

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

1 Pengertian

Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang menitik beratkan pada jiwa yang terpecah atau adanya keretakan atau disharmonis antara proses berpikir, perasaan dan perbuatan. Sedangkan Krapelin seorang ahli kedokteran jiwa di kota Munich mengumpulkan gejala-gejala dan sindrom serta menggolongkannya kedalam kesatuan disebut *dementia precox*. Dimana menurutnya pada penyakit tersebut terjadi kemunduran intelegensia sebelum waktunya. (Maramis, 1994: 225)

Skizofrenia hebefrenik merupakan suatu bentuk skizofrenia dengan perubahan afektif yang tampak jelas (*ketolol-tololan*), dan secara umum dijumpai waham dan halusinasi yang bersifat mengambang serta terputus putus, perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan serta umumnya *mennerisme*, sering disertai perasaan puas diri, senyum-senyum sendiri atau terdapat sikap yang angkuh dan agung, tertawa menyeringai, membohongi secara senda-gurau dan ungkapan kata yang di ulang-ulang, proses pikiran mengalami disorientasi dan pembicaraan tidak menentu, ada kecenderungan tetap menyendiri dan perilaku tampak hampa tujuan

dan hampa perasaan. Bentuk skizofrenia biasanya mulai antara umur 15 sampai umur 25 tahun, cenderung mempunyai prognosis yang buruk akibat berkembangnya yang cepat, gejala negatif terutama mendatarnya affek dan semakin berkurangnya dorongan kehendak. (Dep. Kes. RI, Jakarta : 1993)

Marah dengan reaksi amuk kemarahan merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman oleh individu, penyebab kemarahan itu sendiri dapat berasal dari luar (keadaan lingkungan sekitar) sedangkan penyebab dari dalam berupa reaksi somatisasi atau penggunaan mekanisme pertahanan seperti sublimasi. Kemarahan merupakan bagian dari kehidupan sehari-hari yang tidak dapat dielakkan dan sering menimbulkan suatu tekanan, hal ini tergantung dari jenis dan intensitas penyebab marah serta respon individu terhadap frustrasi. (Pedoman perawatan Psikiatri, Depkes RI. 1994)

2. Rentang respon kemarahan

Respon kemarahan dapat berfluktuasi dalam rentang adaptif dan mal adaptif .

Respon adaptif _____ Respon mal adaptif



a. Asertif

Merupakan respon marah dimana Individu tidak setuju yang diungkapkan oleh orang lain tanpa menyakiti orang lain yang memberikan kelegaan kepada Individu dan tidak menimbulkan masalah baru.

b. Frustrasi

Respon yang terjadi akibat gagal mencapai tujuan selain tidak menemukan alternatif lain untuk menyelesaikan masalah.

c. Pasif

Kelanjutan dari frustrasi dimana Individu terasa tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami dan Individu banyak diam.

d. Agresif

Prilaku yang bertindak secara destruktif tetapi masih dapat dikontrol, perilaku yang tampak berupa muka masam, bicara kasar, menuntut, kasar disertai kekerasan.

e. Amuk

Respon terhadap kemarahan yang paling mal adaptif disertai dengan perasaan marah dan permusuhan yang kuat disertai dengan hilangnya kontrol diri dan merusak.

3. Gejala perilaku amuk

Karakteristik perilaku amuk, antara lain :

