

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia menggambarkan suatu kondisi psikotik yang kadang-kadang ditandai dengan apatis, tidak mempunyai hasrat, asosial, afek tumpul, dan alogia. Klien mengalami gangguan pada pikiran, persepsi, dan perilaku. Pengalaman subjektif dari pikiran yang terganggu dimanifestasikan pada gangguan bentuk konsep yang sewaktu-waktu dapat mengarah ke salah mengartikan kenyataan, delusi, dan halusinasi. Perubahan alam perasaan ambivalen, perasaan konstiksi atau tidak sesuai, dan hilangnya empati kepada orang lain. Perilaku dapat berupa menarik diri, regresif, atau aneh (Shader, 1994; dalam Doenges, Townsend, dan Moorhouse, 2007).

2.1.2 Etiologi

Menurut Doenges, Townsend, Moorhouse (2007), terdapat teori-teori yang dapat menjadi penyebab dari terjadinya skizofrenia pada seseorang, antara lain:

a) Psikodinamika

Psikosis merupakan akibat dari ego yang lemah. Perkembangan ego telah dihambat oleh hubungan anak/orang tua yang simbiotik. Karena ego lemah, pada gilirannya penggunaan mekanisme pertahanan ego terhadap ansietas berat menjadi maladaptif, dan perilaku sering memperlihatkan sifat segmen ide dari kepribadian (Doenges, Townsend, Moorhouse, 2007).

b) Biologis

Faktor genetik tertentu mungkin terkait dengan kerentanan mengalami beberapa bentuk psikotik. Individu berisiko tinggi mengalami gangguan bila ada pola keterlibatan keluarga (orang tua, saudara kandung, sanak keluarga lain). Skizofrenia ditetapkan sebagai penyakit sporadik (artinya gen dapat diturunkan dari generasi ke generasi). Hal itu merupakan sifat domain-autosom. Bagaimanapun, banyak ilmuwan setuju bahwa yang diturunkan adalah kerentanan atau predisposisinya, yang mungkin akibat dari defek enzim atau abnormalitas biokimia lain, defisit neurologis yang tidak terlihat, atau beberapa faktor lain atau kombinasi dari faktor-faktor tersebut. Predisposisi ini, dengan kombinasi dengan faktor lingkungan mengakibatkan timbulnya penyakit. Beberapa riset menunjukkan bahwa gangguan ini mungkin defek sejak lahir, yang terjadi pada hipokampus otak. Studi menunjukkan adanya gangguan pada sel piramid di otak individu skizofrenik, sedangkan sel-sel otak individu bukan skizofrenik tampak tersusun dengan rapi. Rasio ventrikel otak (*ventricular brain ratio*, VBR) atau otak kecil yang tidak seimbang (atau area otak tertentu) mungkin diturunkan dan/atau kongenital. Penyebabnya dapat berupa virus, kekurangan oksigen, trauma kelahiran, malnutrisi maternal yang berat, atau kerusakan sel akibat respon imun RhD (ibu negatif/janin positif) (Doenges, Townsend, Moorhouse, 2007).

Teori biokimia menunjukkan peningkatan kadar dopamin neurotransmitter, berupa pikiran untuk menghasilkan gejala aktivitas yang berlebihan dan fragmentasi hubungan, yang umum ditemukan pada psikosis (Doenges, Townsend, Moorhouse, 2007).

Walaupun kejadian seluruhnya relatif sama pada pria dan wanita, beberapa sumber melaporkan pria predominan bias dengan dua pertiga pria dewasa muda dengan penyakit mental serius. Anak laki-laki bereaksi kuat dibandingkan anak perempuan terhadap tekanan dan konflik pada keluarga, dan autisme pada anak lebih mudah dialami. Jumlah terbesar pada pria lebih bermakna dibanding perempuan dengan menunjukkan perilaku obsesif dan bunuh diri, fetihisme, dan skizofrenia. Skizofrenia berkembang lebih awal pada pria, dan mereka berespon kurang baik terhadap pengobatan dan mempunyai sedikit kesempatan untuk sembuh dan kembali ke kehidupan normal dibanding wanita. Angka kejadian pada wanita didapatkan dari keturunan keluarga. Perbedaan pengaturan otak pria dan wanita serta dampak hormon seks pada pertumbuhan otak mungkin menghasilkan perbedaan semu yang berarti “lingkup dan rentang jenis kelamin berbeda dalam insiden, penampilan, dan perjalanan penyakit psikiatrik klinis” (Moir & Jessel, 1991; dalam Doenges, Townsend, Moorhouse, 2007).

c) Dinamika Keluarga

Teori sistem keluarga menggambarkan suatu perkembangan skizofrenia seiring dengan sistem disfungsi keluarga. Konflik antar-pasangan muncul apabila hanya ayah/ibu yang dekat pada anak. Perhatian pada anak dapat mengalihkan fokus cemas pada keluarga, dan hasilnya kondisi menjadi lebih stabil. Hubungan simbiotik berkembang antara anak dan orang tua sampai masa dewasa dan tidak dapat berespon terhadap tuntunan fungsi kedewasaan (Doenges, Townsend, Moorhouse, 2007).

Teori interpersonal mengatakan bahwa individu psikotik merupakan hasil hubungan orang tua/anak yang sangat cemas terus menerus. Anak

menerima pesan yang membingungkan dan penuh konflik dari orang tua serta tidak bisa membina kepercayaan. Cemas yang tinggi dapat menetap, dan konsep anak terhadap dirinya adalah individu yang ambigu. Kemunduran menjadi psikosis memberi peredaan karena ansietas dan rasa aman dari hubungan intim. Beberapa riset mengindikasikan bahwa klien yang hidup dengan keluarga yang tinggi ekspresi emosinya (misalnya bermusuhan, mudah mengkritik, kecewa, terlalu protektif, dan terlalu ikut campur) memperlihatkan relaps yang lebih sering dibandingkan klien yang hidup dengan keluarga yang kurang dapat mengekspresikan emosi (Doenges, Townsend, Moorhouse, 2007).

2.1.3 Manifestasi Klinis

Skizofrenia yang terjadi pada seseorang dapat memunculkan salah satu atau beberapa dari gejala yang mungkin muncul pada penderita. Menurut *Minister Supply and Service Canada* (2005), Dr.E.Fuler Torrey menerangkan gejala dari skizofrenia dibagi menjadi gejala positif (gejala yang hadir dan seharusnya tidak hadir) dan gejala negatif (gejala yang tidak hadir tetapi seharusnya hadir), antara lain:

A. Gejala positif

a) Halusinasi

Halusinasi merupakan hasil dari ketajaman indera yang berlebihan dan ketidakmampuan otak menerjemahkan secara tepat pesan yang diterima sehingga penderita skizofrenia dapat mendengar suara dan melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, ataupun mengalami sensasi yang aneh pada dirinya. Halusinasi yang dialami dapat bersifat menyenangkan, menentramkan, dan netral. Namun terkadang dapat juga bersifat

mengancam, menghukum, menakutkan, dan dapat berupa perintah untuk melakukan hal-hal yang berbahaya.

b) Delusi atau Waham

Delusi merupakan keyakinan yang dialami penderita, tetap dipertahankan meskipun buktinya berlawanan dengan kepercayaan penderita.

c) Gangguan Berfikir

Gangguan berpikir dapat diartikan pada cara seorang penderita skizofrenia memproses dan menata pikirannya. Dikarenakan pikiran terpecah maka pembicaraan seorang penderita skizofrenia sering tidak beraturan dan tidak logis, serta seringkali diikuti dengan respon emosional yang tidak sesuai dengan apa yang sebenarnya dirasakan penderita. Misalnya penderita tertawa ketika membicarakan peristiwa yang menyedihkan.

d) Perasaan Hadirnya *Alter-ego* (Ego Yang Lain)

Ego yang lain ini adalah istilah yang digunakan sebagai penggambaran ketidakjelasan kesadaran seseorang tentang dirinya. Penderita akan merasa bahwa seolah-olah tubuhnya terpisah dari dirinya.

