

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Penyakit**

##### 1. Definisi

Menurut Fitrikasari & Kartikasari (2022) adalah satu gangguan mental yang paling umum di Indonesia adalah skizofrenia. Skizofrenia memiliki karakteristik utama 4A, yaitu asosiasi, afek, ambivalensi, dan autisme. Skizofrenia paranoid memiliki halusinasi auditori dan waham yang menyebabkan kegelisahan dan ketakutan. Penelitian ini menggunakan studi kasus kualitatif. Satu peserta digunakan dan telah didiagnosa skizofrenia sejak tahun 2008, dengan 14 riwayat MRS.

Skizofrenia adalah penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan perilaku, pikiran, persepsi, emosi, dan gerakan yang aneh dan terganggu. Hawari (2018) memberikan pengertian yang lebih ringkas tentang skizofrenia, menurutnya itu berasal dari dua kata "Skizo", yang berarti retak atau pecah (split), dan "frenia", yang berarti jiwa. Dengan demikian, skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (splitting of personality). Direja (2016) memberikan pengertian yang lebih lengkap tentang skizofrenia, yang merupakan jenis psikosa fungsional (Fitrikasari & Kartikasari, 2022).

##### 2. Etiologi

Penyebab Skizofrenia: Kelainan pada beberapa neurotransmitter, seperti hiperaktif dopaminergik, serotonergik, alfa-adrenergik, atau hipoaktivitas glutaminergik dan GABA. Gen juga memainkan peran penting: kembar monozigot memiliki 46% kesesuaian dan 40% risiko terkena skizofrenia jika kedua orang tua terpengaruh. Gen neuregulin (NGR1), yang terlibat dalam sinyal glutamat dan perkembangan otak, juga terlibat, bersama dengan disbindin (DTNBP1), yang membantu pelepasan glutamat, dan polimorfisme katekolamin O-metil transferase (COMT), yang mengatur fungsi dopamin.

Ada dua penyebab skizofrenia, menurut Videbeck (2020):

##### a. Predisposisi

## 1) Faktor Biologis

a) Faktor Genetik: Gen adalah penyebab utama skizofrenia. Penelitian menunjukkan bahwa anak-anak yang diadopsi dari keluarga tanpa riwayat skizofrenia memiliki risiko genetik dari orang tua biologis mereka. Studi menunjukkan bahwa anak-anak yang memiliki satu orang tua penderita skizofrenia memiliki risiko 15%, dan risiko meningkat hingga 35% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia.

b) Faktor Neuroanatomi: Penelitian menunjukkan bahwa jaringan otak penderita skizofrenia lebih sedikit daripada orang lain. Hal ini dapat menunjukkan kegagalan lanjutan atau kehilangan jaringan. Pemindaian tomografi komputer (CT) menunjukkan pembesaran ventrikel otak dan atrofi korteks otak. Pemindaian PET menunjukkan metabolisme glukosa dan penurunan oksigen di struktur korteks frontal otak. Selama bertahun-tahun, penelitian telah menunjukkan bahwa orang yang menderita Skizofrenia memiliki volume otak yang menurun dan fungsi otak yang tidak normal di area temporal dan frontal otak mereka. Sistem limbik dan ganglia basalis otak adalah area yang paling diperhatikan. Otak penderita skizofrenia terlihat berbeda dari orang normal: ventrikel melebar, massa abu-abu menurun, dan peningkatan dan penurunan aktivitas metabolik di beberapa area. Setelah melakukan pemeriksaan mikroskopis pada jaringan otak, ditemukan bahwa distribusi

### c) Neurokimia:

Penelitian tentang neurokimia telah menunjukkan bahwa sistem neurotransmitter otak orang yang menderita skizofrenia berubah. Sistem switch otak bekerja dengan baik pada orang normal. Sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa gangguan, yang menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya tindakan yang diperlukan. Namun, pada otak penderita skizofrenia, sinyal-sinyal ini tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

## 2) Faktor Psikologis

Kegagalan untuk menyelesaikan perkembangan psikososial awal, seperti seorang anak yang tidak dapat membangun hubungan saling percaya, yang dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup, adalah salah satu faktor psikologis yang menyebabkan skizofrenia. Ketidakmampuan untuk menangani masalah saat ini adalah tanda skizofrenia yang parah. Teori ini juga berfokus pada

masalah identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah pencitraan, dan ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri.

