

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. B DENGAN GANGGUAN
PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN DIAGNOSA
MEDIS SKIZOFRENIA DI KLINIK REHABILITASI MENTAL
NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam
Menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh

YUSUF MAULANA

KHGA22065



**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
TAHUN 2025**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. B DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DI
KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE
SAMARANG GARUT**

NAMA : YUSUF MAULANA

NIM : KHGA22065

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini disetujui untuk disidangkan di hadapan

Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui

Pembimbing

Angga D. Nagara,S.Kep.,Ners.,M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. B DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DI
KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE
SAMARANG GARUT**

NAMA : YUSUF MAULANA

NIM : KHGA22065

Garut, Juli 2025

Menyetujui

Penguji I

Penguji II

Wahyudin, S.Kp., M.Kes.

Tanti S., S.Kep., Ners., M.H.Kes.

Mengetahui

Mengesahkan,

Ketua Program Studi D III Keperawatan

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep.

Angga D. Nagara, S.Kep., Ners., M.Kep.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. B DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT

YUSUF MAULANA
KHGA22065

IV Bab, 139 halaman, 4 tabel, 5 bagan, 4 lampiran.

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. B dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia”, Penyusun tertarik melakukan studi kasus terhadap klien dengan halusinasi pendengaran, mengingat kondisi ini sering muncul pada pasien gangguan jiwa, khususnya skizofrenia. Tujuan penulisan ini adalah untuk memperoleh pengetahuan, keterampilan, wawasan, serta pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh. Penulisan menggunakan metode deskriptif melalui studi kasus, dengan teknik pengumpulan data berupa observasi, wawancara, dan studi pustaka. Asuhan keperawatan jiwa diberikan kepada klien Tn. B melalui tahapan pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan intervensi, pelaksanaan tindakan, dan evaluasi. Diagnosis yang ditegakkan meliputi Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah. Intervensi dilakukan dengan pendekatan terapeutik, pelatihan pengenalan halusinasi, serta dukungan dalam mengidentifikasi dan mengembangkan potensi positif klien. Evaluasi menunjukkan bahwa klien mampu mengenali halusinasi dan menerapkan kemampuan positif yang dimilikinya. Diharapkan tenaga kesehatan terus mengembangkan pendekatan terapeutik yang komprehensif dalam menangani klien skizofrenia, terutama dalam aspek halusinasi dan harga diri, guna meningkatkan kualitas hidup dan tingkat kemandirian klien.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Halusinasi pendengaran, skizofrenia
Daftar Pustaka : 33 buah, Tahun 2017 s.d. 2024

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur ke hadirat Allah Subhanahu wa Ta'ala atas limpahan rahmat, petunjuk, dan karunia-Nya yang senantiasa mengiringi setiap langkah dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. B dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut”, sehingga penulis dapat menyelesaikannya tepat waktu.

Penulis sepenuhnya menyadari bahwa pencapaian ini tidak akan mungkin terwujud tanpa adanya dukungan moril, bimbingan ilmiah, serta bantuan dari berbagai pihak yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan perhatian. Oleh karena itu, dengan rasa hormat dan penuh penghargaan, penulis mengucapkan terima kasih secara khusus kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si. selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes. selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K.Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep. selaku ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak Angga D. Nagara, S.Kep., Ners., M.Kep. selaku Pembimbing yang telah memberi dukungan serta arahan kepada penyusun dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

6. Bapak Wahyudin, S.Kp., M.Kes. Selaku penguji I
7. Ibu Tanti S., S.Kep., Ners., M.H.Kes. Selaku penguji II
8. Para dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah menanamkan ilmu, keahlian, serta semangat profesionalisme keperawatan sepanjang masa pendidikan.
9. Staf administrasi dan pengelola perpustakaan yang telah memberikan pelayanan maksimal serta kemudahan akses informasi dalam mendukung kelancaran proses akademik.
10. Seluruh jajaran pimpinan, staf, dan tenaga kesehatan di Yayasan Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut yang telah memberikan kesempatan menjalankan praktik klinik keperawatan jiwa. Semoga segala kebaikan dan keikhlasan yang diberikan menjadi amal jariyah yang tidak terputus.
11. Terima Kepada Tn. B yang dengan tulus membuka diri untuk menjalani asuhan keperawatan, sehingga penulis dapat menyusun karya tulis ilmiah ini.
12. Bapak, Mama, Kakak, serta sosok istimewa yang senantiasa menjadi sumber kekuatan, inspirasi, dan kasih sayang yang tidak ternilai. Dalam setiap langkah perjuangan akademik ini, dukungan tanpa henti dari mereka, baik secara moril maupun materil, telah menjadi penopang yang tak tergantikan. Semoga segala pengorbanan, kesabaran, dan doa yang telah mereka curahkan mendapatkan balasan terbaik dari Allah SWT berupa kebahagiaan dan keberkahan di dunia dan akhirat. Aamiin.

13. Terima kasih kepada rekan-rekan seangkatan, khususnya kelas 3B serta seluruh angkatan XXIX Program D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut, yang tidak dapat disebutkan satu per satu. Semoga kita semua senantiasa diberikan jalan menuju keberhasilan dan kebahagiaan.

Penulis sepenuhnya menyadari bahawa karya tulis ilmiah ini masih memiliki berbagai keterbatasan dan belum mencapai kesempurnaan. Oleh sebab itu, saran dan kritik yang bersifat membangun dari para pembaca sangat diharapkan, sebagai bahan evaluasi guna perbaikan dan penyempurnaan di masa yang akan datang.

Garut, Juli 2025

Penulis

Yusuf Maulana

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR BAGAN	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	6
C. Metode Telaah	7
D. Sistematika Penulisan	9
BAB II TINJAUAN TEORI	11
A. Konsep Dasar.....	11
1. Konsep Skizofrenia.....	11
2. Konsep Halusinasi	20
B. Konsep asuhan keperawatan.....	50
1. Pengkajian.....	50
2. Analisa Data	57
3. Pohon Masalah.....	59
4. Diagnosa Keperawatan	60
5. Intervensi Keperawatan	61
6. Implementasi keperawatan	72

7. Evaluasi keperawatan	72
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	74
A. Pengkajian	74
1. Identitas Klien.....	74
2. Alasan Masuk	75
3. Riwayat Keluhan Sekarang.....	75
4. Faktor Presipitasi	75
5. Faktor Predisposisi.....	76
6. Pemeriksaan Fisik	77
7. Psikososial.....	77
8. Status mental	80
9. Aktivitas Sehari-hari	82
10. Mekanisme Koping.....	83
11. Aspek Medik.....	84
B. Analisa data	84
C. Pohon masalah	86
D. Diagnosa Keperawatan	87
E. Intervensi Keperawatan.....	89
F. Implementasi dan Evaluasi	97
G. Catatan Perkembangan	112
H. Pembahasan	125

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	132
A. Kesimpulan.....	132
B. Rekomendasi.....	133
DAFTAR PUSTAKA	135

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Data Diagnosa Penyakit di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Periode Mei 2025.....	4
Tabel 1.2 Data Masalah Keperawatan Jiwa di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Periode Mei 2025.....	4
Tabel 2.1 Analisa Data.....	49
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan.....	52

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1

Rentang Respons Halusinasi	20
----------------------------------	----

Bagan 2.2

Pohon Masalah Halusinasi	25
--------------------------------	----

Bagan 2.3

Rentang Respons Harga Diri Rendah	33
---	----

Bagan 2.4

Pohon Masalah Harga Diri Rendah	38
---------------------------------------	----

Bagan 2.5

Pohon Masalah	50
---------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

Lampiran 2 Dokumentasi Kegiatan

Lampiran 3 Lembar Bimbingan

Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa berkaitan erat dengan kondisi kesehatan mental dan mencakup berbagai masalah yang memengaruhi cara seseorang berpikir, mengelola emosi, dan berperilaku dalam kehidupan sehari-hari. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2022), kesehatan mental merupakan kondisi sejahtera secara psikologis yang memungkinkan individu menghadapi tekanan hidup, mengenali potensi diri, belajar dan bekerja secara efektif, serta berkontribusi positif dalam kehidupan sosial. Dengan demikian, dampak gangguan jiwa tidak hanya terbatas pada aspek medis, tetapi juga dapat mengganggu fungsi sosial dan membatasi kemampuan individu dalam menjalani aktivitas harian secara optimal.

Salah satu gangguan jiwa yang tergolong paling kompleks baik dari segi gejala maupun penanganannya ialah skizofrenia, yang ditandai oleh kondisi psikotik kronis dan berdampak serius terhadap fungsi kognitif, emosional, serta perilaku individu. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 mencatat bahwa sekitar 400.000 jiwa, atau sekitar 1,7% dari populasi Indonesia, mengalami kondisi ini (Badan Litbangkes, 2019). Sebagai sindrom yang bersifat heterogen, skizofrenia ditandai oleh gejala utama seperti delusi, halusinasi, serta gangguan pada fungsi psikososial. Oleh sebab itu, kondisi ini memerlukan penanganan yang menyeluruh, konsisten, dan berkelanjutan demi menjaga kualitas hidup penderitanya (Natsir & Metekohy, 2024).

Skizofrenia sering kali menunjukkan berbagai gejala positif, salah satu yang paling umum dan sering ditemukan adalah halusinasi. Halusinasi adalah pengalaman persepsi Sensori yang tidak sesuai dengan kenyataan, di mana seseorang merasakan sensasi palsu seolah-olah nyata. Bentuk halusinasi bisa beragam, seperti mendengar suara (auditori), melihat sesuatu yang tidak ada (visual), mencium bau (olfaktori), merasakan rasa tertentu (gustatori), atau merasakan sensasi di tubuh (somatosensori) (Jenurti et al., 2024).

Salah satu bentuk halusinasi yang paling sering ditemui adalah halusinasi pendengaran. Pada kondisi ini, individu merasakan seolah-olah mereka mendengar suara atau bunyi yang sebenarnya tidak berasal dari sumber nyata dan tidak bisa didengar oleh orang lain. Suara tersebut bisa berupa bunyi acak yang tidak jelas, atau sesuatu yang lebih kompleks seperti komentar, perintah, atau percakapan yang terasa ditujukan langsung kepada mereka. Pengalaman ini tidak hanya mengusik kenyamanan, tetapi juga memengaruhi cara berpikir, merasakan, dan bertindak, sehingga menyulitkan mereka untuk berinteraksi secara wajar dengan lingkungan dan memahami kenyataan secara objektif (Ralini et al., 2024).

Di Indonesia, halusinasi pendengaran merupakan gejala paling umum pada pasien gangguan jiwa, khususnya skizofrenia. Sekitar 70% kasus halusinasi dialami dalam bentuk halusinasi pendengaran, 20% berupa halusinasi visual, dan 10% sisanya berupa halusinasi penciuman, pengecap, atau perabaan (Yellisni, 2023). Sementara itu, hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI, 2023) menunjukkan bahwa 2,4% rumah tangga di Jawa Barat

memiliki anggota keluarga yang menderita skizofrenia atau psikosis. Menariknya, prevalensi ini jauh lebih tinggi di wilayah pedesaan, yaitu sebesar 28%, dibandingkan dengan 3,1% di daerah perkotaan. Kondisi ini mengindikasikan perlunya pendekatan yang lebih merata dan inklusif dalam pelayanan keperawatan jiwa (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2024).

Pelayanan kesehatan untuk Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat di Jawa Barat pada tahun 2023 telah mencapai cakupan sebesar 92,71%. Dari 69.032 jiwa yang menjadi sasaran, sebanyak 63.998 telah menerima pelayanan kesehatan. Meskipun secara keseluruhan cakupan layanan sudah cukup tinggi, terdapat perbedaan signifikan antar kabupaten/kota. Misalnya, cakupan pelayanan di Kabupaten Garut hanya 47,11%, jauh di bawah rata-rata provinsi, sehingga perlu perhatian khusus agar akses pelayanan bisa merata (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2024).

Salah satu fasilitas yang menangani penderita gangguan jiwa di Kabupaten Garut adalah Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie yang berlokasi di Kecamatan Samarang. Berikut ini adalah data penderita gangguan jiwa dari bulan Mei 2025 yang diperoleh dari klinik tersebut.

Tabel 1.1
Data Diagnosa Penyakit di Klinik Nur Illahi Assanie
Samarang Periode Mei 2025

Kasus Gangguan Jiwa	Jumlah	Persentase
Gangguan afektif bipolar	32	82,05%
Skizofrenia	5	12,82%
Penyalahgunaan Napza	0	0%
Retardasi Mental	2	5,13%
Jumlah Kasus	39	100%

Sumber: Klinik Nur Illahi Assanie Samarang, 2025

Tabel 1.1 menunjukkan dari total 39 kasus gangguan jiwa yang tercatat, gangguan afektif bipolar mendominasi dengan 82,05%, sementara skizofrenia hanya 12,82%, disabilitas intelektual 5,13%, dan tidak ada kasus penyalahgunaan Napza.

Tabel 1.2
Data Masalah Keperawatan Jiwa di Klinik Nur Illahi Assanie
Samarang Periode Mei 2025

Kasus Gangguan Jiwa	Jumlah	Persentase
Halusinasi	25	65%
Harga Diri Rendah (HDR)	8	20%
Resiko Perilaku Kekerasan (RPK)	3	7.5%
Waham	3	7.5%
Defisit Perawatan Diri (DPD)	0	0%
Jumlah Kasus	39	100%

Sumber: Klinik Nur Illahi Assanie Samarang, 2025

Tabel 1.2 menunjukkan gambaran kasus gangguan jiwa yang ditangani di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang selama Mei 2025. Dari total 39 kasus yang tercatat, halusinasi menjadi masalah keperawatan yang paling dominan, yakni sebanyak 25 kasus atau 65% dari keseluruhan. Sementara itu, harga diri rendah tercatat sebanyak 8 kasus (20%), diikuti oleh risiko perilaku kekerasan dan waham yang masing-masing berjumlah 3 kasus (7,5%).

Data ini memperlihatkan bahwa gangguan persepsi, seperti halusinasi, serta masalah konsep diri masih menjadi tantangan utama dalam penanganan keperawatan jiwa di klinik tersebut, sehingga diperlukan pendekatan yang tepat dan berkelanjutan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan mental. Jika skizofrenia tidak mendapatkan penanganan yang tepat, gejala positif dan negatif akan memburuk secara signifikan, yang berdampak besar pada fungsi kognitif dan perilaku pasien. Kondisi ini menyebabkan penurunan kemampuan sosial dan produktivitas kerja, serta berpotensi menimbulkan isolasi sosial yang parah. Selain itu, risiko perilaku dapat merugikan diri sendiri dan orang lain, termasuk peningkatan risiko bunuh diri (Jurnal Keperawatan Malang, 2022).

Melihat kondisi tersebut, penulis memandang perlu untuk mengangkat permasalahan ini dalam bentuk asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif, meliputi tahap pengkajian hingga evaluasi, dengan judul: *“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. B Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut”*.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh kepada klien yang mengalami gangguan persepsi sensori berupa halusinasi pendengaran. Melalui pengalaman ini, penulis juga memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan wawasan yang mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual klien.

2. Tujuan Khusus

Setelah memberikan asuhan keperawatan kepada Tn. B yang mengalami gangguan persepsi sensori berupa halusinasi pendengaran akibat skizofrenia di Klinik Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang, Garut, penulis diharapkan memiliki kemampuan untuk:

- a. Mampu melakukan proses pengkajian yang menyeluruh, sistematis, dan mendalam pada Tn. B dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- b. Mampu menetapkan diagnosa keperawatan yang tepat dan sesuai dengan kondisi Tn. B dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- c. Mampu merancang rencana asuhan keperawatan yang terstruktur berdasarkan prioritas masalah yang diidentifikasi pada Tn. B dengan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

- d. Mampu mengimplementasikan intervensi keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun pada Tn. B dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- e. Mampu melakukan evaluasi terhadap efektivitas tindakan keperawatan yang telah diberikan pada Tn. B dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
- f. Mampu menyusun dokumentasi seluruh rangkaian proses asuhan keperawatan secara runtut, akurat, dan sesuai standar pada Tn. B dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

C. Metode Telaah

Dalam penyusunan studi kasus ini, penulis menggunakan metode deskriptif dalam bentuk laporan asuhan keperawatan yang disusun secara komprehensif melalui tahapan proses keperawatan. Adapun teknik pengumpulan data dilakukan dengan beberapa metode berikut:

1. Wawancara

Penulis mengumpulkan data melalui tanya jawab langsung dengan klien, perawat ruangan, serta tenaga kesehatan lain yang terkait, guna memperoleh informasi tentang permasalahan yang dialami klien.

2. Observasi

Penulis mengamati kondisi klien secara langsung, mencakup respons adaptif maupun maladaptif, untuk mengidentifikasi perubahan perilaku atau kondisi yang terjadi.

3. Pemeriksaan Fisik

Penulis melaksanakan pemeriksaan tanda-tanda vital dan evaluasi kondisi umum klien guna memperoleh data objektif yang mendukung identifikasi masalah keperawatan.

4. Studi Dokumentasi

Penulis menelaah dokumen seperti catatan medis, laporan keperawatan, dan catatan dokter untuk memahami riwayat serta kondisi kesehatan klien secara menyeluruh.

5. Studi Kepustakaan

Penulis memanfaatkan literatur, baik dari buku maupun sumber daring, yang relevan dengan kasus yang dikaji sebagai dasar teori dan pendukung analisis.

6. Partisipasi Aktif

Penulis berperan secara langsung dalam memberikan asuhan keperawatan kepada Tn. B yang mengalami gangguan persepsi sensori: halusinasi

pendengaran akibat skizofrenia, yang sedang menjalani perawatan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie, Samarang, Garut.

D. Sistematika Penulisan

Dalam rangka mempermudah proses penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis mengacu pada sistematika penulisan sebagai berikut:

1. Bab I Pendahuluan

Bab ini berisi uraian mengenai latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penelaahan yang digunakan, serta gambaran umum mengenai sistematika penulisan karya tulis ini.

2. Bab II Tinjauan Teori

Bab ini menyajikan landasan teori yang relevan dengan topik, meliputi skizofrenia dan gangguan persepsi sensori berupa halusinasi pendengaran, termasuk pengertian, etiologi, dampak terhadap kebutuhan dasar manusia, serta konsep dasar asuhan keperawatan jiwa yang terdiri dari tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

3. Bab III Tinjauan Kasus dan Pembahasan

Bab ini menguraikan pelaksanaan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan skizofrenia yang mengalami gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran. Isi dokumentasi meliputi proses pengkajian, perencanaan intervensi, pelaksanaan tindakan, evaluasi hasil, serta catatan perkembangan. Pembahasan dilakukan dengan membandingkan antara

teori yang telah dipaparkan dan praktik di lapangan, serta mengidentifikasi solusi terhadap permasalahan yang muncul.

4. Bab IV Kesimpulan dan Rekomendasi

Bab terakhir memuat kesimpulan dari proses asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan, disertai dengan rekomendasi yang bersifat operasional sebagai tindak lanjut dari permasalahan yang ditemukan pada klien.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar

1. Konsep Skizofrenia

a. Definisi skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang prevalensinya terus meningkat dan merupakan salah satu masalah kesehatan mental global, termasuk di Indonesia. Gangguan ini memengaruhi berbagai aspek fungsi mental seperti proses berpikir, komunikasi, persepsi realitas, dan emosional pasien. Pada pasien skizofrenia dapat muncul berbagai gejala yang meliputi gangguan proses pikir, waham, halusinasi, dan gangguan kemauan, sehingga memerlukan penanganan yang komprehensif dari tenaga keperawatan dan kesehatan jiwa (Yulianto et al., 2024).

Dalam psikologi, skizofrenia didefinisikan sebagai gangguan mental yang menyebabkan ketidakseimbangan fungsi fisiologis dan kognitif yang mengakibatkan disfungsi terhadap diri sendiri maupun lingkungan sosial. Penyebab dan manifestasi skizofrenia berkaitan dengan ketidakselarasan afeksi, kognisi, dan perilaku yang tergambar melalui gejala positif, negatif, dan disorganisasi. Salah satu tipe khusus skizofrenia adalah paranoid, yang ditandai oleh konflik antara realitas dan pikiran yang memengaruhi perilaku pasien secara signifikan (Hidayati, 2023).

