

## **BAB II**

### **TINJAUAN LITERATUR**

#### **A. Konsep Teori Penyakit Skizofrenia**

##### **1. Defenisi Skizofrenia**

Skizofrenia adalah gangguan mental yang sering ditandai dengan perilaku sosial abnormal dan kegagalan untuk mengenali yang nyata. Skizofrenia merupakan bagian dari gangguan jiwa yang ditandai dengan penyimpangan perilaku dan pembicaraan yang aneh, pikiran yang tidak koheren atau pikiran yang tidak logis, perilaku dan pembicaraan yang aneh, delusi dan halusinasi (Nuruddani, 2021).

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa serius dengan manifestasi klinis seperti: adanya delusi (keyakinan yang salah), halusinasi, kehilangan kontak dengan kenyataan (psikosis), resiko perilaku kekerasan, pikiran abnormal yang bias menghambat aktivitas sehari-hari yang memunculkanemosi, persepsi, pikiran seseorang, gerak dan perilaku (Pertiwi et al., 2023)

Selain itu skizofrenia juga disebut sebagai suatu sindrom atau proses penyakit dengan variasi dan gejala yang tidak sama, salah satu manifestasi yang terjadi adalah perilaku agresif. Skizofrenia adalah suatu kondisi yang menyebabkan orang memiliki ide, persepsi, emosi, dan perilaku yang tidak normal (Mashudi et al., 2020)

##### **2. Etiologi Skizofrenia**

Menurut (Putri & Maharani, 2022) Skizofrenia disebabkan oleh multifaktorial. Penderita skizofrenia ditengarai memiliki kerentanan biologis spesifik (diatesis), yang dipicu oleh kondisi stres, lalu menimbulkan gejala-gejala skizofrenia. Kondisi stres ini bisa berupa faktor genetik, biologis, kondisi psikologis maupun lingkungan sosial. Interaksi kompleks antar faktor inilah yang ditengarai menjadi penyebab timbulnya penyakit skizofrenia.

###### **a. Faktor genetik (faktor keturunan)**

Individu dengan riwayat keluarga menderita skizofrenia (faktor genetik) akan lebih rentan juga menderita skizofrenia dibandingkan individu yang tidak memiliki keluarga yang menderita skizofrenia. Sebagai contoh, jika ada salah satu orang

tua kandung seseorang menderita skizofrenia, maka risiko orang tersebut menderita skizofrenia adalah sebesar 13%, jika kedua orang tua kandungnya menderita skizofrenia maka risikonya naik menjadi 30-46% Meskipun demikian, banyak penderita skizofrenia yang ternyata tak memiliki faktor genetik. Oleh karena itu, risiko seseorang menderita penyakit skizofrenia dipengaruhi oleh berbagai faktor.

b. Faktor biologis

Terdapat beberapa abnormalitas pada struktur dan fungsi otak yang dikaitkan dengan pencetus penyakit skizofrenia, di antaranya adalah pelebaran ventrikel, penurunan ukuran otak dan penurunan konektivitas antara regio otak. Selain itu, juga didapatkan adanya kelainan fungsi kognitif penderita skizofrenia, terutama pada fungsi ingatan dan kemampuan berinteraksi dengan orang lain. Faktor biologis lain yang berperan adalah neurotransmitter. Otak manusia terdiri dari jutaan sel yang mampu terhubung maupun berkomunikasi antara satu dengan yang lain secara elektrik dan kimiawi. Ketika sebuah sel distimulasi, sel tersebut akan mengeluarkan neurotransmitter. Tiap sel memiliki neurotransmitter yang berbeda dan dapat berpotensi terjadinya ketidakseimbangan kadar neurotransmitter di otak yang dapat menimbulkan gejala-gejala skizofrenia. Ketidakseimbangan neurotransmitter di otak inilah yang menjadi target kerja obat antipsikotik yang diberikan pada penderita skizofrenia untuk mengendalikan gejala-gejala skizofrenia yang timbul.

c. Kondisi psikologis

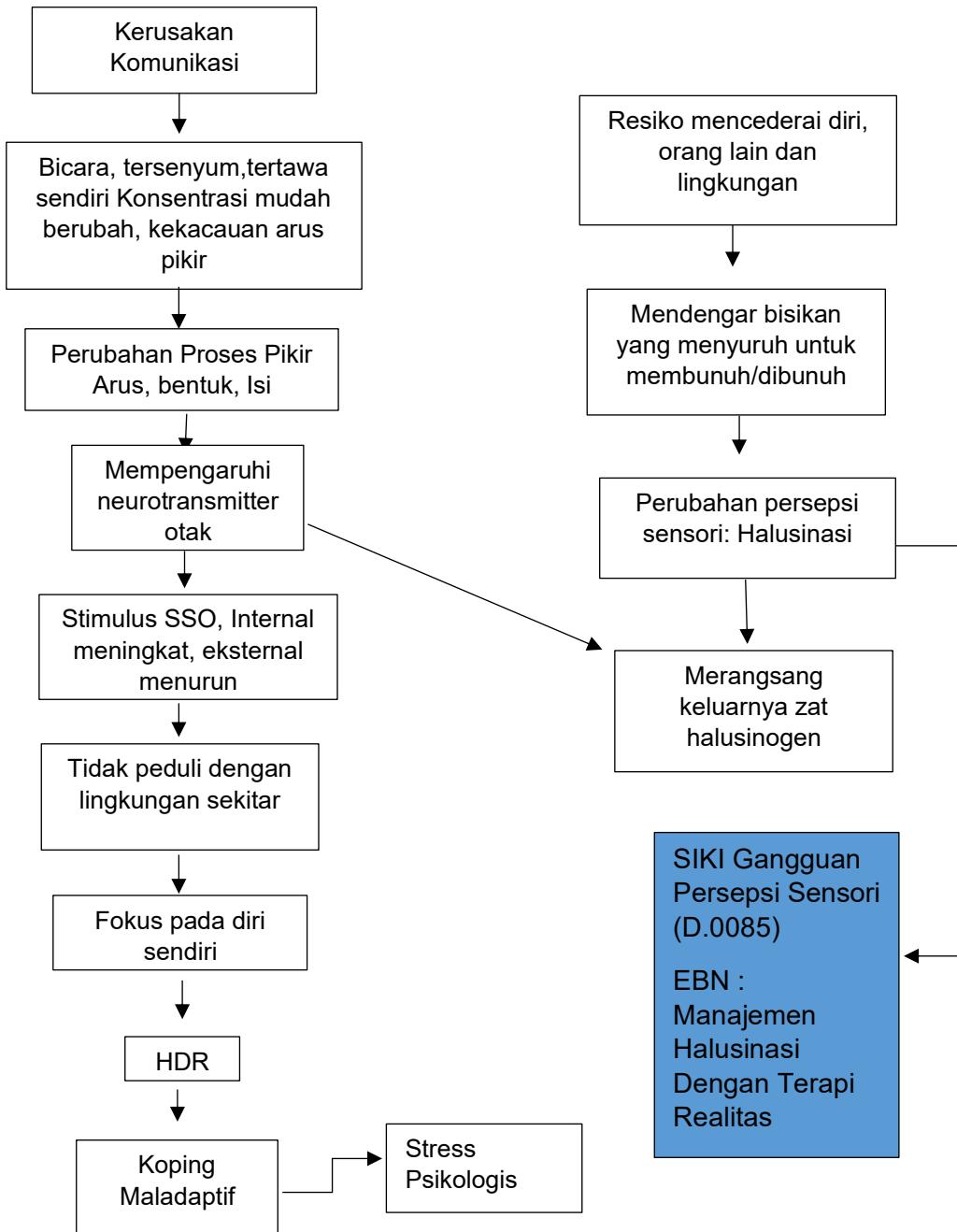
Ada kalanya seseorang tidak memiliki seseorang untuk berbagi cerita atau memiliki kepribadian yang pendiam dan tertutup di saat dirinya mengalami stressor, sehingga orang tersebut cenderung memendam permasalahannya sendiri. Hal ini juga dapat meningkatkan risiko seseorang rentan mengalami penyakit skizofrenia.