### 3) Faktor sosiokultural dan lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala skizofrenia lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress, dan perasaan putus asa.

#### b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi dari skizofrenia antara lain sebagai berikut:

- 1) Biologis Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi : gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur proses balik informasi dan abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.
- 2) Lingkungan Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.
- 3) Pemicu gejala Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

#### 3. Tanda dan gejala:

Mashudi (2021) mengatakan bahwa dua gejala terdiri dari gejala skizofrenia

##### a) Gejala Positif

- 1) Waham, juga dikenal sebagai waham kejar, waham curiga, dan waham kebesaran, adalah keyakinan yang salah dan berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.
- 2) Halusinasi adalah gangguan yang terjadi ketika panca indra tidak menerima sinyal dari sumber luar. Ini termasuk halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, pembau, dan perabaan.
- 3) Perubahan aliran pikir: a) Arus pikir terputus adalah ketika seseorang tiba-tiba berbicara dan tidak dapat melanjutkannya. b) Inkohoren adalah berbicara tidak sesuai dengan lawan bicara (bicara kacau). c) Neologisme adalah menggunakan kata-kata yang hanya dipahami oleh diri sendiri tetapi tidak dipahami oleh orang lain.

4) Perubahan dalam perilaku, seperti pakaian atau penampilan yang tidak biasa, gerakan yang stereotipik atau berulang, dan perilaku sosial atau seksual yang tidak biasa.

b). Gejala negatif:

1) Alogia adalah kecenderungan untuk berbicara sedikit atau menyampaikan sedikit substansi makna (kekurangan makna).

2) Anhedonia adalah merasa tidak ada kegembiraan atau kesenangan dari hidup, aktivitas, atau hubungan apapun.

3) Apatis adalah perasaan acuh tak acuh terhadap orang, aktivitas, dan peristiwa.

4) Asosialitas adalah isolasi sosial, dengan sedikit atau tidak ada hubungan dan kurangnya kedekatan.

5) Efek tumpul adalah rentang perasaan, nada, dan

6) Katatonia adalah imobilitas yang disebabkan oleh psikologi, yang kadang-kadang ditunjukkan oleh periode agitasi atau kegembiraan. Klien tampak tidak bergerak dan seperti mereka berada dalam keadaan kesurupan.

7) Halusinasi adalah gangguan penerimaan panca indra tanpa stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecap, pembau, dan perabaan).

8) Perubahan arus pikir: a) Arus pikir terputus adalah pembicaraan yang tiba-tiba dan tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan; b) Inkohoren adalah berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau); dan c) Neologisme adalah menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain

9) Perubahan dalam perilaku, seperti pakaian atau penampilan yang tidak biasa, gerakan yang stereotipik atau berulang, dan perilaku sosial atau seksual yang tidak biasa.

b. Gejala negatif:

1) Alogia adalah kecenderungan untuk berbicara sedikit atau menyampaikan sedikit makna (kekurangan makna).

2) Anhedonia adalah merasa tidak ada kegembiraan atau kesenangan dalam hidup atau aktivitas atau hubungan apapun.

3) Apatis adalah perasaan acuh tak acuh terhadap orang, aktivitas, dan peristiwa; 4) Asosialitas adalah penarikan sosial, sedikit atau tidak ada hubungan, dan kurangnya kedekatan; dan

5) Efek tumpul adalah rentang perasaan, nada, atau suasana hati yang terbatas.

6) Katatonia adalah imobilitas yang disebabkan oleh psikologi, yang kadang-kadang ditunjukkan oleh periode agitasi atau kegembiraan. Klien tampak tidak bergerak dan seperti mereka berada dalam keadaan kesurupan.

