

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A Konsep Penyakit

1. Skizofrenia

a. Pengertian

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat (psikosis) yang bersifat kronis atau kambuh ditandai dengan terdapatnya pepecahan (*schism*) antara pikiran, emosi dan perilaku pasien yang terkena. Pepercahan pada pasien digambarkan dengan adanya gejala fundamental (atau primer) spesifik, yaitu gangguan asosiasi. Gejala fundamental lainnya adalah gangguan afektif, autisme, dan ambivalensi. Sedangkan gejala sekundernya adalah waham dan halusinasi dalam jurnal (Utami & dkk, 2018). *Skizofrenia* adalah suatu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi dan waham). Afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Kaliat, 2006 dalam Sumirah, 2014)

Skizofrenia merupakan sekelompok gangguan psikotik dengan gangguan dasar pada kepribadian, distorsi khas pada proses pikir, kadang-kadang merasa dirinya dikendalikan oleh kekuatan dari luar, terdapat waham, gangguan persepsi, afek abnormal dan autisme. Kesadaran yang jernih dan kapasitas intelektual biasanya tidak terganggu (Ibrahim, 2011, hal 6). *Skizofrenia* merupakan gangguan kejiwaan dan kondisi medis yang mempengaruhi fungsi otak manusia. Mempengaruhi fungsi normal kognitif, mempengaruhi emosional dan tingkah laku (Depkes RI, 2015 dalam Handayani & dkk, 2015). *Skizofrenia* merupakan sekelompok gangguan sikotik, dengan gangguan dasar pada kepribadian, distorsi khas pada proses pikir. Gangguan *skizofrenia*, pada umumnya ditandai oleh distorsi

pikiran dan persepsi yang mendasar dan khas, dan afek yang tidak serasi atau tumpul (Rahmayani & dkk, 2018)

Jadi *skizofrenia* adalah gangguan jiwa berat yang bersifat kronis yang ditandai dengan adanya gejala positif dan negatif. gejala positif berupa halusinasi dan waham, gejala negatif berupa afek datar, afek yang tidak serasi atau tumpul.

b. Etiologi

Penyebab dari skizofrenia dalam model diatesis-stres, bahwa *skizofrenia* timbul akibat faktor psikososial dan lingkungan. Di bawah ini pengelompokan penyebab dari *skizofrenia* (Prabowo, 2014, hal 22) yakni :

1) Faktor Biologis

a) Komplikasi kelahiran

Bayi laki-laki yang mengalami komplikasi dilahirkan sering mengalami *skizofrenia*, hipoksia perinatal akan mengakibatkan kerentanan seseorang terhadap *skizofrenia*.

b) Infeksi

Perubahan anatomi pada susunan syaraf pusat akibat infeksi virus pernah dilaporkan pada orang dengan *skizofrenia*. Penelitian mengatakan bahwa terpapar infeksi virus pada trimester kedua kehamilan akan meningkatkan seseorang menjadi *skizofrenia*

c) Hipotesis Dopamin

Dopamin merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala *skizofrenia*. Hampir semua obat antipsikotik baik tipikal maupun atipikal menyekat reseptor dopamin D2, dengan terhalangnya transmisi sinyal di sistem dopaminergik maka gejala psikotik diredakan. Berdasarkan pengamatan diatas dikemukakan bahwa gejala *skizofrenia* disebabkan oleh hiperaktivitas sistem dopaminergik.

d) Hipotesis Serotonin

Serotonin berperan pada *skizofrenia* kembali mengemuka karena penelitian obat antipsikotik atipikal clozapine yang ternyata mempunyai afinitas terhadap reseptor serotonin 5-HT lebih tinggi dibandingkan reseptor dopamin D2.

e) Struktur otak

Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah sistem limbik dan ganglia basalis. Otak pada penderita *skizofrenia* terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktifitas metabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada masa prenatal. Biasanya timbul pada trauma otak setelah lahir.

2) Faktor Genetika

Para ilmuwan sudah lama mengetahui bahwa *skizofrenia* diturunkan. 1% dari populasi umum tetapi 10% pada masyarakat yang mempunyai hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakak laki-laki ataupun perempuan dengan *skizofrenia*. Masyarakat yang mempunyai hubungan derajat ke dua seperti paman, bibi, kakek / nenek dan sepupu dikatakan lebih sering dibandingkan populasi umum. Kembar identik 40% sampai 65% berpeluang menderita *skizofrenia* sedangkan kembar dizigotik 12%. Anak dan kedua orang tua yang skizofrenia berpeluang 40%, satu orang tua 12%.

Sebagai ringkasan hingga sekarang kita belum mengetahui dasar penyebab *skizofrenia*. Dapat dikatakan bahwa faktor keturunan mempunyai pengaruh / faktor yang mempercepat

yang menjadikan manifestasi / faktor pencetus seperti penyakit badaniah / stress psikologis.

c. Tanda dan Gejala *Skizofrenia*

Gejala – gejala *skizofrenia* dapat dibagi menjadi 2 kelompok menurut (Ibrahim, 2011, hal 22), yaitu

1) Gejala positif

a) Halusinasi seperti halusinasi pendengaran, halusinasi perabaan, halusinasi penciuman, halusinasi pengelihatan, dan halusinasi pengecapan.

Halusinasi Pada *skizofrenia*, halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan suatu gejala yang hampir tidak dijumpai pada keadaan lain. Paling sering pada skizofrenia ialah halusinasi pendengaran (aditif atau akustik). Kadang-kadang terdapat halusinasi penciumaan (*olfaktorik*), halusinasi cita rasa (*gustatorik*) atau halusinasi singgungan (*taktik*). Halusinasi penglihatan agak jarang pada skizofrenia, lebih sering pada psikosa akut yang berhubungan dengan sindroma otak organik (Prabowo, 2014, hal 30).

b) Waham seperti kejar, cemburu, bersalah/berdosa, keagamaan, somatik, waham menyangkut diri sendiri, penarikan pikiran

c) Perilaku aneh seperti berpakaian/berpenampilan, perilaku sosial, perilaku seks dan perilaku agresif – stereotipik.

d) Gangguan pikiran formal seperti penyimpanan, *tangensialitas*, *inkoherensi*, *ilogikalitas* (tidak logis), *sirkumstansialitas*, tekanan bicara, dan bicara mudah dialihkan.

2) Gejala negatif seperti pendataran afektif, ekspresi wajah yang tidak berubah, penurunan spontanitas gerak, hilangnya ekspresif,

kontak mata buruk, nonresponsivitas afektif, afek yang tidak sesuai, dan tidak ada lagi suara.

d. Jenis – jenis *skizofrenia*

Pembagian jenis – jenis *skizofrenia* menurut (Maramis, 2005 dalam Prabowo, 2014, hal 25) antara lain :

1) *Skizofrenia simplex*

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas, gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan, gangguan proses berpikir sukar ditemukan, waham dan halusinasi jarang sekali terdapat.

2) *Skizofrenia hebefrenik*

Permulaanya perlahan-lahan atau sub akut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15 – 25 tahun gejala yang menyolok ialah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau *double personality*. Gangguan psikomotor seperti *mannerism*/perilaku kekanak – kanaan sering terdapat pada hebefrenik, waham dan halusinasi banyak sekali.

3) *Skizofrenia katatonik*

Timbulnya pertama kali antara umur 15 – 30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional, mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

4) Stupor katatonik

Pada stupor katatonik penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya. Emosinya sangat dangkal, gejala yang paling penting ialah gejala psikomotor seperti klien akan mengalami *mutisme*, kadang-kadang dengan menutup mata, muka klien tanpa mimik seperti topeng. Stupor klien tidak bergerak sama sekali untuk waktu yang lama, beberapa hari, bahkan kadang-kadang sampai beberapa bulan. Klien saat diganti posisinya akan berespon menenteng-

negatisme. Makanan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga meleleh dan keluar air seni dan faces ditahan. Kemudian terdapat grimas dan katalepsi.

5) Gaduh – gelisah katatonik

Terdapat hiperaktivitas motorik, tetapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar. Penderita terus berbicara atau bergerak saja, ia menunjukkan stereotopi, menerisme, dan neologisme, klien tidak dapat tidur, tidak makan dan minum sehingga mungkin terjadi dehidrasi dan kadang-kadang kematian.