B. Gejala negatif

a) Kurangnya Motivasi atau Apatis

Kurangnya motivasi berarti seseorang mengalami penurunan semangat atau keinginan untuk hidup disertai kemalasan.

b) Tumpulnya Indera

Tumpulnya indera merujuk pada kekosongan emosi. Penderita terlihat tidak bisa menunjukkan emosi sama sekali karena terbatas atau tidak

adanya ekspresi wajah dan gerakan tangan. Ini dapat menjadi gejala paling dominan selama perkembangan penyakit berlangsung.

c) Penarikan Diri Dari Dunia Sosial

Menarik diri dari dunia sosial dapat terjadi sebagai akibat dari depresi, atau bisa karena merasa aman ketika sendiri karena takut ditemani orang lain.

2.1.4 Penatalaksanaan

Menurut Junaidi (2012), terapi yang dapat dilakukan terhadap klien skizofrenia adalah dengan menggunakan obat-obatan, terapi kejut listrik, dan psikoterapi.

a) Obat-Obatan

Penggunaan obat untuk skizofrenia pertama kali diperkenalkan oleh Delay dan Deniker pada tahun 1955 yang disebut dengan istilah neuroleptik, misalnya *chlorpromazine* dan *reserpin*. Sedangkan mekanisme kerja obat melalui reseptor dopamin baru diketahui beberapa tahun kemudian, dan diikuti dengan penemuan *haloperidol* oleh Janssen pada tahun 1958. Sejak itu berbagai obat mulai dikembangkan dengan mekanisme utama sebagai antagonis reseptor dopamin.

Obat *clozapine* yang ditemukan pada tahun 1970-an dianggap sebagai era baru pengobatan skizofrenia karena obat ini efektif menghilangkan gejala skizofrenia dengan efek samping yang kecil. Berbeda dengan obat-obat sebelumnya yang hanya bekerja pada reseptor dopamin, obat ini juga bekerja pada reseptor serotonin. Cara obat bekerja pada keseimbangan kedua reseptor ini menjadi dasar dari pengembangan obat-obat lain. Dewasa ini, beberapa obat telah disetujui untuk digunakan pada skizofrenia *risperidone*, *olanzapine*, *sertindole*, *ziprazidone*, dan *quetiapine*. Obat antipsikotik golongan baru ini

bukan hanya meminimalkan efek samping tetapi juga memperkenalkan dimensi baru dalam target terapi, yaitu pada gejala positif, negatif, afektif, dan juga fungsi kognitif. Pada perkembangan terakhir, ternyata obat tidak hanya bekerja pada dopamin dan serotonin, tetapi juga berperan dalam patofisiologi terjadinya skizofrenia.

b) Terapi Kejut Listrik atau *Electro Convulsive Therapy* (ECT)

Electro Convulsive Therapy (ECT) merupakan terapi metode lama yang saat ini masih digunakan untuk terapi skizofrenia yang diperkenalkan oleh Ugo Cerlitti dan Luigi Bini pada tahun 1938. Cara pengobatan ini adalah dengan mengalirkan kejutan listrik di kepala klien sehingga alur penyalur listrik penyebab skizofrenia dikacaukan dengan harapan akan menghentikan skizofrenia. Terapi ini hanya bersifat sementara karena setelah beberapa waktu pola arus listrik otak yang mengarah pada skizofrenia kembali terjadi dan tentu saja klien akan mengalami serangan skizofrenia. Terapi ini umumnya hanya digunakan saat serangan hebat yang membuat klien agresif, mengamuk, dan dapat membahayakan dirinya sendiri maupun orang lain.

c) Psikoterapi

Sebelum tahun 1970-an, dasar psikoterapi adalah pendekatan psikodinamik yang menekankan bahwa skizofrenia disebabkan oleh pola perilaku dan komunikasi yang salah dari klien dan keluarga. Psikoterapi bertujuan meningkatkan kemampuan klien dalam menghadapi stres kehidupan, meningkatkan kemampuan sosial, serta intervensi pada keluarga. Pendekatan psikoterapi ditujukan untuk mengatasi gejala dan bukan merupakan pendekatan untuk menghilangkan penyebab dari skizofrenia.

2.2 Perubahan Proses Pikir: Waham

2.2.1 Definisi

Waham adalah keyakinan klien yang tidak sesuai dengan kenyataan yang tetap dipertahankan dan tidak dapat dirubah secara logis oleh orang lain. Keyakinan ini berasal dari pemikiran klien yang sudah kehilangan kontrol (Dermawan dan Rusdi, 2013).

Waham adalah keyakinan seseorang berdasarkan penilaian realitas yang salah. Keyakinan klien tidak konsisten dengan intelektual dan latar belakang budaya klien. Waham dipengaruhi oleh faktor pertumbuhan dan perkembangan seperti adanya penolakan, kekerasan, tidak ada kasih sayang, pertengkaran orang tua, dan aniaya (Keliat, 1999; dalam Dermawan dan Rusdi, 2013).

Waham adalah suatu kepercayaan yang terpaku dan tidak dapat dikoreksi atas dasar fakta dan kenyataan. Tetapi harus dipertahankan, bersifat patologis dan tidak terkait dengan kebudayaan setempat. Adanya waham menunjukkan suatu gangguan jiwa yang berat, isi waham dapat menerangkan pemahaman terhadap faktor-faktor dinamis penyebab gangguan jiwa. Terbetuknya kepercayaan yang bersifat waham adalah sebagai perlindungan diri terhadap rasa takut dan untuk pemuasan kebutuhan (Sutini dan Yosep, 2014).

Dari beberapa definisi di atas disimpulkan bahwa waham atau delusi merupakan keyakinan pada seseorang yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada dan terus dipertahankan oleh penderitanya. Waham sebagian besar merupakan keyakinan yang diluar logika. Waham terdiri dari beberapa klasifikasi, menurut Kusumawati dan Hartono (2012) antara lain:

a) Waham agama: keyakinan klien terhadap suatu agama secara berlebihan.

- b) Waham kebesaran: keyakinan klien yang berlebihan tentang kebesaran dirinya atau kekuasaannya.
- c) Waham somatik: keyakinan klien bahwa tubuh/bagian tubuhnya terserang penyakit atau di dalam tubuhnya terdapat binatang.
- d) Waham curiga: keyakinan klien bahwa ada seseorang atau kelompok tertentu yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya.
- e) Waham nihilistik: keyakinan klien bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia atau meninggal dunia.
- f) Waham bizar (waham yang aneh-aneh), berisi sebagai berikut:
 - Sisip pikir: keyakinan klien bahwa ada pikiran orang lain yang disisipkan pada pikirannya.
 - Siar pikir: keyakinan klien bahwa orang lain mengetahui apa yang dia pikirkan walaupun ia tidak pernah menyatakan apa yang dipikirkannya kepada orang tersebut.
 - Kontrol pikir: keyakinan klien bahwa pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar dirinya.