7) Efek datar adalah tidak adanya ekspresi wajah yang menunjukkan emosi atau suasana hati.

8) Kemauan atau kurangnya kemauan adalah tidak adanya keinginan, ambisi, atau dorongan untuk melakukan sesuatu atau menyelesaikan tugas.

9) Kekurangan perhatian adalah ketidakmampuan untuk berkonsentrasi atau fokus pada suatu topik atau aktivitas meskipun itu penting.

## Patofisiologi

Secara umum, penelitian telah menemukan bahwa skizofrenia dikaitkan dengan penurunan volume otak, terutama bagian temporal (termasuk mediotemporal) dan bagian frontal, termasuk substansia alba dan grisea. Daerah hipokampus dan parahipokampus otak adalah area yang sering menunjukkan kelainan, menurut sejumlah penelitian ini (Abrams, DJ, Rojas, DC, Arciniegas, 2018).

## 5. Pohon masalah

Risiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan      **Akibat**

Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi

**Core problem**

Isolasi Sosial : Menarik diri

**Penyebab**

Menurut Klasifikasi Mental Health UK (2022), ada delapan jenis skizofrenia. Yang paling umum adalah skizofrenia paranoid, yang lebih sering berkembang di kemudian hari daripada jenis lain. Salah satu gejalanya adalah halusinasi dan/atau delusi; namun, perasaan dan ucapan mungkin tidak terpengaruh.

a. Skizofrenia hebefrenik menyebabkan perilaku dan pikiran yang tidak teratur serta halusinasi dan delusi yang berlangsung singkat. Pola bicara pasien mungkin tidak teratur, dan orang lain mungkin kesulitan memahaminya. Orang yang hidup dengan skizofrenia tidak teratur sering menunjukkan tingkah laku, nada suara, atau ekspresi wajah yang sedikit atau tidak ada emosi.

b. Skizofrenia katatonik: Ini adalah jenis skizofrenia yang paling langka, dan ditandai dengan gerakan yang tidak biasa, terbatas, dan muncul secara tiba-tiba. Skizofrenia hebefrenik seringkali sangat aktif atau sangat diam. Pasien mungkin tidak banyak berbicara dan meniru gerakan atau ucapan orang lain.

c. Skizofrenia tak terdiferensiasi: Pasien yang didiagnosis mungkin menunjukkan beberapa tanda skizofrenia paranoid, hebefrenik, atau katatonik. Namun, kondisi ini tidak termasuk salah satu jenis ini.

d. Skizofrenia residual: Pasien yang memiliki riwayat psikosis tetapi hanya mengalami gejala negatif seperti gerakan lambat, ingatan yang buruk, konsentrasi yang rendah, dan kebersihan yang buruk mungkin didiagnosis dengan skizofrenia residual.

e. Skizofrenia sederhana: Skizofrenia sederhana jarang didiagnosis. Sebagian besar orang mengalami gejala negatif, seperti gerakan lambat, ingatan buruk, kurang konsentrasi, dan kebersihan yang buruk, sedangkan sebagian besar orang mengalami gejala positif, seperti halusinasi, delusi, dan pemikiran tidak teratur.

f. Skizofrenia senestopatik: Individu dengan skizofrenia senestopatik mengalami sensasi tubuh yang tidak biasa.

g. Skizofrenia tidak spesifik: Individu dengan skizofrenia tidak spesifik memiliki gejala yang terkait dengan kondisi umum yang dapat didiagnosis tetapi tidak termasuk dalam salah satu kategori di atas.

## 7. Komplikasi

Skizofrenia yang tidak tertangani dapat memicu komplikasi serius, seperti:

- a) Percobaan bunuh diri
- b) Depresi
- c) *Obsessive-compulsive disorder* (OCD)
- d) Perilaku melukai diri sendiri
- e) Kecanduan alkohol
- f) Penyalahgunaan NAPZA perilaku agresif atau gaduh gelisah Penderita skizofrenia juga dapat memiliki masalah dalam hubungan dengan keluarga dan lingkungan sekitarnya.