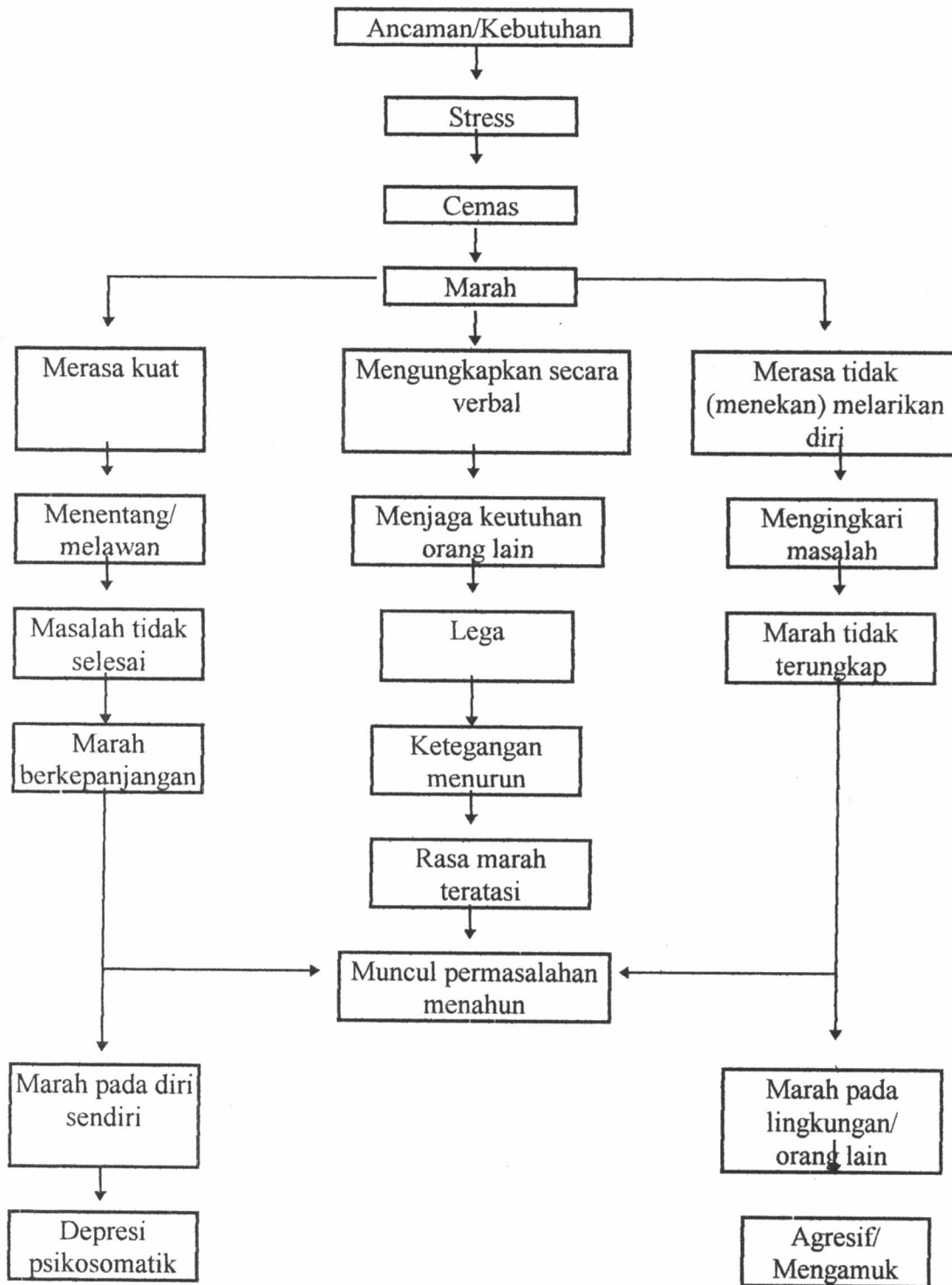
- a. Menyerang orang lain dan lingkungan
- b. Menciderai diri sendiri, orang lain, lingkungan
- c. Sikap bermusuhan
- d. Nada suara tinggi, kata-kata keras
- e. Mendominasi pembicaraan
- f. Muka merah, mata membelalak, pandangan liar
- g. Menolak berinteraksi dengan orang lain
- h. Sikap menuntut, Agitasi meningkat
- i. Panik, banyak berkeringat
- j. Tangan gemetar dan menggepal
- k. Sikap menuntut, menentang, mengancam dan menguasai

Prinsip penatalaksanaan pasien dengan amuk

Prinsip : lindungi klien dengan orang lain

1. Tetap tenang, terkontrol, lingkungan aman/tenang
2. Observasi tanda-tanda peningkatan ketegangan
3. Melaksanakan program therapy dokter
4. Hindari situasi yang merangsang
5. Jangan merendahkan/menyinggung harga diri klien, bila perlu lakukan pelepasan fisik.

