervensi Keperawatan (SIKI, 2018)	Rasional						
		Keterangan: 1: Menurun 2: Cukup menurun 3: Sedang 4: Cukup membaik 5: Membaik	<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi. - Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberikan dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi. - Anjurkan melakukan distraksi (misal mendengarkan music, melakukan aktivitas, dan teknik relaksi). - Anjurkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi. Kolaborasi: <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Teknik relaksasi dapat memberikan rasa ketenangan pada pasien. - Agar pasien dapat mengetahui bagaimana cara mengontrol halusinasi. Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian obat antipsikotik dan antiansietas akan memberikan dampak ketenangan pada pasien. 						
2.	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan resiko perilaku kekerasan dapat teratasi dengan kriteria hasil: Kontrol Diri (L.09076) Ekspektasi: Meningkatkan <table border="1" data-bbox="548 1109 996 1252" style="margin-top: 10px; width: 100%;"> <thead> <tr> <th data-bbox="548 1109 728 1181">Kriteria Hasil</th> <th data-bbox="728 1109 840 1181">A (Awal)</th> <th data-bbox="840 1109 996 1181">T (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="548 1181 728 1252">Verbalisasi ancaman</td> <td data-bbox="728 1181 840 1252">1-5</td> <td data-bbox="840 1181 996 1252">1-5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	A (Awal)	T (Target)	Verbalisasi ancaman	1-5	1-5	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi: <ul style="list-style-type: none"> - Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (misal benda tajam dan tali). - Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung. - Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (misal pisau cukur). Terapeutik:	Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Dilakukan agar meminimalkan potensi bahaya bagi pasien dan orang lain. - Agar pasien tidak merugikan lingkungan dan orang lain. - Agar tidak digunakan pasien untuk membahayakan diri sendiri dan orang lain. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Agar lingkungan pasien aman dan tidak membahayakan.
Kriteria Hasil	A (Awal)	T (Target)								
Verbalisasi ancaman	1-5	1-5								

No.	Dx. Keperawatan	Tujuan (SLKI, 2019)			Intervensi Keperawatan (SIKI, 2018)	Rasional
		kepada orang lain			<ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. - Libatkan keluarga dalam perawatan. Edukasi: <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien. - Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif. - Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (misalnya relaksasi dan bercerita). 	<ul style="list-style-type: none"> - Agar pasien merasakan bahwa keluarga ikut berperan mendukung proses kesembuhannya. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Agar pengunjung dan keluarga memperhatikan hal-hal yang mendukung keselamatan pasien. - Agar pasien dapat mengungkapkan perasaannya kepada orang lain secara jujur. - Agar pasien mampu mengurangi dan mengontrol marah.
		Verbalisasi umpatan	1-5	1-5		
		Perilaku menyerang	1-5	1-5		
		Perilaku melukai diri sendiri/orang lain	1-5	1-5		
		Perilaku merusak lingkungan sekitar	1-5	1-5		
		Perilaku agsuara kerasresif	1-5	1-5		
		Bicara ketus	1-5	1-5		
		Keterangan: 1: Menurun 2: Cukup menurun 3: Sedang 4: Cukup meningkat 5: Meningkatkan				

No.	Dx. Keperawatan	Tujuan (SLKI, 2019)	Intervensi Keperawatan (SIKI, 2018)	Rasional																					
3.	Harga Diri Rendah Kronis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan harga diri rendah kronis dapat teratasi dengan kriteria hasil: Harga Diri (L.13115) Ekspektasi: Meningkatkan</p> <table border="1" data-bbox="560 566 974 1077"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>A (Awal)</th> <th>T (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Penilaian diri Positif</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> </tr> <tr> <td>Postur tubuh menampakan wajah</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> </tr> <tr> <td>Kontak mata</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> </tr> <tr> <td>Aktif</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> </tr> <tr> <td>Percaya diri berbicara</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan bersalah</td> <td>1-5</td> <td>1-5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan: 1: Menurun 2: Cukup menurun 3: Sedang 4: Cukup meningkat</p>	Kriteria Hasil	A (Awal)	T (Target)	Penilaian diri Positif	1-5	1-5	Postur tubuh menampakan wajah	1-5	1-5	Kontak mata	1-5	1-5	Aktif	1-5	1-5	Percaya diri berbicara	1-5	1-5	Perasaan bersalah	1-5	1-5	<p>Promosi Harga Diri (I.09308) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri. - Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri. - Motivasi menerima tantangan atau hal baru. - Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri. - Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri. - Diskusikan alasan mengkritik diri atau merasa bersalah - Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi. - Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan. - Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki. 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui apa yang mempengaruhi harga diri pasien. - Untuk mengetahui verbalisasi apa yang membuat pasien merasa rendah diri. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dilakukan agar pasien memiliki respon positif terhadap diri sendiri. - Agar pasien memiliki keinginan mencoba hal baru - Agar pasien memiliki kepercayaan diri yang positif - Dilakukan agar pasien dapat mengingat hal apa yang membuatnya percaya diri. - Agar pasien tidak selalu menyalahkan dirinya sendiri. - Dilakukan agar pasien mengetahui apa yang menjadi tujuan agar pasien kembali percaya diri. - Agar pasien merasa dihargai dan memiliki kepercayaan diri dengan menerima umpan balik positif. - Agar pasien memiliki kesempatan menunjukkan kemampuan dirinya. <p>Edukasi</p>
Kriteria Hasil	A (Awal)	T (Target)																							
Penilaian diri Positif	1-5	1-5																							
Postur tubuh menampakan wajah	1-5	1-5																							
Kontak mata	1-5	1-5																							
Aktif	1-5	1-5																							
Percaya diri berbicara	1-5	1-5																							
Perasaan bersalah	1-5	1-5																							

