ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. J DENGAN PERUBAHAN SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI DENGAR AKIBAT SKIZOPRENIA PARANOID DI PUSKESMAS SELAAWI KAB. GARUT

KARYA TULIS ILMIAH
Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam meneyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

NENTIA PRIANI
NIM : KHGA18026

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
GARUT
2021

LEMBAR PERSUTUJUAN SIDANG

JUDUL	**: ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. J DENGAN PERUBAHAN SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI DENGAR AKIBAT SKIZOPRENIA PARANOID DI PUSKESMAS SELAAWI**
NAMA	**: NENTIA PRIANI**
NIM	**: KHGA18026**

Garut, Juli 2021

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Untuk Disidangkan Di Hadapan
Tim Penguji Program Studi D3-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing

Gin Gin Sugih Permana, S.Kep., M.H.Kes

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL	: ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. JDENAGAN PERUBAHAN SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI DENGAR AKIBAT SKIZOPRENIA PARANOID DI PUSKESMAS SELAAWI
NAMA	: NENTIA PRIANI
NIM	: KHGA18026

Garut, 02 Agustus 2021

Menyetujui

Penguji	Penguji II
Wahyudin, S.KP.,M.Kes	**Tanti Suryawantie,S.Kep., Ners., M.HKes**

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut	Pembimbing Karya Tulis Ilmiah
K.Dewi Burdiarti,S.Kep.,M.Kep	**Gin Gin Sugih Permana, S.Kep.,M.H.Kes**

NENTIA PRIANI
KHGA18026

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. J
DENAGAN PERUBAHAN SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI DENGAR AKIBAT SKIZOPRENIA PARANOID DI PUSKESMAS SELAAWI

IV BAB, 105 halaman, 12 tabel, 9 gambar, 2 lampiran

ABSTRAK

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul " Asuhan Keperawatan Pada Ny. J Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Pada Skizofrenia Paranoid di Puskesmas Selaawi KP. Selaawi Desa Selaawi Kecamatan Selaawi Rt 03 Rw 02". Penulis merasa tertarik untuk melakukan studi kasus pada klien dengan halusinasi, karena halusinasi merupakan gejala yang paling sering ditemukan pada penderita gangguan jiwa khususnya Skizofrenia. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif melalui studi kasus dengan teknik pengumpulan data, teknik observasi, wawancara, Metode penelitian menggunakan studi kasus subjek penelitian adalah *skizofrenia* dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran dengan melakukan pengkajian, diagnosa, rencana, tindakan dan evaluasi keperawatan.

Tujuan untuk mendapatkan pengalaman yang nyata dan meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan keperawatan yang komprehensif. Halusinasi sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Selama melakukan hasil keperawatan, pada tahap pengkajian penulis menemukan tiga masalah keperawatan. Yang menjadi fokus atau tujuan utama dari pemberian asuhan keperawatan ini adalah perbaikan daya persepsi klien. Penulis juga melaksanakan tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan teurapeutik. Memotivasi klien untuk mengendalikan halusinasinya. Penulis mengevaluasi tindakan keperawatan sehingga didapatkan data bahwa klien sudah dapat mengontrol halusinasinya. Kesimpulan yang dapat diambil yaitu perlunya mendapat dukungan dari beberapa pihak, terutama keluarga yang merupakan faktor pendukung utama serta motivasi.

Kata Kunci : *Halusinasi pendengaran, Skizofrenia Paranoid*

Daftar Pustaka buah (2018-2021)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobbil'alamin, segala puji dan syukur panjatkan kehadirat Allah SWT, sholawat serta salam semoga terlimpahkan curah kepada junjungan alam rosulullah Muhammad SAW. Karena atas berkat dan ijin-nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul "**Asuhan Keperawatan Pada Ny. J dengan Perubahan sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Pada Skizofrenia Paranoid di Puskesmas Selaawi KP. Selaawi Desa Selaawi Kecamatan Selaawi Rt 03 Rw 02**" dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Adapun Karya Tulis Ilmiah ini untuk memenuhi salah satu syarat dan dalam menyelesaikan Pendidikan Program D-III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Penulis menyadari selama proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini menghadapi hambatan dan rintangan yang tidak dapat dihindari. Syukur Alhamdulillah berkat bimbingan, bantuan, sumbangan pikiran dan dorongan dari berbagai pihak yang selalu menyertai penulis, akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya tulis Ilmiah ini walaupun masih jauh dari kesempurnaan diharapkan.