4. Konsep marah



(Beck, Eawilins, Williams, 1986)

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya amuk

a. Faktor klien

Klien mengadopsi nilai dalam masyarakat, pola tingkah laku yang kondusif terhadap amuk, beberapa faktor penyebab amuk:

- 1) Faktor sosial budaya : status emosional yang rendah, riwayat penganiayaan waktu kanak-kanak, penanganan konflik dengan kekerasan.
- 2) Beberapa gangguan mental : skizofrenia, psikotik, gangguan kepribadian, retardasi mental.
- 3) Akibat penyakit fisik yang berat atau terminal
- 4) Usia dan jenis kelamin : Laki-laki usia muda cenderung meningkat tingkah laku amuknya.
- 5) Seseorang yang putus asa dan tidak berdaya.

b. Faktor lingkungan

Lingkungan yang tidak terapeutik yang dapat mendukung terjadinya kondisi amuk seperti lingkungan yang ribut dan padat, terlalu banyak waktu luang, arsitek ruangan, perilaku dan hubungan staf yang bermusuhan.

c. Faktor interaksi

Proses interaksi antara klien dan perawat dapat memicu tingkah laku amuk adalah :

1. Provokasi

Perawat dan hubungan manusia yang terlalu mengawasi, curiga, kaku dan tidak toleran dapat memicu tingkah laku amuk.

2. Antisipasi

Antisipasi dari perawat dapat memungkinkan terjadinya amuk pada klien dengan memperhatikan perubahan, penampilan dan persepsi klien.

3. Konflik

Konflik perbedaan pendapat, persaingan, permusuhan antar staf sering dialihkan pada klien sebagai sasaran untuk melepas tekanan yang dialami akibat konflik. Hal ini akan memicu kemarahan klien. (Budi Anna Keliat, 1996)

6. Etiologi

Teori yang menyatakan adanya skizofrenia hebefrenik dibagi menjadi dua yaitu :

a. Teori Somatogenik

1) Keturunan

Potensi untuk mendapatkan skizofrenia diturunkan melalui gen resesif.

2) Endokrin

Teori ini dikemukakan berhubungan dengan sering timbulnya

skizofrenia pada masa pubertas, waktu kehamilan, puerperium dan waktu klimakterium, Tetapi hal ini tidak dapat dibuktikan.

3) Susunan syaraf pusat

Ada orang yang menyangka bahwa skizofrenia disebabkan oleh kelaian sayaraf yaitu pada Diansefalon atau Korteks otak. Tetapi kelainan patologis yang ditimbulkan mungkin disebabkan karena perubahan (Post partum) atau merupakan Artefakta pada waktu membuat sediaan.

4) Metabolisme

Ada juga yang mengira bahwa skizofrenia disebabkan oleh suatu gangguan metabolisme karena penderitaan dengan skizofrenia tampak pucat dan tidak sehat ujung ekstremitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun.

b. Teori Psikogenik

1). Teori Adolf meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh suatu penyakit badania. skizofrenia merupakan reaksi yang salah, suatu mal adaptif.

2). Teori Sigmund freud

Teori ini menyatakan bahwa skizofrenia hebefrenik terdapat :

a. Kelemahan Ego yang disebabkan karena psikogenik maupun somatogenik.

- b. Tersisihnya super ego dan berkuasanya Id dengan regresi kearah narsisme.
- c. Kehilangan kapasitas untuk pemindahan sehingga terapi Psikoanalitik tidak mungkin.

3). Teori Eugene Bleuler

Skizofrenia merupakan jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmonis antara proses berpikir, perasaan dan perbuatan.

4). Teori lain

Skizofrenia sebagai sindrome yang dapat disebabkan bermacam-macam sebab antara lain keturunan, pendidikan yang salah, mal adaptif, tekanan jiwa, penyakit badania seperti lues, otak, artrosklerosis otak dan penyakit lain yang belum diketahui. (Maramis, W.F., 1998)

7. Gejala-gejala skizofrenia

Gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kelompok menurut

Bleuler, yaitu primer dan sekunder :

a. Gejala-gejala Primer

1) Gangguan proses berfikir (Bentuk, arus,dan isi pikiran)

Pada skizofrenia ini gangguan terdapat proses berpikir.

Yang terganggu adalah Asosiasi, karena kadang-kadang ada Id belum selesai diutarakan sudah mengutarakan ide yang lain,

adanya flight of idea. Pada skizofrenia lebih sering terdapat mania, inkohherensi serta terdapat pula suatu ide yang berulang-ulang timbulnya dan diutarakan olehnya yang disebut perseferasi atau stereotipi pikiran.

2) Gangguan Afek dan Emosi

- a) Emosional Bluting: Klien acuh terhadap hal-hal penting untuk dirinya.
- b) Paratimi : Merasa senang dan gembira atau hal-hal yang menggembirakan tetapi klien menangis.
- c) Paramimi : Merasa senang dan gembira tetapi klien malah menangis.
- d) Kadang -kadang emosi, afek dan espresinya tidak ada kesatuan.
- e) Emosi yang berlebihan sehingga seperti dibuat-buat dan seolah klien sedang bersandiwara.
- f) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik.
- g) Ambivalensi pada atek : Dua hal yang berlawanan yang dilakukan berulang misalnya tertawa dan menangis yang berulang.