No.	Dx. Keperawatan	Tujuan (SLKI, 2019)	Intervensi Keperawatan (SIKI, 2018)	Rasional									
		5: Meningkatkan	<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain. - Latih pernyataan/kemampuan positif diri. - Latih cara berfikir dan berperilaku positif. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agar melatih pasien dalam meningkatkan harga diri. - Agar pasien memiliki kepercayaan diri dan interaksi saat berkomunikasi. - Agar pasien memiliki pernyataan positif terhadap diri sendiri. - Agar pasien terbiasa memiliki pandangan positif dan perilaku yang positif. 									
4.	Ketidakpatuhan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan ketidakpatuhan dapat teratasi dengan kriteria hasil: Tingkat Kepatuhan (L.12110) Ekspektasi: Meningkatkan</p> <table border="1" data-bbox="560 885 974 1260"> <thead> <tr> <th data-bbox="560 885 728 989">Kriteria Hasil</th> <th data-bbox="728 885 851 989">A (Awal)</th> <th data-bbox="851 885 974 989">T (Target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="560 989 728 1157">Verbalisasi kemauan memenuhi program pengobatan</td> <td data-bbox="728 989 851 1157">1-5</td> <td data-bbox="851 989 974 1157">1-5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="560 1157 728 1260">Verbalisasi mengikuti anjuran</td> <td data-bbox="728 1157 851 1260">1-5</td> <td data-bbox="851 1157 974 1260">1-5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	A (Awal)	T (Target)	Verbalisasi kemauan memenuhi program pengobatan	1-5	1-5	Verbalisasi mengikuti anjuran	1-5	1-5	<p>Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.09308)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik. - Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informasikan program pengobatan yang harus dijalani. - Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan. 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dilakukan untuk mengetahui apakah program pengobatan pasien sebelumnya berhasil. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agar pasien memiliki komitmen dan kepatuhan dalam menjalani pengobatan. - Dilakukan agar mengetahui faktor apa yang menghambat keberhasilan terapi pasien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agar pasien mengetahui program pengobatan yang dijalani. - Agar pasien mengetahui manfaat positif dari teratur menjalani program pengobatan.
Kriteria Hasil	A (Awal)	T (Target)											
Verbalisasi kemauan memenuhi program pengobatan	1-5	1-5											
Verbalisasi mengikuti anjuran	1-5	1-5											

No.	Dx. Keperawatan	Tujuan (SLKI, 2019)			Intervensi Keperawatan (SIKI, 2018)	Rasional
		Prilaku mengikuti program pengobatan	1-5	1-5		
		Prilaku menjalankan anjuran	1-5	1-5		
		Keterangan: 1: Menurun 2: Cukup menurun 3: Sedang 4: Cukup meningkat 5: Meningkatkan				

H. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah pemberian asuhan keperawatan selama lima hari yang dilakukan secara langsung kepada pasien. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling membantu, kemampuan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan evaluasi.

I. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi bertujuan untuk melihat kemampuan keluarga dalam mencapai tujuan. Evaluasi terbagi atas dua jenis, yaitu:

a. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisa data (perbandingan data dengan teori), dan Planning (perencanaan).

b. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktifitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir layanan, menanyakan respon pasien dan keluarga terkait layanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhir pelayanan.

J. Web Of Causation (WOC)

Bagan 2.3 Web Of Causation (WOC)