Selain itu, penderita skizofrenia juga rentan dipandang negatif oleh orang-orang di sekitarnya. Di samping itu, gejala yang dialami penderita juga dapat membuat dirinya sulit bekerja sehingga bisa berdampak buruk pada kondisi keuangannya.

## 8. Penatalaksanaan

Greene and Eske (2021) menyatakan bahwa skizofrenia adalah kondisi yang dapat diobati dan berlangsung seumur hidup. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien skizofrenia meliputi: Pengobatan yang tepat waktu dan efektif dapat membantu mengelola gejala dan mencegah kekambuhan.

a. Psikofarmaka: Obat psikofarmaka berfungsi untuk mengganggu fungsi neurotransmitter sehingga gejala skizofrenia dapat dihilangkan. Obat ini lebih baik menghasilkan gejala negatif skizofrenia daripada gejala positif atau sebaliknya, dan beberapa lebih cepat menimbulkan efek samping.

### b. Psikoterapi

1) Terapi perilaku kognitif (CBT) atau terapi perilaku kognitif adalah jenis perawatan yang membantu orang belajar keterampilan dan strategi untuk mengatasi pikiran yang mengganggu. Salah satu contohnya adalah terapi penghentian pikiran.

2) Terapi psikodinamik (PBT) atau terapi psikodinamik (PBT) melalui Percakapan ini bertujuan untuk mengungkap proses bawah sadar dan pengalaman emosional yang memengaruhi kondisi mental seseorang saat ini.

3) Acceptance and Commitment Therapy (ACT)—juga dikenal sebagai terapi penerimaan dan komitmen—adalah jenis terapi perilaku yang mendorong orang untuk menerima, bukan menantang perasaan mendalam mereka. Selain itu, ACT menekankan peningkatan kualitas hidup individu dan komitmen terhadap tujuan dan nilai pribadi mereka.

4) Family therapy: Family therapy adalah jenis psikoterapi yang melibatkan keluarga dan orang-orang penting lainnya yang menderita skizofrenia dan kondisi kesehatan mental lainnya. Berkonsentrasi pada pendidikan, mengurangi ketegangan, dan memecahkan perasaan. Membantu anggota keluarga berkomunikasi lebih baik dan menyelesaikan konflik.

C. Perawatan Khusus Terkoordinasi (CSC) Tim profesional kesehatan mengelola pengobatan, memberikan psikoterapi, dan memberikan dukungan untuk pendidikan dan karir.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien: Nama, tempat tanggal lahir, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, diagnose medis, nomor rekam medis.

b. Alasan Masuk:

- 1) Alasan klien atau keluarga datang ke rumah sakit saat ini,
- 2) Tindakan keluarga untuk mengatasi masalah ini, dan hasilnya.

c. Faktor-faktor Predisposisi:

- 1) Apakah Anda pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya
- 2) Metode pengobatan sebelumnya; dan
- 3) Apakah klien pernah melakukan, mengalami, atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Ada anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa? Apabila ada anggota keluarga lama yang mengalami gangguan jiwa, tanyakan bagaimana klien berinteraksi dengan anggota keluarga tersebut. Tanyakan tentang gejala mereka, serta riwayat pengobatan dan perawatan yang pernah mereka terima.
- 4) Sebutkan apakah klien pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan sebelumnya, seperti kegagalan, kehilangan, perpisahan, atau kematian, atau trauma selama tumbuh kembang.
- 5) Fisik: Pengkajian fisik berfokus pada sistem dan fungsi organ. a. Ukur dan amati tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan; b. Tanyakan kepada klien atau keluarganya tentang keluhan fisik yang mereka alami. Studi lebih lanjut tentang struktur dan fungsi organ, dan berikan penjelasan sesuai dengan keluhan yang ada.