Karya Tulis Ilmiah ini bisa terselesaikan atas bantuan berbagai pihak yang terus – menerus memberikan dorongan kepada penulis. Maka penulis ingin mengucapkan terimakasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. Kepada Kedua Orang Tua serta Kakak yang tiada henti memberikan do'a, semangat dan dukungan moral maupun dukungan material, sehingga penulis bisa menyelesaikan karya tulis ini.

2. Bapak Dr. H. Hadiat, MA, sebagai Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani.
3. Bapak H.D. Saefudin, sebagai Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani.
4. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, Selaku ketua STIKes Krsa Husada Garut.
5. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kes, selaku Ka Prodi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada.
6. Bapak Gin Gin Sugih Permana, S.Kep.,M.H.Kes, selaku pembimbing karya tulis ilmiah ini senantiasa sabar memberikan bimbingan, arahan dan dorongan yang besar kepada penulis sehingga bisa menyelesaikan karya tulis ini.
7. Kepada seluruh staf dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis dalam pembuatan karya tulis ini mendidik penulis selama 3 tahun.
8. Kepada Ny. J dan keluarga selaku klien yang telah memberikan bantuan dan kerjasamanya selama melaksanakan asuhan keperawatan.
9. Untuk sahabat-sahabat penulis (Ditya, Putri, Santi, Sarah, Teni dan Alissa) yang selalu memberikan motivasi dan semangat, serta setia menemani dalam suka dan duka selama di STIKes Karsa Husada.
10. Untuk sahabat-sahabat lainnya (Rintan, Alvin, Ikhsan, Rifa, Yuniar, Fahira, Natasya, Mega, Maryam, Maswa, Zein, Nadya, Ervina)

11. Untuk rekan-rekan kelompok keperawatan puskesmas selaawi (Reza, Resa, Qotrunnada, Ratih, Rani, Putri) terimakasih atas kekompakannya.
12. Untuk teman-teman kelas 3A yang senantiasa memberikan semnagat dan dorongan kepada penulis.
13. Untuk rekan-rekan angkatan di STIKes Karsa Husada Garut Program Studi DIII Keperawatan.

Semoga semua bantuan yang telah diberikan kepada penulis diterima dan dibalas oleh Allah SWT. Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis ini masih jauh dari sempuran baik secara penyajian maupun isinya, penulis menyambut baik terhadap kritik dan saran dari semua pihak. Semoga Karya Tulis ini dapat bermanfaat khususnya bagi penulis, umumnya bagi pembaca yang tidak pernah berhenti belajar.

Garut, Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN
LEMBAR PENGESAHAN
ABSTRAK
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI viii
DAFTAR LAMPIRAN ix
DAFTAR GAMBAR x
DAFTAR TABEL xi
BAB I PENDAHULUAN xi
A. Latar Belakang Masalah 1
B. Tujuan Penulisan 4
C. Metode Telaahan 6
D. Sistematika Penulisan 6
BAB II TINJAUAN TEORI 8
A. Konsep Dasar 8
1. Konsep Skizofrenia 8
2. Konsep Halusinasi 14
3. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan 22
4. Konsep Harga Diri Rendah 29
5. Intervensi 34
B. Tindakan Keperawatan Pasien Halusinasi 41
1. Tindakan Keperawaratan untuk pasien 41
2. Tindakan Keperawatan untuk Keluarga 50
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN 56
A. Tinjauan Kasus 56
1. Pengkajian 56
2. Analisa Data 67
3. Diagnosa Keperawatan 67
4. Proses Keperawatan 68
5. Implementasi dan Evaluasi 73
6. Catatan Perkembangan 76
B. Pembahasan 79
1. Pengkajian 79
2. Diagnosa keperawatan 81
3. Perencanaan 81
4. Pelaksanaan / Implementasi 82
5. Evaluasi 82
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI 83
A. KESIMPULAN 83
B. RECOMENDASI 84
DAFTAR PUSTAKA **..... 86**
LAMPIRAN