3) Gangguan kemauan

- a) Negativisme : Sikap yang berlawanan terhadap perlawanan

- b) Ambivalensi kemauan : Menghendaki dua hal yang bersamaan
 - c) Otomatisme : Suatu keadaan yang mempengaruhi atau dipengaruhi oleh orang lain atau bisikan dari luar sehingga dalam melakukan sesuatu secara spontan.
- 4) Gangguan Psikomotor
- a) Katatonik : Sikap yang selalu bergerak atau kelihatan gelisah
 - b) Stereotipi : Gerakan berulang tanpa tujuan.
 - c) Mutistik : Sikap tidak mau untuk bicara .
 - d) Katalepsi : Mempertahankan suatu posisi tubuh yang dibuat sendiri meskipun posisi itu tidak enak.
 - e) Fleksibilitas ares : Mempertahankan suatu posisi tubuh yang dibuat orang lain.

b. Gejala Sekunder

1. Waham

Suatu keyakinan seseorang tentang hal yang salah, yang dipertahankan dan tidak dapat dibenarkan orang lain. Waham pada skizofrenia sering tidak logis sama sekali tetapi penderita sangat meyakini dan tidak dapat dirubah oleh siapapun.

2. Halusinasi

Penyerapan tanpa adanya rangsangan apapun dari panca

Indra klien dalam keadaan sadar, halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan suatu keadaan atau gejala yang hampir tidak dapat dijumpai pada keadaan lain (yang paling sering halusinasi pendengaran). (Maramis W.F., 1998)

8 Dampak masalah

a. Terhadap klien

Dampak masalah terhadap klien merupakan pencerminan dari respon klien sehubungan dengan penyakitnya.

1). Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Gangguan kebersihan diri, cara berpakaian, trauma karena amuk dan hiperaktifitas.

2). Pola nutrisi dan metabolisme

Klien cenderung tidak mau makan karena kemauan menurun akibatnya nutrisi kurang dari kebutuhan.

3). Pola eliminasi

Gangguan eliminasi terjadi akibat Ambivalensi dan rasa curiga

4). Pola aktifitas dan latihan

Menurunnya kemauan melakukan aktifitas sehari-hari, heperaktif karena waham dan kegelisahan.

5). Pola istirahat dan tidur

Kebutuhan klien terganggu karena adanya rasa curiga, ketakutan, kecemasan dan adanya perasaan benci pada orang lain.

6). Pola kognitif

Dapat terjadi perasaan tidak percaya pada orang lain, merasa bersalah dan terjadi penurunan konsentrasi.

7). Pola persepsi diri

Klien merasa rendah diri, kurang percaya diri dan merasa asing serta tidak mau bergaul.

8). Pola hubungan dan peran

Penurunan dalam hubungan interpersonal, gangguan interaksi sosial, komunikasi dan penurunan aktualisasi diri.

9). Pola reproduksi dan seksualitas

Terjadi penurunan respon seksual sehubungan dengan perasaan dan waham curiga.

10) Pola penanggulangan stres

Terjadi ketidak efektifan coping individu, sering melakukan kegiatan yang ditujukan untuk mencapai pemuasan diri sehingga klien menjadi pasif dan berkepribadian kaku.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Terdapat gangguan dalam menjalankan kebiasaan beribadah.

2.2. Asuhan Keperawatan

Dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional maka digunakan pendekatan proses keperawatan yang dalam pelaksanaannya dibagi menjadi 4 (empat) tahap, yaitu :

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan yang terdiri dari pengumpulan data yang akurat dan sistimatis serta membantu penentuan status kesehatan dan pola pertahanan klien, mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan klien serta merumuskan diagnosis keperawatan. (H. Lismidar , 1994)

1. Pengumpulan data, yang meliputi :

- a. Identitas klien, meliputi nama, umur, jenis kelamin, status, agama, bahasa yang digunakan, alamat rumah, tanggal masuk rumah sakit, jam saat masuk rumah sakit, nomor kamar, dan nomor register serta pendidikan klien.
- b. Alasan masuk rumah sakit : karena marah-marah, mengamuk, mengancam, menganiaya, merusak.
- c. Faktor predisposisi :
 1. Pengalaman masa lalu pernah mengalami kegagalan, kurang pengalaman atau perhatian, pernah menganiaya atau dianiaya secara fisik, pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu.
 2. Jika klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah klien dapat beradaptasi dimasyarakat tanpa gejala gangguan jiwa, apakah klien dapat beradaptasi dimasyarakat dengan gejala sisa, apakah ada kemajuan atau gejala bertambah dan menetap.