#### 6) Psikososial:

1. Genogram yang dapat menggambarkan hubungan klien dan keluarga harus minimal tiga generasi.

2. Jelaskan masalah komunikasi, pengambilan keputusan, dan pola asuh.

a) Gambaran diri: Persepsi klien terhadap tubuhnya, termasuk bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai. b) Identitas diri: Status dan posisi klien sebelum perawatan. Kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, kelompok). Kepuasan klien dari sudut pandang gender.

c) Peran diri: Apa yang Anda lakukan dalam keluarga, kelompok, atau komunitas? kemampuan klien untuk menyelesaikan pekerjaan tersebut.

d) Ideal diri: Bagaimana harapan klien terhadap tubuhnya, posisinya, statusnya, tugasnya, dan peranannya.

e) Harga diri: Bagaimana hubungan klien dengan orang lain. Penilaian dan penghargaan orang lain terhadap diri mereka sendiri dan kehidupan mereka.

f) Harapan lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat)

3. Hubungan Sosial: a) Siapa orang yang penting dalam hidupnya, tempat mengadu, berbicara, meminta bantuan atau sokongan. b) Kelompok apa yang diikuti dalam masyarakat. c) Seberapa terlibat pasien dalam kelompok masyarakat, apakah ada hambatan atau tidak.

4. Spiritual: a. Nilai dan keyakinan: pandangan dan keyakinan tentang gangguan jiwa menurut norma budaya dan agama yang dianut; pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa; dan b. Kegiatan ibadah: kegiatan ibadah di rumah secara individu dan kelompok; dan pendapat klien atau keluarga tentang kegiatan ibadah.

#### 5. Status Mental:

a. Penampilan: Lihat bagaimana pasien terlihat, apakah rapi atau tidak rapi, menggunakan pakaian yang tidak sesuai, atau berpakaian tidak seperti biasanya.

b. Berbicara

Apakah klien berbicara dengan cepat, keras, gagap, membisu, apatis, atau lambat?

c. Tindakan motorik

Amati apakah pasien lesu, tegang, gelisah, agitasi, tik, grisamen, Tremor, kompulsif, atau perasaan sedih, ketakutan, putus asa, atau kecemasan.

6. Afek: Perhatikan apakah afek pasien datar, tumpul, tidak teratur, atau tidak sesuai. Bagaimana pasien berinteraksi selama wawancara: kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata, defensive, atau curiga

7. Persepsi

Jelaskan jenis halusinasi, isi, waktu, frekuensi, dan respons yang muncul pada klien saat berhalusinasi.

8. Proses kognitif: Jenis proses kognitif pasien dapat berupa sirkumtansial, tangensial, kehilangan hubungan, hilangnya ide, penghalang, atau pengulangan pembicaraan.

9. Isi pikir: Apakah pasien mengalami obsesi, fobia, hipokondria, depersonalisasi, atau pikiran magis?

10. Tingkat kesadaran: Tingkat kesadaran pasien: Apakah pasien bingung, sedasi, stupor, atau mengalami kesulitan menemukan waktu, tempat, dan orang.

11. Memori: Bagaimana pasien ingat, apakah mereka mengalami gangguan daya ingat jangka panjang, gangguan daya ingat jangka pendek, atau konfabulasi?

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung: Tentukan apakah pasien mudah teralih, tidak mau konsentrasi, atau tidak mampu berhitung sederhana.

13. Kemampuan untuk menilai: Apakah pasien mengalami gangguan menilai yang kecil atau signifikan?

14. Daya tilik diri: Apakah pasien menolak penyakitnya atau menerimanya?

6. Persyaratan untuk pulang makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian/berhias, istirahat tidur, penggunaan obat, perawatan kesehatan, kegiatan di dalam rumah dan di luar rumah

7. Mekanisme Koping: Bagaimana mekanisme koping pasien?

8. Masalah Psikososial dan Lingkungan: Apakah pasien menghadapi masalah dengan dukungan kelompok, masalah lingkungan, pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, masalah pelayanan kesehatan, dan masalah lainnya?