d. Kondisi lingkungan

Ada beberapa faktor lingkungan yang ditengarai dapat meningkatkan risiko seseorang rentan menderita penyakit skizofrenia, yang bisa disebut sebagai stressor psikososial. Stresor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang

tersebut terpaksa beradaptasi agar dapat mengatasi stressor tersebut. Namun, tidak semua orang mampu beradaptasi dan mengatasi stresornya sehingga menimbulkan gangguan kejiwaan, di antaranya adalah skizofrenia. Jenis stressor psikososial yang dimaksud di antaranya adalah sebagai berikut. Masalah perkawinan, misalnya pertengkaran, perceraian, perselingkuhan, kematian salah satu pasangan, masalah keluarga, misalnya keluarga mengkritik secara berlebihan atau menunjukkan sikap permusuhan, yang biasa disebut ekspresi emosi yang tinggi dan dapat menimbulkan kekambuhan gejala pada penderita skizofrenia jika terjadi kontak selama lebih dari 35 jam per minggu, masalah lingkungan, misalnya masalah pekerjaan.

### 3. Pathway



Gambar 2. 1 Pathway

#### **4. Klasifikasi skizofrenia**

Menurut (Putri & Maharani, 2022) Skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition, Text Revision*) adalah sebagai berikut :

##### **1. Skizofrenia Paranoid**

Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia. Halusinasi dan atau waham harus menonjol, suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pluit (whistling), mendengar (humming), atau bunyi tawa (laughing).

##### **2. Skizofrenia Terdisorganisasi/Hebefrenik**

Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III menyatakan bahwa skizofrenia hebefrenik memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia. Diagnosis hebefrenia untuk pertama kali hanya ditegakkan pada usia remaja atau dewasa muda (15-25 tahun). Kepribadian premorbid menunjukkan ciri khas: pemalu dan senang menyendiri (solitary), namun tidak harus demikian untuk menentukan diagnosis. Untuk diagnosis hebefrenia yang meyakinkan umumnya diperlukan pengamatan kontinu selama 2 atau 3 bulan lamanya, untuk memastikan bahwa gambaran yang khas berikut ini memang benar bertahan: perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan serta mannerisme; ada kecenderungan untuk selalu menyendiri (solitary), dan perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan; efekpasien dangkal (*shallow*) dan tidak wajar (*inappropriate*), sering disertai oleh cekikikan (*giggling*) atau perasaan puas diri (*self-satisfied*) dan senyum sendiri.

##### **3. Skizofrenia Residual**

Untuk suatu diagnosis yang meyakinkan, berikut ini merupakan kriterianya, yaitu gejala negatif skizofrenia yang menonjol seperti aktivitas menurun, afek yang menumpul, sikap pasif atau tidak ada inisiatif, komunikasi non-verbal yang buruk seperti seperti dalam menunjukkan ekspresi wajah, perawatan diri yang krang dan kinerja sosial yang buruk.

##### **4. Skizofrenia Katatonik**

Salah satu dari perilaku berikut ini harus mendominasi gambaran klinisnya yaitu menampilkan posisi tubuh tertentu (aneh dan tidak wajar), gelisah-

gaduh, sangat berkungan dalam reaktivitas terhadap lingkungan dan gejala-gejala lain seperti “ command automatism” atau kepatuhan secara otomatis terhadap perintah dan pengulangan kata-kata serta kalimat-kalimat.

##### 5. Skizofrenia Tak Terinci

Untuk jenis skizofrenia ini memiliki kriteria penting yaitu adanya gejala yang menunjukkan kriteria A, namun tidak termasuk dalam jenis skizofrenia paranoid, hebephrenik, residual ataupun katatonik.

#### 5. Manifestasi Klinis Skizofrenia

Skizofrenia dapat ditandai dengan 4 ciri gejala utama yaitu asosiasi, afek, ambivalensi dan autisme. Tanda dan gejala tersebut dapat dideskripsikan sebagai berikut. Asosiasi yakni hubungan antara pikiran yang terganggu, atau sering disebut pikiran yang terganggu, afek yaitu respon emosional datar atau tidak sesuai, ambivalensi dengan kata lain, individu memiliki perasaan ambivalen terhadap orang lain, seperti kebencian dan cinta terhadap pasangannya dan autisme yaitu penarikan diri ke dunia fantasi pribadi yang dibebaskan dari prinsip-prinsip logika. (Putri & Maharani, 2022)

skizofrenia juga dikelompokkan berdasarkan tanda dan gejala yang dialami pasien dibagi menjadi 3 gejala yaitu gejala positif, gejala negatif dan gejala kognitif.

##### 1. Gejala Positif

- a Waham atau khayalan, yaitu keyakinan yang tidak rasional, meskipun keyakinan tersebut secara objektif terbukti tidak rasional, penderitanya tetap meyakini kebenaran.
- b Halusinasi adalah persepsi sensorik palsu yang terjadi tanpa rangsangan eksternal. Orang dengan skizofrenia merasa bahwa mereka melihat, mendengar, mencium, merasakan atau menyentuh sesuatu yang sebenarnya tidak ada.
- c Disorganisasi berpikir dan berbicara, termasuk pola bahasa yang tidak terkoordinasi dan penggunaan bahasa yang tidak biasa pada pasien skizofrenia.
- d Perilaku tidak teratur yang melibatkan aktivitas. Motorik yang biasanya tidak diikuti oleh orang normal, mis. B. Kebisingan, kegelisahan, pergolakan dan agresi. Kegelisahan,
- e Gejala positif lain yang dapat terjadi pada pasien. Skizofrenia adalah

pikirannya dipenuhi keraguan atau seolah-olah mengancam diri sendiri dan juga mengandung rasa permusuhan.