Dari sudut pandang kesehatan masyarakat, skizofrenia merupakan kondisi kronis yang memerlukan pendekatan multidisipliner dan intervensi holistik, termasuk pengobatan, rehabilitasi, serta dukungan sosial untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga. Kasus skizofrenia di Indonesia menunjukkan tingginya kebutuhan pelayanan jiwa yang tepat dan berkelanjutan, serta pentingnya pemahaman yang baik dari tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan psikososial yang terintegrasi (Nurjanah, 2022).

b. Etiologi skizofrenia

Penyebab skizofrenia merupakan suatu fenomena yang kompleks dan melibatkan banyak faktor. Kondisi ini muncul dari interaksi antara predisposisi bawaan individu dan pemicu dari lingkungan eksternal. Model diatesis-stres menggambarkan bahwa individu dengan kerentanan biologis atau psikologis tertentu memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami skizofrenia bila terpapar stresor lingkungan yang signifikan (Stuart, 2022; Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).

1) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merujuk pada kondisi yang meningkatkan kerentanan individu terhadap skizofrenia dan biasanya sudah tertanam sejak masa awal kehidupan.

a) Faktor Genetik

Skizofrenia memiliki komponen genetika yang cukup kuat dan sering kali terjadi secara familial. Keberadaan riwayat skizofrenia pada anggota keluarga dekat akan menaikkan risiko seseorang secara substansial. Hal ini disebabkan oleh kombinasi sejumlah gen yang berkontribusi pada peningkatan kerentanan, bukan hanya satu gen tunggal (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022; Stuart, 2022).

b) Faktor Neurobiologis

Faktor neurobiologis meliputi kelainan struktur dan fungsi otak serta ketidakseimbangan zat kimia yang berperan dalam aktivitas otak.

(1) Struktur Otak (Neuroanatomi)

Melalui teknik pencitraan otak seperti MRI dan CT scan, ditemukan adanya pembesaran pada ventrikel, yaitu ruang yang berisi cairan di dalam otak. Selain itu, terlihat juga penurunan volume pada materi abu-abu di area-area penting, seperti korteks prefrontal yang berperan dalam fungsi kognitif dan lobus temporal yang terkait dengan pendengaran. Selain perubahan tersebut, teridentifikasi pula gangguan dalam jalur komunikasi antar area otak yang berkontribusi pada gangguan fungsi otak (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022; Stuart, 2022).

(2) Zat Kimia Otak (Neurokimia)

Gangguan keseimbangan zat kimia di otak, khususnya dopamin, merupakan teori utama dalam menjelaskan skizofrenia. Peningkatan kadar dopamin di area otak tertentu sering dikaitkan dengan munculnya halusinasi, sedangkan penurunan dopamin di lokasi lain berhubungan dengan gejala kurangnya motivasi. Selain dopamin, neurotransmitter lain seperti glutamat dan GABA juga memiliki peran penting dalam mekanisme patofisiologi skizofrenia (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022; Stuart, 2022).

(3) Perkembangan Otak

Gangguan perkembangan otak yang terjadi sejak masa kehamilan atau masa awal kanak-kanak dapat menimbulkan kerentanan struktural dan fungsional yang baru tampak ketika individu menginjak masa remaja atau dewasa muda (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).

2) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merujuk pada peristiwa atau tekanan eksternal yang dapat menjadi pemicu atau memperburuk gejala skizofrenia pada individu yang memiliki kerentanan atau predisposisi terhadap kondisi tersebut.

a) Stres lingkungan dan psikososial akut

Tekanan psikologis berat, pengalaman trauma baru, atau dinamika keluarga yang bermasalah dapat berperan sebagai pemicu munculnya gejala psikotik (Stuart, 2022).

b) Penyalahgunaan zat

Konsumsi zat psikoaktif, khususnya ganja dengan kadar THC tinggi, berpotensi memicu atau mempercepat kemunculan psikosis pada individu yang rentan. Selain itu, stimulan lain juga dapat menimbulkan gejala serupa (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022; Stuart, 2022).

c) Pengaruh urbanisasi dan migrasi

Tinggal di lingkungan perkotaan yang padat penduduk atau mengalami proses migrasi serta isolasi sosial dapat meningkatkan risiko munculnya gejala, kemungkinan besar dikarenakan adanya peningkatan tingkat stres (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022; Stuart, 2022).

c. Jenis-jenis skizofrenia

Berikut adalah jenis-jenis skizofrenia berdasarkan klasifikasi umum yang relevan dalam konteks klinis Indonesia:

1) Skizofrenia Paranoid

Tipe Skizofrenia paranoid ditandai dengan adanya halusinasi (terutama suara) dan delusi (keyakinan yang tidak sesuai kenyataan). Delusi yang sering muncul biasanya berupa merasa dicurigai, diawasi,

atau merasa lebih hebat dari orang lain. Gejala halusinasi pendengaran adalah yang paling menonjol pada tipe ini.

Berbeda dengan tipe skizofrenia lainnya, pada jenis paranoid ini, cara berbicara, perilaku, dan perasaan klien biasanya masih teratur, sehingga klien masih bisa terlihat tenang dan mampu berfungsi dalam aktivitas sehari-hari (Departemen Kesehatan RI, 1993; Stuart, 2022).

2) Skizofrenia Hebefrenik (Disorganisasi)

Ciri utama dari tipe ini adalah gangguan yang jelas dalam keteraturan bicara dan perilaku, serta ekspresi emosi yang datar, tidak sesuai, atau tumpul, misalnya tertawa tanpa alasan yang jelas. Meskipun delusi dan halusinasi mungkin muncul, tetapi sifatnya terfragmentasi dan tidak mendominasi. Perilaku pasien seringkali tampak acak, tidak bertujuan, dan aneh (Departemen Kesehatan RI, 1993; Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).

3) Skizofrenia Katatonik

Jenis ini ditandai oleh gangguan psikomotor yang berat, yang dapat berupa keadaan stupor (ketiadaan respons terhadap lingkungan), fleksibilitas serea (anggota tubuh mempertahankan posisi yang dipertahankan secara pasif), kekakuan otot, posturing yang aneh, mutisme (tidak berbicara), atau agitasi motorik berlebihan tanpa tujuan yang jelas. Gejala ini muncul secara akut dan memerlukan

penanganan medis segera (Departemen Kesehatan RI, 1993; Stuart, 2022).

4) Skizofrenia Simpleks

Ditandai oleh gejala negatif yang berkembang secara bertahap dan progresif tanpa riwayat jelas dari episode psikotik akut seperti delusi atau halusinasi. Gejala utama meliputi penurunan interaksi sosial, kemiskinan bahasa, apatis, dan penurunan fungsi keseluruhan. Diagnosa sering kali menantang karena absennya episode psikotik yang nyata (Departemen Kesehatan RI, 1993).

5) Skizofrenia Residual

Diagnosis ini diberikan pada individu yang memiliki riwayat minimal satu episode skizofrenia, namun saat ini gejala positif seperti delusi dan halusinasi telah berkurang secara signifikan atau sangat ringan. Gejala yang tersisa lebih banyak berupa gejala negatif seperti afek datar, penarikan sosial, alogia (penurunan kemampuan berbicara), dan avolisi (kurangnya motivasi). Meski pasien masih mungkin memiliki beberapa kepercayaan atau pengalaman perseptual yang tidak biasa, mereka tidak lagi berada dalam fase psikotik akut (Departemen Kesehatan RI, 1993; Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).

d. Tanda dan gejala skizofrenia

Tanda dan gejala skizofrenia bisa sangat berbeda antara satu orang dengan yang lain. Secara umum, gejala ini dibagi menjadi dua jenis utama, yaitu gejala positif dan gejala negatif (Stuart, 2022).

1) Gejala Positif

Gejala positif adalah gangguan yang muncul dan menambah sesuatu pada fungsi normal seseorang, seperti persepsi atau pikiran yang tidak sesuai kenyataan.

- a) Halusinasi adalah saat seseorang merasakan sesuatu (melihat, mendengar, mencium, merasakan, atau menyentuh) padahal tidak ada rangsangan nyata. Yang paling sering terjadi adalah halusinasi pendengaran, seperti mendengar suara orang berbicara atau memberi perintah, padahal tidak ada sumber suara tersebut (Stuart, 2022). Halusinasi lain bisa berupa penglihatan, penciuman, rasa, atau sentuhan, meskipun lebih jarang (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).
- b) Delusi (waham) adalah keyakinan yang kuat tetapi tidak benar, dan tetap diyakini meskipun sudah diberi bukti yang menunjukkan sebaliknya. Contohnya adalah merasa dikejar-kejar, merasa sangat hebat, atau merasa hal-hal di sekitar memiliki makna khusus bagi dirinya (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).
- c) Perilaku tidak teratur bisa terlihat dari tindakan atau gerakan yang aneh dan tidak sesuai dengan situasi. Misalnya, ekopraksia, yaitu meniru gerakan orang lain secara otomatis (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022), atau katatonia, di mana seseorang bisa sangat diam

dan tidak bergerak untuk waktu lama, atau sebaliknya, tiba-tiba menjadi sangat gelisah (Stuart, 2022).

- d) Gangguan bicara juga bisa terjadi, misalnya *flight of ideas*, yaitu bicara cepat dan berpindah-pindah topik dengan cepat, meski masih ada hubungan antar topik (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022). Ada juga perseverasi, yaitu terus mengulang kata, kalimat, atau topik yang sama dan sulit beralih ke topik lain (Stuart, 2022).

2) Gejala Negatif

Gejala negatif adalah berkurangnya atau hilangnya kemampuan normal, seperti emosi, motivasi, atau kemampuan sosial. Gejala ini biasanya lebih lama menetap dan lebih sulit diobati.

- a) Avolisi berarti kurangnya motivasi atau semangat untuk melakukan kegiatan sehari-hari. Orang menjadi pasif dan tidak tertarik pada aktivitas atau lingkungan sekitarnya (Stuart, 2022).
- b) Alogia adalah pembicaraan yang sangat sedikit dan minim informasi. Orang hanya memberi jawaban singkat yang tidak memberikan banyak makna (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).
- c) Afek datar adalah kondisi di mana seseorang tidak menunjukkan ekspresi emosi, baik melalui wajah, suara, atau gerakan tubuh. Wajahnya terlihat datar dan tanpa perasaan (Stuart, 2022). Sementara afek tumpul berarti ekspresi emosi ada tetapi sangat lemah atau terbatas (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).

- d) Anhedonia adalah ketidakmampuan untuk merasakan kesenangan dari aktivitas yang biasanya menyenangkan, seperti hobi, pertemanan, atau aktivitas sosial (Stuart, 2022).

2. Konsep Halusinasi

Diagnosa yang mungkin muncul pada kasus Halusinasi (Sutejo 2019)

- a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
- b. Gangguan Emosi: Resiko Perilaku Kekerasan
- c. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

a. Halusinasi

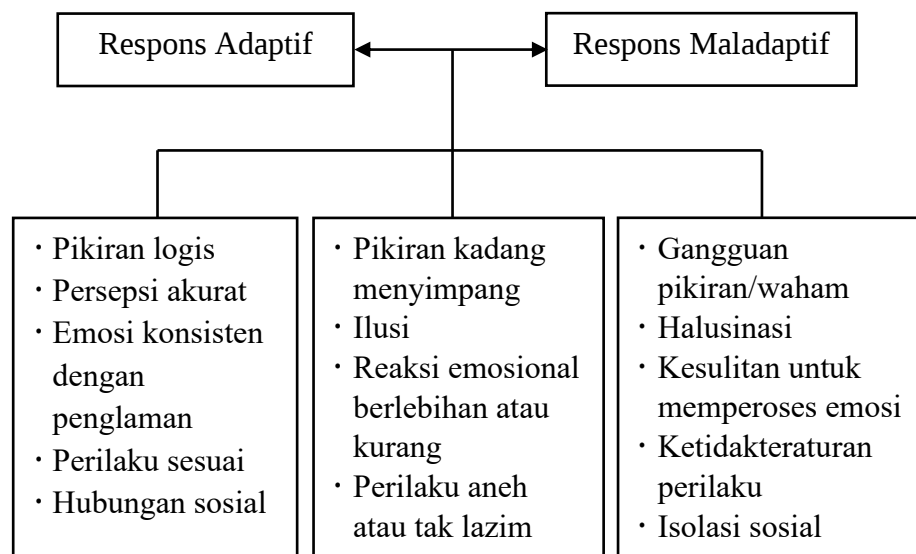
1) Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah persepsi sensori palsu yang terjadi tanpa adanya stimulus eksternal yang nyata. Ini berarti individu mengalami sensasi (seperti melihat, mendengar, merasa, mencium, atau mengecap) seolah-olah nyata, padahal tidak ada rangsangan dari luar yang memicu sensasi tersebut (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).

Halusinasi merupakan salah satu gejala psikotik inti dan seringkali menjadi indikator adanya gangguan jiwa yang serius. Meskipun dapat dialami oleh berbagai indra, halusinasi pendengaran adalah jenis yang paling umum terjadi pada skizofrenia (Stuart, 2022). Individu yang mengalami halusinasi tidak dapat membedakan antara persepsi yang nyata dan yang tidak nyata (APA, 2022).

2) Rentang Respons Halusinasi

Bagan 2.1
Rentang Respons Halusinasi



Sumber: Rentang Respons Neurobiologis (Muhith, 2015)

a) Respons Adaptif

Respons adaptif mengacu pada reaksi individu yang masih sesuai dengan norma sosial dan budaya yang berlaku. Dengan kata lain, seseorang dikatakan berada dalam batas normal ketika mampu mengatasi suatu persoalan dengan cara yang diterima masyarakat.

Karakteristik respons adaptif meliputi:

- (1) Pemikiran yang rasional, yakni pandangan yang selaras dengan realitas dan persepsi yang akurat terhadap keadaan sebenarnya.
- (2) Pengalaman emosional yang konsisten, di mana perasaan yang muncul sesuai dengan pengalaman yang dialami.

- (3) Perilaku sosial yang wajar, menunjukkan sikap dan tindakan yang diterima dalam konteks sosial.
- (4) Interaksi sosial yang sehat, yakni proses berkomunikasi dan berelasi dengan orang lain serta lingkungan secara harmonis.

b) Respons Maladaptif

Sebaliknya, respons maladaptif merupakan reaksi yang menyimpang dari norma sosial dan budaya dalam menghadapi masalah, yang mencerminkan ketidaksesuaian dengan lingkungan. Bentuk-bentuk respons maladaptif meliputi:

- (1) Gangguan pikiran, berupa keyakinan yang kokoh dianut meskipun bertentangan dengan realitas dan tidak diterima oleh orang lain.
- (2) Halusinasi, yaitu persepsi Sensori yang keliru atau gambaran eksternal yang tidak sesuai dengan kenyataan.
- (3) Gangguan proses emosional, yang menyebabkan perubahan tidak normal pada perasaan.
- (4) Perilaku yang tidak teratur, ditandai oleh tindakan yang kacau dan tidak terorganisir.
- (5) Isolasi sosial, kondisi di mana individu mengalami keterasingan dan kesendirian yang berlebihan.

3) Etiologi Halusinasi

a) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi mencakup kondisi-kondisi yang meningkatkan kerentanan individu terhadap munculnya halusinasi, yang biasanya sudah melekat sebelum gejala tersebut muncul.

(1) Faktor Perkembangan: Gangguan dalam tahapan

perkembangan seseorang dapat menjadi dasar kerentanan.

Contohnya, ketidakhadiran pengendalian diri dan kehangatan dari lingkungan keluarga sejak masa kanak-kanak dapat menyebabkan seseorang menjadi kurang mandiri, cepat frustrasi, dan kehilangan rasa percaya diri.

Hal ini selanjutnya dapat memengaruhi mekanisme koping individu terhadap stres yang dialami (Stuart, 2022).

(2) Faktor Sosial Budaya: Lingkungan sosial yang kurang

mendukung atau pengalaman ditolak sejak awal kehidupan

(seperti merasa terpinggirkan, tidak diterima, dan kesepian)

dapat mengurangi rasa percaya diri dan keyakinan terhadap

lingkungan sekitar, sehingga individu lebih rentan untuk

menarik diri dan mengalami distorsi persepsi (Sadock,

Sadock, & Ruiz, 2022).

(3) Faktor Biologis: Faktor biologis memegang peranan

penting dalam gangguan mental termasuk halusinasi. Stres

yang berkepanjangan dapat memicu produksi zat halusinogenik alami atau menyebabkan ketidakseimbangan neurotransmitter di otak seperti dopamin, glutamat, dan serotonin, yang secara langsung memengaruhi proses persepsi hingga terjadi penyimpangan (Stuart, 2022; Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).

(4) Faktor Psikologis: Individu dengan tipe kepribadian yang rentan, misalnya mereka yang kurang bertanggung jawab atau memiliki kemampuan pengambilan keputusan yang lemah, cenderung melakukan perilaku maladaptif termasuk penyalahgunaan zat. Kondisi ini dapat mendorong pelarian dari kenyataan ke dunia imajinasi, sehingga halusinasi muncul sebagai mekanisme koping yang tidak sehat (Stuart, 2022).

(5) Aspek Interaksi Sosial: Keterbatasan dalam interaksi sosial sejak awal dan kenyamanan yang diperoleh dari halusinasi membuat individu merasa bersosialisasi di dunia nyata berbahaya. Oleh karena itu, mereka memilih "interaksi" melalui halusinasi yang dianggap memenuhi kebutuhan sosial, pengendalian diri, dan penghargaan diri yang tidak diperoleh dari dunia nyata (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).

b) Faktor Presipitasi

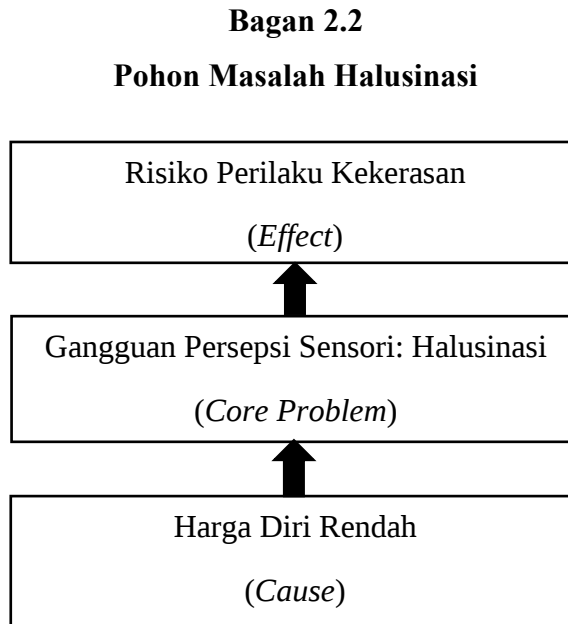
Faktor presipitasi merupakan rangsangan yang dipersepsikan sebagai tantangan atau ancaman yang membutuhkan upaya ekstra untuk diatasi, dan dapat memicu munculnya halusinasi. Beberapa dimensi faktor penyebab halusinasi meliputi:

- (1) Dimensi Fisik: Halusinasi dapat muncul akibat kondisi fisik tertentu seperti kelelahan berat, efek samping atau keracunan dari penggunaan obat (termasuk zat psikoaktif), demam tinggi yang menimbulkan delirium, serta gangguan tidur yang parah atau deprivasi tidur kronis (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022; Stuart, 2022).
- (2) Dimensi Emosional: Kecemasan yang berlebihan karena masalah yang sulit diatasi sering menjadi pemicu halusinasi. Isi halusinasi dapat berupa perintah-perintah yang memaksa atau menakutkan, di mana individu merasa tak mampu melawan sehingga muncul perilaku tertentu sebagai respons terhadap ketakutan tersebut (Stuart, 2022).
- (3) Dimensi Intelektual: Pada aspek ini terlihat adanya penurunan fungsi ego. Awalnya, halusinasi dapat berfungsi sebagai usaha ego untuk melawan dorongan batin yang menekan, tetapi seiring waktu halusinasi mengambil alih perhatian dan mengendalikan perilaku, menandakan

melemahnya kemampuan berpikir rasional dan pengambilan keputusan (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).

- (4) Dimensi Sosial: Individu yang mengalami isolasi sosial atau merasa bersosialisasi di dunia nyata berbahaya cenderung mengandalkan halusinasinya. Halusinasi menjadi ruang alternatif untuk memenuhi kebutuhan sosial, pengendalian diri, dan penghargaan diri yang tidak diperoleh di dunia nyata, yang kemudian memperparah penarikan diri sosial (Stuart, 2022).
- (5) Dimensi Spiritual: Secara spiritual, individu dengan halusinasi sering merasakan kehampaan hidup, kehilangan makna rutinitas dan aktivitas ibadah, serta jarang berusaha untuk penyucian diri secara spiritual. Mereka mengalami perasaan hampa setelah bangun tidur, tujuan hidup yang tidak jelas, kemarahan kepada takdir, dan kurangnya upaya untuk memperbaiki keadaan hidup serta cenderung menyalahkan lingkungan atau orang lain atas kesulitan yang dihadapi (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022; Stuart, 2022).