9. Pengetahuan: Sejauh mana pasien mengetahui tentang penyakit jiwa, faktor presipitasi,

koping, sistem pendukung, penyakit fisik, atau obat-obatan?

10. Aspek Kesehatan : Apa diagnosa medis pasien dan obat apa yang mereka ambil?

Diagnosa Keperawatan:

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang aktual maupun potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengetahui bagaimana klien individu, keluarga, dan komunitas bertindak terhadap masalah kesehatan. Menurut SDKI (2017), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan halusinasi adalah sebagai berikut:

a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

b. Resiko Prilaku Kekerasan

c. Isolasi Sosial

#### 1. Perencanaan.

DIAGNOSA	SLKI	SIKI
Gangguan Persepsi Sensori (D.0085) Penyebab : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan penglihatan</li> <li>• Gangguan pendengaran</li> </ul>	Setelah.... kali pertemuan pasien mampu : Persepsi Sensori (L.09083) Membaik, dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalisasi mendengar bisikan 1,2,3,4,5</li> </ul>	Manajemen Halusinasi ( I.09288 ) Observasi 2.1 Monitor perilaku

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan penghiduan</li> <li>• Gangguan perabaan</li> <li>• Hipoksia serebral</li> <li>• Penyalahgunaan zat</li> <li>• Usia lanjut</li> <li>• Pemajanan toksin lingkungan</li> </ul> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mendengar suara bisikan atau melihat bayangan</li> <li>• merasakan sesuatu melalui Indera perabaan,penciuman atau pengecapan</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• distorsi sensori</li> <li>• respon tidak sesuai</li> <li>• bersikap seolah melihat,mendengar,mengecap,meraba atau mencium sesuatu</li> </ul> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyatakan kesal</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyendiri</li> <li>• Melamun</li> <li>• Konstrentasi buruk</li> <li>• Disorientasi waktu,tempat,orang atau situasi</li> <li>• Curiga</li> <li>• Melihat ke satu arah</li> <li>• Mondar mandir</li> <li>• Bicara sendiri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalisasi melihat bayangan 1,2,3,4,5</li> <li>• Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan 1,2,3,4,5</li> </ul> <p>Fungsi sensori (L.06048) dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketajaman pendengaran 1,2,3,4,5</li> <li>• Ketajamn penglihatan 1,2,3,4,5</li> <li>• Ketajaman perbedaan bau 1,2,3,4,5</li> <li>• Ketajaman perbedaan rasa 1,2,3,4,5</li> <li>• Persepsi stimulasi kulit 1,2,3,4,5</li> </ul>	<p>yang mengindikasi halusinasi</p> <p>2.2 Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan</p> <p>2.3 Monitor isi halusinasi ( mis. kekerasan atau membahayakan diri</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.4 Pertahankan lingkungan yang aman</p> <p>2.5 Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mngontrol perilaku (mis.limit setting,pembatasan wilayah ,pengekanganfisik ,seklusi )</p> <p>2.6 Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi</p> <p>2.7 Hindari perdebatan tentang validasi halusinasi</p> <p>Edukasi</p> <p>2.8 Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya haalusinasi</p> <p>2.9 Anjurkan bicara pada orang yang di percaya untuk memberikan dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi</p> <p>2.10 Anjurkan melakukan distraksi ( mis . mendengarkan musik ,melakukan aktivitas dan</p>
--	---	---