## 2. Gejala Negatif

- a Affective flattening adalah gejala di mana seseorang memiliki sedikit respons emosional terhadap rangsangan, sedikit bahasa tubuh, dan sangat sedikit kontak mata. Dalam hal ini, bukan berarti penderita skizofrenia tidak memiliki perasaan.
- b Alogia adalah kekurangan kata-kata bagi individu sehingga dianggap tidak tanggap dalam percakapan. Penderita skizofrenia seringkali tidak memiliki inisiatif untuk berbicara dengan orang lain bahkan takut untuk berinteraksi dengan orang lain, sehingga sering menarik diri dari lingkungan sosial.
- c Avolition adalah kurangnya inisiatif seseorang, seolah-olah orang tersebut telah kehilangan tenaga untuk melakukan sesuatu.

## 3. Gejala Kognitif

Gejala kognitif yang dialami penderita skizofrenia termasuk kekurangan dalam ingatan dan perhatian. Gejala kognitif memengaruhi aktivitas sehari-hari penderita skizofrenia, seperti kesulitan memahami informasi, membuat keputusan, sulit berkonsentrasi, dan mengingat

## 6. Komplikasi

Menurut Keliat, 2014 dalam (Sirait, 2021) Halusinasi dapat menjadi suatu alasan mengapa klien melakukan tindakan perilaku kekerasan karena suara-suara yang memberinya perintah sehingga rentan melakukan perilaku yang tidak adaptif. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia diawali dengan adanya perasaan tidak berharga, takut dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan interpersonal dengan orang lain, komplikasi yang dapat terjadi pada klien dengan masalah utama gangguan sensori persepsi: halusinasi, antara lain: resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah dan isolasi sosial.

## 7. Penatalaksanaan Skizofrenia

Menurut (Rika Widianita, 2023) Penanganan pada dirumah sakit terdiri dari penanganan medis dan penanganan keperawatan. Penanganan medis meliputi Pemberian anti psikotik, anti mania dan obat pencegahan efek ekstrapiramidal

Pengobatan skizofrenia lebih efektif bila dimulai sedini mungkin saat gejala muncul. Tatalaksana pengobatan skizofrenia mengacu pada penatalaksanaan skizofrenia secara umum yaitu:

1. Penanganan Medis Antipsikotik

Obat antipsikotik memiliki dua kelompok yaitu antipsikotik generasi pertama (tipikal) dan antipsikotik generasi kedua (atipikal). Antipsikotik tipikal mempunyai peranan yang cepat dalam menurunkan gejala positif seperti waham atau halusinasi tetapi juga cepat menyebabkan kekambuhan. Jenis antipsikotik tipikal antara lain haloperidol, trifuloperazine.

2. Anti Mania

Klien skizofrenia disertai dengan gejala akut perilaku kekerasan efektif diatasi dengan pemberian antimaniak seperti lithium. Lithium membantu menekan episode kekerasan pada skizofrenia. Anti maniak selain digunakan untuk klien gangguan bipolar, juga dapat digunakan untuk menekan perilaku kekerasan pada klien skizofrenia.

3. Obat pencegahan efek ekstrapiramidal

Jenis obat untuk mencegah sindrom ekstrapiramidal dan parkinsonisme adalah trihexyphenidil (THP), biperidin dan diphenhidramine hydrochloride. Setiap obat mempunyai kecenderungan menimbulkan efek samping diantaranya sindrom ekstrapiramidal dan parkinsonisme terutama antipsikotik tipikal.

4. Penanganan keperawatan

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dengan gangguan persepsi: halusinasi adalah melatih klien mengontrol halusianasi dengan menghardik, dengan minum obat teratur, bercakap-cakap, dan melakukan kegiatan terjadwal. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dengan gangguan proses pikir: waham adalah membantu klien kembali ke realita, melatih aspek positif, dan pendidikan kesehatan tentang obat.

## A.1 Konsep Teori Halusinasi Pendengaran

1. Defenisi Halusinasi Pendengaran

Halusinasi adalah gangguan atau perubahan persepsi di mana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu pencerapan pancaindra tanpa ada rangsangan dari luar, suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi melalui pancaindra tanpa stimulus ekstern atau persepsi palsu.

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu yang berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. (Pratama, A. A., & Senja, 2023)

Halusinasi pendengaran yaitu ketika seseorang mendengar suara atau kebisingan, biasanya suara orang. Suara-suara ini harus kurang jelas sampai ada kata-kata yang jelas yang berkaitan dengan klien, atau bahkan sampai percakapan lengkap antara dua orang yang mengalami halusinasi. Ketika klien mendengar instruksi untuk melakukan sesuatu, pikiran mereka dapat berbahaya.

## **2. Klasifikasi Halusinasi Pendengaran**

Halusinasi pendengaran terbagi menjadi dua tipe, di antaranya halusinasi verbal pendengaran dan halusinasi bunyi-bunyian. Berikut masing-masing penjelasannya:

1. Halusinasi verbal pendengaran: Kondisi ini ketika penderitanya mendengar suara-suara berbicara atau berdialog yang bisa berasal dari mana saja. Suara ini dapat bersifat positif, negatif, atau netral. Terkadang, suara yang didengar dapat membuat penderita kesal atau tertekan, bahkan memerintahkan penderita melakukan sesuatu yang membahayakan dirinya sendiri atau orang lain.
2. Mendengar bunyi-bunyian: Halusinasi pendengaran bisa berupa suara bunyi-bunyian, seperti musik, suara binatang, suara alam, dan lain-lain. Suara ini bisa tampak berasal dari mana saja, di sekitar atau di dalam pikiran penderitanya. Volume suara juga bisa bervariasi, mulai dari yang sangat pelan hingga sangat keras.

## **3. Penyebab Halusinasi Pendengaran**

Halusinasi pendengaran dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, di antaranya sebagai berikut:

1. Masalah kesehatan mental, di antaranya:
  - a) Gangguan bipolar.
  - b) Borderline personality disorder.
  - c) Gangguan depresi mayor.
  - d) Posttraumatic stress disorder (PTSD).