6) Jenis paranoid

Skizofrenia paranoid agak berlainan dari jenis – jenis yang lain dalam jalannya penyakit, hebefrenik dan katatonik sering lama – kelamaan menunjukkan gejala – gejala *skizofrenia* simplex, atau gejala – gejala hebefrenik dan katatonik percampuran tidak demikian halnya dengan *skizofrenia* paranoid yang jalannya agak konstan.

Waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi baru dengan pemeriksaan yang ternyata adanya gangguan proses berpikir, gangguan efek, emosi dan kemauan. *Skizofrenia* residual ialah keadaan *skizofrenia* dengan gejala - gejala primernya bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala – gejala sekunder, keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan *skizofrenia*.

7) Jenis Skizo – aktif (*Skizofrenia akizo afektif*)

Disamping gejala-gejala skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan juga gejala – gejala depresi (skizo – depresif) atau gejala – gejala (skizo – manik). Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin juga timbul lagi serangan.

e. Penatalaksanaan *skizofrenia*

Obat yang digunakan untuk mengobati psikosis memiliki banyak sebutan yaitu anti psikotik, neuroleptik. Anti psikotik dimaksudkan dalam rangka mengatasi psikosis, termasuk *skizofrenia*. Efek obat-obatan ini terlihat sewaktu dipakai pada psikosis akut. Efeknya mengurangi gejala positif, antara lain halusinasi, tidak mau makan, tidak kooperatif dan adanya gangguan pikiran.

Gejala positif *skizofrenia* bereaksi secara responsif terhadap obat anti psikotik, sedang gejala seperti misalnya : pendataran afek, apati, anhedonia, dan blockade diri, hampir-hampir tak berguna.

Penatalaksanaan *skizofrenia* adalah sebagai berikut (Ibrahim, 2011, hal 136) :

1) Terapi Elektrokonvulsif

Efektif pada sebagian pasien *skiozofrenia*, khususnya subtipe katatonik. Pasien dengan lama penyakit kurang dari 1 tahun merupakan jenis *skizofrenia* yang paling responsif dengan pemberian terapi elektrokonvulsif.

2) Terapi psikososial

Obat anti psikotik saja tidak efektif jika tidak digabung dengan intervensi psikososial dalam terapi pasien *skizofrenia*.

3) Terapi perilaku

Perilaku yang dikehendaki dipacu secara positif dengan memberikan imbalan berupa kenang-kenangan seperti perjalanan atau preferensi. Tujuannya untuk memacu perilaku tersebut agar dapat beradaptasi di luar bangsal RS.

4) Terapi kelompok

Fokusnya adalah dukungan serta pengembangan keterampilan sosial (aktivitas sehari-hari) yang memberi dampak, terutama yang berguna pada pasien dengan sikap isolasi sosial juga berguna untuk menambah uji realita.

5) Terapi keluarga

Dengan terapi ini dapat mengurangi angka relaps dan diberikan untuk anggota keluarga skizofrenik. Interaksi keluarga yang berekspresi emosi tinggi dapat dikurangi melalui terapi keluarga. Kelompok anggota penderita *skizofrenia* dapat berdiskusi berbagai hal, terutama pengalamannya.

6) Psikoterapi suportif

Meliputi nasihat, menyakinkan, mendidik, mencontohkan dan uji realita. Tujuan terapi ini berguna untuk meningkatkan insigh (penghayatan) yang cocok bagi penderita.

2. Halusinasi

a. Pengertian

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara (Kusumawati, 2010, hal 107). Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu obyek tanpa adanya rangsangan dari luar, gangguan persepsi sensori ini meliputi seluruh pancaindra. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa yang pasien mengalami perubahan sensori persepsi, serta merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan, atau penciuman. Pasien merasakan stimulasi yang sebetulnya tidak ada (Ah Yusuf, 2015, hal 120). Halusinasi adalah penginderaan tanpa rangsangan eksternal yang berhubungan dengan salah satu jenis indera tertentu yang khas (Kaplan & Saddock, 1997 dalam Dermawan & Rusdi, 2013, hal 2).

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada pasien dengan gangguan jiwa, halusinasi sering dengan skizofrenia. Dari seluruh pasien skizofrenia 70 % diantaranya

mengalami halusinasi. Halusinasi yaitu pengalaman atau terjadinya persepsi tanpa adanya stimulasi eksternal. Pengalaman tersebut dirasakan sangat jelas, kuat, mempengaruhi persepsi normal dan tidak dapat dikontrol. Halusinasi paling sering ditemui dan biasanya berbentuk pendengaran, pengelihatian, penciuman, perabaan, dan pengecapian (Elvira, 2017, hal 189).

Jadi halusinasi adalah suatu persepsi yang salah oleh pancaindra tanpa adanya stimulus (rangsangan) dari eksternal (luar).

b. Etiologi

Penyebab halusinasi (Muhith, 2015, hal 220) meliputi :

1) Faktor predisposisi

Faktor predisposisi, adalah faktor yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Beberapa faktor predisposisi yang berkontribusi pada munculnya respon neurobiologi seperti pada halusinasi antara lain :

a) Faktor Genetik

Telah diketahui bahwa secara genetik *skizofrenia* diturunkan melalui kromosom – kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom menjadi faktor penentuan gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian. Anak kembar identik memiliki kemungkinan mengalami *skizofrenia* sebesar 50% jika salah satunya mengalami *skizofrenia*, sementara jika *dizygote* peluangnya peluangnya sebesar 15%. Seorang anak yang salah satu orang tuanya mengalami *skizofrenia*, sementara bila kedua orang tuanya *skizofrenia* maka peluangnya menjadi 35%.

b) Faktor perkembangan

Jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka individu akan mengalami stress dan kecemasan.

c) Neurobiology

Ditemukan bahwa kontex prefrontal dan kontex limbic pada klien dengan *skizofrenia* tidak pernah berkembang penuh. Ditemukan juga pada klien *skizofrenia* terjadi penurunan volume dan fungsi otak yang abnormal. Neurotransmitter juga tidak ditemukan tidak normal, khususnya dopamine, serotonin dan glutamat.

d) Study Neurotransmitter

Skizofrenia diduga juga disebabkan oleh adanya ketidakseimbangan neurotransmitter serta dopamine berlebihan, tidak seimbang dengan kadar serotonin.

e) Faktor Biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Dengan adanya stress yang berlebihan yang dialami seseorang, maka tubuh akan menghasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Buffofenon dan Dimetytranferase (DMP).

f) Teori Virus

Paparan virus *influenzae* pada trisemester ketiga kehamilan dapat menjadi faktor predisposisi *Skizofrenia*.

g) Psikologis

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

h) Faktor Sosiokultural

Berbagai faktor di masyarakat dapat menyebabkan seseorang merasa disingkirkan oleh kesepian terhadap lingkungan tempat pasien dibesarkan.

2) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman/tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk coping. Adanya rangsangan 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 dapat dijabarkan sebagai berikut :

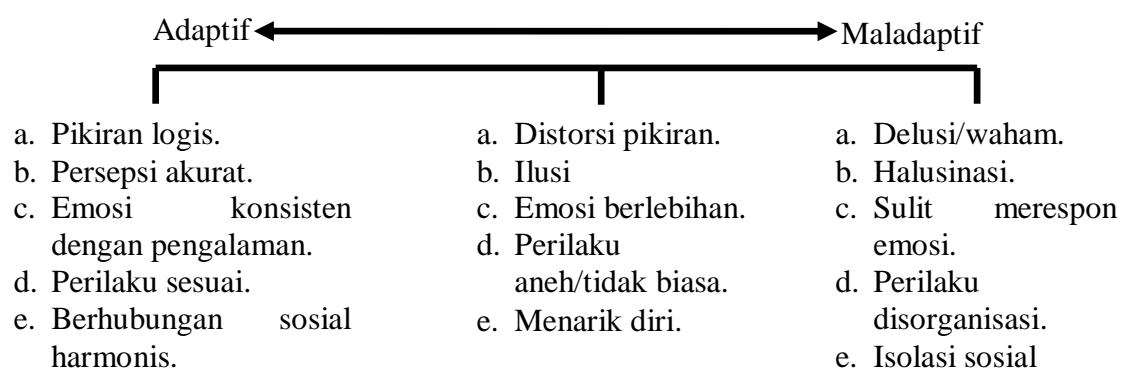
- a) Berlebihnya proses informasi pada sistem saraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak.
- b) Mekanisme penghantar listrik di saraf terganggu (mekanisme gaiting abnormal).
- c) Gejala – gejala pemicu seperti kondisi kesehatan, lingkungan sikap, dan perilaku seperti yang tercantum ditabel berikut ini :

Tabel 2.1. Gejala pencetus respon neurobiologis (Muhith, 2015, hal 223)

Kesehatan	1. Nutrisi kurang.
	2. Kurang tidur.
	3. Ketidakseimbangan irama sirkadia.
	4. Kelelahan.
	5. Infeksi.
	6. Obat – obatan sistem saraf.