3. Apakah klien pernah mengalami, melakukan, menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal. Jika pernah beri penjelasan singkat dan jelaskan tentang kejadian yang dialami klien.
 4. Apakah klien dalam keluarga ada anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, bagaimana hubungan klien dengan keluarga tersebut. Apakah gejala yang dialami serta riwayat pengobatan atau perawatan yang pernah diberikan kepada anggota keluarga tersebut.
 5. Pengalaman yang tidak menyenangkan bagi klien (kegagalan, kehilangan, perpisahan, kematian, trauma selama tumbuh kembang).
- (Budi Anna Keliat, dkk., 1998)

d. Pemeriksaan fisik

Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ, yaitu:

1. Ukur dan observasi tanda-tanda vital (Tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan).
2. Ukur tinggi badan dan berat badan.
3. Ada atau tidaknya keluhan yang dirasakan klien.
4. Mengkaji lebih lanjut sistem dan fungsi organ yang dikeluhkan oleh klien. (Budi Anna Keliat, dkk., 1998)

e. Psikososial

1. Genogram : Merupakan silsilah dari 3 (tiga) generasi,yaitu klien itu sendiri. Faktor keturunan ini merupakan salah satu etiologi dari

penyakit yang diderita oleh klien tapi masih terus dilakukan penelitian oleh para ilmuwan.

2. Konsep diri :

a). Gambaran diri

Persepsi klien terhadap tubuhnya, yang paling disukai atau yang paling tidak disukai.

b). Identitas diri

Status dan posisi klien sebelum dirawat,kepuasan klien terhadap status dan posisinya (Sekolah, tempat kerja, kelompok), Kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan.

c). Peran

Harapan terhadap tubuh, posisi/status/tugas, kemampuan klien melaksanakan tugas atau peran.

d). Ideal diri

Harapan terhadap tubuh, posisi/status/tugas, harapan klien terhadap lingkungan (Keluarga, sekolah, masyarakat, tempat kerja).

e). Harga diri

Merasa tidak berguna atau tidak berdaya, merasa tidak diterima atau ditolak oleh lingkungannya, harga diri rendah.

3. Hubungan sosial

a). Tanyakan pada klien siapa yang paling berharga dalam hidupnya, tempat berbicara, minta bantuan atau sokongan.

b). Kelompok apa saja yang diikuti oleh klien dalam masyarakat dan sejauh mana klien dapat terlibat dalam organisasi kelompok dan masyarakat tersebut.

4. Spiritual

a). Nilai dan kepercayaan

Perasaan bersalah dan berdosa yang berlebihan, pandangan masyarakat mengenai gangguan jiwa.

b). Kegiatan beribadah

Pandangan klien mengenai ibadah.

5. Status mental

a). Penampilan

1). Penampilan tidak rapi dari ujung rambut sampai ujung kaki, misalnya rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, baju terbalik atau tidak ganti-ganti, penggunaan pakaian tidak sesuai.

2). Cara berpakaian tidak seperti biasanya, penggunaan pakaian tidak tepat (waktu, identitas, tempat, situasi).

3). Jelaskan hal-hal yang ditampilkan dan kondisi lain yang tidak tercantum.

b). Pembicaraan

1). Amati pembicaraan klien, nada suara tinggi sampai berteriak.

2). Apakah pembicaraan berpindah- pindah dari satu kalimat ke kalimat lain yang tidak ada kaitannya.

c). Aktifitas motorik

Klien tampak lesu, agitasi, tekanan darah meningkat, grimasen, tremor, konvulsif, jelaskan aktifitas yang ditampilkan klien, pada klien ini biasanya gelisah, tremor dan gemetar.

d). Alam perasaan

Klien terlihat sedih, putus asa, gembira yang berlebihan, ketakutan, khawatir, perasaan bermusuhan, kehilangan kontrol pengendalian diri.

e). Afek

Merupakan emosi yang berkepanjangan dan meresap mengenai persepsi tentang dunia sekitarnya yang dirasakan, misalnya datar, tumpul, labil dan tidak sesuai.

f). Interaksi selama wawancara

Sikap klien bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata kurang, dispensif, curiga, ekspresi tegang, mata merah, pandangan liar, rahang tertutup rapat dan tangan dikepal erat.

g). Proses berfikir

Proses lanjut klien mengenai proses pikir circumstantiality, tangensial, kehilangan asosisasi, flight of idea, bloking preserverasi, klien mengalami halusinasi dan illusi.