- e) Gangguan skizoafektif.
- 2. Kondisi neurologis, seperti:
  - a) Gangguan tidur.
  - b) Penyakit Parkinson.
  - c) Stroke.
  - d) Migrain.
  - e) Tumor atau lesi otak pada lobus temporal, batang otak, dan talamus.
  - f) Epilepsi.
- 3. Penyakit Alzheimer.
- 4. Penyakit tiroid.
- 5. Efek samping obat-obatan.
- 6. Konsumsi alkohol berlebihan.
- 7. Stres yang intens.
- 8. Demam tinggi dan infeksi.
- 9. Kehilangan pendengaran.
- 10. Konsumsi obat-obatan terlarang.
- 11. Tinnitus.
- 12. Gangguan pendengaran.

#### **4. Etiologi Halusinasi Pendengaran**

Menurut (Pratama, A. A., & Senja, 2023) Terdapat dua faktor penyebab halusinasi yaitu faktor prediposisi dan faktor prepitasi yaitu:

##### **1. Faktor Predisposisi**

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang memengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres yang diperoleh dari klien maupun keluarganya. Faktor predisposisi meliputi faktor perkembangan, sosiokultural, biokimia, psikologis, dan genetik.

- a. Faktor Perkembangan: Jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stres dan kecemasan.
- b. Faktor Sosiokultural: Berbagai faktor di masyarakat dapat menyebabkan

seseorang merasa disingkirkan, sehingga orang tersebut merasa kesepian di lingkungan yang membesarkannya.

- c. Faktor Biokimia: Mempunyai pengaruh terhadap terhadap terjadi- nya gangguan jiwa. Jika seseorang mengalami stres yang berlebihan, maka di dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Buffofenon dan Dimethyltrenferase (DMP).
- d. Faktor Psikologis: Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Ber- pengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.
- e. Faktor Genetik: Gen yang berpengaruh dalam skizofrenia belum diketahui, tetapi hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

## 2. Faktor Presipitasi

Respons klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, penasaran, tidak aman, gelisah, dan bingung. Halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi, yaitu sebagai berikut.

- a. Dimensi Fisik: Halusinasi dapat timbul oleh kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penyalahgunaan obat, demam, kesulitan tidur.
- b. Dimensi Emosional: Perasaan cemas yang berlebihan atas masalah yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi berupa perintah memaksa dan menakutkan.
- c. Dimensi Intelektual: Halusinasi merupakan usaha dari ego untuk melawan implus yang menekan merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien.
- d. Dimensi Sosial: Klien mengalami interaksi sosial menganggap hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya seolah merupakan tempat memenuhi kebutuhan dan interaksi sosial, kontrol diri, atau harga diri yang tidak didapatkan di dunia nyata.
- e. Dimensi Spiritual: Secara spiritual halusinasi mulai dengan keham- paan

hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah, dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri.

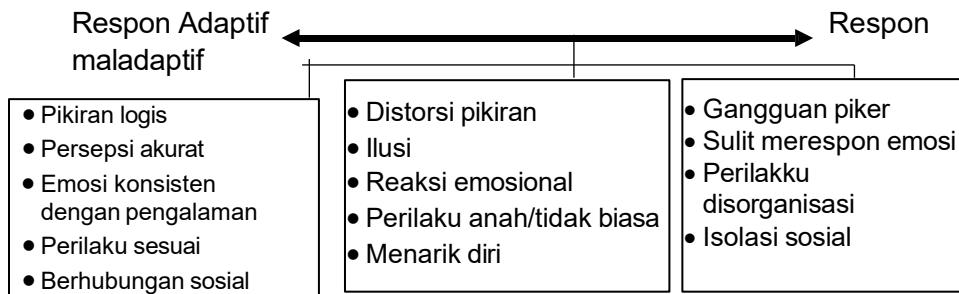
## **5. Manifestasi Klinis Halusinasi Pendengaran**

Menurut (Mislika, 2021) tanda dan gejala Halusinasi diantaranya:

1. Menarik diri dari orang lain, dan berusaha untuk menghindar diri dari orang lain
2. Tersenyum sendiri, tertawa sendiri
3. Duduk terpukau (berkhayal)
4. Bicara sendiri
5. Memandang satu arah, menggerakan bibir tanpa suara, penggerakan mata yang cepat, dan respon verbal yang lambat
6. Menyerang, sulit berhubungan dengan orang lain
7. Tiba-tiba marah, curiga, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain dan lingkungan) takut
8. Gelisah, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel,
9. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah.

## **6. Rentang Respon Halusinasi**

Halusinasi adalah reaksi maladaptif individu yang berbeda. Rentang respons neurobiologis (Stuart, Keliat & Pasaribu, 2016 dalam (Hulu & Pardede, 2018)). Rentang respon neurobiologis yang paling adaptif yaitu adanya pikiran logis, persepsi akurat, emosi yang konsisten dengan pengalaman, perilaku cocok, dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Sedangkan respon maladaptive yang meliputi waham, halusinasi, kesukaran proses emosi, perilaku tidak terorganisasi, dan isolasi sosial. Rentang respon neurobiologis halusinasi digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2. 2 Rentang Respon Gangguan Sensori Halusinasi

Keterangan gambar :

1. Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi sesuatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut.
  - a) Pikiran logis adalah pandangan yang mempengaruhi pada kenyataan.
  - b) Presepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
  - c) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman.
  - d) Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
2. Respon psikososial meliputi :
  - a) Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan.
  - b) Illusi adalah miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangasangan panca indra
  - c) Emosi berlebihan atau berkurang
  - d) Perilaku tidak biasa adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain
3. Respon maladaptif
 

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

  - a) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakinkan oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial .
  - b) Halusinasi merupakan presepsi sensori yang salah atau presepsi eksternal

- yang tidak realita atau tidak ada.
- c) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
  - d) Perilaku yang tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.

#### 4. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala halusinasi penting perlu diketahui agar perawat menetapkan masalah halusinasi atau lain:

- a) Berbicara, tertawa dan tersenyum sendiri
- b) Bersikap seperti mendengarkan suara
- c) Berhenti berbicara saat ditengah-tengah kalimat atau 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

#### 7. Pemeriksaan Diagnostik

Diagnosis halusinasi meliputi:

- a. **Pemeriksaan fisik dan psikiatri** : Dilakukan pemeriksaan status mental (mental status screening) untuk mengamati respon pasien terhadap rangsangan suara, misalnya pasien terlihat berbicara sendiri, tampak mendengarkan suara yang tidak nyata, atau menunjukkan ekspresi takut tanpa sebab yang jelas. Pemeriksaan kesadaran dan fungsi dasar saraf juga dilakukan untuk menyingkirkan gangguan organik lainnya.
- b. **Pemeriksaan penunjang** : Pemeriksaan laboratorium seperti tes toksikologi urin untuk menyingkirkan halusinasi akibat zat psikoaktif, serta pencitraan seperti CT-scan atau MRI kepala jika dicurigai menyebabkan neurologi. Selain itu, penilaian dilakukan menggunakan skala PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) atau BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) untuk mengukur

keparahan halusinasi dan gejala psikotik lainnya.