	7. Kurangnya latihan.
	8. Hambatan untuk menjangkau pelayanan kesehatan.
Lingkungan	1. Lingkungan yang memusuhi, krisis. 2. Masalah dirumah tangga. 3. Kehilangan kebebasan hidup. 4. Perubahan kebiasaan hidup, pola aktivitas sehari – hari. 5. Kesukaran dalam hubungan dengan orang lain. 6. Isolasi sosial. 7. Kurangnya dukungan sosial. 8. Tekanan kerja (ketrampilan dalam bekerja). 9. Kurangnya alat transportasi. 10. Ketidakmampuan dalam mendapatkan pekerjaan.
Sikap perilaku	1. Merasa tidak mampu (harga diri rendah). 2. Putus asa (tidak percaya diri). 3. Merasa gagal (kehilangan motivasi dalam menggunakan ketrampilan diri). 4. Kehilangan kendali diri (demoralisasi). 5. Merasa punya ketakutan berlebihan dengan gejala – gejala tersebut. 6. Merasa malang (tidak dapat memenuhi kebutuhan spiritual). 7. Bertindak tidak seperti orang lain dari segi usia maupun kebudayaan. 8. Rendahnya kemampuan sosialisasi. 9. Ketidakadekuatan pengobatan. 10. Perilaku agresif. 11. Perilaku kekerasan. 12. Ketidakadekuatan penanganan gejala

c. Rentang Respon



Gambar 2.1 Respon Neurobiologis Halusinasi. (Ah.Yusuf, 2015, hal 120)

1) Respon Neurologis Adaptif

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

Respon adaptif ini antara lain :

Dalam rentang respon adaptif terdapat beberapa respon, respon pikiran logis yaitu pandangan yang mengarah pada kenyataan. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan. Emosi konsisten perasaan yang timbul dari pengalaman. Kemudian perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran. Dan yang terakhir respon adaptif hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain

2) Respon *Neurobiologis Border Line*

Dalam rentang respon neurobiologis border line terdapat beberapa respon. Proses pikir tergantung adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan. Ilusi adalah penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan dari panca indra. Emosi berlebihan atau berkurang. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran. Menarik diri yaitu percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

3) Respon Neurobiologis Maladaptif

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

Dalam respon neurobiologis maladaptif terdapat respon yaitu Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial. Halusinasi adalah

persepsi sensori yang salah satu persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada. Kerusakan proses emosi adalah perubahan persatuan yang timbul dari hati. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu perilaku yang tidak teratur. Isolasi sosial adalah kondisi kesadaran yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai sesuatu kecelakaan yang negatif mengancam.

d. Fase Halusinasi

Halusinasi berkembang melalui empat fase, yaitu sebagai berikut (Kusumawati, 2010, hal 106)

1) Fase pertama

Disebut juga dengan fase *comforting* yaitu fase menyenangkan. Pada tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik : klien mengalami stres, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan. Klien mulai melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara.

Perilaku klien : tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respons verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya, dan suka menyendiri.

2) Fase kedua

Disebut juga fase *condemning* atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikkan. Termasuk dalam psikotik ringan. Karakteristik : pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun, dan berpikir sendiri jadi domain. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas. Klien mulai merasakan kehilangan kontrol.

Perilaku klien : meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah.

Klien asyik dengan halusinasinya dan tidak bisa membedakan realitas.

3) Fase ketiga

Adalah fase *controlling* atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Termasuk dalam gangguan psikotik. Karakteristik : bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya. Perilaku klien : kemauan dikendalikan halusinasi, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik. Tanda-tanda fisik berupa klien berkeringat, tremor, dan tidak mampu mematuhi perintah.

4) Fase keempat

Adalah fase *conquering* atau panik yaitu klien lebur dengan halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat. Karakteristik : halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah, dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain dilingkungan.

Perilaku klien : perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau katatonik, tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks, dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang.

e. Jenis halusinasi

Jenis – jenis halusinasi dibagi menjadi 7 jenis halusinasi yang meliputi : halusinasi pendengaran (*auditory*), halusinasi penglihatan (*visual*), halusinasi penghidu (*olfactory*), halusinasi pengecap (*gustatory*), halusinasi perabaan (*tactile*), halusinasi *cenesthetic*, halusinasi *kinestic*. Halusinasi yang paling banyak diderita adalah halusinasi pendengaran yang mencapai lebih kurang 70%, sedangkan halusinasi penglihatan menduduki peringkat kedua dengan rata-rata

20%. sementara jenis halusinasi yang lain halusinasi penghidu (*olfactory*), halusinasi pengecap (*gustatory*), halusinasi perabaan (*tactile*), halusinasi *cenesthetic*, halusinasi *kinestic* hanya meliputi 10%. (Muhith, 2015, hal 216).

Jenis – jenis halusinasi menurut (kusumawati, 2010, hal 109) adalah sebagai berikut :

1) Halusinasi pendengaran

Mendengarkan suara atau kebisingan yang kurang jelas ataupun yang jelas, dimana terkadang suara-suara tersebut seperti mengajak berbicara klien dan kadang memerintah klien untuk melakukan sesuatu.

2) Halusinasi pengelihatan

Stimulasi visual dalam bentuk kilatan atau cahaya, gambar atau bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan.

3) Halusinasi pengidu

Membau bau – bauan tertentu seperti bau darah, urine, feses, parfum, atau bau yang lain. Ini sering terjadi pada seseorang pasca-serangan stroke, kejang, atau demensia.

4) Halusinasi pengecap

Merasa mengecap rasa seperti darah, urine, feses, atau yang lainnya.

5) Halusinasi perabaan

Merasa mengalami nyeri, rasa tersetrum atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas.

6) Halusinasi *cenesthetic*

Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makanan atau pembentukan urine.

7) Halusinasi *kinestetika*

Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

f. Psikodinamika

1) Faktor predisposisi menurut (Erlinafsiah, 2010, hal 90)

a) Biologis

Gangguan perkembangan dan fungsi dan fungsi otak, susunan syaraf-syaraf pusat dapat menimbulkan gangguan realita. Gejala yang mungkin timbul adalah : hambatan dalam belajar, berbicara, daya ingat dan muncul perilaku menarik diri.

b) Psikologis

Keluarga pengasuh yang tidak mendukung (broken home, overprotektif, diktator, dan lainnya) serta lingkungan klien sangat mempengaruhi respons psikologis klien, sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah : penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang kehidupan klien.

c) Sosial budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita : dimana terjadi kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan terisolasi disertai stress.

2) Presipitasi

Faktor presipitasi, yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman/tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk coping. Gejala-gejala pencetus respon neurobiologi (Muhith, 2015, hal 222) antara lain :

a) Kesehatan, meliputi : nutrisi kurang, kurang tidur, kelelahan, obat-obatan sistem syaraf pusat, menjangkau pelayanan kesehatan.

b) Lingkungan, meliputi : lingkungan yang memusuhi/krisis, masalah di rumah tangga, kehilangan kebebasan hidup,

perubahan kebiasaan hidup, pola aktivitas sehari-hari, isolasi sosial.

- c) Sikap/ perilaku, meliputi : merasa tidak mampu (harga diri rendah), putus asa, ketidakadekuatan pengobatan, perilaku agresif, perilaku kekerasan, dll).

3) Penilaian stressor

Penilaian terhadap stressor meliputi penentuan arti dari dan pemahaman terhadap pengaruh situasi yang penuh dengan stress bagi individu. Penilaian terhadap stressor ini meliputi respon kognitif, afektif, fisiologi, perilaku dan respon sosial (Ah.Yusuf, 2015, hal 120).