		<p>teknik relaksasi )</p> <p>2.11 Anjurkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.12 Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas , jika perlu</p>
<p>Resiko perilaku kekerasan ( D.0146 )</p> <p>Penyebab :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah</li> <li>• stimulus lingkungan</li> <li>• konflik interpersonal</li> <li>• perubahan status mental</li> <li>• Putus obat</li> </ul> <p>Gejala dna tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mengancam</li> <li>• mengumpat dengan kata kata kasar</li> <li>• suara keras</li> <li>• bicara ketus</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• menyerang orang lain</li> <li>• melukai diri sendiri/orang lain</li> <li>• merusak lingkungan</li> <li>• perilaku agresi/amuk</li> </ul> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p>	<p>Kontrol Diri ( L.09076 )</p> <p>Setelah... kali peretemuan pasien mampu :</p> <p>Kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• verbaliasi anacaman kepada orang lain 1,2,3,4,5</li> <li>• verbaliasi umpatan 1,2,3,4,5</li> <li>• perilaku melukai diri sendiri/orang lain 1,2,3,4,5</li> <li>• perilaku merusak lingkungan sekitar 1,2,3,4,5</li> <li>• perilaku garesif/amuk 1,2,3,4,5</li> <li>• Suara keras 1,2,3,4,5</li> <li>• Bicara ketus 1.2.3.4.5</li> </ul> <p>Identitas diri membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• perilaku konsisten 1,2,3,4,5</li> <li>• strategi koping aktif</li> </ul>	<p>Manajemen perilaku (I.12463)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <p>1.1 identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1.2 disukusikan tanggung jawab terhadap perilaku</p> <p>1.3 jadwalkan kegiatan terstruktur</p> <p>1.4 tingkatkan aktivitas sesuai kemampuan</p> <p>1.5 batasi jumlah pengunjung</p> <p>1.6 bicara dengan nada rendah dan tenang</p> <p>1.7 lakukan kegiatabn pengalihan terhadap sumber</p> <p>1.8 cegah perilaku pasif dan agresif</p> <p>1.9 lakukan pengekanan fisik sesuai indikasi</p> <p>Edukasi :</p> <p>informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• mata melotot atau pandangan tajam</li> <li>• tangan mengepal</li> <li>• rahang mengatup</li> <li>• wajah memerah</li> <li>• postur tubuh kaku</li> </ul>	<p>1,2,3,4,5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• perasaan fluktuatif terhadap diri</li> </ul> <p>1,2,3,4,5</p>	
<p>Isolasi Sosial (D.0121)</p> <p>Penyebab :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keterlambatan perkebangn</li> <li>• ketidak mampuan menjalin hubungan yang memuaskan</li> <li>• ketidaksesuaian minat dengan tahap perkembangan</li> <li>• ketidaksesuaian nilai nilai dengan norma</li> <li>• ketidaksesuaian perilaku social dengan norma</li> <li>• Perubahan penampilan fisik</li> <li>• Perubahan status mental</li> <li>• Ketidakadekuatan sumber daya personal</li> </ul> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Merasa ingin sendirian</li> <li>• Merasa tidak aman berada di tempat umum</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menarik diri</li> <li>• Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan</li> </ul>	<p>Keterlibatan Sosial (L.13116)</p> <p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.... Diharapkan keterlibatan social meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minat interaksi 1,2,3,4,5</li> <li>• Verbalisasi isolasi 1,2,3,4,5</li> <li>• Verbalisasi ketidaknyamanan di tempat umum 1,2,3,4,5</li> <li>• Perilaku menarik diri 1,2,3,4,5</li> </ul> <p>Interaksi Sosial meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perasaan dengan situasi social 1,2,3,4,5</li> <li>• Perasaan mudah menerima atau mengkomunikasikan perasaan 1,2,3,4,5</li> <li>• Responsive pada orang lain 1,2,3,4,5</li> <li>• Minat melakukan kontak emosi 1,2,3,4,5</li> <li>• Minat melakukan kontak fisik 1,2,3,4,5</li> </ul>	<p>Promosi sosialisasi (I.13498)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain</li> <li>1.2 identifikasi hambatan melakukan interaksi dengan orang lain</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.3 motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan</li> <li>1.4 motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok</li> <li>1.5 motivasi berinteraksi diluar lingkungan</li> <li>1.6 diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berinteraksi dengan orang lain</li> <li>1.7 diskusikan perencanaan di masa depan</li> <li>1.8 berikan umpan balik positif dalam diri</li> <li>1.9 berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan</li> </ol> <p>Edukasi :</p>