## 8. Penatalaksanaan Halusinasi Pendengaran

Penatalaksanaan medis pada pasien halusinasi pendengaran bagi menjadi dua:

a. terapi Farmakologi

Pengobatan untuk halusinasi pendengaran tergantung dari penyebabnya. Halusinasi yang bersifat sementara, misalnya karena kurang tidur atau rasa lapar yang berlebihan, akan berhenti dengan sendirinya ketika kondisi yang mendasarinya sudah teratasi. Jika merupakan bagian dari gangguan psikiatri, maka dapat diatasi dengan terapi Farmakologi, seperti:

1. Obat antipsikotik, yaitu obat-obatan yang dapat membantu mengurangi frekuensi dan tingkat keparahan halusinasi pendengaran pada penderita skizofrenia. Obat ini bekerja dengan menghambat reseptor dopamin di otak yang dipercaya terlibat dalam munculnya gejala halusinasi pada penderita skizofrenia. Namun, penggunaan obat ini harus dengan pengawasan ketat dari dokter karena tingginya efek samping yang mungkin akan muncul, seperti tremor dan kaku otot.
2. Obat psikotropika: Jenis obat psikotropika, seperti antidepressan dan mood stabilizers, dapat membantu mengurangi halusinasi pada penderita depresi berat atau mania. Pada penderita masalah kesehatan mental, terapi Farmakologi yang diberikan biasanya dikombinasikan dengan psikoterapi. Adapun jenis-jenis psikoterapi yang dapat membantu mengatasi halusinasi pendengaran adalah:
  3. Terapi perilaku kognitif: Jenis terapi ini membantu pasien mempelajari cara mengubah sudut pandang pasien saat mengalami halusinasi pendengaran, yang pada akhirnya memberikan rasa kontrol yang lebih baik terhadap kondisi tersebut.
  4. Terapi penerimaan dan komitmen (acceptance and commitment therapy): Jenis terapi ini membantu pasien menerima apa yang ia alami.
  5. Perawatan integratif yang fokus pada halusinasi (hallucination-focused integrative treatment): Ini merupakan perawatan khusus untuk halusinasi verbal pendengaran yang melibatkan teknik-teknik dari terapi perilaku kognitif, psikoedukasi, pelatihan penanganan, rehabilitasi, dan pengobatan.
- b. Terapi Nonfarmakologi

Strategi pelaksanaan nonfarmakologi pada pasien halusinasi pendengaran menurut Keliat (2014), antara lain:

1. Strategi pelaksanaan 1:

Membantu pasien mengenal halusiansi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik. Membantu pasien mengenal halusinasi, perawat dapat berdiskusi dengan pasien tentang isi, waktu, frekuensi, dan situasi yang menyebabkan halusinasi setelah itu menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Berikut ini tahapan intervensi yang dilakukan perawat dalam mengajarkan pasien antara lain:

- a. Menjelaskan cara menghardik halusinasi
- b. Memperagakan cara menghardik
- c. Meminta pasien memperagakan ulang
- d. Memantau penerapan cara memuat perilaku pasien.

2. Strategi pelaksanaan 2:

Melatih pasien minum obat secara teratur, minum obat secara teratur dapat mengontrol halusinasi. Pasien juga harus dilatih untuk minum obat secara teratur sesuai dengan program terapi dokter. Pasien gangguan jiwa yang dirawat di rumah sering mengalami putus obat sehingga pasien mengalami kekambuhan. Jika kekambuhan terjadi, untuk mencapai kondis seperti semula akan membutuhkan waktu. Dengan intervensi yang dapat dilakukan perawat agar pasien patuh minum obat:

- a). Jelaskan kegunaan obat
- b). Jelaskan akibat jika putus obat.
- c). Jelaskan cara mendapatkan obat atau berobat.
- d). Jelaskan cara minum obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, dan benar dosis)

3. Strategi pelaksanaan 3:

Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap bersama orang lain. Bercakap-cakap dengan orang lain dapat membantu mengontrol halusinasi. Ketika pasien bercakap-cakap dengan orang lain, terjadi distraksi: focus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain.

#### **4. Strategi pelaksanaan 4:**

Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal. Untuk mengurangi resiko halusinasi muncul lagi adalah dengan cara menyibukkan diri melakukan aktifitas yang teratur. Dengan aktifitas terjadwal pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang seringkali mencetuskan halusinasi dengan cara beraktifitas secara teratur.

### **B. Konsep Teori Inovasi Penerapan Terapi Realitas**

#### **1. Defenisi Terapi Realitas**

Terapi Realitas adalah suatu sistem yang difokuskan pada tingkah lakusekarang. Terapis berfungsi sebagai guru dan model serta mengonfrontasikan klien dengan cara-cara yang bisa membantu klien menghadapi kenyataan dan memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar tanpa merugikan dirinya sendiri ataupun orang lain. Inti Terapi Realitas adalah penerimaan tanggung jawab pribadi yang dipersamakan dengan kesehatan mental. Terapi realitas adalah pendekatan psikoterapi yang bertujuan untuk membantu pasien mengenali dan menanggapi kenyataan secara lebih adaptif, terutama dalam mengatasi gangguan persepsi seperti halusinasi dan waham. Terapi ini fokus pada orientasi pasien terhadap dunia nyata dan mengurangi gangguan mental yang disebabkan oleh ketidakmampuan pasien untuk membedakan kenyataan dari imajinasi atau halusinasi. Terapi realitas berfokus pada perilaku saat ini dan komitmen untuk berubah , dengan tujuan meningkatkan kesadaran diri dan mengurangi gejala psikopatologis (Stuart & Sundeen, 2007)dalam (Purwaningsih, 2022)

#### **2. Tujuan Terapi Realitas**

Tujuan utama terapi realitas adalah membantu pasien menghadapi kenyataan dan membuat keputusan yang lebih bertanggung jawab dalam hidupnya. Terapi ini fokus pada pengurangan gejala-gejala positif, seperti halusinasi pendengaran, dengan membimbing pasien untuk mengorientasikan diri mereka terhadap dunia nyata. Prinsip terapi realitas antara lain:

1. Fokus pada kenyataan : Membantu pasien membedakan antara dunia nyata dan dunia halusinasi mereka.
2. Penguanan perilaku adaptif : Membantu pasien mengembangkan respon yang lebih adaptif terhadap kenyataan yang ada.