- a) Respon kognitif, memainkan peran sentral dalam adaptasi. Faktor kognitif mencatat kejadian yang menekan, memilih pola koping yang digunakan, serta emosional, fisiologi, perilaku dan reaksi sosial seseorang.
- b) Respon afektif, yaitu membangun perasaan. Reaksi tidak spesifik atau umumnya merupakan reaksi kecemasan yang hal ini diekspresikan dalam bentuk emosi. Respon afektif meliputi sedih, takut, marah, menerima, tidak percaya,antisipasi, atau kaget. Emosi juga menggambarkan tipe, durasi, dan karakter yang berubah sebagai hasil dari suatu kejadian.
- c) Respon fisiologis, merefleksikan interaksi beberapa *neuroendokrin* yang meliputi hormon, prolaktin, hormon *adrenokortikotropik* (ACTH), vasopresin, oksitosin, insulin dan neurotransmitter lain di otak. Respon fisiologis melawan atau menghindari, menstimulasi divisi simpatik dari sistem saraf autonomi dan meningkatkan aktivitas kelenjar adrenal.
- d) Respon perilaku, merupakan hasil dari respon emosional dan fisiologis.

- e) Respon sosial, didasarkan pada tiga aktivitas, yaitu mencari arti, atribut sosial, dan perbandingan sosial.

4) Sumber koping

Sumber koping meliputi asset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, tehnik pertahanan, dukungan sosial, serta motivasi (Ah. Yusuf, 2015, hal 124)

a) Asset ekonomi

Seseorang yang mempunyai ekonomi yang tinggi cenderung memiliki stressor yang rendah dibandingkan dengan seseorang yang memiliki ekonomi yang rendah dan tidak sanggup memenuhi keinginan dan harapannya dapat memicu stressor sehingga klien tidak dapat menyelesaikan masalah dan menyebabkan mekanisme koping yang baru.

b) Kemampuan dan Keterampilan

Seseorang yang mempunyai bakat dan keterampilan pada dirinya akan merasa lebih bermanfaat untuk dirinya sendiri maupun orang lain, sehingga dapat meningkatkan rasa percaya diri dan mampu mengoptimalkan perannya dalam masyarakat.

c) Teknik Pertahanan

Mekanisme pertahanan jiwa dapat digunakan sebagai pertahanan yang adaptif sehingga hasilnya positif dan dapat pula digunakan secara maladaptif sehingga hasilnya kurang baik.

d) Dukungan Sosial

Dukungan sosial merupakan suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang tidak dipercaya, sehingga seseorang akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya. Keluarga sebagai sumber dukungan sosial

dapat menjadi faktor kunci dalam penyembuhan penderita gangguan jiwa.

e) Motivasi

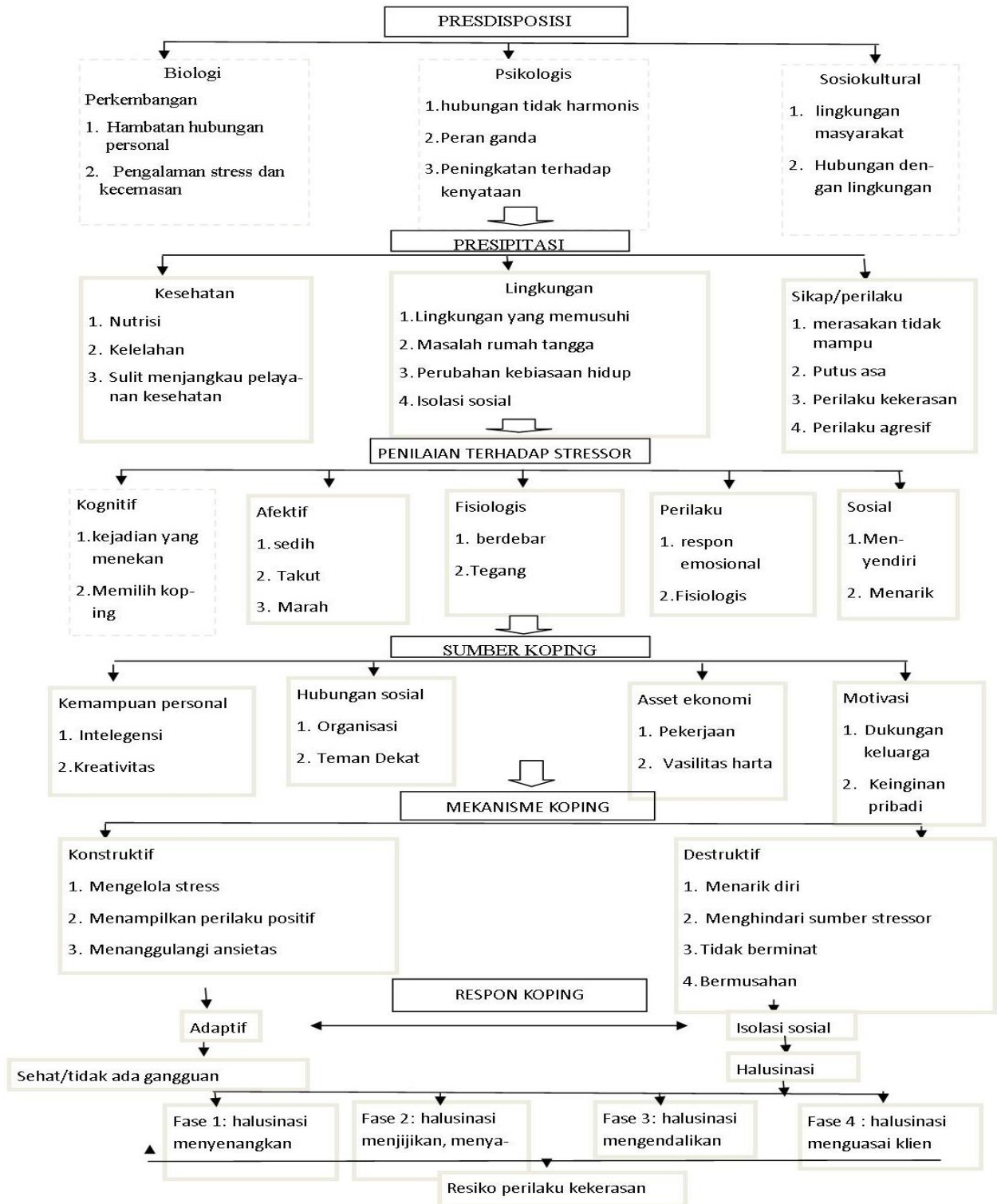
Keluarga memiliki motivasi negatif untuk menerima kembali klien gangguan jiwa, hal ini karena kurangnya pengetahuan keluarga tentang pentingnya penerimaan kembali klien dengan gangguan jiwa. Oleh karena itu pemberdayaan keluarga dalam upaya – upaya kesehatan jiwa sangat diperlukan, dimana peran petugas kesehatan khususnya perawat dapat memberikan penyuluhan atau konseling kepada keluarga untuk meningkatkan motivasi dalam menerima kembali klien dengan masalah gangguan jiwa.

5) Mekanisme koping

Mekanisme koping yang sering digunakan klien dengan halusinasi (Stuart & Laraia, 2005 dalam Muhith, 2015, hal 224)

- a) Regresi, menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku kembali seperti pada perilaku perkembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas.
- b) Proyeksi, keinginan yang tidak dapat ditoleransi, mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan diri sendiri (sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan persepsi)
- c) Menarik diri, reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis, reaksi fisik yaitu individu pergi atau lari menghindari sumber stressor, misalnya menjauhi polusi, sumber infeksi, gas beracun dan lain-lain. Sedangkan reaksi psikologis individu mengalami perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai rasa takut dan bermusuhan.
- d) Keluarga mengingkari masalah yang dialami oleh klien

Berikut merupakan bagan psikodinamika halusinasi



Gambar 2.2 Psikodinamika halusinasi (Ah. Yusuf, 2015), (Erlinafsiah, 2010)

g. Penatalaksanaan halusinasi

1) Medis

Penatalaksanaan klien skizofrenia yang mengalami halusinasi adalah dengan pemberian obat – obatan dan tindakan lain, (Stuart & Laria, 2005 dalam Muhith, 2015, 227) yaitu :

- a) Psikofarmakologis, obat yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikosis pada klien *skizofrenia* adalah obat anti psikosis. Adapun kelompok yang umum digunakan adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2 Daftar nama obat anti psikosis (Muhith, 2015, hal 227)