Isi pikiran seperti tidak memadai, obsesi, fobia, hipocombria, depersonalisasi, ide yang terkait pikiran magic, waham dan pikiran isolasi sosial.

h). Tingkat kesadaran

Kesadaran klien bingung, stupor, disorientasi, apa yang dikatakan saat wawancara.

i). Memori

Gangguan ingat jangka panjang (lebih dari satu bulan), gangguan daya ingat jangka pendek (minggu terakhir), gangguan daya ingat saat ini, konvulasi.

j). Tingkat konsentrasi dan beritung

Klien mudah dialihkan perhatiannya, tidak mampu berkonsentrasi dan tidak mampu berhitung.

k). Daya tilik diri

Klien mengingkari penyakit yang diderita dan tidak mampu atau tidak menyadari gangguan jiwa yang dialami serta klien menyalahkan hal-hal yang diluar dirinya.

l). Kebutuhan persiapan pulang

Merupakan data yang harus dikaji untuk mengetahui masalah yang mungkin dihadapi saat pulang dari rumah sakit meliputi kemampuan klien memenuhi atau menyediakan

kebutuhannya, kegiatan hidup sehari-hari, pola nutrisi, sistem pendukung yang dimiliki klien.

2. Analisa data

Analisa merupakan proses intelektual yang meliputi kegiatan mentabulasi, menyleksi, mengklasifikasi, mengelompokkan, mengaitkan data dan menentukan kesenjangan informasi, melihat polanya data, membandingkan dengan standart, menginterpretasikan dan terakhir membuat kesimpulan. (Dep. Kes. RI, 1990).

3. Diagnosis keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah tahap pengkajian yang paling akhir dari suatu pernyataan yang jelas tentang masalah kesehatan klien yang dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. (H. Lismidar, 1994).

Adapun diagnosa yang muncul pada kasus diatas maka diagnosa keperawatan yang mungkin terjadi adalah sebagai berikut :

- a. Resiko tinggi reaksi amuk atau kekerasan berhubungan dengan halusinasi pendengaran
- b. Perubahan sensori-perseptual: halusinasi pendengaran berhubungan dengan menarik diri.
- c. Kerusakan interaksi sosial : menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah

- d. Tidak dapat mengekspresikan perasaannya berhubungan dengan merasa rendah diri, kurangnya hubungan interpersonal.
- e. Sindrom defisit perawatan diri : mandi/kebersihan, berpakaian/berhias yang berhubungan dengan intoleransi aktifitas.
- f. Resiko tinggi terjadi kekambuhan berhubungan dengan perasaan marah terhadap situasi lingkungan dan perawatan. (Budi Anna Keliat, dkk., 1998)

2.2.2. Perencanaan

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan, maka intervensi dan pelaksanaan keperawatan perlu ditetapkan untuk mengurangi, menghilangkan dan mencegah masalah keperawatan klien, yang meliputi : Memprioritaskan masalah, menunjukkan tujuan dan kriteria hasil serta merumuskan sesuai dengan masalah diatas maka perencanaan disusun sebagai berikut :

a. Diagnosa keperawatan

Resiko tinggi melakukan reaksi amuk atau kekerasan yang berhubungan dengan halusinasi pendengaran.

1). Tujuan

Klien tidak melakukan tindak kekerasan

2). Tujuan khusus

- a). Klien dapat mengungkapkan perasaannya
- b). Klien dapat mengenal halusinasinya
- c). Klien dapat mengendalikan halusinasianya

3). Rencana tindakan

- a). Bina hubungan saling percaya
- b). Ciptakan lingkungan yang hangat dan bersahabat.
- c). Ajak klien membicarakan hal-hal nyata yang ada dilingkungan.
- d). Identifikasi bersama klien tentang waktu munculnya halusinasi dan frekuensi timbulnya halusinasi.
- e). Diskusikan dengan klien waktu mengungkapkan dan mengenal perasaannya saat terjadi halusinasi
- f). Bantu klien pastikan bahwa klien minum obat sesuai dengan program dokter.