4) Pohon Masalah Halusinasi



5) Jenis Halusinasi

Halusinasi dapat diklasifikasikan menurut jenis modalitas sensorinya, yang merepresentasikan persepsi palsu yang dialami individu tanpa adanya rangsangan eksternal nyata. Pemahaman mengenai berbagai tipe halusinasi ini sangat penting dalam pengkajian klinis dan intervensi keperawatan yang sesuai (Stuart, 2022).

- a) Halusinasi Pendengaran (*Auditory Hallucinations*): Merupakan tipe halusinasi yang paling sering ditemukan, terutama pada pasien dengan skizofrenia. Individu mengalami persepsi suara atau bunyi yang sebenarnya tidak ada. Suara tersebut bisa berupa bisikan, gumaman, kebisingan acak, ataupun suara orang yang

berbicara atau memberi komentar bahkan perintah-perintah tertentu (Stuart, 2022; Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).

- b) Halusinasi Penglihatan (*Visual Hallucinations*): Klien melihat gambaran visual yang tidak nyata. Bentuk halusinasi ini sangat beragam, mulai dari cahaya atau pola geometris sederhana hingga bentuk yang kompleks seperti figur manusia, hewan, atau objek lain yang tidak eksis. Gambaran ini dapat menimbulkan perasaan menyenangkan ataupun menakutkan (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).
- c) Halusinasi Penghidu (*Olfactory Hallucinations*): Individu mencium bau-bauan yang sebenarnya tidak bersumber dari lingkungan sekitar. Bau yang dirasakan sering kali tidak sedap, misalnya bau busuk, darah, kotoran, atau urin (Stuart, 2022).
- d) Halusinasi Pengecapan (*Gustatory Hallucinations*): Klien merasakan sensasi rasa di mulut yang sebenarnya tidak ada. Sensasi ini bisa berupa rasa pahit, asam, manis, atau rasa yang tidak menyenangkan seperti rasa darah atau bahan kimia, padahal tidak ada konsumsi makanan atau minuman (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).
- e) Halusinasi Perabaan (*Tactile Hallucinations*): Individu merasakan sensasi sentuhan pada kulit atau dalam tubuh tanpa adanya rangsang fisik nyata. Sensasi ini bisa berupa rasa geli, panas, dingin, rasa dicubit, atau sensasi seperti ada serangga yang

merayap di bawah kulit (Stuart, 2022; Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).

6) Tanda Dan Gejala Halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi bisa dilihat dari perilaku klien dan apa yang mereka ceritakan. Hal ini menunjukkan pengalaman yang tidak nyata dan perlu diperiksa dengan baik (Firmawati, Syamsuddin, & Botutihe, 2023; Kurniawan, Fitri, & Hasanah, 2025).

Beberapa tanda umum yang bisa diperhatikan adalah:

- a) Menjauh dari Orang Lain: Klien sering menghindari berbicara atau bertemu dengan orang lain, cenderung menyendiri (Kurniawan, Fitri, & Hasanah, 2025).
- b) Cara Berbicara dan Wajah:
 - (1) Sering tersenyum atau tertawa sendiri tanpa alasan yang jelas (Sari, 2022).
 - (2) Berbicara sendiri atau hanya menggerakkan bibir seperti sedang bicara tapi tanpa suara yang terdengar (Sari, 2022).
 - (3) Matanya sering memandang ke satu arah dan bergerak cepat seperti mengikuti sesuatu yang tidak ada, serta jawabannya lambat atau mudah teralihkan (Kurniawan, Fitri, & Hasanah, 2025).
- c) Gerakan dan Perasaan:
 - (1) Duduk diam seperti sedang memperhatikan sesuatu yang tidak nyata (Firmawati, Syamsuddin, & Botutihe, 2023).

(2) Kadang bertindak agresif, sulit bergaul, merasa curiga, atau tiba-tiba melakukan hal yang merugikan diri sendiri, orang lain, atau lingkungan (Kurniawan, Fitri, & Hasanah, 2025).

(3) Bisa tiba-tiba marah atau takut tanpa sebab yang jelas (Firmawati, Syamsuddin, & Botutihe, 2023).

(4) Wajah terlihat tegang, gelisah, mudah marah, ini menunjukkan kecemasan karena halusinasi (Firmawati, Syamsuddin, & Botutihe, 2023).

d) Reaksi Tubuh: Detak jantung, pernapasan, dan tekanan darah biasanya meningkat karena stres atau takut saat mengalami halusinasi (Kurniawan, Fitri, & Hasanah, 2025).

7) Tahapan Halusinasi

Tahapan halusinasi terjadi dalam beberapa tahap dengan tingkat intensitas yang berbeda-beda dan pengendalian dari orang yang mengalaminya juga berubah. Memahami tahapan ini penting supaya perawat bisa mengetahui seberapa parah halusinasi dan memberikan bantuan yang tepat (Stuart, 2022).

a) Tahap I (*Mendahului/Comforting*): Pada tahap ini, orang mulai merasa cemas, kesepian, dan stres. Halusinasi muncul sebagai cara supaya merasa lebih baik atau terhibur, misalnya tersenyum atau tertawa sendiri, bicara sendiri tanpa suara, dan mudah terganggu oleh hal lain. Pada tahap ini, orang masih bisa

mengendalikan halusinasi yang dialaminya (Stuart, 2022; Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).

- b) Tahap II (Mengutuk/Mempersalahkan/*Condemning*): Halusinasi mulai terasa tidak menyenangkan dan membuat gelisah. Orang mungkin merasa cemas lebih besar dan mulai kehilangan kontrol. Halusinasi biasanya berisi suara yang mengancam atau menghina. Orang bisa menarik diri dari orang lain dan menunjukkan wajah yang tegang atau gelisah (Stuart, 2022; Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).
- c) Tahap III (Mengontrol/*Controlling*): Halusinasi menjadi lebih kuat dan sulit dilawan. Orang merasa dikendalikan oleh halusinasi dan isi halusinasinya bisa menjadi lebih menakutkan atau memerintahkan untuk melakukan sesuatu. Perilaku yang terlihat bisa berupa gelisah, berbicara atau berteriak kepada halusinasi, dan kadang jadi agresif (Stuart, 2022).
- d) Tahap IV (Menaklukkan/*Conquering*): Ini tahap paling berat di mana orang benar-benar tenggelam dalam halusinasi dan kehilangan kontak dengan kenyataan. Halusinasi menguasai semua tingkah laku orang tersebut. Orang mungkin duduk diam terpaku atau menunjukkan perilaku katatonik. Risiko membahayakan diri sendiri atau orang lain sangat tinggi pada tahap ini (Stuart, 2022).

8) Penatalaksanaan Halusinasi

Penatalaksanaan halusinasi memerlukan pendekatan komprehensif yang melibatkan intervensi farmakologis dan non-farmakologis, dengan tujuan mengurangi intensitas dan frekuensi halusinasi, meningkatkan fungsi sosial, serta mencegah kekambuhan. Penanganan disesuaikan dengan kondisi spesifik dan kebutuhan individu (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).

a) Terapi Farmakologis (Medikasi Antipsikotik)

- (1) Medikasi antipsikotik adalah lini pertama dalam penatalaksanaan halusinasi, terutama pada skizofrenia atau psikosis lainnya.
- (2) Antipsikotik Generasi Pertama (Tipikal) seperti haloperidol atau chlorpromazine bekerja dengan memblokir reseptor dopamin, efektif mengurangi gejala positif seperti halusinasi dan delusi (Stuart, 2022).
- (3) Antipsikotik Generasi Kedua (Atipikal) seperti risperidone, olanzapine, atau clozapine sering menjadi pilihan utama karena efek sampingnya lebih rendah dan efektif untuk gejala positif dan negatif (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).
- (4) Pemberian obat harus tepat dosis dan teratur, dengan pemantauan efek samping dan respons klinis. Edukasi kepatuhan minum obat sangat penting (Stuart, 2022).

b) Terapi Non-Farmakologis

Bertujuan melengkapi terapi obat dan membantu klien mengelola halusinasinya serta meningkatkan kualitas hidup.

(1) Terapi Perilaku Kognitif (CBT): Membantu klien mengenali dan mengubah pola pikir maladaptif terkait halusinasi dan strategi koping (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).

(2) Psikoedukasi: Memberi informasi kepada klien dan keluarga tentang halusinasi, penyebab, penatalaksanaan, serta pentingnya kepatuhan obat untuk mengurangi stigma (Stuart, 2022).

(3) Latihan Keterampilan Sosial: Membantu meningkatkan kemampuan interaksi sosial (Stuart, 2022).

(4) Rehabilitasi Psikososial: Program pembelajaran keterampilan hidup dan sosial untuk kemandirian (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).

c) Strategi Pelaksanaan Keperawatan (SP)

(1) Menghardik Halusinasi: Mengajarkan klien mengucapkan "pergi" atau "saya tidak mau dengar kamu" saat halusinasi muncul (Stuart, 2022).

(2) Bercakap-cakap dengan Orang Lain: Mengalihkan perhatian halusinasi dengan interaksi sosial (Stuart, 2022).

(3) Melakukan Aktivitas Terjadwal: Mengisi waktu luang agar tidak memicu halusinasi (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).

(4) Minum Obat Teratur: Memastikan kepatuhan obat sebagai cara mengendalikan halusinasi (Stuart, 2022).

d) Dukungan Keluarga

Melibatkan keluarga dalam perawatan, edukasi untuk mengenali tanda kekambuhan dan memberi dukungan emosional (Stuart, 2022).

e) Terapi Lingkungan (*Milieu Therapy*)

Menciptakan lingkungan aman, suportif, dan terstruktur agar klien merasa stabil dan mengurangi intensitas halusinasi (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).

b. Resiko Perilaku Kekerasan

1) Definisi Resiko Perilaku Kekerasan

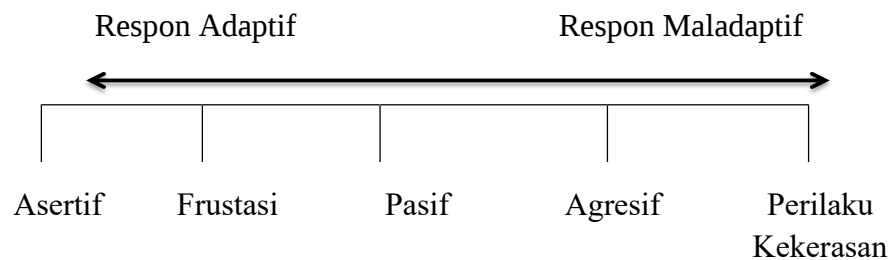
Risiko perilaku kekerasan adalah suatu kondisi di mana seseorang memiliki potensi untuk melakukan tindakan agresif yang bisa membahayakan diri sendiri, orang lain, atau lingkungan secara fisik, emosional, atau verbal. Kondisi ini bukan berarti kekerasan sudah terjadi, melainkan merupakan ancaman atau kemungkinan munculnya perilaku agresif yang tidak dapat dikendalikan (PPNI, 2017).

Menurut Stuart (2022), risiko kekerasan dapat dipicu oleh berbagai faktor internal maupun eksternal yang mempengaruhi kemampuan seseorang dalam mengelola emosinya dan mengendalikan dorongan impulsif. Terdapat indikator atau tanda

peringatan yang menandakan bahwa kemungkinan individu tersebut melakukan kekerasan semakin tinggi.

Sadock, Sadock, & Ruiz (2022) menambahkan bahwa risiko kekerasan sering dikaitkan dengan gangguan jiwa yang mempengaruhi kontrol impuls, kemampuan berpikir rasional, serta regulasi emosi, seperti kondisi psikosis, gangguan mood berat, dan gangguan kepribadian. Oleh karena itu, identifikasi dini terhadap faktor risiko dan tanda-tanda peringatan sangat krusial untuk mencegah terjadinya perilaku kekerasan.

2) Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan



Rentang respon kemarahan individu meliputi spektrum dari respon adaptif yang normal hingga respon maladaptif yang tidak normal. Ini menunjukkan bagaimana individu bereaksi terhadap kemarahan dengan tingkat kontrol dan ekspresi yang berbeda-beda (Mulia, 2020).

a) Respon Adaptif

- (1) Asertif: Individu mampu mengungkapkan kemarahan secara jujur tanpa menyalahkan orang lain serta tetap

menjaga ketenangan. Respon ini sehat dan dapat diterima secara sosial.

- (2) Frustrasi: Individu merasa gagal dalam mencapai tujuan yang memuaskan saat marah, serta sulit menemukan alternatif penyelesaian masalah yang memuaskan. Ini adalah bagian dari proses normal emotif namun mungkin menimbulkan ketegangan.

b) Respon Maladaptif

- (1) Pasif: Individu tidak mampu menyatakan perasaan marahnya secara terbuka, sehingga kemarahan tersebut tertahan dan tidak tersampaikan.
- (2) Agresif: Individu menunjukkan perilaku marah yang disertai dorongan untuk menuntut, meskipun dalam batas kontrol tertentu. Ini bisa menyebabkan konflik interpersonal.
- (3) Kekerasan/Amuk: Merupakan bentuk ekspresi kemarahan yang sangat kuat dan bermusuhan, di mana individu kehilangan kendali atas perilakunya sehingga bisa membahayakan diri sendiri maupun orang lain.

3) Tanda Dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan

Risiko perilaku kekerasan (RPK) merujuk pada potensi seseorang untuk melakukan tindakan yang dapat membahayakan dirinya sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar. Pemahaman menyeluruh terhadap tanda-tanda dan gejala RPK dalam berbagai aspek menjadi krusial untuk melakukan evaluasi dan intervensi keperawatan yang tepat dan efektif (PPNI, 2017).

Tanda-tanda dan gejala yang menunjukkan risiko perilaku kekerasan dapat diidentifikasi melalui ungkapan verbal klien yang kemudian diperkuat dengan hasil observasi dari berbagai dimensi, yakni emosional, intelektual, fisik, spiritual/kepercayaan, dan sosial (Amilia & Oktariyani, 2023; Pramesti & Widayanti, 2023).

a) Dimensi Emosional

Pada aspek emosional, individu yang berpotensi menunjukkan perilaku kekerasan umumnya menampilkan respon emosional yang tidak sesuai, merasa tidak aman, serta mudah terganggu atau merasa jengkel. Kesulitan dalam mengendalikan kemarahan sering kali menjadi ciri khas, yang dapat muncul lewat rasa frustrasi, permusuhan, atau kecemasan yang makin meningkat (Pujiati, Putri, & Nurhalim, 2024).

b) Dimensi Intelektual

Dari sisi intelektual, individu mungkin memperlihatkan sikap dominan yang berlebihan, cenderung cerewet, menggunakan

sarkasme, atau suka berdebat. Situasi ini mencerminkan adanya gangguan dalam proses pemecahan masalah atau distorsi dalam pola pikir yang dapat memicu argumentasi yang tidak produktif maupun perilaku yang menentang (Fakhriyadi & Nurning, 2023).

c) Dimensi Fisik

Secara fisik, individu dengan risiko perilaku kekerasan kerap menampilkan tanda-tanda ketegangan dan aktivasi fisiologis yang meningkat. Contohnya meliputi wajah memerah, tatapan mata yang tajam, pernapasan yang pendek dan cepat, keringat berlebih, serta peningkatan tekanan darah dan denyut jantung (Pramesti & Widayanti, 2023).

d) Dimensi Kepercayaan/Spiritual

Dalam ranah kepercayaan atau spiritual, klien menunjukkan indikasi moral yang lemah atau kebejatan. Beberapa mungkin merasa memiliki kekuatan luar biasa atau menganggap bahwa kebenaran mutlak hanya ada pada diri sendiri. Selain itu, terdapat kecenderungan keraguan terhadap spiritualitas dan perasaan tidak bermoral, yang dapat menghambat kreativitas (Amilia & Oktariyani, 2023).

e) Dimensi Sosial

Pada aspek sosial, individu yang berisiko melakukan kekerasan dapat memperlihatkan penarikan diri dari lingkungan sekitar,

isolasi, sikap menolak orang lain, hingga bertindak agresif atau mengejek. Stres yang dialami sering memicu perilaku antisosial atau ekspresi verbal yang agresif, seperti berbicara dengan nada tinggi atau berteriak (Fakhriyadi & Nurning, 2023).

Berlandaskan ungkapan verbal dan observasi yang dilakukan, tanda dan gejala RPK dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

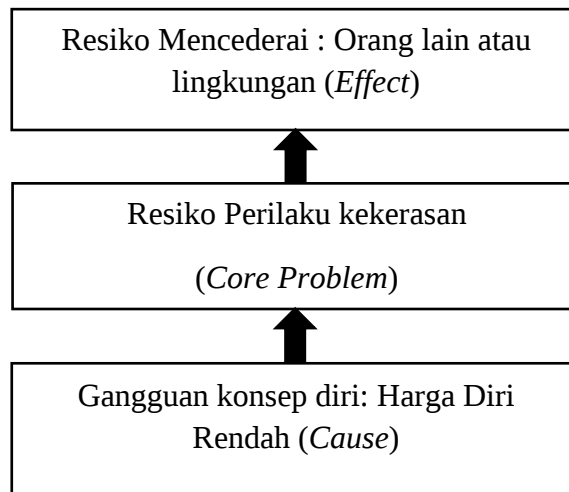
(1) Data Subjektif:

- Pernyataan ancaman, misalnya "Saya akan memukulmu".
- Penggunaan kata-kata kasar.
- Ekspresi keinginan untuk melakukan tindakan memukul atau melukai diri sendiri maupun orang lain.

(2) Data Objektif:

- Wajah memerah dan tampak tegang.
- Tatapan mata yang intens.
- Tangan yang terkepal.
- Penggunaan bahasa kasar dan suara yang meninggi.
- Suara yang berteriak atau menjerit.
- Gerakan mondar-mandir atau terlihat gelisah.
- Tindakan melempar atau memukul benda di sekitar.

4) Pohon masalah resiko perilaku kekerasan



c. Harga Diri Rendah

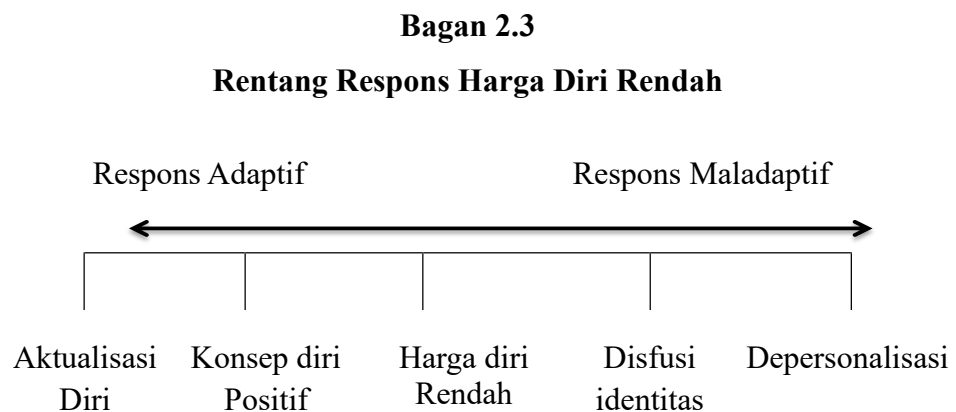
1) Definisi Harga Diri Rendah

Harga Diri Rendah (HDR) merupakan penilaian diri yang bersifat negatif, dimana seseorang menilai dirinya tak berkemampuan, kurang berharga, atau tidak disayangi. Kondisi ini mencerminkan persepsi diri yang penuh dengan kritik internal, merasa tidak kompeten, serta gagal memenuhi standar atau ekspektasi yang diharapkan (Sulistyawati, Suhariyati, & Wijayanti, 2023).

Pandangan serupa juga dikemukakan oleh Setiawati dan Suryani (2022), yang mendefinisikan harga diri rendah sebagai keadaan dimana individu merasakan ketiadaan nilai personal, ketidakmampuan untuk bertindak, atau kurangnya rasa dicintai. Perasaan ini kerap muncul akibat pengalaman kegagalan yang berulang kali ataupun perbandingan diri yang tidak realistis, yang secara bertahap menggerus rasa percaya diri.

Harga diri rendah menjadi inti permasalahan dalam berbagai gangguan psikologis. Individu dengan kondisi ini biasanya menunjukkan kecenderungan untuk menarik diri dari interaksi sosial, berkurangnya motivasi, serta mengalami kesulitan dalam pengambilan keputusan, yang semuanya berakar dari keraguan terhadap kemampuan diri sendiri dan ketakutan akan ditolak atau gagal (Dewi & Lestari, 2024).