2.2.2 Etiologi

Keadaan yang muncul sebagai akibat dari proyeksi dimana seseorang melemparkan kekurangan dan rasa tidak nyaman pada dunia luar. Biasanya individu akan lebih sensitif dan lebih mudah tersinggung, suka menyendiri, dan dingin. Ini dapat disebabkan karena penderita merasa tidak nyaman dengan lingkungannya. Ketika terlalu sering menggunakan mekanisme proyeksi dan adanya kecenderungan melamun untuk menghayal secara berlebihan, maka

keadaan ini dapat memunculkan waham. Perlahan-lahan seseorang tidak dapat lepas dari khayalannya dan akhirnya meninggalkan dunia realita.

Secara umum segala sesuatu yang mengancam harga diri dan keutuhan keluarga merupakan penyebab munculnya halusinasi dan waham. Selain itu, kecemasan, kemampuan memisahkan dan mengatur persepsi mengenai perbedaan antara apa yang dipikirkan dengan apa yang dirasakan menurun sehingga segala sesuatu sulit dibedakan bagian manakah yang merupakan rangsangan dari pikiran dan rangsangan dari lingkungan (Keliat, 1998; dalam Damaiyanti dan Iskandar, 2014).

Menurut Keliat (1998; dalam Damaiyanti dan Iskandar, 2014), terdapat dua faktor yang dapat menyebabkan terjadinya waham, yaitu:

a) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi ini meliputi perkembangan sosial kultural psikologis, genetik, dan biokimia. Jika tugas perkembangan terganggu maka individu mengalami stres dan kecemasan.

Berbagai faktor masyarakat dapat membuat seseorang merasa terisolasi dan kesepian yang mengakibatkan kurangnya rangsangan eksternal. Stres yang berlebihan dapat mengganggu metabolisme dalam tubuh sehingga membuat ketidakmampuan dalam proses stimulus internal dan eksternal.

b) Faktor Presipitasi

Rangsangan dari lingkungan yang sering menjadi pencetus terjadinya waham seperti klien mengalami hubungan yang tidak baik, terlalu lama diajak berbicara, objek di lingkungannya, dan suasana sepi (isolasi). Suasana ini dapat meningkatkan stres dan kecemasan.

2.2.3 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang dapat muncul pada klien yang menderita waham menurut Yusuf, Fitriyasaki, Nihayati (2015) antara lain:

a) Kognitif

- Tidak mampu membedakan antara kenyataan dan khayalan
- Klien sangat mempercayai keyakinannya
- Tidak dapat berpikir secara realita
- Sulit dalam mengambil keputusan

b) Afektif

- Situasi tidak selaras dengan kenyataan
- Afek tumpul

c) Perilaku dan hubungan sosial

- Hipersensitif
- Hubungan interpersonal dengan orang lain tidak terjalin dengan baik
- Depresif
- Ragu-ragu
- Mengancam secara verbal
- Aktivitas tidak tepat
- Stereotip
- Impulsif
- Mudah curiga

d) Fisik

- Kebersihan kurang
- Wajah pucat

- Sering menguap
- Berat badan menurun
- Nafsu makan berkurang dan sulit tidur

2.2.4 Patofisiologi

Proses terjadinya waham menurut Yusuf, Fitriyasaki, dan Nihayati (2015) adalah sebagai berikut:

a) Fase Terbatasnya Kebutuhan Manusia (*Lack of Human Need*)

Terjadinya waham diawali oleh terbatasnya berbagai kebutuhan pasien secara fisik dan psikis. Secara fisik, waham dapat terjadi pada individu dengan status sosial dan ekonomi terbatas. Klien merasa menderita. Klien bisa saja melakukan kompensasi yang salah karena adanya kesenjangan antara kenyataan dengan apa yang diharapkan.

b) Fase Rendahnya Kepercayaan Diri (*Lack of Self Esteem*)

Setiap orang pasti memiliki ideal diri yang mereka bentuk sesuai keinginan dan kebutuhan mereka, contohnya keinginan akan terpenuhinya kebutuhan. Ketika kebutuhan tidak terpenuhi dapat terjadi kesenjangan antara ideal diri dengan apa yang dialami individu, maka individu akan merasa menderita, malu, dan tidak berharga.

c) Fase Pengendalian Internal dan Eksternal (*Control Internal and External*)

Pada fase ini, klien mencoba berpikir secara rasional apa yang diyakini adalah kebohongan, hanya untuk menutupi kekurangan, dan tidak sesuai dengan kenyataan. Tetapi, menghadapi kenyataan bagi klien adalah hal yang berat karena kebutuhan untuk diakui, dianggap penting, dan diterima lingkungan menjadi prioritas hidup. Lingkungan sekitar klien mencoba memberikan

penilaian bahwa apa yang dikatakan klien tidak benar, namun hal ini tidak dilakukan secara adekuat karena besarnya toleransi dan keinginan menjadi perasaan. Lingkungan hanya menjadi pendengar pasif namun tidak mau bertolak belakang secara berkepanjangan dengan alasan apa yang diyakini klien tidak merugikan orang lain.

d) Fase Dukungan Lingkungan (*Environment Support*)

Dukungan lingkungan sekitarnya yang mempercayai apa yang diyakini klien menyebabkan klien merasa didukung, sehingga pasien menganggap apa yang diyakini sebagai sebuah kebenaran karena seringnya diulang-ulang. Karena itu, mulai terjadi kerusakan kontrol diri dan tidak berfungsinya superego yang ditandai dengan tidak ada lagi perasaan dosa saat berbohong.

e) Fase Nyaman (*Comforting*)

Dalam fase ini, klien merasa nyaman dengan keyakinan dan kebohongannya serta menganggap semua orang akan mempercayai dan mendukungnya. Keyakinan sering disertai halusinasi pada saat klien menyendiri dari lingkungannya. Selanjutnya, klien lebih sering menyendiri dan menghindari interaksi sosial (isolasi sosial).

f) Fase Peningkatan (*Improving*)

Ketika klien waham yang telah mengalami fase *comforting* dan merasa didukung oleh lingkungan karena tidak ada yang mengonfrontasi keyakinannya, maka klien akan masuk pada fase peningkatan ini.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pertama yang dilakukan dalam pemberian asuhan keperawatan. Ini dilakukan untuk memperoleh data dan informasi mengenai klien yang sedang dirawat sehingga perawat mengetahui masalah keperawatan apa yang sedang dialami oleh klien.

Umumnya klien yang mengalami gangguan orientasi realitas dibawa ke rumah sakit karena sering mengucapkan kata-kata ancaman, mengatakan bahwa ia membenci seseorang. Klien sering membentak bahkan menyerang orang yang dianggapnya mengganggu ketika ia kesal. Klien juga sering merusak barang dan kehilangan kontrol atas dirinya (Damaiyanti dan Iskandar, 2014).