Nama obat	Dosis	Kegunaan
Fenotiazin asetofenazin (Tidal)	1-45 mg	Untuk mengontrol dan mencegah gangguan psikotik
Klorpromazim (Thorazine)	30-800 mg	Untuk membantu mengobati gangguan psikotik
Flufenazine (prolixine,permitil)	2,5-20 mg	Untuk membantu mengatasi gangguan jiwa
Mesoridazin (serantil)	25-50 mg	Untuk mengatasi skizofrenia
Perfenazim (trilafon)	60-150 mg	Untuk mencegah dan mengobati psikotik
Tioksanten klorprotiksen (taractan)	75-600mg	Untuk mengontrol dan mencegah gangguan psikotik
Tiotiksen (navane)	8-30mg	Untuk membantu mengantasi gangguan kejiwaan
Butirufenon haloperidol(haldol)	1-100 mg	Untuk mengurangi gaduh gelisah
Dibenzodiazepin (klozpine)	300-900mg	Untuk mencegah gejala psikosis
Dibenzokasazepin loksapin (loxitane)	20-150 mg	Untuk mengobati depresi
Dihindroindolon molindone (moban)	15-225 mg	Untuk mengobati depresi dan gaduh gelisah

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

Terapi kejang listrik / *Electro Compulsive Therapy (ECT)* merupakan terapi kejang listrik dengan menghantarkan arus listrik pada elektroda dan dipasang pada kepala sehingga menyebabkan konvulsi. *ECT* terbukti untuk memperbaiki gejala *skizofrenia*, namun *ECT* juga memiliki efek samping terutama dalam daya ingt, seperti

konvulsi, delirium, aritmia jantung ringan (Nandinanti & dkk, 2015).

2) Keperawatan

a) Tindakan keperawatan

(1) Terapi modalitas

Terapi modalitas keperawatan jiwa merupakan bentuk terapi non- farmakologis yang dilakukan untuk memperbaiki dan mempertahankan sikap klien agar mampu bertahan dan bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat sekitar dengan harapan klien dapat terus bekerja dan tetap berhubungan dengan keluarga, teman dan sistem pendukung yang akan ada ketika menjalani terapi. Hal ini bertujuan agar pola perilaku atau kepribadian seperti keterampilan coping, gaya komunikasi dan tingkat harga diri secara bertahap dapat berkembang. Mengingat bahwa klien dengan gangguan jiwa membutuhkan pengawasan yang ketat dan lingkungan supportif yang aman. Beberapa terapi keperawatan didasarkan ilmu dan seni keperawatan jiwa (Muhith, 2011, hal 253).

(2) Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Kelompok adalah kumpulan individu yang mempunyai hubungan dengan yang lain, saling tergantung dan mempunyai norma yang sama. Tujuan aktivitas kelompok adalah upaya untuk memfasilitasi psikoterapis terhadap sejumlah klien pada waktu yang sama untuk memantau dan meningkatkan hubungan interpersonal antar anggota (Stuart & Laraia, 2005 dalam Purwanto, 2015, hal 200).

Terapi kelompok adalah metode pengobatan ketika klien ditemui dalam rancangan waktu tertentu dengan tenaga yang memenuhi persyaratan tertentu. Fokus terapi kelompok adalah (*self awarence*), meningkatkan hubungan interpersonal, membuat perubahan, atau ketiga-tiganya (Keliat, 2015, hal 12). Terapi aktivitas kelompok dibagi sesuai dengan kebutuhan yaitu, stimulasi persepsi, stimulasi sensori, orientasi realita, dan sosialisasi. Terapi ini sering dipakai sebagai terapi tambahan.

(3) Terapi lingkungan

Perawatan klien di rumah sakit pada rentang waktu yang lama mengakibatkan klien mengalami penurunan kemampuan berpikir dan bertindak secara mandiri dan kehilangan hubungan dengan dunia luar. Oleh karena itu diperlukan pengembangan layanan keperawatan psikiatrik salah satunya dengan penerapan terapi lingkungan di rumah sakit. Terapi lingkungan atau (*Millieu terapi*) adalah suatu manipulasi ilmiah yang bertujuan untuk menghasilkan perubahan pada perilaku pasien dan untuk mengembangkan keterampilan emosional dan sosial (Purwanto, 2015, hal 208).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses untuk tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Pengelompokan data pada pengkajian kesehatan jiwa, dapat berupa faktor, presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping dan kemampuan yang dimiliki klien (Afnuhazi, 2015, hal 122).

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, tanggal pengkajian, tanggal dirawat, nomor rekam medis.

b. Keluhan Utama

Keluhan yang dirasakan klien dengan jenis halusinasi pendengaran, isi halusinasi biasanya klien sering mendengar suara-suara atau kegaduhan, waktu mendengar halusinasi, frekuensi terus menerus atau sekali-kali saja, situasi saat sendiri atau setelah terjadi kejadian tertentu dan respon klien terhadap suara-suara halusinasi.

c. Alasan masuk

Alasan klien datang ke RSJ, biasanya klien sering berbicara sendiri, mendengar atau melihat sesuatu, suka berjalan tanpa tujuan, membanting peralatan di rumah, menarik diri.

d. Faktor Predisposisi

- 1) Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa dan kurang berhasil dalam pengobatan.
- 2) Pernah mengalami aniaya fisik, penolakan dan kekerasan dalam keluarga.
- 3) Klien mengalami sakit/sakit berat, kecelakaan/trauma.
- 4) Pernah mengalami trauma masa lalu yang sangat mengganggu.

e. Fisik

Meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital, berat badan, tinggi badan, keluhan fisik yang dimiliki oleh klien. Selain itu juga dilakukan pemeriksaan *head to toe*.

f. Psikososial

1) Genogram

Pada genogram biasanya terlihat ada anggota keluarga yang mengalami kelainan jiwa, pola komunikasi klien terganggu begitupun dengan pengambilan keputusan dan pola asuh.

2) Konsep Diri

- a) Gambaran diri : klien biasanya mengeluh dengan keadaan tubuhnya, ada bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.
- b) Identitas diri : klien biasanya mampu menilai identitasnya.
- c) Peran diri : klien menyadari peran sebelum sakit, saat dirawat peran klien terganggu.
- d) Ideal diri : tidak menilai diri
- e) Harga diri : klien memiliki harga diri yang rendah sehubungan dengan sakitnya.

3) Hubungan sosial

Klien kurang dihargai di lingkungan dan keluarga beserta hambatan dalam hubungan dengan orang lain.

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Biasanya klien dengan sakit jiwa dipandang tidak sesuai dengan norma agama dan budaya.

b) Kegiatan ibadah

Klien ibadah menjalankan ibadah di rumah sebelumnya, saat sakit ibadah terganggu atau sangat berlebihan.

g. Mental

1) Penampilan

Biasanya penampilan diri yang tidak rapi, tidak serasi atau cocok dan berubah dari biasanya.

2) Pembicaraan

Tidak terorganisir dan bentuk yang maladaptif seperti kehilangan, tidak logis, berbelit-belit.

3) Aktifitas motorik

Meningkat atau menurun, impulsif, kataton dan beberapa gerakan yang abnormal.

4) Alam perasaan

Berupa suasana emosi yang memanjang akibat dari faktor presipitasi misalnya sedih dan putus asa disertai apatis.

5) Afek

Afek sering tumpul, datar, tidak sesuai dan ambivalen.

6) Interaksi selama wawancara

Selama berinteraksi dapat dideteksi sikap klien yang tampak komat-kamit, tertawa sendiri, tidak terkait dengan pembicaraan.

7) Persepsi

Halusinasi apa yang terjadi dengan klien dari jenis halusinasi pendengaran, isi halusinasi biasanya klien sering mendengar suara-suara atau kegaduhan, waktu mendengar suara halusinasi, frekuensi terus menerus atau sekali-kali saja, situasi saat sendiri atau setelah terjadi kejadian tertentu dan respon klien terhadap suara-suara halusinasi.

Data yang terkait tentang halusinasi lainnya yaitu berbicara sendiridan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindar dari orang lain, tidak dapat membedakan nyata atau tidak nyata, tidak dapat memusatkan perhatian, curiga,

bermusuhan, merusak, takut, ekspresi muka tegang, dan mudah tersinggung.

8) Isi pikir

Keyakinan klien tidak konsisten dengan tingkat intelektual dan latar belakang budaya klien. Ketidakmampuan memproses stimulus internal dan eksternal melalui proses informasi dapat menimbulkan waham.

9) Arus pikir

Biasanya klien tidak mampu mengorganisir dan menyusun pembicaraan logis dan *koheren*, tidak berhubungan, berbelit. Ketidakmampuan klien ini sering membuat lingkungan takut dan merasa aneh terhadap klien.