4). Rasional

- a). Sebelum perawat bertindak harus tahu keadaan klien saat ini sehingga perlu untuk membina hubungan saling percaya dengan klien agar klien mau kooperatif
- b). Lingkungan yang hangat dan bersahabat membuat klien merasa dekat dan mampu memberi perasaan nyaman
- c). Kemampuan klien untuk menilai hal-hal yang abstrak sering berkurang sehingga klien tidak dapat menginterpretasikan dengan benar
- d). Dengan mengidentifikasi dengan klien dapat mengetahui sejauh mana halusinasi yang timbul dalam diri klien
- e). Tanggapan dan umpan balik dari klien dapat memperjelas dan membantu dalam tindakan keperawatan

- f). Dengan membantu klien dan memastikan bahwa klien meminum obat secara teratur dapat membantu dalam proses penyembuhannya.
- b. Perubahan sensori-perseptual : Halusinasi pendengaran yang berhubungan dengan menarik diri.
- 1). Tujuan
Klien tidak mengalami halusinasi pendengaran
 - 2). Tujuan khusus
 - a). Klien mampu bergaul dengan teman-teman
 - b). Klien mampu berinteraksi dengan lingkungan tanpa terpengaruh dengan halusinasinya.
 - 3). Rencana tindakan
 - a). Lakukan pendekatan individual dengan klien
 - b). Dorong dan beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya.
 - c). Beri dorongan pada klien untuk mengadakan interaksi dan beraktivitas bersama klien lain.
 - d). Hindarkan memakai pikiran yang salah dari klien sebagai alat untuk berkomunikasi dengan klien.
 - 4). Rasional
 - a). Diharapkan agar klien mampu mengungkapkan perasaannya dan akan terjadi hubungan saling terbuka.

- b). Dengan memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya diharapkan klien percaya dan dapat mengetahui halusinasi yang timbul pada klien.
 - c). Bantuan aktifitas yang aktif dapat meningkatkan perilaku yang diharapkan.
 - d). Bersikap jujur pada klien bahwa hubungan interpersonal dapat dibina bila ada kemauan.
- c. Kerusakan interaksi sosial : menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah .
- 1). Tujuan
 - Klien dapat melakukan interaksi sosial dilingkungannya.
 - 2). Tujuan khusus
 - a). Klien mampu mengadakan hubungan dengan orang lain.
 - b). Klien mampu mengadakan hubungan dengan pegawai rumah sakit.
 - c). Klien mampu meningkatkan harga dirinya.
 - 3). Rencana tindakan
 - a). Bina hubungan saling percaya dengan klien.
 - b). Kurangi kesempatan klien untuk menarik diri dan tingkatkan komunikasi klien dengan orang lain.
 - c). Usahakan agar klien mau berinteraksi dengan orang lain atau pegawai rumah sakit.

- d). Beri dukungan dan dorongan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya dengan wajar.
- 4). Rasional
- a). Dengan hubungan saling percaya, klien akan mudah untuk berkomunikasi.
 - b). Diharapkan klien mau lebih leluasa bergaul dengan orang lain.
 - c). Tanggapan dan umpan balik dari perawat akan menambah keinginan klien untuk mencoba sesuatu yang positif .
 - d). Dengan memberikan dorongan yang positif dapat meningkatkan perilaku yang diharapkan serta membantu klien untuk berinteraksi dengan lingkungannya.
- d. Tidak dapat mengekspresikan perasaan berhubungan dengan merasa rendah diri, kurangnya hubungan interpersonal.
- 1). Tujuan
Ekspresi perasaan klien adekuat.
 - 2). Tujuan khusus
 - a). Klien mampu mengekspresikan perasaannya.
 - b). Klien mampu beradaptasi dengan lingkungan.
 - c). Klien merasa dirinya lebih berarti.
 - 3). Rencana tindakan
 - a). Dekati klien sesering mungkin dan beritahu klien apabila mau meninggalkannya.

