

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Skizofrenia

Skizofrenia adalah distorsi pikiran, distorsi persepsi, emosi, dan tingkah laku sehingga pasien dengan skizofrenia memiliki resiko lebih tinggi berperilaku agresif dimana perubahan perilaku secara dramatis terjadi dalam beberapa hari atau minggu sehingga bisa menyebabkan halusinasi. Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berfikir, berkomunikasi, merasakan dan menunjukkan emosi serta gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi, dan perilaku aneh (Rhoad, 2011; Pardede, Silitonga & Laia, 2020). Penelitian yang dilakukan Ellina (2019) mengatakan bahwa pada penderita skizofrenia dapat timbul halusinasi karena didapatkan data pasien yang mengatakan sering mendengar bisikan-bisikan suara yang menyuruhnya untuk marah-marah, pasien sering tertawa sendiri, pasien berbicara ngelantur, serta pasien lebih senang menyendiri dan sikap pasien yang pemalu.

B. Konsep Halusinasi

1. Pengertian

Halusinasi adalah distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respons neurobiologis mal adaptive. Halusinasi biasanya muncul pada klien gangguan jiwa diakibatkan terjadinya perubahan orientasi realita, klien merasakan stimulasi yang sebetulnya tidak ada. Halusinasi penglihatan dan pendengaran yang merupakan gejala dari *early psychosis*, yang sebagian

besar terjadi pada usia remaja akhir atau dewasa awal, bingung peran yang berdampak pada rapuhnya kepribadian sehingga terjadi gangguan konsep diri dan menarik diri dari lingkungan sosial yang lambat laun membuat penderita menjadi asik dengan hayalan dan menyebabkan timbulnya halusinasi (Ervina, 2018). Pasien yang mengalami halusinasi pendengaran yaitu pasien tampak berbicara atau tertawa-tawa sendiri, pasien marah-marah sendiri, menutup telinga seketika karena menganggap bahwa ada yang berbicara dengannya (Hairul, 2021).

2. Etiologi

Faktor predisposisi klien halusinasi menurut Oktiviani (2020) :

a. Faktor perkembangan

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

b. Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima dilingkungan sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungan.

c. Faktor Biologi

Faktor biologis mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogen neurokimia. akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivitas nya neurotransmitter otak.

d. Psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan pasien dalam mendengar keputusan yang tepat demi masa depannya klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

e. Sosial Budaya

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

Faktor presipitasi, klien halusinasi menurut (Yusuf, 2015) yaitu suatu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman/tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk coping. Adanya rangsang lingkungan yang sering yaitu seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak komunikasi dan suasana sepi/isolasi sering sebagai pencetus terjadinya halusinasi karena hal tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik. Disamping itu juga oleh karena proses penghambatan dalam proses transduksi dari impuls yang menyebabkan terjadinya penyimpangan dalam proses interpretasi dan interkoneksi sehingga dengan demikian faktor–faktor pencetus respon neurobiologis meliputi :

- a. Berlebihnya proses informasi pada sistem syaraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak.
- b. Mekanisme penghantaran listrik disyaraf terganggu (mekanisme gaitting abnormal).
- c. Gejala–gejala pemicu seperti kondisi kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku

3. Patofisiologi

Halusinasi terbagi atas bebarapa fase (Oktiviani, 2020):

a. Fase pertama / *sleep disorder*

Pada fase ini klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari

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

- b. Fase Kedua / *Comforting Klien* mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan, dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat dia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya
- c. Fase Ketiga / *Condemning* Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain, dengan intensitas waktu yang lama.
- d. Fase Keempat / *Kontrolling Severe Level of Anxiety* Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan panik dan kesepian serta tidak mampu mengendalikan halusinasinya, jika apabila halusinasinya berakhir. Maka dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.
- e. Fase ke lima / *Conquering Panic Level of Anxiety* Pengalaman sensorinya terganggu. Klien mulai terasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal empat jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadi gangguan psikotik berat.

4. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala gangguan persepsi sensori halusinasi yang dapat teramati sebagai berikut (Dalami, 2016) :

a. Halusinasi penglihatan

- 1) Melirikkan mata ke kiri dan ke kanan seperti mencari siapa atau apa saja yang sedang dibicarakan.
- 2) Mendengarkan dengan penuh perhatian pada orang lain yang sedang tidak berbicara atau pada benda seperti mebel.
- 3) Terlihat percakapan dengan benda mati atau dengan seseorang yang tidak tampak.
- 4) Menggerakan-gerakan mulut seperti sedang berbicara atau sedang menjawab suara.

b. Halusinasi pendengaran

Adapun perilaku yang dapat teramati

- 1) Tiba-tiba tampak tanggap, ketakutan atau ditakutkan oleh orang lain, benda mati atau stimulus yang tidak tampak.
- 2) Tiba-tiba berlari keruangan lain

c. Halusinasi penciuman

Perilaku yang dapat teramati pada klien gangguan halusinasi penciuman adalah :

- 1) Hidung yang dikerutkan seperti mencium bau yang tidak enak.
- 2) Mencium bau tubuh
- 3) Mencium bau udara ketika sedang berjalan ke arah orang lain.
- 4) Merespon terhadap bau dengan panik seperti mencium bau api atau darah.
- 5) Melempar selimut atau menuang air pada orang lain seakan sedang memadamkan api.

d. Halusinasi pengecapan

Adapun perilaku yang terlihat pada klien yang mengalami gangguan halusinasi pengecapan adalah :

- 1) Meludahkan makanan atau minuman.

- 2) Menolak untuk makan, minum dan minum obat.
- 3) Tiba-tiba meninggalkan meja makan.

e. Halusinasi perabaan

Perilaku yang tampak pada klien yang mengalami halusinasi perabaan adalah : Tampak menggaruk-garuk permukaan kulit Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap klien serta ungkapan klien.

Adapun tanda dan gejala klien halusinasi adalah sebagai berikut :

a) Data Subjektif Klien mengatakan :

- 1) Mendengar suara-suara atau kegaduhan
- 2) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
- 3) Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
- 4) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu dan monster
- 5) Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan
- 6) Merasakan rasa seperti darah, urin dan feses
- 7) Merasa ketakutan dengan halusinasinya

b) Data Objektif

- 1) Bicara atau tertawa sendiri
- 2) Marah marah tanpa sebab
- 3) Pergerakan mata cepat
- 4) Menutup telinga
- 5) Senyum sendiri
- 6) Menatap ke suatu titik
- 7) Ketakutan kepada sesuatu yang tidak jelas
- 8) Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu
- 9) Menutup hidung Sering meludah Menggaruk garuk permukaan kulit

5. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis menurut Muhith (2015) pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi adalah dengan pemberian obat-obatan dan tindakan lain:

a. Anti psikotik :

- 1) Chlopromazine (Promactile, Largactile)
- 2) Haloperidol (Haldol, Serenace, Lodomer)
- 3) Stelazine
- 4) Clozapine (Clozaril)
- 5) Risperidone (Risperdal)
- 6) Trihexiphenidyl

b. Terapi kejang listrik/*Electro Compulsive Therapy* (ECT)

Adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artificial dengan melawan aliran listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik diberikan pada skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule /detik (Santri , 2021)

c. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Menurut Keliat (2017) tindakan keperawatan untuk membantu klien mengatasi halusinasinya dimulai dengan membina hubungan saling percaya dengan klien. Setelah hubungan saling percaya terjalin, intervensi keperawatan selanjutnya adalah membantu klien mengenali halusinasinya (tentang isi halusinasi, waktu, frekuensi terjadinya halusinasi dan perasaan klien saat halusinasinya muncul). Beberapa cara yang biasa dilatihkan kepada klien untuk mengontrol halusinasinya, menurut Keliat (2017) meliputi : Menghardik halusinasi, menggunakan obat, berinteraksi atau bercakap-cakap dengan orang lain dan Melakukan kegiatan terjadwal

C. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis. Dalam Kasiati dan Rosmalawati (2016) disebutkan bahwa kebutuhan manusia adalah segala sesuatu yang dibutuhkan oleh manusia untuk mempertahankan keseimbangan kondisi fisiologis dan psikologis, yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan.

Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Dasar Manusia yaitu:

(Penyakit) Jika dalam keadaan sakit maka beberapa fungsi organ tubuh memerlukan pemenuhan kebutuhan lebih besar dari biasanya. Lalu ada (hubungan keluarga). hubungan keluarga yang baik, dapat meningkatkan pemenuhan kebutuhan dasar karena adanya saling percaya. Tidak hanya itu (konsep diri) yang positif memberikan makna dan keutuhan bagi seseorang. Konsep diri yang sehat memberikan perasaan positif terhadap diri. Orang yang merasa positif tentang dirinya akan mudah mengenali kebutuhan dan mengembangkan cara hidup yang sehat sehingga lebih mudah memenuhi kebutuhan dasarnya. Dan yang terakhir ada (tahap perkembangan) Tahap perkembangan, Setiap tahap perkembangan manusia mempunyai kebutuhan yang berbeda baik kebutuhan biologis, psikologis, social maupun spiritual.

Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Abraham Maslow ada 5 yaitu: Kebutuhan fisiologis, Kebutuhan rasa nyaman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki, Kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri sebagaimana terdapat di (Gambar 2.1)



Gambar 2.1
Kebutuhan Dasar Manusia
Sumber pratisia, dkk (2020)

- a. **Kebutuhan Fisiologis (*Physiological*)**
Jenis kebutuhan ini berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan dasar semua manusia seperti makan, minum, menghirup udara dan sebagainya. Termasuk juga kebutuhan untuk istirahat, buang air besar atau kecil, menghindari rasa sakit, dan seks.
- b. **Kebutuhan rasa aman dan perlindungan (*Safety and security needs*)**
Ketika kebutuhan fisiologis seseorang telah terpenuhi secara layak, kebutuhan akan rasa aman mulai muncul. Keadaan aman, stabilitas, proteksi dan keteraturan akan menjadi kebutuhan yang meningkat.
- c. **Kebutuhan akan rasa kasih sayang dan rasa memiliki (*Love and belonging needs*)**
Ketika seseorang merasa bahwa kedua jenis kebutuhan di atas terpenuhi, maka akan mulai timbul kebutuhan akan rasa kasih sayang dan rasa memiliki. Hal ini dapat terlihat dalam usaha seseorang untuk mencari dan mendapatkan teman, kekasih, anak, atau bahkan keinginan untuk menjadi bagian dari suatu komunitas tertentu.
- d. **Kebutuhan akan harga diri (*Esteem needs*)**
Kemudian, setelah ketiga kebutuhan di atas terpenuhi, akan timbul kebutuhan akan harga diri. Menurut Maslow terdapat dua jenis, yaitu *lower one* dan *higher one*. *Lower one* berkaitan dengan kebutuhan seperti status, atensi, dan reputasi. Sedangkan *higher one* berkaitan

dengan kebutuhan akan kepercayaan diri, kompetensi, prestasi, kemandirian, dan kebebasan. Jika kebutuhan ini tidak terpenuhi maka dapat timbul perasaan rendah diri dan inferior.

a. Kebutuhan aktualisasi diri (*Self actualization*)

Jenis kebutuhan ini berkaitan erat dengan keinginan untuk mewujudkan dan mengembangkan potensi diri. Menurut Abraham Maslow kepribadian bisa mencapai peringkat teratas. Ketika kebutuhan-kebutuhan primer ini banyak mengalami interaksi satu dengan yang lain, dan dengan aktualisasi diri seseorang akan bisa memanfaatkan faktor potensialnya secara sempurna.

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi pasien. Pengkajian pada klien dengan halusinasi menurut Muhith (2015) difokuskan pada :

a. Faktor predisposisi

- 1) Faktor perkembangan terlambat : usia bayi, tidak terpenuhi kebutuhan makanan, minum, rasa aman, usia balita, tidak terpenuhi kebutuhan otonomi, usia sekolah mengalami peristiwa yang tidak terselesaikan
- 2) Faktor psikologis, mudah kecewa, mudah putus asa, kecemasan tinggi, menutup diri, ideal diri tinggi, harga diri rendah, identitas diri tidak jelas, krisis peran, gambaran diri negatif, dan koping destruktif
- 3) Faktor sosial budaya, isolasi sosial pada usia lanjut, cacat, sakit kronis, tuntutan lingkungan yang terlalu tinggi.
- 4) Faktor biologis, adanya kejadian terhadap fisik, berupa : atrofi otak, petuanesaran vertikel, perubahan besar dan bentuk sel korteks dan lituanic.