10) Tingkat kesadaran

Biasanya klien akan mengalami disorientasi terhadap orang, tempat dan waktu.

11) Memori

Terjadi gangguan daya ingat jangka pendek. Mudah lupa, klien kurang mampu menjalankan peraturan yang telah disepakati, tidak mudah tertarik. Klien berulang kali menanyakan waktu, menanyakan apakah tugasnya sudah dikerjakan dengan baik, permisi untuk satu hal.

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Kemampuan mengorganisasi dan konsentrasi terhadap realitas eksternal, sukar menyelesaikan tugas, sukar berkonsentrasi pada kegiatan atau pekerjaan dan mudah mengalihkan perhatian, mengalami masalah dalam memberikan perhatian.

13) Kemampuan penelitian

Klien mengalami ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, menilai dan mengevaluasi diri sendiri dan juga tidak

mampu melakukan keputusan yang telah disepakati. Sering tidak merasa yang dipikirkan dan diucapkan adalah salah.

14) Daya tilik diri

Klien mengalami ketidakmampuan dalam mengambil keputusan. Menilai dan mengevaluasi diri sendiri, penilaian terhadap lingkungan dan stimulus, membuat rencana termasuk memutuskan, melaksanakan keputusan yang telah disepakati. Klien yang sama sekali tidak dapat mengambil keputusan merasa kehidupan sangat sulit, situasi ini sering mempengaruhi motivasi dan *insiatif* klien.

h. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan

Keadaan berat, klien sibuk dengan halusinasi dan cenderung tidak memperhatikan diri sendiri termasuk tidak peduli makanan karena tidak memiliki minat dan kepedulian.

2) BAK atau BAB

Observasi kemampuan klien untuk BAK atau BAB serta kemampuan klien untuk membersihkan WC, membersihkan diri dan merapikan pakaian.

3) Mandi

Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur (jenggot, kumis, dan rambut) kebersihan tubuh dan bau badan. Biasanya klien mandi berulang-ulang atau tidak mandi sama sekali.

4) Berpakaian

Observasi kemampuan klien dalam mengambil, memilih dan mengenakan pakaian dan alas kaki. Observasi penampilan dandanannya klien, tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian. Nilai kemampuan yang dimiliki klien : mengambil, memilih dan mengenakan pakaian. Biasanya tidak rapi, tidak sesuai dan tidak diganti.

5) Istirahat

Observasi tentang lama dan waktu tidur siang dan malam. Biasanya istirahat klien terganggu bila halusinasinya datang.

6) Penggunaan obat

Observasi dan tanyakan pada klien dan keluarga tentang : penggunaan obat, reaksi obat dengan 6 Benar minum obat yaitu : jenis, guna, dosis, frekuensi dan cara.

7) Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan tentang apa, bagaimana, kapan dan kemana perawatan lanjutan, siapa saja system pendukung yang dimiliki? Pemeliharaan kesehatan klien selanjutnya, peran keluarga dan sistem pendukung sangat menentukan.

8) Aktifitas dalam rumah

Klien tidak mampu melakukan aktivitas didalam rumah seperti menyapu.

i. Mekanisme koping

Data didapat melalui wawancara pada klien atau keluarganya untuk mengetahui upaya yang dilakukan untuk menyelesaikan masalah secara langsung dan pertahanan untuk melindungi diri. Pada klien halusinasi koping pada klien halusinasi berupa regresi dengan menanggulangi kecemasan, proyeksi dengan mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab pada orang lain atau suatu benda dan menarik diri karena sulitnya klien untuk mempercayai orang lain dan mengisolasi diri.

j. Masalah psikososial dan lingkungan

Data didapatkan melalui wawancara pada klien atau keluarganya. Biasanya klien halusinasi saat ada masalah yang maladaptif karena ketika ada masalah klien lebih memilih menyendiri, tidak mau bercerita dengan orang lain.

k. Pengetahuan

Klien tidak menyadari bahawa apa yang difikirkan saat ini tidak tampak dan nyata.

l. Aspek medis

Obat yang diberikan pada klien dengan halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikosis pada klien halusinasi adalah obat anti psikosis. biasanya diberikan antipsikotik seperti *haloperidol* (HLP), *chlorpromazine* (CPZ), *Triflnuperazin* (TFZ) dan anti parkinson *trihenskiphenidol* (THP), *triplofrazine arkine* (Keliat, 2011, hal 85)

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian atau kesimpulan yang diambil dari pengkajian. Diagnosa keperawatan adalah masalah kesehatan aktual atau potensial yang mampu diatasi oleh perawat. Kegiatan atau perilaku perawat yang dibutuhkan dalam merumuskan diagnosa adalah mengidentifikasi pola data, membandingkan data dengan keadaan adaptif, menganalisa dan mensintesis data, atau masalah klien, memvalidasi dan menyusun masalah dengan klien, membuat pohon masalah, merumuskan diagnosa keperawatan, dan menyusun prioritas diagnosa keperawatan (Keliat, 2011, hal 8)

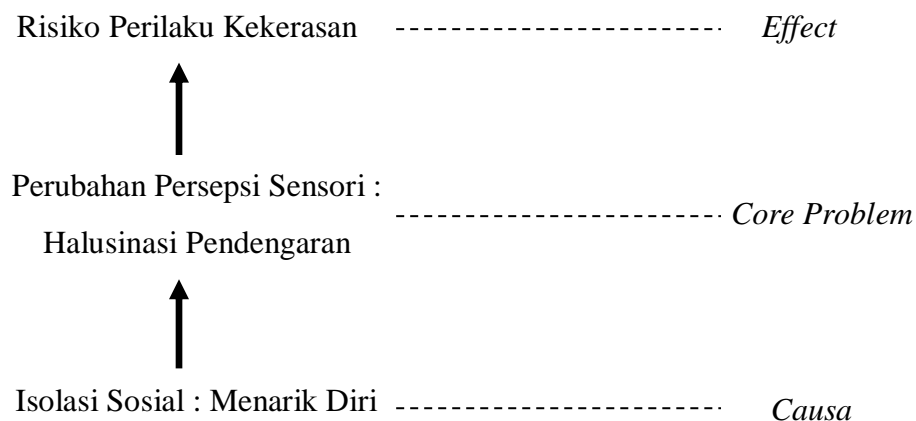
a. Analisa Data menurut (Muhith, 2015)

Tabel 2.3 Analisa Data

Data	Masalah keperawatan
Data subyektif 1. Klien mengatakan marah 2. Klien mengatakan kesal	Resiko perilaku kekerasan
Data obyektif 1. Klien tampak mengempal tangannya 2. Klien tampak marah jika bisikan tersebut sedang dirasakan. 3. Klien membanting peralatan	
Data subyektif 1. Klien mengatakan mendengar suara atau bunyi yang tidak berhubungan dengan stimulus yang nyata. 2. Klien mengatakan merasakan ketakutan dengan adanya suara tersebut. 3. Mendengarkan suara atau kebisingan yang kurang jelas atupun yang jelas. 4. Klien mengatakan seperti ada orang yang ingin	

<p>mengajaknya untuk bercerita</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Klien mengatakan mendengar suara memerintahkannya untuk melakukan sesuatu yang berbahaya. 6. Klien mengatakan mempunyai dendam <p>Data obyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak berperilaku aneh, seperti mondar-mandi sendiri. 2. Klien berbicara sendiri, tertawa sendiri 3. Klien tampak asyik dengan halusinasinya. 4. Klien tampak berbicara terarah 5. suka berjalan tanpa tujuan 	<hr/> <p>Isolasi sosial</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak orang lain dan tidak punya teman. 2. Klien mengatakan lebih suka menyendiri tidak mau berinteraksi dengan orang lain. <p>Data obyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak diam 2. suka menyendiri. 3. Menarik diri dan menghindari dari orang lain <hr/>
--	---

b. Pohon Masalah



Gambar 2.3 Pohon masalah halusinasi (Muhith, 2015, hal 230)

c. Masalah Keperawatan

Berikut ini masalah keperawatan yang muncul berdasarkan masalah utama saat ini menurut (Muhith, 2015, hal 231) yaitu :

- 1) Resiko perilaku kekerasan
- 2) Halusinasi pendengaran
- 3) Isolasi sosial

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan terdiri dari tiga aspek, yaitu tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana keperawatan. Tujuan umum dapat dicapai jika serangkaian tujuan khusus telah tercapai. Tujuan khusus merupakan rumusan kemampuan yang perlu dicapai atau dimiliki klien. Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa Indonesia (Keliat, 2011, hal 16)