<p>orang lain atau lingkungan</p> <p>Gejala dan tanda minor :</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Merasa berbeda dengan orang lain</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efek datar</li> <li>• Efek sedih</li> <li>• Riwayat ditolak</li> <li>• Menunjukkan permusuhan</li> <li>• Tidak mampu memenuhi harapan orang lain</li> <li>• Kondisi difabel</li> <li>• Tindakan tidak berarti</li> <li>• Tidak ada kontak mata</li> <li>• Perkembangan terlambat</li> <li>• Tidak bergairah/les</li> </ul>		<p>1.10 anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap</p> <p>1.11 anjurkan ikut serta kegiatan social dan kemasyarakatan</p> <p>1.12 anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain</p> <p>1.13 anjurkan meningkatkan kejujuran dirindan menghormati hak orang lain</p> <p>Terapi aktivitas (I.05186)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <p>2.1 identifikasi defisi Tingkat aktivitas</p> <p>2.2 identifikasi kemampuan dalam berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</p> <p>2.3 identifikasi sumber daya untuk aktivitas</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2.4 fasilitasi focus pada kemampuan</p> <p>2.5 sepakat komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</p> <p>2.6 fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</p> <p>2.7 koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</p> <p>Edukasi :</p> <p>2.8 jelaskan metode aktivitas sehari-hari jika perlu</p> <p>2.9 ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</p>
---	--	--

		2.10 anjurkan melakukan aktivitas fisik, social, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan
--	--	---

### Rencana Tindakan Keperawatan:

Rencana keperawatan adalah rencana apa yang akan dilakukan klien setelah diagnosa keperawatan. Pada tahap intervensi ini, penulis menyusun tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosis pasien yang paling penting. Diagnosis tersebut terdiri dari ketidakpatuhan (penyebab), gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dan penglihatan (masalah), dan resiko perilaku kekerasan (akibat). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018) menetapkan tujuan intervensi keperawatan dan tindakan yang ingin dicapai setelah dilakukan selama lima kali pertemuan dalam satu shift selama lima hari. Tujuan intervensi keperawatan adalah agar masalah pasien dapat diselesaikan.

### Implementasi keperawatan

Keperawatan berarti memberikan perawatan kepada pasien secara langsung. Pada tahap implementasi, perawat harus memiliki kemampuan seperti komunikasi efektif, kemampuan untuk membangun hubungan yang percaya dan saling membantu, kemampuan teknik psikomotor, kemampuan untuk melakukan observasi sistematis, kemampuan untuk memberikan pendidikan kesehatan, dan kemampuan untuk mendorong dan menilai pelaksanaan.

### Evaluasi Keperawatan:

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Ini adalah perbandingan yang direncanakan dan sistematis antara hasil akhir yang diamati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk mengetahui seberapa baik pasien dapat mencapai tujuan tersebut.

### Konsep Terapi Mendengarkan Musik

Terapi musik adalah metode pengobatan yang menggunakan kekuatan musik untuk meningkatkan suasana hati seseorang secara natural dan membantu mereka meningkatkan kesehatan mental dan kesejahteraan secara keseluruhan. Bentuk perawatan ini dianggap bermanfaat bagi orang yang mengalami depresi dan kecemasan. Mereka juga dapat membantu meningkatkan kualitas hidup orang yang memiliki masalah kesehatan fisik. Selain itu, siapa pun dapat terlibat dalam terapi musik tanpa memerlukan latar belakang sekolah musik.

Tujuan utama terapi musik adalah untuk mencapai tujuan yang memenuhi kebutuhan individu, seperti peningkatan fungsi motorik, keterampilan sosial, emosi, koordinasi, ekspresi diri, dan pertumbuhan pribadi. Beberapa gangguan kesehatan mental dan fisik termasuk kecemasan, depresi, demensia, autisme spektrum autisme, dan masalah perilaku dan kejiwaan.