2) Rentang Respons Harga Diri Rendah



a) Respons Adaptif

Respons adaptif mencerminkan kemampuan individu untuk menghadapi permasalahan secara efektif dan berfungsi optimal dalam berbagai situasi. Terdapat dua komponen utama dalam hal ini:

- a) Aktualisasi Diri: Merupakan tahap tertinggi dalam perkembangan konsep diri yang sehat, di mana individu mampu mengekspresikan diri secara positif dan autentik. Hal ini meliputi kejelasan identitas, peran yang terdefinisi dengan baik,

harga diri yang kokoh, ideal diri yang realistis, serta citra tubuh yang positif. Seluruh elemen ini bersumber dari pengalaman yang dapat diterima dan dijadikan integrasi, memungkinkan individu untuk merealisasikan potensi maksimalnya (Stuart, 2022; Townsend & Morgan, 2023).

- b) Konsep Diri Positif: Individu menunjukkan pengalaman yang mendukung pengaktualisasian potensi diri secara optimal. Mereka mampu mengenali aspek positif maupun negatif dari diri sendiri dan berkomitmen untuk mengembangkan kekuatan mereka. Hal ini mencerminkan tingkat penerimaan diri yang sehat dan pandangan yang seimbang terhadap kemampuan serta keterbatasan yang dimiliki (Stuart, 2022; Videbeck, 2024).

2) Respons Maladaptif

Respons maladaptif muncul ketika individu gagal menghadapi tantangan dengan cara yang konstruktif, sehingga menunjukkan pola reaksi yang kurang sesuai atau merugikan.

- a) Harga Diri Rendah: Individu memiliki evaluasi diri yang negatif, merasa tidak kompeten, tidak berharga, dan cenderung memandang dirinya lebih rendah dari orang lain. Perasaan ini sering kali juga disertai oleh kesan tidak dicintai atau kurangnya rasa kapabilitas (Stuart, 2022).
- b) Kerancuan Identitas (Disfusi Identitas): Merujuk pada ketidakmampuan individu untuk menetapkan tujuan hidup atau

ketidakjelasan dalam identitas diri. Orang dengan kondisi ini mungkin mengalami kebingungan mengenai jati diri, nilai-nilai personal, atau posisi mereka dalam lingkungan sosial, yang berpotensi menghambat perkembangan personal maupun sosial (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022).

- c) Depersonalisasi (Tidak Mengenal Diri): Gangguan ini ditandai oleh persepsi diri yang terganggu, di mana individu merasa terpisah atau asing dari dirinya sendiri, seolah-olah hanya menjadi pengamat luar terhadap pikiran, emosi, maupun tubuhnya. Hal ini menyebabkan kesulitan dalam mengenali diri, membangun hubungan interpersonal yang sehat, serta menurunnya rasa percaya diri akibat pengalaman keterasingan dari realitas diri (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2022; Videbeck, 2024).

3) Etiologi Harga Diri Rendah

Etiologi harga diri rendah (HDR) bersifat multifaktorial, yang melibatkan interaksi kompleks antara faktor predisposisi dan faktor presipitasi. HDR umumnya berkembang dari akumulasi pengalaman-pengalaman negatif yang secara bertahap mengikis rasa nilai dan kemampuan diri individu (Sulistyawati, Suhariyati, & Wijayanti, 2023).

a) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan kondisi atau pengalaman sebelumnya yang meningkatkan risiko seseorang untuk mengalami harga diri rendah.

- (1) Faktor Biologis: Walaupun HDR lebih sering dikaitkan dengan aspek psikososial, kondisi kesehatan fisik kronis, perubahan citra tubuh akibat penyakit, atau gangguan neurobiologis yang memengaruhi pengaturan emosi dan suasana hati dapat secara tidak langsung menjadi faktor predisposisi (Dewi & Lestari, 2024).
- (2) Faktor Psikologis: Pengalaman traumatik semasa kanak-kanak, seperti pelecehan atau penelantaran, dapat menanamkan pandangan negatif terhadap diri sendiri. Pola asuh yang terlalu kritis, kurangnya dukungan emosional, atau tidak adanya pengakuan atas usaha dan prestasi anak juga turut mendorong timbulnya perasaan tidak berharga (Setiawati & Suryani, 2022).
- (3) Faktor Sosial Budaya: Lingkungan sosial yang kurang mendukung, seperti adanya *bullying*, diskriminasi, atau isolasi sosial, dapat merusak harga diri seseorang. Tekanan untuk memenuhi standar sosial yang tidak realistis misalnya terkait penampilan fisik, kesuksesan

finansial, atau status sosial juga dapat menyebabkan rasa inferioritas (Sulistyawati, Suhariyati, & Wijayanti, 2023).

b) Faktor Presipitasi

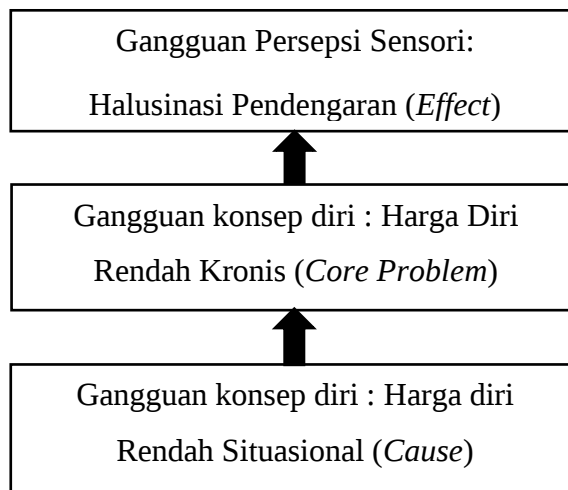
Faktor presipitasi adalah kejadian atau stresor yang secara langsung memicu atau memperburuk perasaan harga diri rendah pada individu yang sudah rentan.

- (1) Kegagalan atau Penolakan: Pengalaman kegagalan dalam bidang penting kehidupan seperti pendidikan, pekerjaan, atau hubungan interpersonal, serta penolakan oleh orang yang dianggap signifikan, dapat mempercepat penurunan harga diri secara drastis (Setiawati & Suryani, 2022).
- (2) Perubahan Peran atau Status: Transisi besar dalam kehidupan, seperti kehilangan pekerjaan, perceraian, pensiun, atau diagnosis penyakit kronis, dapat mengancam identitas diri dan kemampuan untuk berfungsi secara optimal, sehingga memicu harga diri rendah (Dewi & Lestari, 2024).
- (3) Kritik atau Penilaian Negatif: Paparan berulang terhadap kritik atau umpan balik negatif, terutama dari figur otoritas atau orang dekat, dapat menguatkan pandangan negatif tentang diri dan memperparah kondisi HDR (Sulistyawati, Suhariyati, & Wijayanti, 2023).

- (4) Krisis Identitas: Masa-masa kebingungan atau ketidakpastian terkait identitas diri, nilai-nilai, atau tujuan hidup sering terjadi pada remaja atau dewasa awal jika tidak dapat diatasi dengan baik, akan memicu munculnya rasa tidak berharga (Dewi & Lestari, 2024).

4) Pohon Masalah Harga Diri Rendah

Bagan 2.4
Pohon Masalah Harga Diri Rendah



5) Jenis-Jenis Harga Diri Rendah

Harga diri rendah (HDR) dapat diklasifikasikan menurut durasi dan konteks kemunculan perasaan negatif terhadap diri sendiri. Secara umum, harga diri rendah terbagi menjadi dua jenis utama yang mencerminkan bagaimana individu merespons berbagai kejadian dan pengalaman dalam hidupnya (Handayani & Fitri, 2023; Pardede & Hulu, 2024). Berikut adalah jenis-jenis harga diri rendah:

a) Harga Diri Rendah Situasional

Jenis ini terjadi ketika seseorang yang sebelumnya memiliki harga diri yang positif mengalami penurunan evaluasi diri sebagai reaksi terhadap suatu peristiwa atau tekanan tertentu. Contohnya termasuk kegagalan di tempat kerja, perubahan peran sosial, maupun kehilangan signifikan dalam hidup. Penurunan harga diri ini bersifat sementara dan biasanya terkait langsung dengan peristiwa pemicu tersebut (Handayani & Fitri, 2023).

b) Harga Diri Rendah Kronis

Jenis ini mengacu pada kondisi di mana individu mengalami pandangan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan yang berlangsung lama dan meluas ke berbagai aspek kehidupan. Perasaan tidak berharga pada jenis ini sudah tertanam secara mendalam dan biasanya berakar dari rangkaian pengalaman negatif yang berulang dan terus-menerus sejak masa kanak-kanak atau awal kehidupan (Pardede & Hulu, 2024).

6) Tanda Dan Gejala

Tanda dan gejala klien yang mengalami harga diri rendah, baik dalam bentuk kronis maupun situasional, menurut pedoman pengobatan SDKI (2017) sebagai berikut:

a) Harga Diri Rendah Kronis:

- (1) Mengalami trauma.
- (2) Kegagalan berulang.
- (3) Kurang dukungan atau pengakuan.
- (4) Sulit menghadapi kehilangan.
- (5) Gangguan jiwa.
- (6) Penguatan negatif terus-menerus.
- (7) Ketidaksesuaian budaya.

b) Harga Diri Rendah Situasional:

- (1) Perubahan citra tubuh.
- (2) Perubahan peran dalam lingkungan sosial.
- (3) Kurangnya pemahaman terhadap kondisi.
- (4) Perilaku bertentangan dengan nilai pribadi.
- (5) Gagal mencapai harapan hidup secara berulang.
- (6) Pernah mengalami kehilangan.
- (7) Pernah mengalami penolakan.
- (8) Mengalami masa transisi perkembangan.

7) Tahapan Harga Diri Rendah

Penelitian menunjukkan bahwa harga diri rendah disebabkan oleh menurunnya motivasi individu, yang selanjutnya berdampak negatif pada pencapaian tujuan hidupnya. Jika ditinjau dari riwayat kehidupan (*life span history*) individu, harga diri rendah sering kali berasal dari pengalaman masa kecil, seperti sering disalahkan dan

jarang mendapatkan pujian atas keberhasilan. Selama masa pubertas, individu merasa kurang dihargai, tidak diberi kesempatan, dan tidak diterima dengan baik. Pada masa dewasa awal, individu tersebut pun sering mengalami kegagalan dalam pendidikan, pekerjaan, dan interaksi sosial. Harga diri rendah ini cenderung berkembang ketika lingkungan sekitar lebih banyak mengucilkan dan menilai kemampuan individu melebihi batas kemampuannya (Apriyanti, Wahyuni, & Fitri, 2022).

8) Penatalaksanaan Harga Diri Rendah

- a) Terapi Farmakologi untuk harga diri rendah umumnya menggunakan obat-obatan golongan antidepresan. Obat ini bekerja dengan cara menghambat proses pengambilan kembali (*reuptake*) neurotransmitter norepinefrin dan serotonin di otak, sehingga meningkatkan konsentrasi dan suasana hati pasien.
- b) *Electroconvulsive Therapy* (ECT) atau terapi kejut merupakan metode pengobatan medis modern yang memberikan rangsangan listrik pada otak dalam bentuk pulsa elektrik untuk merangsang aktivitas otak dan memperbaiki gangguan mental.
- c) Terapi Suportif bertujuan memberikan dukungan emosional, motivasi, serta semangat kepada pasien agar tidak merasa putus asa. Salah satu pendekatan yang dapat diterapkan adalah terapi kognitif yang fokus pada identifikasi masalah dan strategi pemecahannya.

d) Terapi Manipulasi Lingkungan meliputi intervensi terapeutik berupa kegiatan yang mendorong proses penyembuhan. Lingkungan diakui memiliki peranan penting dalam pemulihan pasien gangguan jiwa, dengan tujuan membantu pasien mengembangkan harga diri, kemampuan berinteraksi sosial, mempersiapkan diri kembali ke masyarakat, serta membangun kepercayaan terhadap orang lain.

B. Konsep asuhan keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan elemen dasar dalam proses keperawatan yang menjadi fondasi bagi tahapan selanjutnya. Tahap ini terdiri dari dua komponen utama, yakni pengumpulan data dan identifikasi masalah keperawatan yang dialami klien. Informasi yang dikumpulkan mencakup dimensi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual (Saputri & Mar'atus, 2021).

a. Identitas Klien

1) Data Diri

Informasi mengenai data pribadi meliputi nama lengkap, usia, jenis kelamin, agama, tingkat pendidikan, tanggal masuk, tanggal dilakukan pengkajian, nomor rekam medis, serta alamat tempat tinggal.

2) Identitas Penanggung Jawab

Informasi mengenai pihak yang bertanggung jawab mencakup nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, alamat tempat tinggal, serta hubungan dengan klien yang bersangkutan.

b. Alasan Masuk

Mengkaji alasan dirujuknya klien ke Klinik Nur Illahi Assanie serta gangguan psikologis yang dialami sebelum perawatan dilakukan.

c. Riwayat Keluhan Sekarang

Data mengenai keluhan utama yang sedang dialami klien saat ini, mencakup gejala psikologis, perilaku, serta dampaknya yang menjadi alasan klien dibawa atau datang ke Klinik Nur Illahi Assanie.

d. Faktor Presipitasi

Kondisi atau peristiwa yang memicu timbulnya gangguan jiwa atau memperberat gejala yang sudah ada, seperti konflik keluarga, stres berat, kehilangan, atau trauma psikologis diharapkan.

e. Faktor Predisposisi

Faktor-faktor yang menyebabkan seseorang lebih rentan mengalami gangguan jiwa, seperti riwayat keluarga, kepribadian, pengalaman masa kecil, atau kondisi biologis tertentu.

f. Pemeriksaan Fisik

Melaksanakan pemeriksaan tanda-tanda vital serta melakukan anamnesis terkait keluhan fisik yang dialami oleh klien.

g. Psikososial

1) Genogram

Menyusun genogram minimal tiga generasi untuk memvisualisasikan hubungan klien dengan anggota keluarga, serta mengidentifikasi permasalahan terkait komunikasi, pengambilan keputusan, pola asuh, dan dinamika pertumbuhan individu maupun keluarga.

2) Konsep diri

a) Citra tubuh

Klien mengatakan menyukai seluruh bagian tubuhnya dan tidak memiliki keluhan terkait penampilannya.

b) Identitas diri

Mengkaji persepsi klien terhadap identitas dirinya, termasuk kesesuaian antara persepsi diri dan penampilan fisik yang ditunjukkan.

c) Peran

Menggali peran yang dijalankan klien dalam keluarga maupun lingkungan sosial, termasuk kemampuan dalam melaksanakan fungsi tersebut, serta respons emosional yang muncul akibat adanya perubahan peran yang dialami.

d) Ideal diri

Menggali harapan klien terkait kondisi tubuh yang dianggap ideal, posisi dan peran dalam keluarga, serta fungsi di

lingkungan pekerjaan atau pendidikan. Penilaian juga mencakup ekspektasi klien terhadap lingkungan sosial dan penyakit yang dialaminya, serta respons psikologis yang muncul apabila harapan tersebut tidak sejalan dengan realitas yang dihadapi.

e) Harga diri

Penilaian individu terhadap nilai, kemampuan, dan keberhargaan dirinya, yang tercermin dalam sikap, kepercayaan diri, serta cara klien memandang dan memperlakukan dirinya sendiri dalam berbagai situasi kehidupan.

3) Hubungan interpersonal

a) Orang yang berarti

Mengidentifikasi individu yang dianggap penting dan memiliki kedekatan emosional dengan klien, baik dari lingkungan keluarga maupun sosial, yang dapat memberikan dukungan secara psikologis maupun fisik dalam kehidupan sehari-hari.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat

Mengkaji keterlibatan klien dalam aktivitas kelompok maupun peran sosial di lingkungan masyarakat, termasuk sejauh mana partisipasi tersebut dijalankan secara aktif dan dampaknya terhadap fungsi sosial serta hubungan interpersonal klien.

c) Hambatan dalam hubungan dengan orang lain

Kesulitan atau tantangan yang dihadapi dalam membina dan memelihara interaksi sosial dengan individu lain.

4) Spiritualitas

a) Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan bahwa dirinya beragama Islam dan meyakini adanya Allah SWT.

b) Aktivitas keagamaan

Klien mengatakan sudah lama tidak beribadah shalat 5 waktu dan tadarus. Meski begitu, ia senang mengikuti kajian rutin di klinik.

h. Status mental

1) Penampilan

Cara klien merawat diri dan tampil di hadapan orang lain, termasuk kebersihan, kerapian, dan kesesuaian pakaian.

2) Pembicaraan

Menggambarkan cara klien berbicara, termasuk kecepatan, volume, keteraturan, dan relevansi isi pembicaraan.

3) Aktivitas Motorik

Menilai gerakan tubuh klien, apakah normal, gelisah, lamban, atau menunjukkan perilaku motorik yang tidak biasa.

4) Alam Perasaan

Menggambarkan suasana hati dasar klien yang berlangsung dalam jangka waktu tertentu, seperti sedih, cemas, atau gembira.

5) Afek

Ekspresi emosional klien saat wawancara, yang dapat sesuai atau tidak sesuai dengan pembicaraan dan situasi.

6) Interaksi Selama Wawancara

Menilai sikap dan respons klien terhadap perawat selama wawancara, seperti kooperatif, tertutup, atau curiga.

7) Persepsi

Menilai adanya gangguan persepsi seperti halusinasi atau ilusi yang dialami klien.

8) Proses Pikir

Menggambarkan alur dan logika berpikir klien, apakah teratur, meloncat-loncat, atau tidak logis.

9) Isi pikir

Pikiran yang mendominasi klien, termasuk adanya pikiran yang tidak wajar seperti halusinasi, waham, obsesi, fobia, atau ide bunuh diri, yang mencerminkan kondisi klien.

10) Tingkat Kesadaran

Menentukan sejauh mana klien sadar terhadap lingkungan dan dirinya sendiri, seperti sadar penuh atau menurun.

11) Memori

kemampuan klien dalam menyimpan, mengingat, dan mengakses informasi, yang dinilai melalui daya ingat jangka pendek, jangka panjang, dan daya ingat yang baru saja didengar atau dilihat.

12) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Kemampuan klien untuk memusatkan perhatian dan mempertahankan fokus pada suatu tugas, serta melakukan perhitungan sederhana. Fungsi ini mencerminkan integritas proses berpikir dan fungsi kognitif klien.

13) Kemampuan Penilaian

Kemampuan klien dalam mempertimbangkan situasi secara realistis, mengambil keputusan yang tepat, dan memahami konsekuensi dari tindakan yang dilakukan.

14) Daya Tilik Diri

Kesadaran klien terhadap kondisi dirinya sendiri, termasuk pengakuan bahwa ia sedang mengalami gangguan jiwa serta pemahaman terhadap kebutuhan akan pengobatan dan perawatan.

i. Aktivitas Sehari-hari

Mencakup aktivitas dasar yang rutin dilakukan seseorang secara mandiri-seperti makan, mandi, berpakaian, buang air, mobilitas, dan penggunaan obat. Dalam konteks keperawatan jiwa, penilaian ADL penting karena mencerminkan tingkat kemandirian, fungsi kognitif, motivasi, dan stabilitas kondisi mental klien (Birken et al., 2021)

j. Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah strategi dan proses psikologis yang digunakan individu untuk mengatasi stres, tekanan, atau konflik internal maupun eksternal. Dalam keperawatan dan psikologi, koping berperan penting sebagai cara adaptasi yang memengaruhi kesehatan mental seseorang. Koping dapat bersifat adaptif (konstruktif), seperti mencari dukungan sosial, *problem solving*, dan pengelolaan emosi secara sehat, atau maladaptif (disfungsional), seperti penarikan diri, menghindari masalah, atau penggunaan zat adiktif. Dalam konteks kesehatan masyarakat, pemahaman mekanisme koping membantu merancang intervensi yang mendorong koping adaptif serta pencegahan risiko kesehatan mental. Mekanisme koping yang efektif dapat mengurangi dampak negatif stres dan meningkatkan kesejahteraan psikologis individu (Rahmawati & Putri, 2023; Hidayat, 2022).