5) Faktor genetik, adanya pengaruh herediter (keturunan) berupa anggota keluarga terdahulu yang mengalami skizofrenia dan kembar monozigot

b. Perilaku

Perilaku yang sering tampak pada klien dengan halusinasi meliputi: bibir komat-kamit, tertawa sendiri, bicara sendiri, kepala mengangguk-angguk, seperti mendengar sesuatu, tiba-tiba menutup telinga, gelisah, bergerak seperti mendengar sesuatu, tiba-tiba marah dan menyerang, duduk terpaku, memandang satu arah, menarik diri.

c. Fisik

1) ADL, nutrisi tidak adekuat bila halusinasi memerintahkan untuk tidak makan, tidur terganggu karena ketakutan, kurang kebersihan diri atau tidak mandi, tidak mampu berpartisipasi dalam kegiatan aktivitas fisik yang berlebihan, agitasi gerakan atau kegiatan ganjil.

2) Kebiasaan, berhenti minuman keras, penggunaan obat-obatan, zat halusinogen, tingkah laku merusak diri.

3) Riwayat kesehatan, skizofrenia, delirium berhubungan dengan riwayat demam dan penyalahgunaan obat.

d. Fungsi sistem tubuh, perubahan berat badan, hipertermia (demam), neurologikal perubahan mood, disorientasi, ketidakefektifan endokrin oleh peningkatan temperature

e. Status emosi, afek tidak sesuai, perasaan bersalah atau malu, sikap negatif dan bermusuhan, kecemasan berat atau panik, suka berkelahi

f. Status intelektual, gangguan persepsi, penglihatan, pendengaran, penciuman dan kecap, isi pikir tidak realistis, tidak logis dan sukar diikuti atau kaku, kurang motivasi, koping regresi dan denial serta sedikit berbicara.

g. Status sosial, putusasaan, menurunnya kualitas kehidupan, ketidakmampuan mengatasi stress dan kecemasan.

2. Pohon Masalah

Pohon masalah menurut Satrio (2015)



Gambar 2.2
Pohon masalah

3. Diagnosis keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan adalah bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (SDKI, 2017). Menurut Muhith (2015) dampak selanjutnya klien akan lebih terfokus pada dirinya. Akibat rendah diri dan kurangnya keterampilan berhubungan sosial, klien menjadi menarik diri dari lingkungan. Klien lama kelamaan akan sulit membedakan stimulus internal dan stimulus eksternal. Ini memicu terjadinya halusinasi. Dari masalah tersebut, ditemukan masalah keperawatan antara lain :

- a. Masalah keperawatan yang muncul yaitu : halusinasi, resiko perilaku kekerasan, dan harga diri rendah
- b. Tujuan asuhan keperawatan meliputi : klien dapat mengenal halusinasinya, klien dapat resiko perilaku kekerasan yang terjadi pada dirinya. Klien dapat mengenal isolasi sosial yang terjadi

pada dirinya, klien dapat mengenal harga diri rendah pada dirinya

4. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah intervensi yang disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang muncul setelah melakukan pengkajian dan rencana intervensi keperawatan dilihat pada tujuan khusus (Muhith, 2015), Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) dan menurut, Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2019) Rencana keperawatan pada klien halusinasi terdapat pada tabel-tabel berikut :

Tabel 2.2
Rencana Tindakan Keperawatan
Pada Klien Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	2	3	4
	<p>Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran (D.0146) hal. 190</p> <p>Definisi : Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau distorsi.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan penglihatan 2. Gangguan pendengaran 3. Gangguan penciuman 4. Gangguan perabaan 5. Hipoksia serebral 6. Penyalahgunaan zat 7. Usia lanjut 8. Pemajanan toksin lingkungan <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, pendengaran atau pengecapan 	<p>Persepsi sensori membaik (L.09083) hal. 93</p> <p>Definisi : Persepsi-realitas terhadap stimulus baik internal maupun eksternal.</p> <p>Ekspektasi : Membaik</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi mendengar bisikan menurun 2. Verbalisasi melihat bayangan menurun 3. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun 4. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun 5. Verbalisasi merasakan sesuatu indra pengecapan menurun 6. Distorsi sensori menurun 7. Perilaku halusinasi menurun 8. Menarik diri menurun 9. Melamun menurun 	<p>Manajemen Halusinasi (I.09288) hal. 178</p> <p>Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan keamanan, kenyamanan dan orientasi realita.</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi 2. Memonitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulus lingkungan 3. Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan yang aman 2. Lakukan tindakan keselamatan Ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. <i>Limit setting</i>, pembatasan wilayah, pengecangan fisik, seklusi) 3. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi 4. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi

1	2	3	4
	<p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distorsi sensori 2. Respons tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatakan kesal <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi 5. Curiga 6. Melihat ke satu arah 7. Mondar- mandir 8. Bicara sendiri 	<ol style="list-style-type: none"> 10. Curiga menurun 11. Mondar-mandir menurun 12. Respons sesuai stimulus membaik 13. Konsentrasi membaik orientasi membaik 	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi dan umpan balik positif terhadap halusinasinya 2. Anjurkan bicara pada orang yang dipercayakan memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan anti ansietas, jika perlu.

Tabel 2.3
Rencana Tindakan Keperawatan
Pada klien dengan gangguan Prilaku Kekerasan

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1	2	3	4
	<p>Resiko Perilaku kekerasan (D.0146) hal 312 Definisi : Beresiko membahayakan secara fisik, emosi dan atau seksual pada diri sendiri atau orang lain.</p> <p>Faktor resiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemikiran waham/delusi 2. Curiga pada orang lain 3. Halusinasi 4. Berencana bunuh diri 5. Disfungsi sistem keluarga 6. Kerusakan kognitif 7. Disorientasi atau konfusi 8. Kerusakan kontrol impuls 9. Persepsi pada lingkungan tidak akurat 10. Alam perasaan depresi 11. Riwayat kekerasan pada hewan 12. Kelainan neurologis 13. Lingkungan tidak teratur 14. Penganiayaan atau pengabaian anak 15. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi orang lain 16. Impulsif 17. Ilusi 	<p>Kontrol diri(L.09076) hal 54 Definisi : Kemampuan untuk mengendalikan atau mengatur emosi, pikiran dan prilaku dalam menghadapi masalah.</p> <p>Ekspetasi : meningkat</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan prilaku klien meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun 2. Verbalisasi umpatan menurun 3. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun 4. Perilaku menyerang menurun 5. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun 6. Suara keras menurun 7. Berbicara ketus menurun 8. Perilaku agrrsif/mengamuk menurun 9. Verbalisasi keinginan bunuh diri menurun 10. Verbalisasi isyarat bunuh diri menurun 11. Verbalisasi ancaman bunuh diri menurun 	<p>Pencegahan perilaku kekerasan (L.14544) hal 284 Definisi : Meminimalkan kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan atau merusak lingkungan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali) 2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 3. Monitor selam penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur) <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan lingkungan bebas dari bahayasecara rutin 2. Libatkan keluarga dalam perawatan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pengunjung dan keluarga unuk mendukung keselamatan klien 2. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 3. Latih mengurangi kemarahan dengan cara verbal (mis. relaksasi, bercerita)

Tabel 2.4
Rencana Tindakan Keperawatan
Pada Klien dengan Gangguan Kosep Diri : Harga Diri Rendah

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	2	3	4
	<p>Harga Diri Rendah (D.0086) hal. 192</p> <p>Definisi : Evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus.</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai diri negative 2. Merasa malu/bersalah 3. Merasa tidak mampu melakukan apapun 4. Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif 5. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri 	<p>Harga diri (L.09069) hal. 30</p> <p>Definisi : Perasaan positif terhadap diri sendiri atau kemampuan sebagai respon terhadap situasi saat ini.</p> <p>Ekspektasi : Meningkatkan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan harga diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian diri positif meningkat 2. Perasaan memiliki kelebihan dan kemampuan positif meningkat 3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat 4. Positif terhadap diri sendiri meningkat 5. Minat mencoba hal baru meningkat 6. Berjalan menampakkan wajah meningkat 7. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat 8. Konsentrasi meningkat 9. Tidur meningkat 10. Kontak mata meningkat 11. Percaya diri berbicara meningkat 	<p>Promosi Harga Diri (I.09308) hal. 364</p> <p>Definisi : Meningkatkan penilaian perasaan/persepsi terhadap diri sendiri atau kemampuan diri.</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri 2. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri 3. Monitor tingkat harga diri setiap waktu,sesuai kebutuhan <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri 2. Motivasi menerima tantangan atau hal baru 3. Diskusikan pernyataan tentang harga diri 4. Diskusikan kepercayaan tentang penilaian diri 5. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri 6. Diskusikan persepsi negatif diri