Klien juga sering mengungkapkan sesuatu yang tidak sesuai dengan kenyataan, *flight of ideas*, pengulangan kata-kata yang diucapkan. Klien pun secara sering mengungkapkan apa yang diyakininya (bisa tentang agama, kebesaran, kecurigaan, dan keadaan dirinya) secara berlebihan namun tidak sesuai kenyataan yang ada. Biasanya klien tampak tidak memiliki orang lain, curiga, bermusuhan, merusak (diri, orang, lingkungan), takut, kadang panik, sangat waspada, tidak dapat menilai lingkungan dan kenyataan, ekspresi wajah tegang, dan mudah tersinggung (Damaiyanti dan Iskandar, 2014).

Data yang didapat langsung oleh perawat dari klien disebut data primer, sedangkan data yang didapat dari keluarga atau catatan tim kesehatan disebut data sekunder. Setelah perawat mendapat data pengkajian, perawat melakukan analisis data untuk mengelompokkan datanya untuk menyimpulkan masalah keperawatan yang ada pada klien. Secara teori, menurut Doenges, Townsend, Moorhouse (2007) etiologi dari terjadinya waham pada seseorang adalah:

a) Psikodinamika

Perkembangan emosi terhambat karena kurangnya rangsangan/perhatian ibu. Seorang bayi mengalami penyimpangan rasa aman dan gagal untuk membangun dasar rasa percaya. Ego yang rapuh sebagai akibat dari kerusakan harga diri yang parah, perasaan kehilangan kendali, takut, dan ansietas berat. Sikap curiga terhadap seseorang dimanifestasikan dan dapat berlanjut selama hidup. Proyeksi merupakan mekanisme paling umum yang digunakan sebagai pertahanan melawan perasaan.

b) Biologis

Pola keterlibatan keluarga relatif kuat yang muncul dikaitkan dengan gangguan ini. Individu dari anggota keluarga yang dimanifestasikan gejala gangguan ini berada pada risiko lebih tinggi untuk mengalaminya dibandingkan dengan populasi umum. Studi pada manusia kembar juga menunjukkan bahwa ada keterlibatan faktor genetik.

c) Dinamika Keluarga

Beberapa ahli teori meyakini bahwa individu paranoid memiliki orang tua yang dingin dan perfeksionis, sering menimbulkan kemarahan, perasaan mementingkan diri sendiri yang berlebihan, dan tidak percaya pada individu. Klien menjadi orang dewasa yang rentan karena pengalaman ini.

Data dasar untuk pengkajian klien waham:

a) Aktivitas atau istirahat

Gangguan tidur karena halusinasi dan pikiran delusi, bangun lebih awal, insomnia, dan hiperaktivitas.

b) Kebersihan diri

Kebersihan personal kurang, terlihat kusut/tidak terpelihara.

c) Integritas ego

- Dapat timbul dengan ansietas berat; ketidakmampuan untuk rileks, kesulitan yang dibesar-besarkan, mudah agitasi.
- Mengekspresikan perasaan tidak adekuat, perasaan tidak berharga, kurang diterima, dan kurang percaya pada orang lain.
- Menunjukkan kesulitan koping terhadap stres, menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai (misal penggunaan proyeksi yang berlebihan dan perilaku agresif, melakukan kewaspadaan yang tidak perlu, menghindari penerimaan rasa bersalah)

d) Neurosensori

- Sistem delusi yang tidak ganjil dalam durasi paling sedikit satu bulan.
- Mengalami emosi dan perilaku kongruen dengan isi sistem keyakinan/ketakutan bahwa diri sendiri ataupun orang terdekat berada dalam bahaya karena diracuni atau diinfeksi; mempunyai penyakit; merasa tertipu oleh pasangan individu, dicurangi oleh orang lain, dicintai atau mencintai dari jarak jauh.
- Timbul afek yang terkontrol, dingin, tidak emosi; perilaku terjaga/mengelak/perasaan tidak percaya.
- Bersikap waspada, mencari motif-motif tersembunyi; setiap orang/kejadian berada dalam kecurigaan klien.
- Menunjukkan persepsi yang tajam; menunjukkan gangguan pengambilan keputusan tentang persepsi.
- Delusi referensi atau kontrol yang mungkin bekerja sama dengan FBI, CIA, TV/radio.

- Halusinasi lihat atau dengar yang mencolok tidak selalu ada.

e) Keamanan

Dapat menunjukkan perilaku berbahaya/menyerang.

f) Interaksi sosial

- Kerusakan bermakna dalam fungsi sosial/perkawinan mungkin terlihat; perilaku dalam semua area kehidupan lain biasanya normal.
- Umumnya bermasalah dengan hukum.

g) Pengajaran atau pembelajaran

- Awitan paling sering pada kehidupan dewasa pertengahan atau lansia.
- Dapat memiliki riwayat penyakit fisik/penyalahgunaan zat.

Pemeriksaan diagnostik:

- *CT Scan*: dapat menunjukkan struktur abnormalitas otak pada beberapa kasus skizofrenik (misal Atrofi lobus temporal); pembesaran ventrikel dengan rasio ventrikel-otak meningkat yang dapat dihubungkan dengan derajat gejala yang dapat dilihat.
- Pemindai PET (*Positron Emission Tomography*): mengukur aktivitas metabolik dari area spesifik otak dan dapat menyatakan aktivitas metabolik yang rendah dari lobus frontal, terutama pada area prefrontal dari korteks serebral.
- MRI: memberi gambaran otak tiga dimensi; dapat memperlihatkan gambaran yang lebih kecil dari lobus frontal rata-rata, atrofi lobus temporal (terutama hipokampus, girus parahipokampus, dan girus temporal superior)
- RCBF (*Regional Cerebral Blood Flow*): memetakan aliran darah dan menyatakan intensitas aktivitas pada daerah otak yang bervariasi.

- BEAM (*Brain Electrical Activity Mapping*): menunjukkan respon gelombang otak terhadap rangsangan yang bervariasi disertai dengan adanya respon yang terhambat dan menurun, terkadang di lobus temporal dan sistim limbik.
- ASI (*Addiction Severity Index*): menentukan masalah-masalah ketergantungan zat yang mungkin dikaitkan dengan penyakit mental, dan mengindikasikan area pengobatan yang diperlukan.
- Uji psikologis (misal MMPI): menyatakan kerusakan pada satu area atau lebih. Catatan: tipe paranoid biasanya menunjukkan sedikit atau tidak ada kerusakan.

Prioritas Keperawatan:

- a) Meningkatkan lingkungan yang aman, keamanan klien/orang lain.
- b) Meningkatkan lingkungan yang terbuka dan jujur sehingga klien dapat mulai mempercayai diri sendiri/orang lain.
- c) Mendorong klien/keluarga berfokus pada metode yang ditetapkan untuk koping terhadap ansietas dan tekanan kehidupan.
- d) Meningkatkan rasa harga diri dan percaya diri.