- b). Beri stimulus sesuai dengan keadaan klien.
 - c). Ijinkan klien mempergunakan bahasa isyarat untuk mengemukakan keinginannya, ajarkan klien untuk membicarakan apa keinginannya tetapi jangan di paksa.
 - d). Berikan dukunan positif dan ciptakan lingkungan yang tenang.
- 4). Rasional.
- a). Klien merasa diperhatikan dan dirangsang untuk berhubungan dengan orang lain.
 - b). Stimulus yang banyak akan mendorong klien untuk bereaksi terhadap rangsangan.
 - c). Bahasa isyarat lambat laun merangsang klien untuk melakukan pembicaraan.
 - d). Komunikasi non verbal dapat berkembang kearah komunikasi verbal.
- e. Sindrome defisit perawatan diri : Mandi atau kebersihan, berpakaian, berhias yang berhubungan dengan intoleransi aktivitas.
- 1). Tujuan
Klien mempunyai minat dalam melakukan perawatan diri
 - 2). Tujuan khusus
 - a). Klien mau melakukan aktivitas sehari-hari.
 - b). Klien mau memperhatikan kebersihan dirinya
 - 3). Rencana tindakan
 - a). Lakukan pendekatan sesering mungkin dengan klien

- b). Latih klien untuk melakukan aktivitas
 - c). Beri kesempatan pada klien untuk merawat diri sendiri
 - d). Beri penghargaan atau pujian pada klien bila mau melakukan aktivitas sehari-hari dengan baik.
- 4). Rasional
- a). Klien merasa diperhatikan dan dirangsang untuk menampilkan dirinya sebaik mungkin.
 - b). Membangkitkan minat klien untuk melakukan aktivitas.
 - c). Akan didapatkan jalan keluar dari kemampuan klien untuk merawat dirinya.
 - d). Dengan memberi penghargaan pada klien diharapkan klien merasa diperhatikan sehingga memberi dorongan serta semangat pada klien untuk meningkatkan kemampuannya dalam beraktivitas.
- f. Resiko tinggi terjadi kekambuhan berhubungan dengan perasaan marah terhadap situasi lingkungan dan perawatan.
- 1). Tujuan
Klien tidak mengalami kekambuhan.
 - 2). Tujuan khusus
 - a). Klien mampu mengatasi masalahnya
 - b). Klien mampu mengidentifikasi perasaan marahnya.
 - c). Klien dapat mendiskusikan metode alternatif yang dapat diterima.

3). Rencana tindakan

- a). Lakukan hubungan interpersonal dengan cara memahami keadaan klien dan ajak klien untuk berbicara tentang topik yang sederhana.
- b). Identifikasi timbulnya perasaan marah.
- c). Kaji perasaan marah klien untuk menentukan penyesuaian yang dapat diterima.
- d). Ajak klien berpartisipasi dalam perawatannya.
- e). Beri dorongan kepada keluarga agar dapat mendukung dan memahami ungkapan marah klien.

4). Rasional

- a). Sebelum perawat bertindak harus mengetahui keadaan klien sehingga mampu untuk membicarakan hal-hal yang sederhana.
- b). Perasaan marah klien dapat diketahui penyebabnya.
- c). Dengan mengetahui penyebab marah klien, dapat membantu untuk mencari cara marah yang konstruktif.
- d). Partisipasi klien dalam perawatan mendorong klien ikut serta dalam proses penyembuhannya.
- e). Dukungan keluarga mampu mengembangkan kemampuan untuk berbuat atau bertindak secara baik dan konstruktif.

2.2.3. Pelaksanaan

Pada tahap ini perawat menerapkan pengetahuan dan keterampilannya berdasarkan ilmu keperawatan dan ilmu lain yang ada kaitannya secara integrasi.

Sewaktu perawat memberikan pelayanan keperawatan, proses pengumpulan data dan analisa data harus berjalan terus, guna perubahan dan penyesuaian dalam tindakan keperawatan. Disini pelaksanaan berdasarkan prioritas sesuai dengan rencana keperawatan. (Mari G. Townsend, 1990)

2.2.4. Evaluasi

Tahap evaluasi dalam proses keperawatan menyangkut pengumpulan data yang menunjukkan apakah tujuan dari asuhan keperawatan yang telah diberikan sudah tercapai atau belum, masalah mana yang sudah terpecahkan, apa yang perlu dikaji dan direncanakan, dilaksanakan dan dinilai kembali.

Tahap evaluasi adalah sebagai berikut:

1. Penilaian pencapaian tujuan
 - 1). Perawat yang memberikan pelayanan keperawatan.
 - 2). Klien.
 - 3). Rekan kerja perawat.
2. Perubahan dan perbaikan rencana. (Mari G. Townsend, 1990)