2. Analisa Data

Tabel 2.1
Analisa Data

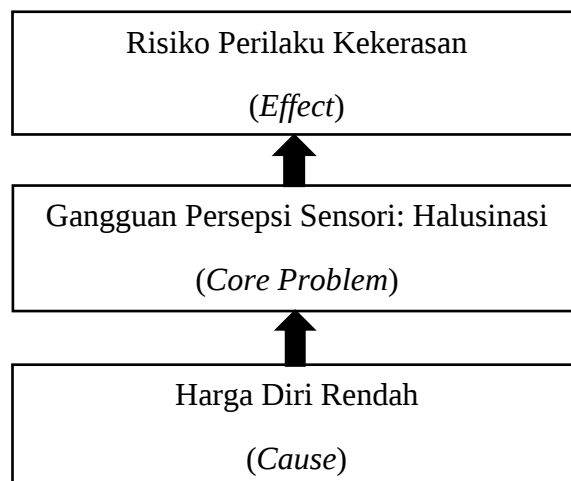
No	Data	Masalah Keperawatan
1	DS: a) Klien sering mendengar suara gaduh. b) Merasa ada suara yang mengajaknya bicara. c) Suara kadang memerintah hal berbahaya. d) Klien takut atau senang saat mendengar suara itu. e) Suara muncul saat sedang sendiri.	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

No	Data	Masalah Keperawatan
	DO: a) Klien tampak bicara dan tertawa sendiri. b) Memalingkan wajah ke arah telinga. c) Menutup telinga tiba-tiba. d) Menunjuk ke arah tertentu. e) Wajah tampak ketakutan tanpa rangsang jelas.	
2	DS: a) Kurang kontak mata, murung. b) Postur dan jalan menunduk. c) Menghindari orang lain. d) Bicara pelan, banyak diam. e) Sering menyendiri. f) Mengkritik orang lain. g) Risiko perilaku kekerasan. DO: a) Sulit tidur. b) Merasa tidak berarti dan tidak berguna. c) Tidak melihat potensi positif. d) Menilai diri secara negatif. e) Sulit fokus, merasa tidak mampu. f) Merasa malu.	Gangguan konsep diri: Harga diri rendah
3	DS: a) Klien menyampaikan rasa kesal secara terbuka. b) Mengaku memiliki dorongan untuk menyakiti diri sendiri maupun orang lain. c) Terdengar membentak dan menyerang secara verbal dengan nada tinggi. DO: a) Tatapan tajam, mata melotot. b) Genggaman tangan kuat, rahang terlihat mengatup. c) Ekspresi menunjukkan kemarahan, tubuh tampak tegang.	Risiko Perilaku Kekerasan

No	Data	Masalah Keperawatan
	d) Melontarkan ancaman, kata-kata kasar, dan umpatan. e) Nada suara tinggi, berbicara dengan keras. f) Menyakiti diri sendiri atau orang lain. g) Merusak barang di sekitar. h) Perilaku terlihat agresif.	

3. Pohon Masalah

Bagan 2.5
Pohon Masalah



4. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis yang bertujuan mengidentifikasi respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami, baik yang bersifat aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan ini difokuskan untuk mengenali respons dari individu, keluarga, maupun komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Berikut diagnosa yang muncul menurut Sutejo (2019):

- a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
- b. Gangguan Emosi: Resiko Perilaku Kekerasan
- c. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

5. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x pertemuan, klien mampu mengontrol halusinasi dengan kriteria hasil: 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya. 2. Klien dapat mengenal halusinasinya; jenis, isi, waktu, dan frekuensi halusinasi, respons terhadap halusinasi, dan tindakan yang sudah dilakukan. 3. Klien dapat menyebutkan dan mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dan memasukkannya dalam jadwal kegiatan harian.	SP 1: 1. Bina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik 2. Mengidentifikasi jenis, isi, waktu, dan frekuensi halusinasi, respons terhadap halusinasi, dan tindakan yang sudah dilakukan. 3. Ajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. 4. Anjurkan klien memasukan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian.	1. Membangun kepercayaan dengan komunikasi yang hangat dan suportif. 2. Memahami isi dan pola halusinasi untuk menentukan tindakan yang tepat. 3. Mengajarkan cara menghadapi halusinasi agar klien merasa lebih baik. 4. Menjadikan latihan menghardik sebagai bagian dari kebiasaan harian.

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
2		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x pertemuan, klien mampu mengontrol halusinasi dengan kriteria hasil: 1. Klien dapat menyebutkan kegiatan SP 1 2. Klien dapat bercakap-cakap dengan orang lain. 3. Klien dapat memasukan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap bersama orang lain dalam jadwal kegiatan harian.	SP 2: 1. Evaluasi kegiatan SP 1 2. Ajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. 3. Anjurkan klien memasukan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap bersama orang lain dalam jadwal kegiatan harian.	1. Untuk mengetahui efektivitas intervensi sebelumnya. 2. Meningkatkan fungsi sosial klien. 3. Menjadikan latihan bercakap-cakap sebagai bagian dari kebiasaan harian.

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
3		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x pertemuan, klien mampu mengontrol halusinasi dengan kriteria hasil: 1. Klien dapat menyebutkan kegiatan SP 1 dan SP 2 2. Klien dapat terlibat atau melakukan kegiatan sehari-hari.. 3. Klien dapat membuat jadwal kegiatan sehari-hari.	SP 3: 1. Evaluasi kegiatan SP 1 dan SP 2 2. Ajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan sehari-hari. 3. Anjurkan klien memasukan kegiatan positif dalam jadwal harian.	1. Untuk mengetahui efektivitas intervensi sebelumnya. 2. Untuk mendistraksi alami terhadap stimulus halusinasi. 3. Menjadikan kegiatan sebagai bagian dari kebiasaan harian.

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
4		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x pertemuan, klien mampu mengontrol halusinasi dengan kriteria hasil: 1. Klien dapat menyebutkan kegiatan SP 1, SP 2 dan SP 3 2. Klien dapat menyebutkan nama beserta fungsi obat dan demonstrasi cara meminum obat. 3. Klien dapat memasukan minum obat dalam jadwal kegiatan sehari-hari.	SP 4: 1. Evaluasi kegiatan SP 1, SP 2 dan SP 3 2. Jelaskan nama, fungsi obat dan akibat jika putus minum obat. 3. Ajarkan klien demonstrasi cara 5 benar minum obat. 4. Anjurkan klien memasukan minum obat dalam jadwal kegiatan harian.	1. Untuk mengetahui efektivitas intervensi sebelumnya. 2. Untuk meningkatkan kepatuhan klien minum obat. 3. Membantu klien memahami langkah-langkah minum obat. 4. Menjadikan minum obat sebagai bagian dari kebiasaan harian.

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
5	Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x pertemuan, klien mampu membangun aspek positif dengan kriteria hasil: 1. Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 2. Klien dapat menilai kemampuan yang dapat dilatih 3. Klien dapat memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan untuk latihan. 4. Klien dapat menyusun jadwal untuk melatih kemampuan yang dipilih.	SP 1: 1. Bina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik. 2. Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki klien. 3. Bantu klien memilih kemampuan yang akan dilatih. 4. Melatih dan apresiasi kemampuan yang dipilih klien 5. Menyusun jadwal untuk melatih kemampuan yang dipilih.	1. Untuk mengetahui efektivitas intervensi sebelumnya. 2. Untuk mengetahui potensi yang masih dimiliki klien 3. Untuk mendorong klien memilih yang diminati 4. Untuk meningkatkan kepercayaan diri klien 5. Menjadikan kemampuan yang dilatih sebagai bagian dari kebiasaan harian.

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
6		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x pertemuan, klien mampu membangun aspek positif dengan kriteria hasil: 1. Klien dapat menyebutkan kegiatan SP 1 2. Klien dapat memilih kegiatan kedua yang sesuai dengan kemampuan untuk latihan. 3. Klien dapat menilai kemampuan yang dapat dilatih 4. Klien dapat menyusun jadwal untuk melatih kemampuan yang dipilih.	SP 2: 1. Evaluasi kegiatan SP 1 2. Identifikasi kemampuan positif kedua yang dimiliki klien. 3. Bantu klien memilih kemampuan yang akan dilatih. 4. Melatih dan apresiasi kemampuan yang dipilih klien 5. Menyusun jadwal untuk melatih kemampuan yang dipilih.	1. Untuk mengetahui efektivitas intervensi sebelumnya. 2. Untuk mengetahui potensi yang masih dimiliki klien 3. Untuk mendorong klien memilih yang diminati 4. Untuk meningkatkan kepercayaan diri klien 5. Menjadikan kemampuan yang dilatih sebagai bagian dari kebiasaan harian.

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
7	Risiko perilaku kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x pertemuan, klien mampu mengatasi atau mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan kriteria hasil: 1. Klien dapat menyebutkan penyebab tanda, gejala, dan akibat dari perilaku kekerasan 2. Klien dapat memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara melakukan Teknik nafas dalam	SP 1: 1. Identifikasi penyebab tanda, gejala, dan akibat dari perilaku kekerasan 2. Latih cara melakukan teknik nafas dalam 3. Memasukan teknik nafas dalam jadwal kegiatan harian	1. Mengetahui penyebab tanda, gejala, dan akibat dari perilaku kekerasan 2. Melatih klien mengatur emosinya dengan teknik nafas dalam 3. Menjadikan teknik nafas dalam sebagai bagian dari kebiasaan harian.

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
8		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x pertemuan, klien mampu mengatasi atau mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan kriteria hasil: 1. Klien dapat menyebutkan kegiatan sebelumnya 2. Klien dapat memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara melakukan pukul bantal atau guling	SP 2: 1. Evaluasi kegiatan SP 1 2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan melakukan pukul bantal atau guling 3. Memasukan cara mengontrol perilaku kekerasan pukul bantal atau guling dalam jadwal kegiatan harian	1. Untuk mengetahui efektivitas intervensi sebelumnya. 2. Untuk menyalurkan emosi klien secara fisik 3. Menjadikan cara menyalurkan emosi pukul bantal atau guling sebagai bagian dari kebiasaan harian.

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
9		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x pertemuan, klien mampu mengatasi atau mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan kriteria hasil: 1. Klien dapat menyebutkan kegiatan sebelumnya 2. Klien dapat memperagakan cara sosial atau verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP 3: 1. Evaluasi kegiatan SP 1 dan SP 2 2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan mengungkapkan marah dengan verbal, meminta dengan baik atau menolak dengan baik 3. Memasukan dalam jadwal kegiatan harian	1. Untuk mengetahui efektivitas intervensi sebelumnya. 2. Untuk mengajarkan klien mengungkapkan perasaan secara verbal, menolak dan meminta dengan cara yang baik 3. Menjadikan teknik mengontrol emosi sebagai bagian dari kebiasaan harian.

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
10		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x pertemuan, klien mampu mengatasi atau mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan kriteria hasil: 1. Klien dapat menyebutkan kegiatan sebelumnya 2. Klien dapat mempragakan cara spiritual	SP 4: 1. Evaluasi kegiatan SP 1, SP 2, SP 3 2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan berdoa atau beribadah 3. Memasukan dalam jadwal kegiatan harian	1. Untuk mengetahui efektivitas intervensi sebelumnya. 2. Untuk cara mengontrol emosi dengan berdoa atau beribadah 3. Menjadikan teknik mengontrol emosi sebagai bagian dari kebiasaan harian.

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
11		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x pertemuan, klien mampu mengatasi atau mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan kriteria hasil: 1. Klien dapat menyebutkan kegiatan sebelumnya Klien dapat menyebutkan nama beserta fungsi obat dan demonstrasi cara meminum obat.	SP 5: 1. Evaluasi kegiatan SP 1, SP 2, SP 3 dan SP 4 2. Jelaskan nama, fungsi obat dan akibat jika putus minum obat. 3. Ajarkan klien demonstrasi cara 5 benar minum obat. 4. Anjurkan klien memasukan minum obat dalam jadwal kegiatan harian.	1. Untuk mengetahui efektivitas intervensi sebelumnya. 2. Untuk meningkatkan kepatuhan klien minum obat. 3. Membantu klien memahami langkah-langkah minum obat. 4. Menjadikan minum obat sebagai bagian dari kebiasaan harian.

6. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian tindakan profesional yang sistematis dan terorganisir dalam memberikan asuhan keperawatan bagi individu, keluarga, dan komunitas untuk mencapai derajat kesehatan optimal. Dalam konteks keperawatan jiwa, tindakan ini mencakup asesmen psikologis, pemberian dukungan emosional, pemberdayaan coping adaptif, serta edukasi untuk mencegah kekambuhan gangguan mental (Nugroho & Kartika, 2023; Rahmani & Iskandar, 2022).

Pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) yang disesuaikan dengan setiap masalah utama yang dialami klien. Sebelum tindakan keperawatan dimulai, dilakukan kontrak dengan klien yang berisi penjelasan mengenai apa saja yang akan dilakukan serta peran serta yang diharapkan dari klien. Seluruh tindakan yang sudah dilakukan serta respons klien terhadap tindakan tersebut harus didokumentasikan dengan baik (Gasril, 2021).

7. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah langkah terakhir pada proses keperawatan yang bertujuan menilai apakah rencana keperawatan yang telah diterapkan pada klien telah tercapai atau sesuai dengan perencanaan awal. Evaluasi terdiri dari beberapa jenis, yaitu:

1) Evaluasi Proses (Evaluasi Formatif)

Fokus pada penilaian aktivitas keperawatan yang telah dilakukan, bagaimana pelaksanaannya, dan kualitas pelayanan tindakan keperawatan. Metode evaluasi ini mencakup pengumpulan data, analisis rencana asuhan, observasi langsung terhadap klien, wawancara, pertemuan kelompok, serta pengisian form evaluasi. Evaluasi formatif membantu memastikan intervensi berjalan sesuai rencana dan memberikan kesempatan untuk penyesuaian segera jika diperlukan.

2) Evaluasi Hasil (Evaluasi Sumatif)

Berfokus pada hasil akhir dari tindakan keperawatan, yakni perubahan status kesehatan klien setelah intervensi. Pada tahap ini, perawat menilai apakah tujuan terapi tercapai dan terjadi perubahan kondisi yang diharapkan.

Dalam konteks psikologi dan kesehatan masyarakat, kedua jenis evaluasi tersebut juga dimanfaatkan untuk menilai perubahan perilaku dan kondisi mental pasien. Dengan penerapan evaluasi yang sistematis dan berbasis bukti, kualitas serta keberlanjutan asuhan kesehatan dapat terjamin secara efektif (Wanda, 2020; Ramadhani et al., 2023).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Pengkajian

1. Identitas Klien

a. Data Diri

Nama	: Tn. B
Umur	: 35 tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Status Perkawinan	: Belum kawin
Pekerjaan	: Kontraktor
Pendidikan Terakhir	: S1
Alamat	: Kalibata, Kec. Pancoran, Kota Jakarta Selatan
No. RM	: XX13
Diagnosa Medis	: Skizofrenia
Tanggal Masuk	: 30 Oktober 2018
Tanggal Pengkajian	: 23 April 2025

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. W
Umur	: 50 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Hubungan	: Bibi

2. Alasan Masuk

Klien mulai dirawat di Klinik Yayasan Nur Illahi Assanie pada tanggal 30 Oktober 2018. Ia mengaku dibawa oleh petugas klinik sepulang kerja tanpa sepengetahuannya. Klien mengatakan sering mendengar suara-suara bisikan yang membuatnya merasa terganggu. Halusinasi ini sudah berlangsung cukup lama dan mulai memengaruhi aktivitas sehari-hari. Karena kondisinya semakin mengganggu, keluarga memutuskan untuk membawanya ke klinik guna mendapatkan perawatan lebih lanjut.

3. Riwayat Keluhan Sekarang

Saat dikaji pada hari Rabu, tanggal 23 April 2025, klien mengeluh masih sering mendengar suara bisikan wanita yang diyakini sebagai suara sepupunya. Suara tersebut biasanya muncul di malam hari, terdengar samar, dan berlangsung sekitar 10 detik. Klien tidak mengingat isi bisikan secara spesifik, namun menyampaikan bahwa suara tersebut tidak mengandung ancaman dan tidak menyuruh dirinya menyakiti diri sendiri maupun orang lain. Meskipun begitu, klien tetap merasa terganggu, tidak nyaman, sulit berkonsentrasi dan mengganggu tidurnya.

4. Faktor Presipitasi

Klien menyampaikan adanya masalah emosional berupa ketidakmampuan dalam mengungkapkan perasaan kepada orang yang disukainya. Hubungan yang dijalani selalu berakhir, dan kejadian ini telah dialami sebanyak tiga

kali. Akibatnya, kebutuhan biologis klien tidak terpenuhi. Selain itu, klien jarang dikunjungi oleh keluarga, sehingga merasa rindu dan ingin segera pulang. Keadaan ini membuat klien merasa kecewa dan seolah tidak mampu menjadi sosok yang diharapkan.

5. Faktor Predisposisi

a. Gangguan jiwa di masa lalu

Klien mengalami gangguan halusinasi sejak tahun 2018 dan telah menjalani perawatan di Klinik Nur Illahi Assanie selama 7 tahun. Saat ini, ia merasa kondisinya lebih stabil.

b. Pengobatan sebelumnya

Klien menyatakan tidak pernah menjalani pengobatan gangguan jiwa di tempat lain selain di Klinik Nur Illahi Assanie.

c. Riwayat keluarga dengan gangguan jiwa

Klien menyebutkan bahwa tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat gangguan jiwa.

d. Pengalaman masa lalu yang kurang menyenangkan

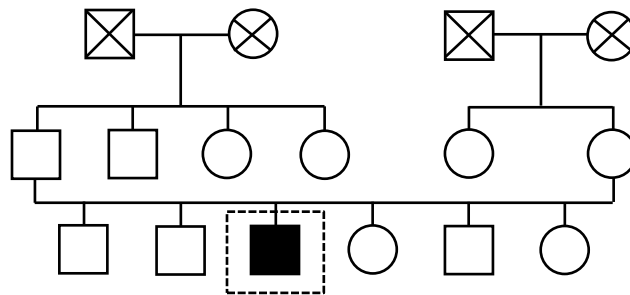
Klien menyampaikan bahwa saat pertama kali dibawa ke klinik, ia diberitahu hanya akan dirawat selama 2 minggu. Namun, hingga saat ini sudah 7 tahun lamanya ia belum pulang ke rumah.

6. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan Umum : Cukup baik
- b. Tanda-tanda Vital :
- 1) Tekanan darah : 120/80 mmHg
 - 2) Suhu tubuh : 36,7°C
 - 3) Nadi : 84 x/menit
 - 4) Pernapasan : 20 x/menit
 - 5) Berat badan : 53 kg
 - 6) Tinggi badan : 174 cm
 - 7) SpO₂ : 97%

7. Psikososial

a. Genogram



- Keterangan:
- | | |
|-----------------------|-------------------|
| : Laki-laki | : Klien |
| : Laki-laki meninggal | : Garis keturunan |
| : Perempuan | : Garis serumah |
| : Perempuan meninggal | |

Penjelasan: Tn. B telah tinggal sendiri di fasilitas rehabilitasi mental sejak tahun 2018 dan telah menjalani perawatan selama 7 tahun. Klien merupakan anak ketiga dari enam bersaudara.

b. Konsep Diri

1) Citra tubuh

Klien mengatakan menyukai seluruh bagian tubuhnya dan tidak memiliki keluhan terkait penampilannya.

2) Identitas diri

Klien dapat menyebutkan nama, usia, jenis kelamin, dan alamatnya dengan tepat. Ia menyebut dirinya sebagai pribadi yang bertanggung jawab dan ingin menjadi lebih baik.

3) Peran

Klien menceritakan bahwa ia sudah tidak lagi menjalani pekerjaannya sebagai kontraktor seperti dulu. Namun, selama tinggal di klinik, ia sering membantu membersihkan ruangan, memandikan pasien lain, dan merapikan tempat tidur. Atas bantuannya, perawat kadang memberinya upah. Meski peran tersebut berbeda dari sebelumnya, klien merasa tetap bisa berguna dan senang membantu orang lain.

4) Ideal diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh agar bisa pulang ke rumah dan kembali bekerja seperti dulu. Ia juga punya harapan untuk

menikah dan membangun keluarga ketika kondisinya sudah lebih baik.

5) Harga diri

Klien mengatakan merasa malu karena usianya tidak lagi muda, ingin lanjut bekerja dan menikah tetapi belum terwujud. Klien merasa kecewa dan kasihan pada diri sendiri karena merasa sudah sembuh, tetapi masih harus dirawat di klinik. klien mengatakan merasa sedih karena jarang dijenguk keluarga.

c. Hubungan Interpersonal

1) Orang yang berarti

Klien mengatakan orang yang terdekat dan berarti adalah keluarga terutama ibu.

2) Peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat

Klien aktif terlibat dalam kegiatan di klinik, dan merasa diterima oleh pasien maupun staf.

3) Hambatan dalam hubungan dengan orang lain

Klien mengatakan tidak ada hambatan dalam hubungan dengan pasien maupun staf.

d. Spiritualitas

1) Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan bahwa dirinya beragama Islam dan meyakini adanya Allah SWT.

2) Aktivitas keagamaan

Klien mengatakan sudah lama tidak beribadah shalat 5 waktu dan tadarus. Meski begitu, ia senang mengikuti kajian rutin di klinik.