Kriteria Pemulangan:

- a) Koping terhadap rasa ansietas tanpa penggunaan pengobatan atau sikap yang menyerang.
- b) Mengenal kenyataan; setuju untuk menyerah atau hidup dengan delusi.
- c) Klien/keluarga/orang terdekat berpartisipasi dalam terapi.
- d) Keluarga/orang terdekat memberi dukungan emosi bagi klien.
- e) Pelaksanaan rencana untuk memenuhi kebutuhan setelah pulang

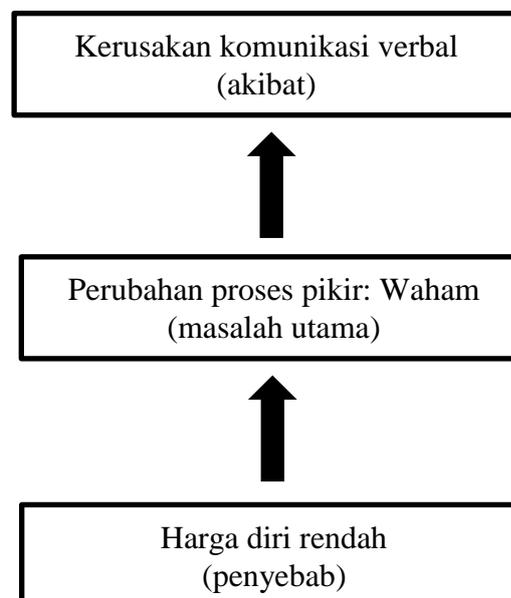
Kebutuhan persiapan pulang (Junaidi:2013):

- a) Kemampuan makan klien, klien mampu menyiapkan dan membersihkan alat makan.

- b) Klien mampu BAB dan BAK, menggunakan dan membersihkan WC serta membersihkan dan merapikan pakaian.
- c) Mandi klien dengan cara berpakaian, observasi kebersihan tubuh klien.
- d) Istirahat dan tidur klien, aktivitas di dalam dan di luar rumah.
- e) Pantau penggunaan obat dan tanyakan reaksi yang dirasakan setelah minum obat.

2.3.2 Diagnosis Keperawatan yang Mungkin Muncul

Masalah keperawatan mengandung tiga komponen penting yaitu: 1) Prioritas masalah yang merupakan masalah utama klien dari beberapa masalah yang dimiliki klien; 2) Penyebab, yaitu salah satu masalah keperawatan yang menyebabkan munculnya masalah utama; dan 3) Akibat yang juga merupakan masalah keperawatan yang muncul karena masalah utama. Ketiga komponen tersebut digambarkan pada pohon masalah berikut:



Bagan 2.1 Pohon Masalah Perubahan Proses Pikir: Waham
Sumber: Damaiyanti dan Iskandar (2014) dalam Buku Asuhan Keperawatan Jiwa

Pada klien skizofrenia dengan masalah keperawatan perubahan proses pikir: waham, diagnosis keperawatan yang mungkin muncul menurut Doenges, Townsend, dan Moorhouse (2007) antara lain:

a) Perubahan proses pikir: waham

Dapat dihubungkan dengan:

- Disintegrasi proses pikir, hambatan pengambilan keputusan
- Konflik psikologis; disintegrasi ego (konfusi tentang lingkungan)
- Ambivalens dan disertai ketergantungan (bagian dari dilema takut-perlu dengan kemampuan untuk memulai sendiri mengisi aktivitas pengalih)

Kemungkinan ditandai dengan:

- Adanya sistem delusi (mungkin waham kebesaran, penganiayaan, referensi, pemantauan, somatik, penuduhan); perintah, obsesi
- Asosiasi konkret dan simbolik; ide rujukan terhambat
- Interpretasi lingkungan tidak akurat; ketidaksesuaian kognitif; gangguan kemampuan membuat keputusan
- Hiperaktivitas sederhana dan aktivitas motorik yang tetap (tindakan ritualistik, perilaku stereotipik) sampai menarik diri dan retardasi psikomotor
- Pola tidur terganggu

b) Hambatan komunikasi verbal

Dapat dihubungkan dengan:

- Hambatan psikologis, psikosis
- Autistik dan pikiran delusi
- Perubahan persepsi

Kemungkinan ditandai dengan:

- Tidak mampu mengungkapkan secara rasional
- Ekspresi verbal, seperti neologisme, ekolalia, asosiatif/kehilangan, bahasa paralogis
- Ekspresi nonverbal seperti ekopraksia, perilaku stereotipik (ekspresi wajah, bahasa, dan sikap tubuh yang ganjil)

c) Harga diri rendah kronis/perubahan penampilan peran/gangguan identitas pribadi

Dapat dihubungkan dengan:

- Proses pikir yang disintegrasi (persepsi, kognisi, afek)
- Kehilangan/disintegrasi batasan ego
- Ancaman yang dirasakan pada diri sendiri
- Disintegrasi perilaku dan afek

Kemungkinan ditandai dengan:

- Ekspresi tidak berharga, perasaan negatif terhadap diri sendiri
- Hambatan dalam memutuskan, kognisi, dan persepsi; sistem delusi prototektif; gangguan perasaan diri (depersonalisasi dan kontrol delusi)
- Penampilan peran tidak jelas dalam keluarga, lingkungan sosial, dan kerja
- Ketidak adekuatan perkembangan harga diri dan harapan
- Ambivalen dan autisme (terganggu dengan penerimaan diri dan anti keberadaan diri)

2.3.3 Rencana Asuhan Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan pada klien skizofrenia dengan masalah keperawatan perubahan proses pikir: waham sesuai dengan diagnosis keperawatan yang mungkin muncul. Rencana yang dicantumkan adalah rencana asuhan keperawatan pada diagnosis yang berhubungan dengan perubahan proses pikir: waham, antara lain:

- a) Perubahan proses pikir: waham
- b) Hambatan komunikasi verbal
- c) Harga diri rendah kronis/perubahan penampilan peran/gangguan identitas pribadi

Rencana asuhan keperawatan dari diagnosis yang mungkin muncul menurut Doenges, Townsend, dan Moorhouse (2007) adalah:

- a) Diagnosis keperawatan: Perubahan proses pikir

Kriteria evaluasi yang diharapkan, klien dapat:

- Mengenal perubahan dalam berpikir/berperilaku
- Mengidentifikasi delusi dan mampu mengatasinya secara efektif dengan menghilangkan pikiran patologis
- Mempertahankan orientasi pada realita
- Menciptakan hubungan interpersonal

Tabel 2.1 Rencana Tindakan Keperawatan Perubahan Proses Pikir

Intervensi	Rasional
<p>Mandiri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan keparahan perubahan proses pikir klien, catat bentuk (dereistik, autistik, simbolik, asosiasi konkret dan/atau kehilangan asosiasi, terhambat); isi (delusi somatik, delusi tentang penganiayaan/kebesaran, ide rujukan); dan aliran (<i>flight of idea</i>, retardasi). 2. Ciptakan hubungan perawat-klien yang terapeutik. 3. Gunakan komunikasi terapeutik untuk mengintervensi secara efektif. 4. Susun komunikasi untuk merefleksikan pertimbangan riwayat/nilai sosial-ekonomi, pendidikan, dan budaya klien. 5. Ekspresikan keinginan untuk memahami pikiran klien dengan mengklarifikasi apa yang tidak jelas, pusatkan pada perasaan bukan isi, usahakan untuk mengerti (tentang ketidakjelasan klien), mendengarkan dengan saksama, mengatur aliran pikiran bila dibutuhkan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi sifat komunikasi/pikiran simbolik/primitif meningkatkan pemahaman tentang proses pikir klien dan memungkinkan perencanaan intervensi yang tepat. 2. Menyediakan lingkungan emosi yang aman yang memungkinkan interaksi interpersonal dan menurunkan autisme. 3. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang jelas, terbuka, konsisten, ringkas, dan memerlukan partisipasi dari diri sendiri. Ini akan menurunkan pikiran autistik. 4. Kurangnya pertimbangan tentang faktor-faktor ini dapat menyebabkan diagnosis/interpretasi tidak akurat (dengan demikian pikiran normal dianggap patologis). 5. Klien sering tidak mampu mengorganisasikan pikiran (mudah terdistraksi, tidak dapat berpegang pada konsep atau keutuhan, tetapi berpusat pada <i>munitiae</i>), dan aliran pikiran sering terlihat seperti berlomba, khayalan, atau kemunduran. Mendengar secara sctif mengidentifikasi pola pikir klien dan mempermudah pemahaman.

berlanjut...