3. Meningkatkan kemampuan pengambilan keputusan : Terapi ini menekankan tanggung jawab pasien dalam membuat pilihan yang positif dan sesuai dengan kenyataan (Purwaningsih, 2022).

### **3. Teknik-Teknik dalam Terapi Realitas**

Menurut (Purwaningsih, 2022)berikut adalah beberapa teknik yang digunakan dalam terapi kenyataan untuk membantu pasien yang mengalami halusinasi atau gangguan persepsi lainnya:

1. Role playing (peran bermain) :

pasien diajak untuk berpartisipasi dalam situasi yang dapat meningkatkan kesadaran mereka terhadap kenyataan. dengan teknik ini, pasien dapat mengeksplorasi perilaku yang lebih adaptif dalam menghadapi masalah atau situasi yang mengancam.

2. Humor positif :

menggunakan humor yang tepat untuk menciptakan suasana yang lebih ringan, mengurangi ketegangan, dan meningkatkan keterlibatan pasien dalam proses terapi. humor dapat membantu pasien untuk melihat situasi mereka dengan perspektif yang lebih positif.

3. Kontrak perilaku :

terapis dan pasien bekerja sama untuk menetapkan tujuan perilaku yang spesifik dan dapat dicapai, serta kontrak perilaku yang mendukung perubahan. misalnya, pasien dapat menyepakati untuk tidak mengikuti atau terlibat dalam halusinasi mereka, dan sebaliknya fokus pada tugas atau kegiatan yang lebih nyata.

### **4. Penerapan Teori Inovasi Terapi Realitas dalam Mengurangi Halusinasi**

Menurut (Purwaningsih, 2022) pada pasien penderita skizofrenia, khususnya yang mengalami halusinasi pendengaran, terapi nyata berperan penting dalam mengurangi ketergantungan pada persepsi yang tidak nyata. Dengan teknik-teknik ini, pasien diajarkan untuk lebih fokus pada kenyataan saat ini dan diharapkan dapat mengurangi atau bahkan menghilangkan halusinasi pendengaran mereka. Penerapan terapi ini melibatkan beberapa langkah, seperti:

1. Memberikan informasi yang jelas dan konsisten : Terapi memberikan informasi yang konkret dan langsung terkait dengan kenyataan untuk membantu pasien membedakan antara suara yang nyata dan yang tidak nyata.

2. Penggunaan teknik validasi dan klarifikasi : Ketika pasien melaporkan halusinasi, terapis mengarahkan percakapan dengan cara yang validatif dan klarifikatif untuk membantu pasien memancarkan persepsi mereka secara kritis.
3. Reorientasi terhadap situasi nyata : Terapi membimbing pasien untuk fokus pada hal-hal yang dapat mereka lihat, dengar, atau rasakan secara nyata di sekitar mereka, mengurangi ketergantungan pada pengalaman halusinasi.

### C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan

#### 1. Pengkajian keperawatan

Menurut Keliat (2014), bahwa faktor-faktor terjadinya halusinasi meliputi:

##### 1. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi atau faktor yang mendukung terjadinya halusinasi adalah :

###### a. Faktor biologis

Pada keluarga yang melibatkan anak kembar dan anak yang diadopsi menunjukkan peran genetik pada schizophrenia. Kembar identik yang dibesarkan secara terpisah mempunyai angka kejadian schizophrenia lebih tinggi dari pada saudara sekandung yang dibesarkan secara terpisah.

###### b. Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis akan mengakibatkan stress dan kecemasan yang berakhir dengan gangguan orientasi realita.

###### c. Faktor sosial budaya

Stress yang menumpuk awitan schizophrenia dan gangguan psikotik lain, tetapi tidak diyakini sebagai penyebab utama gangguan.

##### 2. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi atau faktor pencetus halusinasi adalah:

###### a. Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptif adalah gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak dan abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak, yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

b. Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

c. Stres sosial / budaya

Stres dan kecemasan akan meningkat apabila terjadi penurunan stabilitas keluarga, terpisahnya dengan orang terpenting atau disingkirkan dari kelompok.

d. Faktor psikologik

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah dapat menimbulkan perkembangan gangguan sensori persepsi halusinasi.

e. Mekanisme coping

Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi pasien dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi : regresi, berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk mengatasi ansietas, yang menyisakan sedikit energi untuk aktivitas sehari-hari. Proyeksi, sebagai upaya untuk menejaskan kerancuan persepsi dan menarik diri.

f. Sumber coping

Sumber coping individual harus dikaji dengan pemahaman tentang pengaruh gangguan otak pada perilaku. Orang tua harus secara aktif mendidik anak-anak dan dewasa muda tentang keterampilan coping karena mereka biasanya tidak hanya belajar dari pengamatan. Disumber keluarga dapat pengetahuan tentang penyakit, finansial yang cukup, faktor ketersediaan waktu dan tenaga serta kemampuan untuk memberikan dukungan secara berkesinambungan.

g. Perilaku halusinasi

Batasan karakteristik halusinasi yaitu bicara teratawa sendiri, bersikap seperti memdengar sesuatu, berhenti bicara ditengah – tengah kalimat untuk

mendengar sesuatu, disorientasi, pembicaraan kacau dan merusak diri sendiri, orang lain serta lingkungan.

## **2. Diagnosis keperawatan**

Analisis keperawatan adalah bagian penting dari memutuskan asuhan keperawatan yang tepat untuk membantu klien mencapai kesejahteraan yang ideal. Analisis keperawatan berencana untuk membedakan reaksi klien individu, keluarga dan jaringan terhadap kedaan terkait kesejahteraan (Pokja SDKI DPP PPNI., 2017).

Setelah mendapatkan informasi dari evaluasi yang cermat, penyelidikan informasi dilakukan dan analisis keperawatan tertutup. Berikut gambaran permasalahan yang muncul pada klien yang mengalami skizofrenia dengan gangguan halusinasi pendebgaran menurut (SDKI,2017):

- a. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran (D.0085)
- b. Perilaku kekerasan(D.0132)
- c. Isolasi social : menarik diri (D.0121)
- d. Koping Tidak Efektif (D.0096)
- e. Harga Diri Rendah Kronis (D.0086)

### 3. Intervensi Keperawatan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang dapat dilakukan berdasarkan diagnosis adalah sebagai berikut:

**Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan menurut SDKI, SIKI, dan SLKI**  
**(Sumber :(PPNI, 2017, 2018, 2019)**