8. Status mental

a. Penampilan

Saat pengkajian penampilan klien cukup rapi, menggunakan seragam klinik, rambut bersih, gigi kuning, kuku bersih dan pendek.

b. Pembicaraan

Klien mampu menjawab sesuai dengan apa yang ditanyakan meskipun terkadang klien lupa dan tidak konsisten.

c. Aktivitas Motorik

Klien aktif secara fisik, terlihat sering mondar-mandir di lorong klinik, mampu melakukan aktivitas harian seperti mandi, makan secara mandiri. Selain itu, klien tampak melamun dan sesekali tersenyum sendiri tanpa alasan yang jelas.

d. Alam Perasaan

Klien mengungkapkan rasa kecewa pada diri sendiri karena merasa sudah sembuh, tetapi masih harus dirawat di klinik.

e. Afek

Afek klien tampak datar dan kurang ekspresif.

f. Interaksi Selama Wawancara

Klien tampak kooperatif saat diwawancara, kontak mata baik dan mampu menjawab pertanyaan yang diajukan.

g. Persepsi

Klien mengatakan mendengar suara bisikan wanita yang mirip suara sepupunya. suara tersebut tidak mengandung ancaman dan tidak menyuruh menyakiti diri sendiri maupun orang lain. Klien mengatakan Suara tersebut biasanya muncul di malam hari, terdengar samar, dan berlangsung sekitar 10 detik.

h. Proses Pikir

Alur pikir klien logis, pembicaraan terarah dan tidak berbelit-belit. Klien mampu berhitung soal matematika sederhana dengan cepat dan tepat.

i. Isi pikir

Klien merasa dirinya sudah sembuh dan berfikiran ingin cepat pulang.

j. Tingkat Kesadaran

Klien dalam keadaan baik sadar penuh.

k. Memori

1) Jangka Panjang

Klien mampu mengingat peristiwa saat kuliah di ITB.

2) Jangka Pendek

Klien mampu mengingat kegiatan hari ini sejak bangun tidur.

l. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Klien mampu berhitung dengan cepat dan benar, misalnya saat diminta mengalikan “ $135 \times 40 = 5.400$ ”.

m. Kemampuan Penilaian

Klien mampu membuat keputusan sederhana, seperti ketika diminta menentukan kontrak waktu untuk pengkajian.

n. Daya Tilik Diri

Klien menyadari bahwa dirinya sedang mengalami gangguan jiwa berupa halusinasi dan saat ini sedang menjalani perawatan di Klinik Nur Illahi Assani Garut.

9. Aktivitas Sehari-hari

a. Makan

Klien mengatakan makan tiga kali sehari secara mandiri. Ia mampu mengambil makanan sendiri dan menghabiskan satu porsi, meskipun terkadang menyisakan lauk jika kurang disukai.

b. BAB dan BAK

Klien dapat mengontrol BAB dan BAK secara mandiri, dilakukan teratur di toilet tanpa bantuan.

c. Mandi

Klien mandi dua kali sehari, pagi dan sore. Ia melakukannya sendiri tanpa perlu diingatkan.

d. Berpakaian/Berhias

Klien mampu memilih dan mengenakan pakaian sendiri. Ia tampak bersih dan mengenakan seragam klinik dengan rapi.

e. Istirahat Tidur

Klien menyatakan tidur malam mulai pukul 21.00 dan bangun sekitar pukul 04.00. Terkadang tidur siang sekitar pukul 14.00. Ia menyebutkan tidur cukup nyenyak dan jarang terbangun di malam hari.

f. Penggunaan Obat

Klien rutin meminum obat sesuai anjuran dokter. Ia memahami pentingnya pengobatan dan diawasi oleh perawat selama minum obat.

g. Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan selalu mengikuti pemeriksaan medis secara teratur saat kunjungan dokter. Ia menunjukkan sikap kooperatif terhadap proses perawatan.

h. Aktivitas di Rumah

Di dalam klinik, klien senang bermain game online, memainkan gitar, dan mengoperasikan laptop. Untuk aktivitas luar, ia bercerita bahwa ia biasanya senang bersosialisasi dengan teman, menonton bioskop, mendaki gunung, dan bekerja saat di rumah.

10. Mekanisme Koping

Klien menunjukkan mekanisme koping yang cukup adaptif. Dalam menghadapi rasa kecewa, klien memilih untuk tetap aktif di lingkungan

klinik dengan membantu membersihkan ruangan, merapikan tempat tidur, dan merawat pasien lain. Aktivitas ini membuatnya merasa lebih tenang.

11. Aspek Medik

Diagnosa medis : Skizofrenia

Terapi medis :

No	Nama Obat	Dosis	Golongan	Kegunaan
1	Haloperidol	3×1	Antipsikotik	Mengatasi gejala psikotik halusinasi
2	Stelosi	3×1	Antipsikotik	Meredakan kecemasan berat
3	Hexymer	3×1	Antiparkinson	Mengurangi efek samping ekstrapiramidal

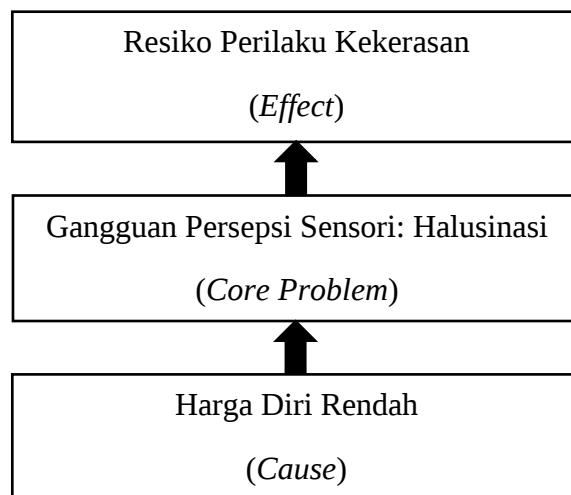
B. Analisa data

No	Data	Masalah Keperawatan
1	DS: a) Klien mengatakan mendengar suara bisikan wanita yang mirip suara sepupunya. b) Klien mengatakan suara tersebut tidak mengandung ancaman dan tidak menyuruh menyakiti diri sendiri maupun orang lain.	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

No	Data	Masalah Keperawatan
	c) Klien mengatakan Suara tersebut biasanya muncul di malam hari, terdengar samar, dan berlangsung sekitar 10 detik. DO: a) Klien tampak suka mondar-mandir. b) Klien tampak melamun dan sesekali tersenyum sendiri. c) Terlihat mulut klien komat-kamit seperti berbicara sendiri.	
2	DS: a) Klien mengatakan merasa malu karena usianya tidak lagi muda, ingin lanjut bekerja dan menikah tetapi belum terwujud. b) Klien mengatakan merasa kecewa dan kasihan pada diri sendiri karena merasa sudah sembuh, tetapi masih harus dirawat di klinik. c) klien mengatakan merasa sedih karena jarang dijenguk keluarga.	Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

No	Data	Masalah Keperawatan
	DO: a) Afek klien tampak datar dan kurang ekspresif. b) Klien sudah tinggal di fasilitas rehabilitasi mental sejak tahun 2018 dan telah menjalani perawatan selama 7 tahun.	

C. Pohon masalah



D. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

DS:

- a) Klien mengatakan mendengar suara bisikan wanita yang mirip suara sepupunya.
- b) Klien mengatakan suara tersebut tidak mengandung ancaman dan tidak menyuruh menyakiti diri sendiri maupun orang lain.
- c) Klien mengatakan Suara tersebut biasanya muncul di malam hari, terdengar samar, dan berlangsung sekitar 10 detik.

DO:

- a) Klien tampak suka mondar-mandir.
- b) Klien tampak melamun dan sesekali tersenyum sendiri.
- c) Terlihat mulut klien komat-kamit seperti berbicara sendiri.

2. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

DS:

- a) Klien mengatakan merasa malu karena usianya tidak lagi muda, ingin lanjut bekerja dan menikah tetapi belum terwujud.
- b) Klien mengatakan merasa kecewa dan kasihan pada diri sendiri karena merasa sudah sembuh, tetapi masih harus dirawat di klinik.
- c) klien mengatakan merasa sedih karena jarang dikunjungi keluarga.

DO:

- a) Afek klien tampak datar dan kurang ekspresif.
- b) Klien tinggal di fasilitas rehabilitasi mental sejak tahun 2018 dan telah menjalani perawatan selama 7 tahun.

E. Intervensi Keperawatan

Nama : Tn. B

Jenis kelamin : Laki-laki

Umur : 35 Tahun

Alamat : Kalibata, Kec. Pancoran, Kota Jakarta Selatan

No. RM : XX13

Diagnosa Medis : Skizofrenia

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x pertemuan, klien mampu mengontrol halusinasi dengan kriteria hasil: 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya. 2. Klien dapat mengenal halusinasinya; jenis, isi, waktu, dan frekuensi halusinasi,	SP 1: 1. Bina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik 2. Mengidentifikasi jenis, isi, waktu, dan frekuensi halusinasi, respons terhadap halusinasi, dan tindakan yang sudah dilakukan.	1. Membangun kepercayaan dengan komunikasi yang hangat dan suportif. 2. Memahami isi dan pola halusinasi untuk menentukan tindakan yang tepat.

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		respons terhadap halusinasi, dan tindakan yang sudah dilakukan. 3. Klien dapat menyebutkan dan mempraktekan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dan memasukannya dalam jadwal kegiatan harian.	3. Ajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. 4. Anjurkan klien memasukan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian.	3. Mengajarkan cara menghadapi halusinasi agar klien merasa lebih baik. 4. Menjadikan latihan menghardik sebagai bagian dari kebiasaan harian.

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
2		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x pertemuan, klien mampu mengontrol halusinasi dengan kriteria hasil: 1. Klien dapat menyebutkan kegiatan SP 1 2. Klien dapat bercakap-cakap dengan orang lain. 3. Klien dapat memasukan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap bersama orang lain dalam jadwal kegiatan harian.	SP 2: 1. Evaluasi kegiatan SP 1 2. Ajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. 3. Anjurkan klien memasukan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap bersama orang lain dalam jadwal kegiatan harian.	1. Untuk mengetahui efektivitas intervensi sebelumnya. 2. Meningkatkan fungsi sosial klien. 3. Menjadikan latihan bercakap-cakap sebagai bagian dari kebiasaan harian.

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
3		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x pertemuan, klien mampu mengontrol halusinasi dengan kriteria hasil: 1. Klien dapat menyebutkan kegiatan SP 1 dan SP 2 2. Klien dapat terlibat atau melakukan kegiatan sehari-hari.. 3. Klien dapat membuat jadwal kegiatan sehari-hari.	SP 3: 1. Evaluasi kegiatan SP 1 dan SP 2 2. Ajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan sehari-hari. 3. Anjurkan klien memasukan kegiatan positif dalam jadwal harian.	1. Untuk mengetahui efektivitas intervensi sebelumnya. 2. Untuk mendistraksi alami terhadap stimulus halusinasi. 3. Menjadikan kegiatan sebagai bagian dari kebiasaan harian.

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
4		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x pertemuan, klien mampu mengontrol halusinasi dengan kriteria hasil: 1. Klien dapat menyebutkan kegiatan SP 1, SP 2 dan SP 3 2. Klien dapat menyebutkan nama beserta fungsi obat dan demonstrasi cara meminum obat. 3. Klien dapat memasukan minum obat dalam jadwal kegiatan sehari-hari.	SP 4: 1. Evaluasi kegiatan SP 1, SP 2 dan SP 3 2. Jelaskan nama, fungsi obat dan akibat jika putus minum obat. 3. Ajarkan klien demonstrasi cara 5 benar minum obat. 4. Anjurkan klien memasukan minum obat dalam jadwal kegiatan harian.	1. Untuk mengetahui efektivitas intervensi sebelumnya. 2. Untuk meningkatkan kepatuhan klien minum obat. 3. Membantu klien memahami langkah-langkah minum obat. 4. Menjadikan minum obat sebagai bagian dari kebiasaan harian.

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
5	Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x pertemuan, klien mampu membangun aspek positif dengan kriteria hasil: 1. Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 2. Klien dapat menilai kemampuan yang dapat dilatih 3. Klien dapat memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan untuk latihan.	SP 1: 1. Bina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik. 2. Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki klien. 3. Bantu klien memilih kemampuan yang akan dilatih. 4. Melatih dan apresiasi kemampuan yang dipilih klien.	1. Untuk mengetahui efektivitas intervensi sebelumnya. 2. Untuk mengetahui potensi yang masih dimiliki klien 3. Untuk mendorong klien memilih yang diminati 4. Untuk meningkatkan kepercayaan diri klien 5. Menjadikan kemampuan yang dilatih sebagai bagian dari kebiasaan harian.

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		4. Klien dapat menyusun jadwal untuk melatih kemampuan yang dipilih.	5. Menyusun jadwal untuk melatih kemampuan yang dipilih.	
6		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x pertemuan, klien mampu membangun aspek positif dengan kriteria hasil: 1. Klien dapat menyebutkan kegiatan SP 1 2. Klien dapat memilih kegiatan kedua yang sesuai dengan kemampuan untuk latihan.	SP 2: 1. Evaluasi kegiatan SP 1 2. Identifikasi kemampuan positif kedua yang dimiliki klien. 3. Bantu klien memilih kemampuan yang akan dilatih.	1. Untuk mengetahui efektivitas intervensi sebelumnya. 2. Untuk mengetahui potensi yang masih dimiliki klien 3. Untuk mendorong klien memilih yang diminati

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		3. Klien dapat menilai kemampuan yang dapat dilatih 4. Klien dapat menyusun jadwal untuk melatih kemampuan yang dipilih.	4. Melatih dan apresiasi kemampuan yang dipilih klien 5. Menyusun jadwal untuk melatih kemampuan yang dipilih.	4. Untuk meningkatkan kepercayaan diri klien 5. Menjadikan kemampuan yang dilatih sebagai bagian dari kebiasaan harian.

F. Implementasi dan Evaluasi

Nama : Tn. B

Jenis kelamin : Laki-laki

Umur : 35 Tahun

Alamat : Kalibata, Kec. Pancoran, Kota Jakarta Selatan

No. RM : XX13

Diagnosa Medis : Skizofrenia

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	Tanggal : 24 April 2025 Jam : 10.00 SP 1: 1. Bina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik 2. Mengidentifikasi jenis, isi, waktu, dan frekuensi halusinasi, respons terhadap	Tanggal : 24 April 2025 Jam : 10.15 S: 1. Klien menyebutkan nama dan mengatakan “mau” menceritakan keluhannya. 2. Klien mengatakan mendengar suara bisikan wanita yang mirip suara	 Yusuf

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		halusinasi, dan tindakan yang sudah dilakukan. 3. Ajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. 4. Anjurkan klien memasukan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian.	sepupunya. Suara tersebut biasanya muncul di malam hari, terdengar samar, dan berlangsung sekitar 10 detik. Suara tersebut tidak mengandung ancaman atau menyakiti, namun tetap merasa terganggu dan tidak nyaman. 3. Klien mengatakan “pergi-pergi kamu tidak nyata” saat mempraktikkan cara menghardik halusinasi.	

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			O: 1. Klien tampak kooperatif dengan ekspresi datar saat berbincang. 2. Klien tampak menyebutkan isi, waktu dan frekuensi halusinasi. 3. Klien tampak mempraktikkan teknik menghardik halusinasi, dimulai menutup telinga dan mata. 4. Klien memasukan cara menghardik dalam jadwal kegiatan harian.	

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			A: klien mampu mengenali dan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik P: 1. Evaluasi efektivitas teknik menghardik secara berkala. 2. Dukung konsistensi klien dalam menjalankan jadwal kegiatan harian.	

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
2	Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah	Tanggal : 24 April 2025 Jam : 10.15 SP 1: 1. Bina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik. 2. Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki klien. 3. Bantu klien memilih kemampuan yang akan dilatih. 4. Melatih dan apresiasi kemampuan yang dipilih klien. 5. Menyusun jadwal untuk melatih kemampuan yang dipilih.	Tanggal : 24 April 2025 Jam : 10.30 S: 1. Klien mengatakan “mau” diajak berbincang dan menyebutkan nama 2. Klien mengatakan, “Saya suka bantu perawat beres-beres di sini” O: 1. Klien tampak kooperatif dengan ekspresi datar saat berbincang. 2. Klien memasukan beres-beres klinik dalam jadwal kegiatan harian.	 Yusuf

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			A: 1. Klien menyadari kemampuan yang masih ia miliki. 2. Klien menunjukkan perilaku positif dan merasa dihargai. P: 1. Dukung klien dalam mengidentifikasi dan mempertahankan kemampuan positif. 2. Berikan pujian atau apresiasi atas perilaku positif yang ditunjukkan klien.	

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
3	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	Tanggal : 25 April 2025 Jam : 14.00 SP 2: 1. Evaluasi kegiatan SP 1 2. Ajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. 3. Anjurkan klien memasukan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap bersama orang lain dalam jadwal kegiatan harian.	Tanggal : 25 April 2025 Jam : 14.15 S: 1. Klien mengatakan masih mengingat cara menghardik halusinasi 2. Klien mengatakan suka berbincang dengan teman di klinik O: 1. Klien terlihat tenang dan fokus saat berbincang 2. Klien memasukan bercakap-cakap dalam jadwal kegiatan harian.	 Yusuf

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			A: Klien menunjukkan respons positif terhadap teknik cara bercakap-cakap. P: Evaluasi efektivitas teknik bercakap-cakap secara berkala.	

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
4	Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah	Tanggal : 25 April 2025 Jam : 14.15 SP 2: 1. Evaluasi kegiatan SP 1 2. Identifikasi kemampuan positif kedua yang dimiliki klien. 3. Bantu klien memilih kemampuan yang akan dilatih. 4. Melatih dan apresiasi kemampuan yang dipilih klien 5. Menyusun jadwal untuk melatih kemampuan yang dipilih.	Tanggal : 25 April 2025 Jam : 14.30 S: 1. Klien mengatakan, “suka bermain gitar sambil bernyanyi” O: 1. Klien menyebutkan kemampuan positif kedua yaitu bermain gitar 2. Klien tampak bisa bermain kunci dasar pada gitar 3. Klien memasukan bermain gitar dalam jadwal kegiatan harian.	 Yusuf

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			A: Klien mampu menyebutkan kemampuan positif lain yang dimiliki. P: 1. Dukung klien untuk terus melatih kemampuan positifnya 2. Berikan apresiasi atas perilaku positif yang ditunjukkan klien.	

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
5	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	Tanggal : 28 April 2025 Jam : 10.00 SP 3: 1. Evaluasi kegiatan SP 1 dan SP 2 2. Ajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan sehari-hari. 3. Anjurkan klien memasukan kegiatan positif dalam jadwal harian.	Tanggal : 28 April 2025 Jam : 10.15 S: 1. Klien mengatakan masih mengingat kegiatan menghardik dan bercakap 2. Klien mengatakan, “Saya suka bantu perawat beres-beres di sini” O: 1. Klien terlihat tenang dan fokus saat berbincang 2. Klien tampak suka beres-beres dan ikut kegiatan klinik seperti senam, games, TAK dan kajian rutin	 Yusuf

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			3. Klien memasukkan kegiatan positif dalam jadwal harian. A: Klien memahami kegiatan positif dapat membantu mengurangi intensitas halusinasi. P: Motivasi klien untuk tetap aktif melakukan kegiatan positif yang disukai	

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
6	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	Tanggal : 29 April 2025 Jam : 14.00 SP 4: 1. Evaluasi kegiatan SP 1, SP 2 dan SP 3 2. Jelaskan nama, fungsi obat dan akibat jika putus minum obat. 3. Ajarkan klien demonstrasi cara 5 benar minum obat. 4. Anjurkan klien memasukan minum obat dalam jadwal kegiatan harian.	Tanggal : 29 April 2025 Jam : 14.15 S: 1. Klien mengatakan masih mengingat cara menghardik, bercakap-cakap dan berkegiatan positif 2. Klien menyebutkan nama obatnya "haloperidol ,stelosi dan hexymer" O: 1. Klien tampak kooperatif 2. Klien tampak mendengarkan saat menjelaskan prinsip 5 benar pemberian obat dan efek putus obat	 Yusuf

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			3. Klien mempraktikkan minum obat: a. Mencuci tangan. b. Menerima obat dari perawat. c. Memeriksa nama dan dosis obat yang diberikan. d. Mengambil air minum. e. Menelan obat dengan air. f. Mengkonfirmasi sudah minum. 4. Klien memasukan minum obat dalam jadwal kegiatan harian	

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			A: Klien memahami pentingnya minum obat secara teratur. P: 1. Motivasi klien untuk tetap minum obat teratur 2. Evaluasi secara berkala kepatuhan klien terhadap pengobatan.	