...lanjutan

Intervensi	Rasional
<p>6. Kuatkan pikiran kongruen klien. Tolak pikiran untuk berargumen/setuju dengan pikiran yang terintegrasi. Hadirkan kenyataan dan demonstrasikan motivasi untuk mengerti klien (model kesabaran).</p> <p>7. Berikan pikiran yang sesuai dan buat batasan (terapi kognitif) jika klien mencoba untuk merespon secara impulsif terhadap perubahan pikiran.</p>	<p>6. Memberi kesempatan bagi klien untuk mengontrol perilaku agresif. Penurunan perubahan pikiran (disintegrasi, delusi) seperti kompensasi pikiran klien sebagai respon terhadap kenyataan.</p> <p>7. Meningkatkan harga diri dan meningkatkan rasa aman bagi klien dan orang lain. Terapi kognitif diarahkan secara spesifik pada pola pikir yang berkembang (misal asosiasi tidak logis dibuat di antara kejadian yang kebanyakan dari kita tidak yakin kaitannya). Tujuannya adalah memodifikasi keyakinan yang sudah diperbarui, dan dengan menghubungkan mereka dengan "pengalaman normal" mengurangi rasa takut yang menyerang mereka.</p>
<p>8. Kaji pola tidur/istirahat dengan mengobservasi kemampuan tertidur, kualitas tidur.</p>	<p>8. Delusi, halusinasi, dan lain-lain, dapat mengganggu pola tidur klien. Rasa takut dapat mengganggu kemampuan tidur. Gangguan tidur dapat menimbulkan perilaku menarik diri, kebingungan, gangguan persepsi.</p>
<p>9. Atur waktu yang sesuai untuk tidur dan istirahat.</p>	<p>9. Konsistensi pada jadwal mengurangi rasa takut/tidak aman yang mungkin mengganggu tidur. Tidur dapat ditingkatkan dengan menyeimbangkan aktivitas (fisik, pekerjaan) dengan istirahat.</p>
<p>10. Bantu klien mengidentifikasi/mempelajari teknik yang dapat menciptakan tidur/istirahat.</p>	<p>10. Meningkatkan kemampuan untuk mengoptimalkan istirahat, memaksimalkan kemampuan untuk berpikir jernih.</p>

berlanjut...

...lanjutan

Intervensi	Rasional
<p>11. Kaji adanya faktor yang memengaruhi kemampuan klien melakukan aktivitas pengalih.</p> <p>12. Pantau program pengobatan, observasi dampak dan efek samping terapeutik, sedasi, hipotensi ortostatik, fotosensitivitas, efek hormonal, ambang kejang berkurang, gejala ekstrapiramidal, dan kelemahan disertai luka tenggorok atau tanda-tanda infeksi (agranulositosis).</p>	<p>11. Adanya halusinasi/delusi; faktor situasi seperti perawatan di rumah sakit jangka panjang; faktor psikologis seperti kemampuan yang menurun.</p> <p>12. Mampu mengidentifikasi dosis efektif minimal untuk mengurangi gejala psikotik yang reaksi merugikan paling sedikit. Pencegahan efek samping waktu tertentu dapat meningkatkan kerjasama dalam program kolaborasi pengobatan. Identifikasi awitan efek samping yang serius, seperti sindrom neuroleptik malignan, memberikan intervensi yang sesuai untuk mencegah kerusakan permanen.</p>
<p>Kolaborasi: Beri pengobatan sesuai petunjuk, misal:</p> <p>1. Antipsikotik: Fenotiazin, misalnya klorpromazin (Thorazine), flufenazin (Proxilin), perfenazin (Trilafon); Thiosantin, misalnya klorprotison (Taractan), tioksin (Navane); Butifenon, seperti haloperidol (Haldol); Dibenzosazepam, seperti loksapin (Loxitane)</p>	<p>Digunakan untuk mengurangi gejala psikotik. Dapat diberikan secara oral atau injeksi. Untuk terapi rumatan jangka panjang, neuroleptik depot seperti Prolixin dapat menjadi pilihan obat untuk mempertahankan ketaatan dalam minum obat dan mencegah kekambuhan pada klien bermasalah. Apabila diberikan pada saat akan tidur,</p>

berlanjut...

...lanjutan

Intervensi	Rasional
2. Antipsikotik atipik: Klozapin (Clozaril)	Berguna untuk menangani klien yang resisten terhadap obat lain atau pada saat adanya efek samping yang tidak dapat diterima. Klozapin menyebabkan tidak adanya akatisia rigiditas muskular (perasaan tidak berdaya, kebutuhan bergerak penting). Tidak dapat digunakan sebagai terapi jalur pertama karena adanya ambang kejang yang rendah atau 1% - 2% potensial terjadi agranulositosis, uji mingguan darah yang diharuskan untuk durasi penanganan.
Olanzapin (Zyprexa)	Menjadi pilihan obat jalur pertama karena target reseptor dopamin D yang spesifik, akan muncul secara tidak lazim dalam jumlah yang banyak pada klien dengan skizofrenia
Risperidon (Risperdal)	Agens terapeutik yang efektif yang dapat dikaitkan dengan rasa tidak nyaman atau efek samping yang serius, terutama agreanulositosis.
Antihistamin, misalnya difenhidramin (Benadryl)	Menekan aktivitas kolinergik dan memperlambat kerja dopamin dengan menghambat ambilan dan penyimpanannya.
Agens lain, misalnya amantadin (Symmetrel)	Agens ini melepaskan dopamin dari ujung saraf presinaptik di ganglia basal.

b) Diagnosis keperawatan: Hambatan komunikasi verbal

Kriteria evaluasi yang diharapkan, klien dapat:

- Mengungkapkan atau mengidentifikasi pemahaman tentang masalah komunikasi
- Membentuk strategi untuk berkomunikasi secara efektif baik verbal maupun nonverbal
- Membuat alat komunikasi yang diperlukan agar dapat dimengerti

Tabel 2.2 Rencana Tindakan Keperawatan Hambatan Komunikasi Verbal

Intervensi	Rasional
<p>Mandiri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi derajat/jenis kerusakan lingkungan. 2. Tunjukkan sikap menyimak dalam hubungan perawat-klien. 3. Akui kesulitan klien dalam berkomunikasi. 4. Beri lingkungan yang tidak mengancam/forum yang aman untuk berkomunikasi klien. 5. Terima penggunaan komunikasi alternatif, misalnya menggambar, menyanyi, menari. 6. Hindari sanggahan atau persetujuan pada komunikasi yang tidak akurat; sederhanakan pemberian pandangan realita dengan gaya yang tidak menghakimi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Derajat kerusakan komunikasi verbal/nonverbal berdampak pada kemampuan klien berinteraksi dengan petugas, orang lain, dan perawatan. 2. Memungkinkan perawat mendengar dengan cermat, mengobservasi klien, dan mengantisipasi serta memperhatikan pola komunikasi klien yang mungkin muncul. 3. Pengenalan kesulitan klien dalam mengekspresikan ide dan perasaan, memampukan klien untuk berkonsentrasi dalam berkomunikasi. 4. Situasi ketika seseorang merasa bebas mengekspresikan diri tanpa takut dikritik, membantu memnuhi kebutuhan keamanan, rasa saling percaya, sehingga validasi komunikasi negatif yang sesuai. 5. Meningkatkan perasaan aman klien, menyediakan ruang untuk mengekspresikan kebutuhan. 6. Sanggahan merupakan tindakan nonterapeutik dan dapat menyebabkan klien menjadi defensif. Persetujuan dengan ekspresi komunikasi klien yang tidak akurat memicu kesalahpahaman terhadap realita.

berlanjut...