No	Diagnosis keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1	<p><b>Gangguan persepsi sensori (Pendengaran) D.0085</b></p> <p><b>Definisi</b>  Perubahan persepsi terhadap stimulasi baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau distorsi.</p> <p><b>Penyebab</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan penglihatan</li> <li>2. Gangguan pendengaran</li> <li>3. Gangguan penghidupan</li> <li>4. Gangguan perabaan</li> <li>5. Hipoksia serebral</li> <li>6. Penyalahgunaan zat</li> <li>7. Usia lanjut</li> <li>8. Pemajaman toksin lingkungan</li> </ol> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan</li> <li>2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan penciuman atau pengecapan.</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distorsi sensori</li> <li>2. Respons tidak sesuai</li> <li>3. Bersikap seolah melihat mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu</li> </ol>	<p>Fungsi sensori (L.06048)  Setelah melakukan pengkajian selama 3 x 24 jam tingkat Fungsi sensori membaik, dengan kriteria hasil : Keluhan Ketajaman pendengara meningkat dari skala 1 (menurun) menjadi skala 5 (meningkat ) (PPNI,2019).</p>	<p><b>Manajemen halusinasi (I.09288)</b></p> <p><b>Definisi :</b>  mengidentifikasi dan mengelola peningkatan keamanan, kenyamanan dan orientasi realita</p> <p><b>Tindakan :</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi</li> <li>2. Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan lingkungan yangaman</li> <li>2. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadi halusinasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan musik, melakukan aktivitas, dan teknik relaksasi)</li> </ol>

	<p><b>Gejala dan Tanda Minor Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menyatakan kesal</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menyendiri</li> <li>Melamun</li> <li>Konsentrasi buruk</li> <li>Distorsi waktu, tempat, orang atau situasi</li> <li>Curiga</li> <li>Melihat ke satu arah</li> <li>Mondar mandir</li> <li>Bicara sendiri</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu</li> </ol>
2	<p><b>Perilaku Kekerasan (D.0132)</b> Kemarahan yang diespresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan merusak lingkungan.</p> <p><b>Penyebab</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ketidakmampuan mengendalikan dorongan darah</li> <li>Stimulus lingkungan</li> <li>Konflik interpersonal</li> <li>Perubahan status mental</li> <li>Putus obat</li> <li>Penyalahgunaan zat/alcohol</li> <li>Gejala dan Tanda Mayor</li> </ol> <p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengancam</li> <li>Mengumpat dengan kata-kata kasar</li> <li>Suara keras</li> <li>Bicara ketus</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menyerang orang lain</li> <li>Melukai diri sendiri/orang lain</li> </ol>	<p><b>Kontrol diri (L.09076)</b> Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah Perilaku Kekerasan</p> <p><b>Kriteria Hasil</b> Perilaku melukai diri dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun Verbalisasi keinginan bunuh diri dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun . Perilaku merencanakan bunuh diri dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun</p>	<p><b>Menajemen perilaku (I.12403)</b></p> <p><b>Definisi</b> Mengidentifikasi dan mengelola perilaku negatif.</p> <p><b>Tindakan</b> Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku</li> <li>Jadwalkan kegiatan terstruktur</li> <li>Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas</li> <li>Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan</li> <li>Batasi jumlah pengunjung</li> <li>Bicara dengan nada rendah dan tenang</li> <li>Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi</li> </ol>

	<p>3. Merusak lingkungan 4. Perilaku agresif/amuk</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor Subjektif</b> (Tidak Tersedia)</p> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mata melotot atau pandangan tajam</li> <li>2. Tangan mengepal</li> <li>3. Rahang menutup</li> <li>4. Wajah memerah</li> <li>5. Poster tubuh kaku</li> </ol> <p><b>Kondisi Klinis Terkait</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Attention deficit/paractivity disorder (ADHD)</li> <li>2. Gangguan perilaku</li> <li>3. Oppositional defiant disorder</li> <li>4. Gangguan tourette</li> <li>5. Delirium</li> <li>6. Demensia Gangguan amnestik</li> </ol>		<p>8. Cegah perilaku pasif dan agresif</p> <p>9. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku</p> <p>10. Lakukan pengekangan fisik sesuai indikasi</p> <p>11. Hindari bersikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan</p> <p>12. Hindari sikap mengancam dan berdebat</p> <p>13. Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan</p> <p><b>Edukasi</b> Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif</p>
3	<p><b>Isolasi Sosial (D.0121)</b></p> <p><b>Definisi:</b> Ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interpenden dengan orang lain</p> <p><b>Penyebab:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan status mental</li> <li>2. Ketidakadekuatan sumber daya personal (mis. Disfungsi berduka, pengendalian diri)</li> </ol> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor:</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasa ingin sendirian</li> <li>2. Merasa tidak aman di tempat umum</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menarik diri</li> </ol>	<p><b>Keterlibatan Sosial (L. 13116)</b></p> <p><b>Definisi;</b> Kemampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka dan independen dengan orang lain.</p> <p><b>Ekspetasi Meningkat:</b></p> <p><b>Kriteria Hasil:</b> Minat interaksi dari skala 1 menurun menjadi skala 5 meningkat Verbalisasi isolasi dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun</p>	<p><b>Terapi Aktivitas (I.05186)</b></p> <p><b>Definisi:</b> Menggunakan aktivitas fisik, kognitif, sosial, dan spiritual tertentu untuk memulihkan keterlibatan, frekuensi, atau durasi aktivitas individua atau kelompok.</p> <p><b>Tindakan Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi deficit tingkat aktivitas</li> <li>2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</li> </ol>

	<p>2. Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor:</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasa berbeda dengan orang lain</li> <li>2. Merasa asyik dengan pikiran sendiri</li> <li>3. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afek datar</li> <li>2. Afek sedih</li> <li>3. Riwayat di tolak</li> <li>4. Menunjukkan permusuhan</li> <li>5. Tidak mampu memenuhi harapan orang lain</li> <li>6. Kondisi difabel</li> <li>7. Tindakan tidak berarti</li> <li>8. Tidak ada kontak mata</li> <li>9. Perkembangan terlambat</li> <li>10. Tidak bergairah/lesu</li> </ol>	<p>Verbalisasi ketidakamanan ditempat umum dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun Perilaku menarik diri dari skala 1 meningkat menjadi skala 5 menurun.</p>	<p>3. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</p> <p>4. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</p> <p>5. Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. Bekerja) dan waktu luang</p> <p>6. Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan deficit yang dialami</li> <li>2. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial</li> <li>3. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</li> <li>4. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</li> <li>5. Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif</li> <li>6. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</li> <li>7. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas dalam sehari-hari</li> </ol>
--	--	---	--

		<p>8. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari,jika perlu</li> <li>2. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</li> <li>3. Anjurkan melakukan aktivitas fisi,sosial,spiritual,dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan</li> <li>4. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi,jika sesuai</li> <li>5. Anjurkan keluarga memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas kolaborasi</li> <li>6. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan memonitor program aktivitas,jika sesuai</li> <li>7. Rujuk Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu</li> </ol>	
4	<b>Koping Tidak Efektif (D.0096)</b> Ketidakmampuan menilai dan merespons stressor dan/atau ketidakmampuan menggunakan sumber-	<b>Status Koping (L.09086)</b> Kemampuan menilai dan merespons sresor dan/atau kemampuan	<b>Dukungan Pengambilan Keputusan (I.09265)</b> <b>Definisi</b> Memberikan informasi dan dukungan saat pembuatan keputusan Kesehatan.