G. Catatan Perkembangan

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
1	30 April 2025 10.00 WIB	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	SP 1: S: 1. Klien mengatakan tidak mendengar suara bisikan saat kemarin malam 2. Klien mengatakan jika suara itu muncul akan mempraktikkan cara menghardik O: 1. Klien tampak tenang dan kooperatif 2. Kontak mata klien baik dan fokus 3. Tidak tampak melamun dan komat-kamit	 Yusuf

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
			A: Masalah halusinasi terkadang muncul, tetapi klien mulai memiliki kesadaran dan mencoba teknik menghardik. P: Evaluasi efektivitas teknik menghardik secara berkala. I: Ajarkan teknik menghardik untuk mengontrol halusinasi E: Klien mampu mendemonstrasikan teknik menghardik dengan menutup telinga, mata dan perintah verbal.	

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
2	30 April 2025 10.15 WIB	Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah	SP 1: S: Klien mengatakan, “Saya suka bantu perawat beres-beres di sini” O: 1. Klien tampak kooperatif dengan ekspresi datar saat berbincang. 2. Klien tampak beres-beres klinik, mulai dari mengepel dan merapikan tempat tidur A: Klien menyadari kemampuan positif yang masih ia miliki. P: Berikan pujian atau apresiasi atas perilaku positif yang ditunjukkan klien.	 Yusuf

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
			I: Menggali kemampuan positif, dan membantu memilih satu kegiatan yang disukai klien E: Klien mampu menyebutkan kemampuan positifnya	

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
3	01 Mei 2025 14.00 WIB	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	SP 2: S: Klien mengatakan suka berbincang dengan teman di klinik dan tidak ada kendala O: 1. Klien terlihat tenang dan fokus saat berbincang 2. Tampak klien berbaur dengan teman di klinik A: Klien menunjukkan respons positif terhadap teknik bercakap-cakap sebagai pengalihan halusinasi.	 Yusuf

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
			P: Evaluasi efektivitas teknik bercakap-cakap secara berkala. I: Ajarkan klien teknik kontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap pada orang lain. E: Klien mampu mengajak temannya bercakap-cakap	

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
4	01 Mei 2025 14.15 WIB	Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah	SP 2: S: Klien mengatakan, “suka bermain gitar sambil bernyanyi” O: 1. Klien menyebutkan kemampuan positif kedua yaitu bermain gitar 2. Klien tampak bisa bermain kunci dasar pada gitar A: Klien menyadari kemampuan positif yang masih ia miliki. P: Berikan pujian atau apresiasi atas perilaku positif yang ditunjukkan klien.	 Yusuf

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
			I: Menggali kemampuan positif kedua dan membantu memilih satu kegiatan yang disukai klien E: Klien mampu menyebutkan kemampuan positif kedua	

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
5	02 Mei 2025 10.00 WIB	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	SP 3: S: Klien mengatakan, “Saya suka bantu perawat beres-beres di sini dan suka ikut kegiatan” O: Klien tampak aktif mengikuti kegiatan senam,games,TAK dan kajian rutin di klinik. A: Klien menyadari bahwa kesibukan bisa mengurangi munculnya halusinasi.	 Yusuf

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
			P: Evaluasi efektivitas kegiatan positif yang diminati secara berkala. I: Ajarkan klien mengontrol halusinasi dengan kegiatan harian yang positif dan bermakna. E: Klien mampu mengikuti aktivitas positif dan bersedia melakukannya secara rutin.	

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
6	03 Mei 2025 10.00 WIB	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran	SP 4: S: 1. Klien menyebutkan nama obatnya “haloperidol ,stelosi dan hexymer” 2. Klien mengatakan rutin minum obat 3x sehari O: 1. Klien mampu menyebutkan nama dan fungsi obat secara sederhana 2. Klien tampak mempraktikkan minum obat: a. Mencuci tangan. b. Menerima obat dari perawat. c. Memeriksa nama dan dosis obat yang diberikan. d. Mengambil air minum.	 Yusuf

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
			e. Menelan obat dengan air. f. Mengkonfirmasi sudah di minum. A: Klien mulai memiliki pemahaman tentang pentingnya minum obat dan akibat jika tidak patuh. P: Evaluasi efektivitas teknik menghardik secara berkala. I: Edukasi prinsip 5 benar pemberian obat, fungsi obat, dan akibat jika tidak minum obat. Latih klien melakukan demonstrasi minum obat	

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
			E: Klien mampu menyebutkan manfaat obat secara sederhana dan mempraktikkan langkah minum obat.	

H. Pembahasan

Dalam pembahasan ini, penulis membandingkan teori dan data kasus yang diperoleh selama asuhan keperawatan jiwa pada Tn. B di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang, Garut. Asuhan keperawatan dilakukan mulai dari pengkajian hingga evaluasi pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dan harga diri rendah. Hasil pengkajian menunjukkan sebagian data sesuai dengan teori, namun terdapat beberapa kesenjangan yang akan dibahas lebih lanjut.

1. Pengkajian

Pada kasus Tn. B, ditemukan beberapa data yang sesuai dengan teori skizofrenia jenis paranoid. Klasifikasi ini didasarkan pada gejala positif berupa halusinasi pendengaran yang muncul pada malam hari, berupa bisikan mengganggu dan membuatnya tidak nyaman. Klien juga menyadari bahwa suara tersebut tidak nyata, dan tidak ada isi halusinasi berupa perintah untuk menyakiti diri atau orang lain. Dari data ini juga dapat disimpulkan bahwa klien mengalami gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada tahap I (*comforting*), di mana suara bisikan tersebut belum bersifat mengancam, klien masih dapat mengontrol halusinasi dan daya tilik diri klien masih baik (Stuart, 2022).

Kesesuaian lain dari data Tn. B, dengan teori adalah adanya faktor predisposisi riwayat gangguan jiwa yang sudah lama sejak 2018, serta faktor presipitasi pengalaman traumatik gagal mengungkapkan

perasaan kepada perempuan yang disukai, sehingga menjadi pemicu stresor emosional. Data lain juga menunjukkan klien merasa malu, merasa gagal dan merasa tidak diperhatikan, sehingga dapat disimpulkan bahwa klien mengalami ciri harga diri rendah situasional (SDKI, 2017).

Meski sebagian besar data sesuai dengan teori, tetap ditemukan beberapa kesenjangan, khususnya pada aspek faktor genetik dan biologis. Secara teori, riwayat keluarga dengan gangguan jiwa merupakan salah satu faktor predisposisi utama skizofrenia (Sadock, 2022), namun hal tersebut tidak ditemukan pada Tn. B. Di sisi lain, data mengenai gangguan neurobiologis juga tidak tersedia karena keterbatasan pemeriksaan penunjang seperti CT scan atau MRI. Namun, penegakan diagnosis skizofrenia tetap dapat dilakukan melalui pengamatan klinis terhadap gejala positif dan negatif yang ditampilkan klien, tanpa harus bergantung pada hasil scan otak saja.

Adapun tanda dan gejala yang tercantum dalam teori namun tidak ditemukan pada klien Tn. B antara lain:

- a. Menutup telinga, daya tilik diri
- b. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu
- c. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- d. Kontak mata kurang dan murung
- e. Menghindari orang lain, avolisi
- f. Mengkritik orang lain, alogia
- g. Risiko Perilaku Kekerasan
- h. Perubahan pada citra tubuh

Tanda dan gejala tersebut tidak ditemukan pada klien karena kondisinya telah menunjukkan perbaikan. Selain itu klien sudah mendapatkan perawatan selama 7 tahun di Rehabilitasi Mental. Nur Illahie Assani Samarang Garut. Dan pada saat pengkajian klien sudah mampu melakukan berbagai kegiatan positif sesuai kemampuan klien juga dapat mengidentifikasi kemampuan yang dimilikinya, seperti membereskan tempat tidur dan aktivitas lainnya secara mandiri.

2. Diagnosa

Berdasarkan diagnosa yang muncul menurut Sutejo (2019):

- a. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
- b. Gangguan Emosi: Resiko Perilaku Kekerasan
- c. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

Hasil pengkajian terhadap Tn. B, terdapat dua diagnosis keperawatan yang dapat ditegakkan, yaitu Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah.

Diagnosis lain seperti Risiko Perilaku Kekerasan yang mungkin muncul pada kasus halusinasi tidak ditemukan pada Tn. B, karena tidak terdapat data subjektif maupun objektif yang mengarah ke perilaku membahayakan diri sendiri maupun orang lain.

3. Intervensi

Penulis menyusun rencana intervensi keperawatan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi aktual yang dialami oleh Tn. B. Perencanaan intervensi disusun mengacu pada pedoman standar praktik keperawatan yang sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan, yaitu Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah. Untuk masing-masing diagnosis, penulis merancang intervensi dengan menggunakan pendekatan Strategi Pelaksanaan (SP), yaitu SP 4 untuk halusinasi pendengaran dan SP 2 untuk harga diri rendah.

Intervensi keperawatan untuk diagnosa halusinasi pendengaran difokuskan pada membantu klien mengenali isi halusinasi, membedakan antara stimulus nyata dan tidak nyata, serta mengalihkan perhatian saat halusinasi muncul. Sedangkan intervensi untuk harga diri rendah dirancang untuk meningkatkan penerimaan diri, membantu klien mengidentifikasi kelebihan yang dimiliki, dan membina interaksi sosial yang positif.

Semua rencana tindakan keperawatan dirancang secara sistematis, meliputi rumusan tujuan jangka pendek dan jangka panjang, kriteria evaluasi, intervensi spesifik, dan rasionalisasi yang sesuai dengan teori dan kebutuhan klien. Intervensi ini bertujuan mendukung proses pemulihan psikologis Tn. B serta meningkatkan kualitas hidup dan kemandirian klien selama menjalani masa rehabilitasi.

4. Implementasi

Pada tahap implementasi, penulis melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi aktual klien. Sebelum intervensi dilakukan, penulis terlebih dahulu memvalidasi apakah tindakan yang direncanakan masih relevan, serta menjelaskan secara singkat kepada klien agar terbentuk kesepakatan mengenai peran masing-masing dalam proses terapi. Semua pelaksanaan tindakan serta respons klien didokumentasikan secara sistematis, dan intervensi menggunakan pendekatan strategi pelaksanaan (SP) sesuai standar keperawatan jiwa.

Pada tanggal 24 April 2025, penulis mulai melaksanakan SP 1 untuk dua masalah keperawatan, yaitu Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dan Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah. Untuk halusinasi, intervensi diawali dengan membina hubungan saling percaya dengan pendekatan terapeutik. Penulis mengidentifikasi jenis, isi, waktu kemunculan, dan respons klien terhadap halusinasi. Klien mengatakan bahwa ia sering mendengar suara bisikan perempuan yang menyerupai suara sepupunya, terutama muncul pada malam hari atau saat sedang sendiri. Klien juga diajarkan teknik menghardik sebagai cara awal untuk mengontrol halusinasinya. Pada hari yang sama, SP 1 untuk harga diri rendah dilakukan dengan membangun hubungan saling percaya serta memberi kesempatan kepada klien memilih aktivitas sederhana. Klien memilih beres-beres

dan merapikan tempat tidurnya sendiri sebagai bentuk tanggung jawab pribadi.

Selanjutnya, pada tanggal 25 April 2025, penulis melanjutkan ke SP 2. Untuk halusinasi, dilakukan evaluasi terhadap efektivitas teknik yang telah diajarkan sebelumnya. Klien menunjukkan respons yang baik, di mana ia mulai menggunakan teknik menghardik serta bercakap-cakap dengan perawat atau temannya sebagai cara untuk mengalihkan perhatian saat halusinasi muncul. Penulis menganjurkan agar teknik tersebut dijadikan bagian dari jadwal kegiatan harian klien. Sementara itu, SP 2 untuk harga diri rendah klien memilih kegiatan bermain gitar sambil bernyanyi di klinik untuk membangun keberanian, serta mendorong rasa percaya diri klien.

Kemudian, pada tanggal 28 April 2025, SP 3 difokuskan untuk masalah halusinasi, di mana penulis mengajak klien mengikuti latihan aktivitas seperti senam pagi, permainan, terapi aktivitas kelompok (TAK), pengajian rutin dan klien pun juga suka beres-beres di klinik, hal ini baik untuk mengalihkan perhatian dari halusinasi.

Pada tanggal 29 April 2025, implementasi SP 4 difokuskan pada edukasi mengenai obat-obatan. Penulis menjelaskan pentingnya konsumsi obat secara teratur untuk membantu mengontrol gejala psikosis. Klien dilatih minum obat dengan jadwal yang ditetapkan dan diminta memasukkan waktu minum obat ke dalam jadwal hariannya.

5. Evaluasi

Setelah dilakukan intervensi selama empat hari, klien tampak ada kemajuan dalam menangani kedua masalah keperawatan. Pada Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, klien lebih mampu mengontrol halusinasi dengan teknik yang telah diajarkan, seperti menghardik, bercakap-cakap, beraktivitas, serta minum obat secara teratur.

Sementara itu, pada Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah, klien mulai membangun kepercayaan dan terlibat dalam kegiatan harian yang dipilih sendiri, seperti merapikan beres-beres dan bermain gitar. Klien menunjukkan perubahan positif dalam mengekspresikan diri.

6. Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan adalah pencatatan tertulis maupun elektronik yang mendokumentasikan seluruh layanan dan perawatan yang diberikan oleh perawat kepada klien. Dokumentasi ini sangat penting untuk mendukung kontinuitas pelayanan, komunikasi antar tenaga kesehatan, serta menjadi bukti pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai standar profesi (Rahmi, Ana 2022).

Dalam praktik keperawatan jiwa, pendokumentasian meliputi catatan dari setiap tahapan asuhan, mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi, hingga evaluasi. (Ramadhani et al., 2023).

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. B yang dirawat di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut mulai tanggal 23 April-03 Mei 2025, penulis dapat menyimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian secara menyeluruh terhadap kondisi fisik dan psikologis Tn. B dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
2. Penulis dapat merumuskan dua diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi Tn. B dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
3. Penulis mampu menyusun perencanaan asuhan keperawatan berdasarkan prioritas masalah yang dialami Tn. B dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
4. Penulis dapat melaksanakan intervensi keperawatan menggunakan Strategi Pelaksanaan (SP) pada Tn. B dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

5. Penulis mampu melakukan evaluasi terhadap perubahan kondisi pada Tn. B dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
6. Penulis mampu melakukan pendokumentasian seluruh proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada Tn. B dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis Skizofrenia di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

B. Rekomendasi

1. Untuk Institusi Kesehatan / Klinik

Diharapkan tenaga kesehatan terus mengembangkan pendekatan yang komprehensif dan terapeutik dalam menangani klien dengan skizofrenia, terutama pada aspek halusinasi dan harga diri rendah, guna meningkatkan kualitas hidup dan kemandirian klien.

2. Untuk Stikes Karsa Husada Garut

Kajian kasus Tn. B ini dapat menjadi referensi awal dalam pembelajaran klinik keperawatan jiwa, khususnya mengenai penerapan intervensi terhadap dua diagnosa keperawatan utama yang sering ditemukan pada klien skizofrenia.

3. Untuk Mahasiswa Keperawatan

Mahasiswa diharapkan lebih teliti dalam mengidentifikasi tanda-tanda gangguan jiwa, menyusun intervensi berdasarkan kebutuhan individu klien, serta mampu menjalin hubungan terapeutik yang efektif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa di lapangan.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Apriyanti, S., Wahyuni, D., & Fitri, E. Y. (2022). Asuhan keperawatan jiwa pada pasien harga diri rendah situasional dengan terapi afirmasi positif. Universitas Sriwijaya.<https://siepub.unsri.dev/index.php/programstudi/detailgoogle/14201/NIL/610>
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2019). Laporan nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.<https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan%20Riskesdas%202018%20Nasional.pdf>
- Birken, M., Wong, H. T., McPherson, P., & Killaspy, H. (2021). A systematic review of the published literature on interventions to improve personal self-care for people with severe mental health problems. *British Journal of Occupational Therapy*, 84(4), 200211. <https://doi.org/10.1177/0308022620979467>
- Dewi, Y., & Lestari, S. (2024). Efektivitas terapi relaksasi progresif terhadap peningkatan harga diri pasien skizofrenia dengan harga diri rendah. *Jurnal Keperawatan Jiwa Indonesia*, 12(1), 7–14. <https://doi.org/10.26714/jkji.v12i1.9796>
- Departemen Kesehatan RI. (1993). Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa III. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.

- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2024). Profil kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2024. <https://diskes.jabarprov.go.id/profilkesehatan>
- Handayani, D., & Fitri, N. L. (2023). Efektivitas terapi aktivitas kelompok sosialisasi terhadap peningkatan interaksi sosial dan harga diri pada pasien skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa Indonesia*, 11(2), 108–115. <https://doi.org/10.37092/jkjii.v11i2.463>
- Hidayat, A. (2022). Pengaruh mekanisme koping terhadap kesehatan mental mahasiswa. *Jurnal Psikologi Masyarakat Indonesia*, 17(2), 89–98. <https://ejurnal.unpad.ac.id/psikomedia/article/view/2022/3421>
- Hidayati, R. (2023). Psikologi skizofrenia: Analisis gejala dan pendekatan terapi di masyarakat. *Journal of Public Health and Medical Studies - Scientium*, 8(3), 120–130. <https://scientium.co.id/journals/index.php/jphms/article/download/257/293/973>
- Jenurti, E. D., Nitami, S. D., Kartika, M. D., Yunengsih, Y., Tandon, R. D., & Direja, A. H. S. (2024). Pelaksanaan SPTK pada ODGJ dengan gangguan sensori persepsi (GPS) halusinasi di Kelurahan Panorama Kota Bengkulu 2023. *Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2(1). <https://doi.org/10.58818/jpm.v2i1.39>
- Jurnal Keperawatan Malang. (2022). Dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien skizofrenia dengan riwayat kekambuhan.
- Muhith, A. (2015). Pendidikan keperawatan jiwa: Teori dan aplikasi. Andi.

- Mulia, A. (2020). Rentang respons kemarahan individu: Dari adaptif hingga maladaptif [PDF]. Universitas Al Irsyad. <http://repository.universitasalirsyad.ac.id/36/2/bab%202.pdf>
- Natsir, R. M., & Metekohy, N. D. (2024). Gambaran kadar kreatinin pada pasien skizofrenia dengan terapi obat antipsikotik. *Jukej: Jurnal Kesehatan Jompa*, 3(2), 27–33. <https://doi.org/10.57218/jkj.vol3.iss2.1201>
- Nugroho, F., & Kartika, S. (2023). Implementasi asuhan keperawatan strategis di Puskesmas untuk meningkatkan kesehatan mental masyarakat. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 27(1), 75–83. <https://ejurnal.poltekkesjkt1.ac.id/index.php/keperawatan/article/download/600/550>
- Nurjanah, S. (2022). Pendekatan multidisipliner dalam asuhan keperawatan psikososial pada pasien skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Muhammadiyah*, 6(2), 210–219. <https://jurnal.usk.ac.id/JIK/article/download/21575/14374>
- Pardede, D., & Hulu, D. T. (2024). Studi kasus asuhan keperawatan jiwa pada An.M dengan harga diri rendah di Puskesmas Pembantu Geya. *Jurnal Keperawatan dan Kebidanan Science*, 1(1), 1–10. <https://doi.org/10.61361/jkks.v1i1.23>
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2017). Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Rahmawati, D., & Putri, R. A. (2023). Mekanisme coping pada pasien dengan gangguan mental di Rumah Sakit Jiwa. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 26(1),

45–53.<https://ejurnal.poltekkesjkt1.ac.id/index.php/keperawatan/article/download/567/521>

Rahmani, D., & Iskandar, J. (2022). Peran keperawatan dalam promosi kesehatan mental di masyarakat urban. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 18(2), 101–110.<https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jkmi/article/download/36000/31000>

Ralini, L., Gustina, E., & Yuda, M. A. D. (2024). Komunikasi terapeutik asuhan keperawatan jiwa pada pasien skizofrenia dengan gangguan halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan. *Sentri: Jurnal Riset Ilmiah*, 3(2), 611–621. <https://doi.org/10.55681/sentri.v3i2.2300>

Ramadhani, E., Sulistiowati, D., & Rahayu, D. (2023). Evaluasi proses dan hasil asuhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa di rumah sakit. *Termometer: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan dan Kedokteran*, 2(3), 1–15.

Rahmi, A. (2022). *Sistem dokumentasi dalam pelayanan kesehatan*. Penerbit Kesehatan.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2022). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (12th ed.)*. Wolters Kluwer.

Setiawati, E., & Suryani, S. (2022). Hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat harga diri pasien skizofrenia di komunitas. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 10(2), 291–300. <https://doi.org/10.26714/jikj.v10i2.7295>

Stuart, G. W. (2022). *Principles and practice of psychiatric nursing (11th ed.)*. Elsevier.