...lanjutan

Intervensi	Rasional
7. Gunakan keterampilan komunikasi terapeutik, seperti parafrase, refleksi, klarifikasi.	7. Alur komunikasi klien (terlalu cepat/terlalu lambat) mungkin membutuhkan pengaturan. Teknik ini dibimbing dengan orientasi terhadap realita, untuk itu meminimalkan kesalahan interpretasi dan mempermudah komunikasi yang akurat
8. Bersikap terbuka dan jujur dalam menggunakan komunikasi verbal dan nonverbal yang terapeutik.	8. Klien mengalami peningkatan sensitivitas terhadap pesan nonverbal. Kejujuran meningkatkan rasa percaya, kehilangan sesuatu yang merupakan dasar masalah klien. Keterbukaan dan kemurnian dalam mengekspresikan perasaan akan memberikan contoh model peran bagi klien
9. Gunakan pendekatan yang mendukung klien dengan mengkomunikasikan keinginan untuk mengerti (minta klien untuk membantu Anda, begitu pula sebaliknya).	9. Pengenalan tentang pengalaman masa lalu klien menimbulkan ketidakpercayaan, menimbulkan upaya mempertahankan jarak dengan pemberian pesan yang samar dan tidak jelas.
10. Identifikasi komunikasi/bicara klien secara simbolik dan primitif	10. Pengenalan simbol dalam bicara dan pikiran primitif klien memampukan perawat untuk lebih mengerti perasaan klien. Tanpa pengalaman ini, komunikasi dapat menjadi tidak jelas dan tidak terorganisasi, menunjukkan klien tidak dapat berfokus dan menerima kenyataan dengan baik.
11. Catat keyakinan budaya (mis. Bicara pada kerabat yang sudah meninggal) yang mungkin diterima sebagai hal normal dalam kerangka pandang klien.	11. Sikap budaya perlu dipertimbangkan untuk mencegah konfusi dengan kondisi patologis.

c) Diagnosis keperawatan: Harga diri rendah kronis/perubahan penampilan peran/gangguan identitas pribadi

Kriteria evaluasi yang diharapkan, klien dapat:

- Menunjukkan perasaan diri yang meningkat dan delusi yang menurun
- Menyatakan perasaan bermakna/berharga dan memandang diri mampu serta dapat diterima secara sosial (oleh diri sendiri dan orang lain)
- Menunjukkan pengarahannya dengan mengekspresikan kebutuhan dan keinginan pribadi serta membuat keputusan yang efektif
- Berpartisipasi dalam aktivitas dengan orang lain

Tabel 2.3 Rencana Tindakan Harga Diri Rendah Kronis/Perubahan Penampilan Peran/Gangguan Identitas Pribadi

Intervensi	Rasional
<p>Mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji derajat gangguan konsep diri klien 2. Sediakan waktu bersama klien; dengan penerimaan yang positif dan menghormati. 3. Bantu klien untuk mengungkapkan kekhawatiran/perasaan. 4. Bantu klien mengidentifikasi bagaimana perasaan negatif dapat menurunkan harga diri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendokumentasikan persepsi diri dan orang lain, tujuan klien, kehilangan yang bermakna. 2. Menyampaikan empati, penerimaan, dukungan yang meningkatkan harga diri klien. Identitas personal kuat ketika klien mengenali bersama perawat dan mengalami perhatian terapeutik dalam hubungan perawat-klien. 3. Harga diri diwujudkan dengan meningkatkan pengertian pada perasaan. Pengertian dapat dicapai saat klien mengatakan secara verbal. 4. Perasaan negatif dapat menimbulkan kecemasan berat atau kecurigaan. Kewaspadaan/persepsi tentang faktor-faktor penyebab dapat membantu klien mengenali bagaimana perasaan negatif menyebabkan penyimpangan.

berlanjut...

...lanjutan

Intervensi	Rasional
5. Bantu klien untuk mengenali karakteristik positif yang terkait dengan diri klien.	5. Mendiskusikan aspek positif harga diri seperti keterampilan sosial, kemampuan bekerja, pendidikan, penampilan dapat menguatkan perasaan layak/mampu klien.
6. Tinjau ulang penampilan personal dan hal-hal yang klien lakukan untuk meningkatkan kebersihan/kerapian.	6. Penampilan personal positif meningkatkan citra tubuh dan respek terhadap diri sendiri.
7. Anjurkan klien untuk berpartisipasi dalam program/aktivitas latihan yang tepat	7. Meningkatkan kemampuan untuk hubungan interpersonal. Aktivitas yang menggunakan pancaindra meningkatkan perasaan diri sendiri. Latihan fisik memicu sejahtera positif.
8. Kaji kemampuan klien untuk mentoleransi penggunaan sentuhan	8. Penggunaan sentuhan yang hati-hati dapat membantu klien menghidupkan kembali batasan tubuh (jika pengalaman ini bisa ditoleransi)
9. Beri penguatan positif untuk usaha/kemampuan klien.	9. Umpan balik positif meningkatkan harga diri, memberi dorongan, dan mengembangkan rasa diri terarah.
10. Tentukan tingkat penampilan peran saat ini dan catat faktor penyebab/kontribusi yang mempengaruhinya.	10. Faktor-faktor seperti pengetahuan yang tidak adekuat, konflik peran, perubahan persepsi peran diri/orang lain dan perubahan pola tanggung jawab yang biasa dapat mempengaruhi kemampuan fisik dan psikologis klien untuk penampilan peran yang efektif
11. Bantu klien beradaptasi terhadap perubahan penampilan peran dengan bekerja bersama klien/ orang terdekat untuk mengembangkan strategi menangani gangguan peran dan meningkatkan koping secara efektif.	11. Tingkat akhir penampilan klien mungkin dipengaruhi secara positif oleh sistem pendukung yaitu memperhatikan dan responsif.

berlanjut...