1	2	3	4
	<p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Enggan mencoba hal baru 2. Berjalan menunduk 3. Postur tubuh menunduk <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa sulit konsentrasi 2. Sulit tidur 3. Mengungkapkan keputusan <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontak mata kurang 2. Lesu dan tidak bergairah 3. Berbicara pelan dan liris 4. Pasif 5. Perilaku tidak asertif 6. Mencari penguatan secara berlebihan 7. Bergantung pada pendapat orang lain 8. Sulit membuat keputusan 	<ol style="list-style-type: none"> 14. Perilaku asertif meningkat 15. Kemampuan membuat keputusan meningkat 16. Perasaan malu menurun 17. Perasaan bersalah menurun 18. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun 19. Meremehkan kemampuan mengatasi Masalah menurun 20. Ketergantungan pada penguatan secara berlebihan menurun 21. Pencarian penguatan secara berlebihan menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi 9. Diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas 10. Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan 11. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang Meningkatkan harga diri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien 2. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki 3. Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain 4. Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif 5. Anjurkan mengevaluasi perilaku 6. Ajarkan cara mengatasi <i>bullying</i> 7. Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri 8. Latih pernyataan/kemampuan positif diri 9. Latih cara berfikir dan berperilaku positif 10. Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi

5. Implementasi

a. Tujuan tindakan untuk klien meliputi :

- 1) Klien mengenali halusinasi yang dialaminya
- 2) Klien dapat mengontrol halusinasi
- 3) Klien mengikuti program pengobatan secara optimal

b. Tindakan keperawatan

1) Membantu pasien mengenali halusinasi. Membantu pasien mengenali halusinasi, dapat dilakukan dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang di dengar/lihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, dan respon pasien saat halusinasi muncul

2) Melatih pasien mengontrol halusinasi

Menurut Muhith (2015) terdapat 4 cara untuk mengontrol halusinasi yang bisa dilakukan, yaitu :

- a) Menghardik halusinasi Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pasien dilatih untuk mengatakan “tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya.
- b) Bercakap-cakap dengan orang lain Untuk mengontrol halusinasi, cara yang kedua yaitu bercakap- cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi (fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi kepercakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut) sehingga cara yang efektif untuk mengontrol halusinasi adalah dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
- c) Melakukan aktivitas yang terjadwal Untuk mengurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang terjadwal. Dengan beraktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak

waktu luang sendiri yang sering kali mencetuskan halusinasi.

- d) Menggunakan obat secara teratur Untuk mampu mengontrol halusinasi, pasien juga harus dilatih untuk menggunakan obat secara benar dan teratur sesuai dengan program. Pasien gangguan jiwa yang dirawat di rumah sering kali putus obat, akibatnya pasien mengalami kekambuhan. Tindakan keperawatan agar pasien patuh menggunakan obat yaitu dengan cara : Jelaskan guna obat, jelaskan akibat bila putus obat, jelaskan cara mendapatkan obat/berobat dan jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu dan benar dosis)

6. Evaluasi

Evaluasi Keperawatan Evaluasi adalah proses hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan. Halusinasi pendengaran tidak terjadi perilaku kekerasan, klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal halusinasinya, klien dapat mengontrol halusinasi dengar dari jangka waktu 3x24 jam didapatkan data subjektif keluarga menyatakan senang karena sudah diajarkan teknik mengontrol halusinasi, keluarga menyatakan klien mampu melakukan beberapa teknik mengontrol halusinasi. Data objektif klien tampak berbicara sendiri saat halusinasi itu datang, klien dapat berbincang-bincang dengan orang lain, klien mampu melakukan aktivitas terjadwal, dan minum obat secara teratur (Aji, 2019)

(Santri, 2021). Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir, dimana masing-masing huruf tersebut akan diuraikan sebagai berikut:

- S. Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

- O. Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan
- A. Analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah baru atau ada yang kontraindikasi dengan masalah yang ada
- P. Perencanaan atau tidak lanjut berdasarkan hasil Analisa pada respon klien