- Sulistyawati, N., Suhariyati, N., & Wijayanti, E. (2023). Pemberian terapi aktivitas kelompok sosialisasi untuk peningkatan harga diri pasien skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 11(1), 173–182. <https://doi.org/10.26714/jmjk.v11i1.7978>
- Sutejo. (2019). Keperawatan jiwa: Konsep dan praktik asuhan keperawatan kesehatan jiwa: Gangguan jiwa dan psikososial. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- World Health Organization. (2022). Mental health: Strengthening our response. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Yellisni, I. (2023). Implementasi penerapan strategi pelaksanaan halusinasi terkait kesiapan perawat panti terhadap sistem penanggulangan gawat darurat terpadu (SPGDT) di Panti Gelandangan Orang Terlantar Palembang. *Khidmah*, 5(1), 147–154. <https://doi.org/10.52523/khidmah.v5i1.452>
- Yulianto, D., Susanto, H., & Prasetyo, T. (2024). Peran keperawatan dalam penanganan pasien skizofrenia: Studi komprehensif di RS Jiwa Kendal. *Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 10(1), 45–56. <https://journal2.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM/article/download/2062/1345/9462>

LAMPIRAN

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK) PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN

Nama Mahasiswa : Yusuf Maulana
Nama Pasien : Tn. B
Tempat : Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

Data Subjektif:

- a. Klien mengatakan mendengar suara bisikan wanita yang mirip suara sepupunya.
- b. Klien mengatakan suara tersebut tidak mengandung ancaman dan tidak menyuruh menyakiti diri sendiri maupun orang lain.
- c. Klien mengatakan Suara tersebut biasanya muncul di malam hari, terdengar samar, dan berlangsung sekitar 10 detik.
- d. Klien mengatakan merasa malu karena usianya tidak lagi muda, ingin lanjut bekerja dan menikah tetapi belum terwujud.
- e. Klien mengatakan merasa kecewa dan kasihan pada diri sendiri karena merasa sudah sembuh, tetapi masih harus dirawat di klinik.
- f. klien mengatakan merasa sedih karena jarang dijenguk keluarga.

Data objektif:

- a. Klien tampak suka mondar-mandir.
- b. Klien tampak melamun dan sesekali tersenyum sendiri.
- c. Terlihat mulut klien komat-kamit seperti berbicara sendiri.
- d. Afek klien tampak datar dan kurang ekspresif.

- e. Klien tinggal di fasilitas rehabilitasi mental sejak tahun 2018 dan telah menjalani perawatan selama 7 tahun.

B. Diagnosa Keperawatan

- 1. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
- 2. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

C. Tujuan Keperawatan

- 1. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
 - a. Klien mampu mengendalikan halusinasi dengan cara menghardik suara yang didengar.
 - b. Klien dapat mengalihkan halusinasi dengan berbicara bersama orang lain.
 - c. Klien bisa mengurangi gangguan halusinasi melalui keterlibatan dalam kegiatan harian.
 - d. Klien menunjukkan kemampuan mengontrol halusinasi dengan menjalankan aktivitas sehari-hari secara rutin.
 - e. Klien mematuhi pengobatan sesuai anjuran dokter sebagai upaya mengontrol halusinasi.
- 2. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah
 - a. Klien mampu mengenali kemampuan positif yang dimiliki.
 - b. Klien dapat memilih aktivitas yang sesuai dengan kemampuannya.
 - c. Klien dapat berlatih menjalankan aktivitas yang telah dipilih.
 - d. Klien mampu menyusun jadwal untuk melakukan aktivitas tersebut secara mandiri.

D. Tindakan Keperawatan

- 1. Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran
 - a. Ajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
 - b. Ajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain

- c. Ajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari
 - d. Ajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat secara teratur.
2. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah
- a. Bantu klien memilih kemampuan yang akan dilatih
 - b. Bantu klien melakukan kemampuan kedua yang akan dilatih

Hari ke 1 Tanggal 24 April 2025 jam 10.00

SP 1: Bina hubungan saling percaya, mengidentifikasi halusinasi, mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi

Fase Orientasi:

“Assalamu’alaikum bapak bagaimana kabarnya hari ini? Kelihatannya bapak terlihat segar ya”

“Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini bapak B dengar namun tidak ada wujudnya? Di mana kita duduk? Di ruang istirahat? Berapa lama? Bagaimana kalau 15 menit?”

Fase kerja:

“Apakah bapa B mendengar suara-suara namun tidak ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?”

“Apakah suara itu terus-menerus datang atau hanya pada waktu tertentu saja?

Kapan bapak sering mendengar suara-suara itu? Berapa kali dalam sehari bapak B mendengar suara-suara itu? Dalam keadaan seperti apa suara-suara itu muncul?” “Apa yang bapak B rasakan apabila suara-suara itu muncul?”

“Apa yang bapak B lakukan apabila mendengar suara-suara itu? Apakah dengan cara itu suara-suara tersebut hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul?”

“Bapak B ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama dengan cara menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, dengan cara melakukan aktivitas yang sudah

terjadwal, dan yang keempat dengan cara meminum obat secara rutin sesuai dengan anjuran dokter”.

“Nah, bagaimana kalau kita belajar cara yang ke-1 dulu ya bu yaitu dengan cara menghardik suara-suara itu?”

“Caranya sebagai berikut, perhatikan saya ya bu pada saat suara-suara itu muncul, bapak B langsung tutup telinga lalu bilang pergi-pergi sana saya tidak mau dengar kamu, kamu itu suara palsu, begitu diulang-ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi. Coba bapak B peragakan! Nah bagus bapak B sudah bisa mengusir suara-suara itu”

Fase Terminasi:

“Bagaimana perasaan bapak B setelah memperagakan latihan cara menghardik tadi? Kalau muncul lagi suara-suara itu, silahkan bapak B coba cara tersebut! Bagaimana kalau kita buat lagi jadwal latihannya? Mau berapa lama latihannya? (saudara masukan kegiatan latihan menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian klien) bagaimana kalau kita bertemu lagi nanti untuk belajar dan latihan cara mengontrol suara-suara itu agar tidak muncul dengan cara yang kedua? Kapan pak? Waktunya jam berapa pak? Berapa lama kita akan berlatih? Di mana tempatnya?

“Baiklah, sampai jumpa kembali. Assalamu’alaikum”

Hari ke 1 Tanggal 24 April 2025 jam 10.15

SP 1: Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, melatih kemampuan yang dipilih, memasukan kedalam jadwal harian

Fase Orientasi:

“Assalamualaikum, bagaimana keadaan bapak B hari ini? Bapak terlihat segar.”

“Bagaimana, kalau kita bercakap-cakap tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah bapak B lakukan?

Setelah itu kita akan nilai kegiatan mana yang dapat bapak B dilakukan di sini. Setelah kita nilai, kita akan pilih satu kegiatan untuk kita latih” “Di mana kita duduk? Bagaimana kalau di ruang depan? Berapa lama? Bagaimana kalau 15 menit?”.

Fase Kerja:

“Bapak B, apa saja kemampuan yang bapak B dimiliki? Bagus, apa lagi? Saya buat daftarnya ya! Apa saja kegiatan rumah yang biasa bapak B lakukan?

Bagaimana dengan merapikan kamar? Menyapu? membereskan tempat tidur, bermain gitar...dst.”Wah, bagus sekali ada dua kemampuan dan kegiatan yang bapak B miliki.”

“Dari dua kegiatan/kemampuan ini, yang mana yang masih dapat dikerjakan di klinik ini? Coba kita lihat, yang pertama bisakah, yang kedua ? bagus sekali ada 2 kegiatan yang masih bisa dikerjakan di sini.” “Sekarang coba bapak pilih satu kegiatan yang masih bisa dikerjakan di sini.” “Ooo.. yang nomor 1, merapikan tempat tidur? Kalau begitu, bagaimana kalau sekarang kita melakukan merapikan tempat tidur.” “Mari kita ke ruangan kamar bapak?”

“Mari kita lihat tempat tidur bapak B. Coba lihat, sudah rapi kah tempat tidurnya?”

“Nah kalau kita mau merapikan tempat tidur, mari kita pindahkan dulu bantal dan selimutnya. Bagus! Sekarang kita angkat spreinya, dan kasurnya kita balik.”

“Nah, sekarang kita pasang lagi spreinya, kita mulai dari arah atas, ya bagus!. Sekarang sebelah kaki, tarik dan masukkan, lalu sebelah pinggir masukkan. Sekarang ambil bantal, rapihkan, dan letakkan di sebelah atas/kepala. Mari kita lipat selimut, nah letakkan sebelah bawah/kaki. Bagus!” “Bapak B sudah bisa merapikan tempat tidur dengan baik sekali. Coba perhatikan beda kah dengan sebelum dirapikan? Bagus.”

“Coba bapak B lakukan dan jangan lupa memberi tanda M (Mandiri) kalau T lakukan tanpa disuruh, tulis B (Bantuan) jika digunakan bisa melakukan, dan T (Tidak) melakukan.

Fase Terminasi:

“Bagaimana perasaan bapak B setelah kita bercakap-cakap dan latihan merapikan tempat tidur? Yah, bapak B ternyata banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan di klinik ini. Salah satunya, merapikan tempat tidur, yang sudah bapak B praktekkan dengan baik sekali. Nah kemampuan ini dapat dilakukan juga di rumah setelah pulang.”

“Sekarang, mari kita masukkan pada jadwal harian. Bapak B. Mau berapa kali sehari merapikan tempat tidur. Bagus, dua kali yaitu pagi-pagi jam berapa? Lalu sehabis istirahat, jam 16.00”

“Besok siang kita latihan lagi kemampuan yang kedua. Bapak B masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di klinik selain merapikan tempat tidur? Ya bagus, Bermain gitar, kalau begitu kita akan latihan bermain gitar besok jam 14.00 siang di ruangan sehabis makan siang Sampai jumpa ya”

Hari ke 2 Tanggal 25 April 2025 jam 14.00

SP 2: Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara kedua: bercakap-cakap dengan orang lain

Fase Orientasi:

Assalamu 'alaikum, Pak. Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang kemarin telah kita lakukan latihan? Berkurang kan suara-suaranya? Bagus! Sesuai janji kita kemarin, saya akan latih cara yang kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kita akan Latihan selama 15 menit. Mau di mana? Mau disini saja?"

Fase Kerja:

"Cara kedua untuk mencegah atau mengontrol halusinasi yang lain adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau bapak mendengar suara-suara, langsung saja mencari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan bapak B. Contohnya begini, 'tolong saya mulai dengar suara-suara, ayo ngobrol dengan saya!' coba bapak B lakukan seperti yang tadi saya lakukan. Ya begitu, bagus!coba sekali lagi Bagus! Nah, latih terus ya!"

Fase Terminasi:

"Bagaimana perasaan bapak B setelah latihan ini? Jadi sudah ada berapa cara yang sudah bapak B pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus! Cobalah kedua cara ini kalau bapak B mendengar suara-suara. Bagaimana kalau kita masukan ke dalam jadwal harian bapak B? Mau jam berapa latihan bercakap-cakap? Nah nanti kita lakukan secara teratur serta sewaktu-waktu suara itu muncul! Besok saya akan kemari lagi. Bagaimana kalau kita latih cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas yang terjadwal? Mau jam berapa? Mau di mana/ disini lagi? Sampai jumpa besok ya".

"Assalamu'alaikum"

Hari ke 2 Tanggal 25 April 2025 jam 14.15

SP 2: Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif kedua yang dimiliki pasien, melatih kemampuan yang dipilih, memasukan kedalam jadwal harian

Fase Orientasi:

“Assalamualaikum, bagaimana perasaan bapak pagi ini? Wah, tampak cerah.”

“Bagaimana bapak, sudah dicoba merapikan tempat tidur sore kemarin/ Tadi pagi? Bagus (kalau sudah dilakukan, kalau belum bantu lagi, sekarang kita akan latihan kemampuan kedua. Masih ingat apa kegiatan itu bapak?”

“Ya benar, kita akan bermain gitar di ruangan” “Waktunya sekitar 15 menit. Mari kita kelapangan”

Fase Kerja:

“Bapak B, sebelum kita melakukan kegiatan bermain gitar” “Baik pak kita peregangan jari dulu”

“Baik pak sekarang kita mulai bermain gitar”

Fase Terminasi:

“Bagaimana perasaan bapak setelah melakukan kegiatan olahraga tenis meja?”

“Sangat senang sekali”

“Baik besok kita ketemu lagi untuk melihat sejauh mana bapak melaksanakan kegiatan aktivitas yang terjadwal.”

“Selamat siang pak sampai jumpa.

Hari ke 3 Tanggal 28 April 2025 Jam 10.00

SP 3: Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: melakukan aktivitas sehari-hari yang terjadwal

Fase Orientasi:

"Assalamu'alaikum bapak, bagaimana perasaan bapak B hari ini? Apakah suara-suara masih muncul? Apakah sudah pakai dua cara yang telah kita latih?

Bagaimana hasilnya? Bagus! Sesuai janji kita, hari ini kita akan belajar cara yang Ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan yang terjadwal. Mau di mana kita bicara? Bisa kita duduk di ruang TV? Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 15 menit?

Fase Kerja:

Apa saja yang biasa bapak B lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya? Terus jam berikutnya? (terus ajak sampai mendapatkan kegiatannya sampai malam) wah banyak sekali kegiatannya. Mari kita latih kegiatan hari ini (beres-beres). Bagus sekali bapak B bisa lakukan. Kegiatan ini dapat bapak B lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih lagi (agar dari pagi sampai malam ada kegiatan).

Fase Terminasi:

Bagaimana perasaan bapak B setelah kita bercakap-cakap cara yang ketiga untuk (mencegah suara-suara itu?) Bagus sekali Coba sebutkan 3 cara yang telah kita untuk mencegah suara-suara! Bagus sekali, mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian bapak B. Coba lakukan sesuai jadwal ya (perawat dapat melakukan aktivitas yang lain pada pertemuan berikut sampai terpenuhi seluruh (aktivitas dari pagi sampai malam) bagaimana kalau besok kita membahas cara meminum obat. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 14.00 pagi? Di ruang makan ya, sampai jumpa. Wassalamu'alaikum"

Hari ke 4 Tanggal 29 April 2025 Jam 14.00

SP 4: Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: meminum obat secara teratur.

Fase Orientasi:

"Assalamu'alaikum bapak, bagaimana perasaan bapak B hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai juga cara yang telah kita latih? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan? Apakah pagi ini sudah minum obat? Baik, hari ini kita akan mendiskusikan tentang obat-obatan yang bapak B minum. Kita akan diskusi selama 20 menit, disini saja ya pak?"

Fase Kerja:

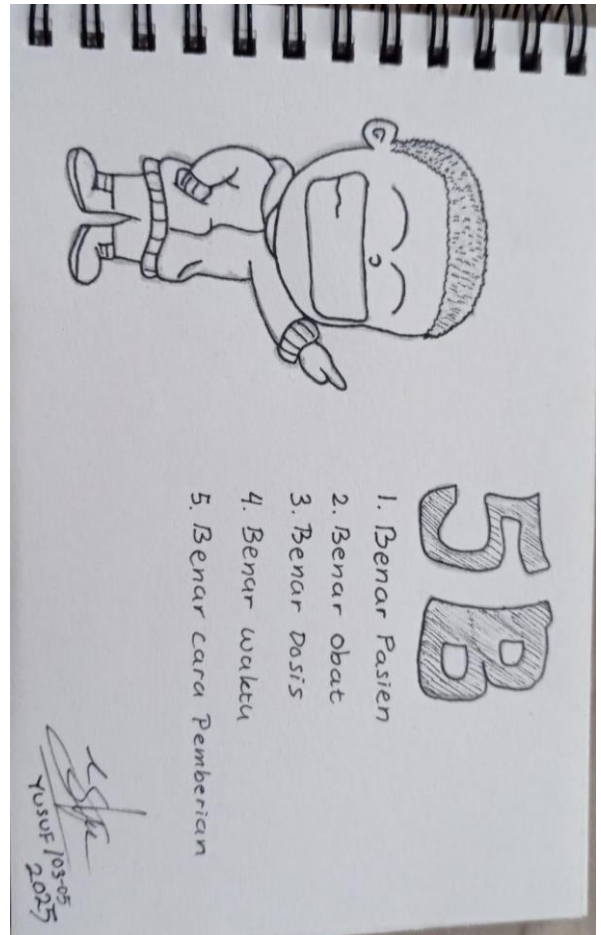
"bapak B adakah bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah suara-suaranya berkurang/hilang? Minum obat sangat penting supaya suara-suara yang bapak B dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang bapak B minum? (perawat menyiapkan obat pasien). Oh obatnya ada haloperidol, stelosi, hexamer. Haloperidol diminumnya 3x ya pak pagi siang dan malam, stelosi diminum 3x pagi siang malam, kemudian heximer juga diminum pagi siang sama malam ya pak".

Fase Terminasi:

"Bagaimana perasaan bapak B setelah kita bercakap-cakap tentang obat? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara-suara? Coba jelaskan! Bagus! (Jika jawaban benar). Mari kita masukkan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan bapak B. Jangan lupa pada waktu minum obat minta obat pada perawat. Besok kita ketemu lagi untuk melihat 4 cara mencegah suara yang telah kita bicarakan. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10.00 sampai jumpa. Assalamu'alaikum"

Lampiran 2

DOKUMENTASI KEGIATAN



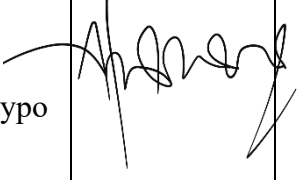
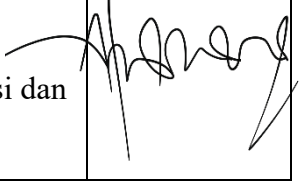
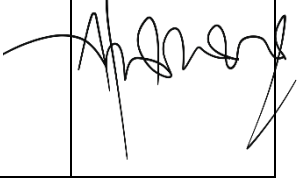
Lampiran 3

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Yusuf Maulana
NIM : KHGA22065
Pembimbing : Angga D.Nagara,S.Kep.,Ners.,M.Kep
Judul : **ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.B
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI:
HALUSINASI PENDENGARAN DIAGNOSA
MEDIS SKIZOFRENIA DI KLINIK
REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI
ASSANIE SAMARANG GARUT**

No	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	04 Juni 2025	Bab III Tinjauan Kasus	1. Arahkan juknis penulisan 2. Perbaiki penulisan 3. Perbaiki tingkat kesadaran bukan berdasarkan GCS 4. Perbaiki afek	
2	11 Juni 2025	Bab III Tinjauan Kasus	1. Perbaiki tabel implementasi 2. Perbaiki mekanisme koping 3. Perbaiki tabel obat 4. Lanjutkan Bab I	

No	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
3	13 Juni 2025	Bab III Tinjauan Kasus dan Bab I Pendahuluan	1. ACC Bab III lanjutkan pembahasan 2. Perbaiki kalimat penghubung di latar belakang 3. Perbaiki tabel prevalensi Bab I	
4	17 Juni 2025	Bab III Tinjauan Kasus dan Bab I Pendahuluan	1. ACC pembahasan lanjut Bab II 2. Split paragraf Bab I terlalu Panjang, ambil intinya 3. Tambah justifikasi 4. Split tujuan khusus	
5	19 Juni 2025	Bab I Pendahuluan dan Bab II Tinjauan teori	1. ACC Bab I lanjut Bab II 2. Perbaiki penomoran Bab II 3. Split materi Bab II terlalu panjang, ambil intinya	

No	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
6	23 Juni 2025	Bab II Tinjauan teori	1. Perbaiki sumber kutipan 2. Perbaiki tabel Analisa data dan intervensi 3. Perbaiki penulisan dan kata-kata typo	
7	25 Juni 2025	Bab II Tinjauan teori dan Bab IV Kesimpulan	1. ACC Bab II lanjut Bab IV 2. Perbaiki penulisan typo 3. Tambahkan poin rekomendasi Bab IV	
8	30 Juni 2025	Bab IV Kesimpulan	1. ACC Bab IV 2. Lanjutkan abstrak, kata pengantar 3. Lanjutkan membuat PPT	
9	02 Juli 2025	PPT Sidang	1. Perbaiki PPT 2. Lanjutkan daftar isi dan rapihkan semua	
10	04 Juli 2025	PPT Sidang	1. ACC PPT 2. ACC sidang	

Lampiran 4

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama	: Yusuf Maulana
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Tempat, Tanggal Lahir	: Garut, 13 Juni 2001
Agama	: Islam
Status	: Belum menikah
Alamat	: Komp. Muara Indah Kel. Muara Sanding Kec. Garut Kota

B. Riwayat Pendidikan

SDN Muara Sanding 1	: Tahun 2007-2013
SMPN 5 Garut	: Tahun 2013-2016
SMAN 19 Garut	: Tahun 2016-2019
STIKes Karsa Husada Garut	: Tahun 2022-2025