...lanjutan

Intervensi	Rasional
12. Bantu klien menyusun tujuan realistis untuk mengatur kehidupan dan melakukan aktivitas sehari-hari sendiri.	12. Klien perlu produktif dan mendapat keuntungan dari tanggung jawab atas hidupnya sendiri dan petunjuk tentang batasan kemampuannya.
13. Kaji identitas personal saat ini, dengan pertimbangkan jika klien menyatakan keberadaan dirinya. Juga pertimbangkan jika klien mengekspresikan perasaannya tentang ketidaksiapan bertemu dengan orang lain/objek.	13. Mengidentifikasi kebutuhan individu dan intervensi yang tepat. Ketidakmampuan untuk mengidentifikasi diri menimbulkan masalah utama yang dapat mengganggu interaksi seseorang dengan orang lain.
14. Analisis adanya/keparahan faktor-faktor yang dapat mengganggu identitas pribadi. (mis. Paranoid, afek tumpul)	14. Batasan ego disintegrasi dapat menyebabkan kelemahan perasaan tentang diri. Klien sering mengekspresikan ketakutan tentang munculnya faktor-faktor dan karenanya kehilangan identitas personal.
15. Gunakan keterampilan komunikasi terapeutik untuk mendukung pengungkapan perasaan diri klien dan menemukan hubungannya dengan arti kehadiran.	15. Perilaku disintegrasi menimbulkan faktor-faktor tersebut, ekspresi kekhawatiran tentang arti/nilai hidup/mati (mungkin diekspresikan sebagai delusi, halusinasi). Kekhawatiran ini dapat berpengaruh negatif terhadap makna dari individu. Klien dapat menggunakan keyakinan religius sebagai pertahanan melawan ketakutan.
16. Permudah pemulangan diri pasien bila hospitalisasi dibutuhkan.	16. Komunikasi terapeutik seperti mendengarkan aktif, meringkas, refleksi dapat mendukung klien menemukan jalan keluarnya sendiri.

berlanjut...

...lanjutan

Intervensi	Rasional
<p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan uji yang tepat (mis. Minta klien untuk menggambar figur diri, <i>Body Image Aberration</i>, <i>Physical Anbedonia Scale</i>). 2. Rujuk klien ke sumber seperti ahli terapi okupasi/ terapi pergerakan/<i>Outdoor Education Program</i>; dan lain-lain 3. Mulai libatkan dalam/rujuk ke aktivitas religius dan sumber-sumber yang diharapkan atau yang tepat. Perhatikan keterlibatan berlebihan terhadap aktivitas religius. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uji ini menunjukkan pandangan klien, konsep diri klien dan korelasi klien dengan berbagai macam variabel. 2. Memberi aktivitas yang meningkatkan harga diri dan pencapaian selama keterlibatan dengan program hospitalisasi parsial. Hospitalisasi parsial dapat memfasilitasi transisi dari lingkungan rumah sakit ke komunitas. 3. Sumber spiritual pola berdoa, keimanan atau keanggotaan dalam kelompok religius yang terorganisasi dapat meningkatkan perkembangan sumber koping klien, rasa diterima/makna diri. Pendekatan kuat terhadap suatu ideologi (perasaan religius) dapat digunakan dalam usaha mengontrol perasaan ansietas.

Selain rencana asuhan keperawatan menurut Doenges, Townsend, dan Moorhouse (2007), tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk klien dengan perubahan proses pikir menurut Sutini dan Yosep (2014) yaitu:

- 1) Membina hubungan saling percaya dengan klien agar klien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi, tindakan yang harus dilakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah :
 - Mengucapkan salam terapeutik.
 - Berjabat tangan.
 - Menjelaskan tujuan interaksi.
 - Membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu.
- 2) Tindakan mendukung atau membantah waham pasien, tetapi klien perlu dikembalikan pada realita bahwa apa-apa yang dia kemukakan tidak berdasar fakta dan konfrontasi dari lingkungannya hal ini sebagai *bergaining position* agar klien terbiasa berbeda pendapat dan menimbang mana yang baik dan tidak baik. Konfrontasi dilakukan dengan kontrak waktu yang jelas bahwa perawat akan mengemukakan pendapat yang berbeda dengan klien. Jelaskan pada klien konsekuensi dari perkataan dan perbuatannya sesuai dengan keyakinan keagamaan klien.
- 3) Yakinkan bahwa klien berada dalam keadaan aman.
- 4) Observasi pengaruh waham terhadap aktivitas sehari-hari, *personal hygiene*, kebutuhan tidur, makan, interaksi sosial, dan sebagainya.
- 5) Diskusikan kebutuhan psikologis/emosional yang tidak terpenuhi sehingga menimbulkan kecemasan, rasa takut dan marah.

- 6) Berikan pujian bila penampilan dan orientasi klien sesuai dengan realitas serta bila klien mampu memperlihatkan kemampuan positifnya.
- 7) Diskusikan dengan klien kemampuan realistis yang dimilikinya pada saat yang lalu dan saat ini.
- 8) Anjurkan klien untuk melakukan aktivitas sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya.
- 9) Libatkan dalam kegiatan sehari-hari di rumah sakit serta tingkatkan aktivitas yang dapat memenuhi kebutuhan fisik dan emosional klien misalnya menggambar, menyanyi, membuat puisi, *occupational therapy*, terapi religius, dan sebagainya.
- 10) Lakukan kontrak dengan klien untuk berbicara dalam konteks realitas seperti cara-cara mengisi waktu, cara meningkatkan keterampilan yang mendatangkan uang, cara belajar menjahit, menjaga kebersihan, dan sebagainya.
- 11) Jelaskan pada klien tentang program pengobatannya (manfaat, dosis obat, jenis, dan efek samping obat yang diminum serta cara meminum obat yang benar).
- 12) Libatkan dan diskusikan dengan keluarga tentang waham yang dialami klien, cara merawat klien dengan waham di rumah, *follow up* dan keteraturan pengobatan serta lingkungan yang tepat untuk klien.

Rencana tindakan keperawatan untuk klien dengan perubahan proses pikir: waham juga dapat dibuat dalam bentuk Strategi Pelaksanaan (SP) (Damaiyanti dan Iskandar, 2014):

Tabel 2.4 Rencana Tindakan Keperawatan Perubahan Proses Pikir: Waham dalam Bentuk Strategi Pelaksanaan

Klien	Keluarga
SP1P	SP1K
1. Membantu orientasi realita 2. Mendiskusikan kebutuhan yang tidak terpenuhi 3. Membantu pasien memenuhi kebutuhannya 4. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala waham, dan jenis waham yang dialami pasien beserta proses terjadinya. 3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien.
SP2P	SP2K
1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Berdiskusi tentang kemampuan yang dimiliki 3. Melatih kemampuan yang dimiliki	1. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien dengan waham 2. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat langsung kepada pasien waham
SP3P	SP3K
1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian	1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>) 2. Menjelaskan <i>follow up</i> pasien setelah pulang

2.3.4 Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang telah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien saat ini (Kusumawati dan Hartono, 2012).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan dan akan terus menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dalam asuhan keperawatan dibagi menjadi dua yaitu evaluasi secara formatif (dilakukan setiap selesai melakukan tindakan keperawatan) dan sumatif (dilakukan dengan cara membandingkan respon klien dengan tujuan yang ditentukan). Evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada klien dengan masalah keperawatan perubahan proses pikir: waham menurut Kusumawati dan Hartono (2012) adalah:

a) Klien mampu:

- Mengungkapkan keyakinannya sesuai dengan kenyataan
- Berkomunikasi sesuai kenyataan
- Mengonsumsi obat dengan benar dan patuh

b) Keluarga mampu:

- Membantu klien mengungkapkan keyakinannya sesuai dengan kenyataan
- Membantu klien melakukan kegiatan-kegiatan sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan klien
- Membantu klien mengonsumsi obat dengan benar dan patuh