	<p>sumber yang ada untuk mengatasi masalah.</p> <p><b>Penyebab</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah</li> <li>2. Ketidakadekuatan sistem pendukung</li> <li>3. Ketidakadekuatan strategi coping</li> <li>4. Ketidakteraturan atau kekacauan lingkungan</li> <li>5. Ketidakcukupan persiapan untuk menghadapi stresor</li> <li>6. Disfungsi sistem keluarga</li> <li>7. Krisis situasional</li> <li>8. Krisis maturasional</li> <li>9. Kerentanan personalitas</li> <li>10. Ketidakpastian</li> </ol> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif</b> Mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah</p> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia)</li> <li>2. Menggunakan mekanisme coping yang tidak sesuai</li> </ol>	<p>menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam masalah gangguan coping tidak efektif dapat teratasi dengan</p> <p><b>kriteria hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan memenuhi peran sesuai usia meningkat</li> <li>2. Perilaku coping adaptif meningkat</li> <li>3. Verbalisasi kemampuan meningkat mengatasi masalah meningkat</li> <li>4. Verbalisasi oengakuan masalah meningkat</li> <li>5. Verbalisasi kelemahan diri meningkat</li> <li>6. Perilaku asertif meningkat</li> <li>7. Verbalisasi menyalahkan orang lain menurun</li> <li>8. Verbalisasi rasionalisasi kegagalan menurun</li> <li>9. Hipersensitif terhadap kritik menurun</li> </ol>	<p><b>Tindakan Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan</li> <li>2. Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi</li> <li>3. Fasilitasi melihat situasi secara realistik</li> <li>4. Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan</li> <li>5. Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif</li> <li>6. Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi</li> <li>7. Fasilitasi menjelaskan keputusan kepada orang lain, jika perlu</li> <li>8. Fasilitasi hubungan antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasikan alternatif solusi secara jelas</li> <li>2. Berikan informasi yang diminta pasien</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memfasilitasi pengambilan keputusan</li> </ol>
--	--	---	---

		<b>Harga Diri Rendah Kronis (D.0086)</b> <b>Definisi :</b> Evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu yang lama dan terus menerus  <b>Penyebab :</b> 1. Terpapar situasi traumatis 2. Kegagalan berulang 3. Kurangnya pengakuan dari orang lain 4. Ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan 5. Gangguan psikiatri 6. Penguatan negatif berulang 7. Ketidaksesuaian budaya  <b>Gejala dan tanda mayor :</b> Subjektif : 1. Menilai diri negatif (mis. Tidak berguna, tidak tertolong) 2. Merasa malu/bersalah 3. Merasa tidak mampu melakukan apapun 4. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah 5. Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif 6. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri 7. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri	<b>Harga Diri (L.09069)</b> Definisi : Perasaan positif terhadap diri sendiri atau kemampuan sebagai respon terhadap situasi saat ini Kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, masalah harga diri rendah kronis pada pasien dapat teratasi  <b>kriteria hasil :</b> 1. Penilaian diri positif dari menurun skala 1 dapat menjadi skala 5 meningkat 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif dari menurun skala 1 dapat menjadi skala 5 meningkat 3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri dari menurun skala 1 dapat menjadi skala 5 meningkat 4. Minat mencoba hal baru dari menurun skala 1 dapat menjadi skala 5 meningkat 5. Berjalan menampakkan wajah dari menurun skala 1 dapat menjadi skala 5 meningkat	<b>Manajemen Perilaku (I.12463)</b> <b>Definisi :</b> Mengidentifikasi dan mengelola perilaku negatif Tindakan : Observasi : Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku Terapeutik : 1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku 2. Jadwalkan kegiatan terstruktur 3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas 4. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan 5. Batasi jumlah pengunjung 6. Bicara dengan nada rendah dan tenang 7. Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitasi 8. Cegah perilaku pasif dan agresif 9. Beri penguatan positif terhadap keberhasilan mengendalikan perilaku 10. Lakukan pengekangan fisik sesuai indikasi 11. Hindari bersikap
5				

		<p>6.Konsentrasi dari menurun skala 1 dapat menjadi skala 5 meningkat</p> <p>7. Tidur dari menurun skala 1 dapat menjadi skala 5 meningkat</p> <p>8.Percaya diri berbicara dari menurun skala 1 dapat menjadi skala 5 meningkat</p> <p>9. Perilaku asertif dari menurun skala 1 dapat menjadi skala 5 meningkat</p>	<p>menyudutkan dan menghentikan pembicaraan</p> <p>12. Hindari sikap mengancam dan berdebat</p> <p>13. Hindari berdebat atau menawar batas perilaku yang telah ditetapkan</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>1. Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif</p>
--	--	---	---

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Menurut (Indriawan, 2019) Implementasi keperawatan merupakan salah satu tahap yang dilakukan setelah perawat merencanakan tindakan asuhan keperawatan, perawat mengaplikasikan rencana tindakan keperawatan yang bertujuan untuk menggapai tujuan yang telah ditetapkan. Perawat sebelum mengimplementasikan intervensi keperawatan, perawat wajib memvalidasi rencana tersebut apakah masih sesuai atau tidak. Di dalam asuhan keperawatan kejiwaan, perawat harus membuat rencana strategi pelaksanaan untuk mempermudah melakukan asuhan keperawatan jiwa yang sering disebut sebagai strategi pelaksanaan pasien. Strategi pelaksanaan dibungkus dengan komunikasi terapeutik yang terbagi menjadi fase orientasi, kedua fase kerja, dan yang terakhir fase terminasi.

Pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing-masing masalah utama. Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan klien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta klien yang diharapkan, dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan serta respon klien (Gasril et al., 2021).

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya (Setyadevi, 2020).

Evaluasi dibagi menjadi 2, yaitu :

a. Evaluasi formatif

Evaluasi formaif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan SOAP.

b. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yan dilakukan setelah semua proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan

memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dilakukan dalam evaluasi ini adalah melakukan wawancara pada akhir layanan, menanyakan respon klien dan keluarga terkait layanan keperawatan dan mengadakan pertemuan pada akhir layanan.