RSJD Dr.RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah (2015) memiliki strategi pelaksanaan (SP) dalam menangani klien jiwa antara lain pada klien yang mengalami kasus

Tabel 2.4 Perencanaan Keperawatan

No	diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
1.	Halusinasi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan, masalah keperawatan dapat teratasi dengan kriteria hasil klien mampu : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi : jenis, isi, frekuensi, waktu, perasaan, respon. 2. Mengontrol halusinasi dengan menghardik. 	SP I Klien <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi halusinasi: <ol style="list-style-type: none"> a. Jenis halusinasi b. Isi halusinasi c. Frekuensi munculnya halusinasi d. Waktu terjadinya halusinasi e. Situasi pencetus munculnya halusinasi f. Perasaan saat halusinasi muncul 2. Jelaskan cara mengontrol halusinasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Menghardik b. Minum obat c. Bercakap-cakap d. Melakukan kegiatan 3. Latih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik.
		Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan, masalah keperawatan dapat teratasi dengan kriteria hasil klien mampu : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempraktikan mengontrol halusinasi dengan menghardik. 2. Menjelaskan 6 benar obat : <ol style="list-style-type: none"> a. Jenis obat yang harus diminum b. Guna obat yang diminum c. Dosis obat yang diminum d. Frekuensi & cara minum obat e. Kontinuitas minum obat 	SP II Klien <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menghardik. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat, jelaskan 6 benar: <ol style="list-style-type: none"> a. Jenis obat yang harus diminum b. Guna obat yang diminum c. Dosis obat yang diminum d. Frekuensi & cara minum obat e. Cara minum obat f. Kontinuitas minum obat 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan, masalah keperawatan dapat teratasi dengan kriteria hasil klien mampu:

1. Mengontrol halusinasi dengan menghardik dan obat
2. Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan, masalah keperawatan dapat teratasi dengan kriteria hasil :

1. Mengontrol halusinasi dengan menghardik, obat, bercakap-cakap
2. Mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan, masalah keperawatan dapat teratasi dengan kriteria hasil :

1. Mengontrol halusinasi dengan menghardik
2. Mengontrol halusinasi dengan obat
3. Mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap
4. Mengontrol halusinasi dengan kegiatan.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Keluarga mampu merawat klien dengan masalah halusinasi dengan kriteria hasil :

1. Keluarga mampu mengenal dan mendiskusikan halusinasi
2. Mampu menjelaskan dan melatih cara menghardik

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Keluarga mampu memahami dan membimbing minum obat klien dengan masalah halusinasi dengan kriteria hasil:

SP III Klien

1. Evaluasi kegiatan menghardik & obat. Beri pujian.
2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi.
3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk menghardik, minum obat dan bercakap-cakap

SP IV Klien

1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik & obat & bercakap-cakap. Beri pujian
2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan)
3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian.

SP V Klien

1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik & obat & bercakap-cakap & kegiatan harian. Beri pujian.
2. Latih kegiatan harian.
3. Nilai kemampuan yang telah mandiri.
4. Nilai apakah halusinasi terkontrol

SP I Keluarga

1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat klien.
2. Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya halusinasi (gunakan booklet)
3. Jelaskan cara merawat halusinasi.
4. Latih cara merawat halusinasi : menghardik.
5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.

SP II Keluarga

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik. Beri pujian.
2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat.
3. Latih cara memberikan/membimbing minum obat.

	<p>Keluarga mampu menjelaskan 6 benar membantu dan membimbing klien minum obat dengan benar.</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Keluarga mampu memahami dan membimbing minum obat klien dengan masalah halusinasi dengan kriteria hasil: Keluarga mampu membimbing dan membantu klien dalam mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Keluarga mampu memahami dan membimbing minum obat klien dengan masalah halusinasi dengan kriteria hasil: Keluarga mampu menjelaskan dan follow up dan tanda kambuh.</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Keluarga mampu menilai dan merawat klien dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadual kegiatan dalam mengontrol halusinasi. 2. Menilai kemampuan merawat dan follow up 	<p>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual & beri pujian.</p> <p>SP III Keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan klien dalam merawat/melatih pasien menghardik dan memberikan obat. Beri pujian. 2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi. 3. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan klien terutama saat halusinasi. 4. Anjurkan membantu klien sesuai jadual & memberikan pujian. <p>SP IV Keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih klien menghardik, memberikan obat & bercakap-cakap. Beri pujian. 2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan. 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual & memberikan pujian. <p>SP V Keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih klien menghardik & memberikan obat & bercakap-cakap & melakukan kegiatan harian dan follow up. Beri pujian . 2. Nilai kemampuan keluarga merawat klien. 3. Nilai kemampuan keluarga melakukan kontrol ke RSJ/PKM
2	<p>Perilaku kekerasan</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Klien mampu mengidentifikasi perilaku kekerasan, mengontrol perilaku kekerasan secara fisik: tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal.</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu menyebutkan penyebab perilaku kekerasan 2. Mampu melakukan mengontrol PK secara fisik 	<p>SP I Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi PK <ol style="list-style-type: none"> a. Penyebab perilaku kekerasan b. Tanda dan gejala perilaku kekerasan c. Perilaku kekerasan yang dilakukan d. Akibat perilaku kekerasan yang dilakukan e. Proses terjadinya perilaku kekerasan 2. Jelaskan cara mengontrol PK: fisik, obat, verbal, spiritual 3. Latih cara mengontrol PK secara fisik : <ol style="list-style-type: none"> a. Tarik nafas dalam b. Pukul kasur dan bantal 4. Masukan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan obat dengan kriteria hasil :

1. Mampu menyebutkan 6 benar minum obat

SP II Klien

1. Evaluasi kegiatan mengontrol PK secara fisik. Beri pujian.
2. Latihan cara mengontrol PK dengan obat, jelaskan 6 benar.
 - a. Jenis obat yang harus diminum
 - b. Guna obat yang diminum
 - c. Dosis obat yang diminum
 - d. Frekuensi minum obat
 - e. Cara minum obat
 - f. Kontinuitas minum obat
3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara verbal dengan kriteria hasil :

1. Mampu berbicara dengan baik
2. Mampu mengontrol PK secara verbal (mengungkapkan, meminta, dan menolak)

SP III Klien

1. Evaluasi kegiatan latihan fisik dan minum obat. Beri pujian.
2. Latih cara mengontrol PK secara verbal 3 cara yaitu, mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar)
3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat, dan verbal

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual (2 kegiatan)

SP IV Klien

1. Evaluasi kegiatan latihan fisik, minum obat dan verbal. Beri pujian.
2. Latih cara mengontrol PK secara spiritual.
3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat, verbal dan spiritual.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Klien mampu menunjukkan kemampuan yang telah dimiliki untuk mengontrol PK

SP V Klien

1. Evaluasi kegiatan latihan fisik 1,2 & obat & verbal serta spiritual. Beri pujian.
2. Nilai kemampuan yang telah mandiri
3. Nilai apakah PK terkontrol

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Keluarga mampu memahami dan merawat klien dengan kriteria hasil :

1. Keluarga mampu mengenal resiko perilaku kekerasan.
2. Keluarga mampu merawat dan membimbing dengan latihan fisik

SP I Keluarga

1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat klien.
 2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, serta terjadinya PK.
 3. Jelaskan cara mengontrol PK
 4. Latih cara merawat PK dengan melakukan kegiatan fisik : tarik nafas dalam dan pukul bantal.
 5. Anjurkan membantu klien sesuai jadual dan memberikan pujian.
-

		<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Keluarga mampu memahami dan merawat klien dengan kriteria hasil : Keluarga mampu menjelaskan cara memberikan obat dengan prinsip 6 benar</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Keluarga mampu memahami dan merawat klien dengan kriteria hasil : Keluarga mampu membimbing kliendengan cara berbicara yang baik dan kegiatan spiritual.</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Keluarga mampu memahami dan merawat klien dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mampu menjelaskan dan follow up 2. Keluarga memahami tanda-tanda kambuh <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Keluarga mampu memahami dan merawat klien dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mampu menilai kemampuan merawat dan kontrol ke RSJ/PKM 	<p>SP II Keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam melatih klien fisik : beri pujian. 2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat 3. Latih cara memberikan dan membimbing minum obat. 4. Anjurkan membantu klien sesuai jadual dan memberikan pujian. <p>SP III Keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam melatih klien fisik : pukul bantal dan minum obat. Beri pujian. 2. Latih cara membimbing : cara bicara yang baik. 3. Latih cara membimbing/memberikan obat. Beri pujian. 4. Anjurkan membantu klien sesuai jadual. Beri pujian. <p>SP IV Keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam melatih klien fisik : pukul bantal dan minum obat, cara berbicara baik, dan kegiatan spiritual. Beri pujian. 2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda gejala kambuh rujuk. 3. Anjurkan membantu klien sesuai jadual dan memberikan pujian. <p>SP V Keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam melatih klien fisik : pukul bantal ,minum obat, cara bicara yang baik, kegiatan spiritual yang baik beri pujian. 2. Nilai kemampuan keluarga merawat klien. 3. Nilai kemampuan keluarga melakukan control ke RSJ/PKM
3	Isolasi sosial	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Klien mampu mengidentifikasi penyebab isolasi sosial dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu menyebutkan penyebab isolasi diri. 2. Mampu menyebutkan keuntungan berinteraksi dan kerugian isolasi diri 3. Mampu berkenalan dengan klien dan orang lain. 	<p>SP I Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab isolasi sosial: <ol style="list-style-type: none"> a. Siapa yang serumah b. Siapa yang dekat dan apa sebabnya c. Siapa yang tidak dekat dan apa sebabnya. 2. Jelaskan keuntungan punya teman dan bercakap-cakap 3. Jelaskan kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap-cakap 3. Latih cara berkenalan dengan klien dan perawat atau tamu. 4. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan berkenalan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Klien mampu berbicara saat melakukan kegiatan, mampu berkenalan 2-3 orang dengan kriteria hasil :

1. Mampu melakukan kegiatan berkenalan

SP II Klien

1. Evaluasi kegiatan berkenalan (berapa orang). Beri pujian.
2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan)
3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 2-3 orang klien, perawat dan tamu, berbicara saat melakukan kegiatan harian.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Klien mampu berbicara saat melakukan kegiatan (4 kegiatan), mampu berkenalan 4-5orang dengan kriteria hasil :

1. Mampu melakukan kegiatan berkenalan

SP III Klien

1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan (berapa orang) & bicara saat melakukan dua kegiatan harian. Beri pujian.
2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2 kegiatan baru)
3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang, berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Klien mampu cara bicara sosial : meminta sesuatu, menjawab pertanyaan dengan kriteria hasil :

1. Klien mampu melakukan bicara sosial, meminta sesuatu dengan baik.
2. Klien mampu menjawab pertanyaan dengan baik.

SP IV Klien

1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, bicara saat melakukan empat kegiatan harian. Beri pujian.
2. Latih cara bicara sosial : meminta sesuatu, menjawab pertanyaan.
3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan >5 orang, orang baru, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Klien mampu menunjukkan kemampuan yang mandiri dengan kriteria hasil :

1. Klien mampu melakukan kegiatan yang ada dijadual kegiatan harian
2. Klien mampu berkenalan

SP V Klien

1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi. Beri pujian.
2. Latih kegiatan harian nilai kemampuan yang telah mandiri.
3. Nilai apakah isolasi sosial teratasi.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Keluarga mampu menunjukkan kemampuan merawat dengan kriteria hasil :

1. Mampu mengekspresikan perasaanya.
2. Mampu menjelaskan cara membimbing klien dengan cara berkenalan

SP I Keluarga

1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat klien
 2. Jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya isolasi sosial (gunakan booklet)
 3. Jelaskan cara merawat isolasi sosial
 4. Latih dua cara merawat berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian.
 5. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan memberikan pujian saat besuk.
-

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Keluarga mampu menunjukkan kemampuan merawat dengan kriteria hasil :

1. Mampu menjelaskan cara membimbing klien dengan cara berinteraksi dalam kegiatan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Keluarga mampu menunjukkan kemampuan merawat dengan kriteria hasil :

1. Mampu mengevaluasi kegiatan sebelumnya
2. Mampu menjelaskan cara membimbing klien dengan cara membimbing klien dengan cara berinteraksi dengan kegiatan diluar rumah.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Keluarga mampu menunjukkan kemampuan merawat dengan kriteria hasil :

1. Mampu menjelaskan cara membimbing klien dengan cara berkenalan.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 18 x pertemuan. Keluarga mampu menunjukkan kemampuan merawat dengan kriteria hasil :

1. Menilai kemampuan keluarga yang telah dilaksanakan saat merawat klien
2. Keluarga mampu menilai manfaat kontrol ke RS/PKM

SP II Keluarga

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat /melatih klien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian.
2. Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan klien berbicara (makan, sholat bersama) di rumah.
3. Latih cara membimbing klien berbicara dan memberikan pujian.
4. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal saat besuk

SP III Keluarga

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat /melatih klien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian.
2. Jelaskan cara melatih klien melakukan kegiatan sosial seperti berbelanja, meminta sesuatu
3. Latih keluarga mengajak klien belanja saat besuk.
4. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan berikan pujian saat besuk

SP IV Keluarga

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih klien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian/RT, berbelanja. Beri pujian.
2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan.
3. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal kegiatan dan memberikan pujian.

SP V Keluarga

1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih klien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian/RT, berbelanja & kegiatan lain dan follow up. Beri pujian.
 2. Nilai kemampuan keluarga merawat klien
 3. Nilai kemampuan keluarga melakukan control ke RSJ/PKM.
-

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata, pelaksanaan (implementasi) sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Yang biasa dilakukan perawat adalah menggunakan rencana tidak tertulis, yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan itu yang dilaksanakan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika tindakan berakibat fatal dan juga tidak memenuhi aspek legal (Keliat, 2011, hal 17).

- a. Pelaksanaan (Implementasi) pada klien dengan halusinasi pendengaran dilakukan secara interaksi dalam melaksanakan tindakan keperawatan, perawat harus lebih dulu melakukan :

Bina hubungan saling percaya (BHSP). Mengidentifikasi waktu, frekuensi, situasi, respon klien terhadap halusinasi. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan kegiatan terjadual.

- b. Pelaksanaan (Implementasi) pada klien dengan perilaku kekerasan dilakukan secara interaksi dalam melaksanakan tindakan keperawatan, perawat harus lebih dulu melakukan:

Bina hubungan saling percaya (BHSP). Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, PK yang dilakukan. Melatih mengontrol Perilaku Kekerasan dengan fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal. Melatih mengontrol Perilaku Kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) Melatih mengontrol Perilaku Kekerasan dengan verbal (jelaskan 3 cara yaitu mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar). Melatih mengontrol Perilaku Kekerasan dengan Spiritual.

- c. Pelaksanaan (Implementasi) pada klien dengan Isolasi Sosial dilakukan secara interaksi dalam melaksanakan tindakan keperawatan, perawat harus lebih dulu melaksanakan:

Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP). Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala. Klien dapat mengetahui keuntungan dan kerugian apabila tidak punya teman. Melatih klien cara berkenalan dengan satu orang. Melatih klien cara berkenalan 2-3 orang dengan melakukan 1 kegiatan. Melatih klien cara berkenalan 4-5 orang dalam melakukan 2 kegiatan. Melatih klien berkenalan dalam kegiatan sosial. Klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada dikeluarga, hal ini dimaksudkan agar tindakan keperawatan selanjutnya dapat dilanjutkan.

Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu mevalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh klien saat ini (*here and now*). Perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal yang diperlukan untuk melaksanakan tindakan. Perawat juga menilai kembali apakah tindakan aman bagi klien. Setelah tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan. Pada saat akan melaksanakan tindakan keperawatan, perawat membuat kontrak dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan dari klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons klien.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk efek dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada klien. Evaluasi dilakukan dengan menggunakan SOAP (Keliat, 2011, hal 17).

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisa ulang atas data obyektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa para respon klien.

Rencana tindak lanjut dapat berupa pekerjaan rumah atau PR untuk klien dalam hal yang sudah diajarkan untuk dievaluasi pada pertemuan selanjutnya. Evaluasi ini dilaksanakan untuk melihat kemajuan atau respon dari tindakan keperawatan yang diberikan melihat pencapaian dari kriteria hasil.

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan sesuai dengan tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu evaluasi proses dan evaluasi formatif, dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan yang telah ditentukan (Afnuhazi, 2015, hal 129).