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Lampiran 2 Proposal Terapi Aktivitas Kelompok

Lampiran 3 Format Bimbingan

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Skizofrenia

Gambar 2.2 Pohon Masalah

Gambar 2.3 Rentang Respon Neurobiologis

Gambar 2.4 Pohon Masalah

Gambar 2.5 Rentang Respon Marah

Gambar 2.6 Rentang Respon Konsep Diri

Gambar 2.7 Pohon Masalah

Gambar 3.1 Genogram

Gambar 4.1 Setting Tempat

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Sepuluh Besar Diagnosa Penyakit

Tabel 2.1 Tahap halusinasi

Tabel 2.2 Rentang Respon Marah

Tabel 2.3 Perencanaan

Tabel 3.1 Analisa Data

Tabel 3.2 Proses Keperawatan

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.4 Catatan perkembangan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pembangunan dan kemajuan teknologi yang pesat di segala bidang berdampak pada tata kehidupan masyarakat di daerah perkotaan maupun perdesaan. Namun tidak semua masyarakat dapat menyesuaikan dengan perubahan tersebut. Sebagai contoh banyak orang berlomba untuk mendapatkan sesuatu yang mereka inginkan seperti kendaraan baru, pekerjaan baru yang bisa menunjang kehidupan diri sendiri maupun keluarga, tetapi tidak semua dari masyarakat berhasil untuk mendapatkan apa yang mereka inginkan. Ditambah dengan bencana alam yang baru saja terjdi, seperti gempa bumi, tsunami dan kecelakaan pesawat, banyak masyarakat yang kehilangan harta benda maupun keluarga mereka. Akibatnya terjadi berbagai masalah kesehatan jiwa seperti perilaku, perasaan dan pikiran yang luar biasa terguncang jika tidak ditatalaksanakan dengan baik dapat menimbulkan ancaman bagi pasien tersebut maupun orang lain (Kemenkes, 2011).

Pembahasan mengenai kesehatan jiwa seringkali menghadapi suatu stigma yang mengidentikan dengan penyakit jiwa, pembahasan yang sangat luas hal ini menunjukkan bahwa kondisi yang berkaitan dengan kesehatan jiwa ada didalam diri individu itu sendiri dan lingkungannya. Manusia dalam berinteraksi dengan lingkungannya menjadi objek yang sangat peka terhadap

dampak yang ada. Ini disebabkan oleh kondisi lingkungan yang secara subjektif berperan penting dalam menyumbangkan pengaruh terhadap labil tidaknya jiwa manusia dalam merespon terhadap lingkungan dan terhadap perkembangan kebudayaan di masyarakat.

Upaya Kesehatan Jiwa adalah setiap kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga, dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, danberkesinambungan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan masyarakat (Undang-undang kesehatan jiwa no 18 tahun 2014).

Psikosa merupakan salah satu penyakit gangguan jiwa yang sering ditemukan kasusnya di Indonesia. Psikosa sebagai suatu penyakit jiwa mempunyai berbagai jenis dan diantaranya adalah skizofrenia. Skizofrenia terdiri dari : skizofrenia simplex, skizoprenia hebefrenik, skizofrenia katatonik, skizofrenia paranoid, episode skizofrenia akut, skizofrenia laten, skizofrenia residual, skizofrenia skizo – apektif, skizofrenia lain, dan skizofrenia tak tergolongkan (Maramis, 2005 : 215).

Berdasarkan laporan hasil dari rekam medik di Puskesmas Selaawi Garut, jumlah penderita dengan gangguan jiwa yang di rawat jalan dari dari bulan januari sampai bulan juni 2021, dapat dilihat dari table di bawah:

TABEL 1.1
DISTRIBUSI SEPULUH BESAR DIAGNOSA PENYAKIT DI PUSKESMAS SELAAWI GARUTDARI BULAN JANUARI SAMPAI JUNI 2021

No	Diagnosa Penyakit	Frekuensi	Presentase
1	**Schizophrenia Paranoid**	**15**	**0.15**
2	Schizophrenia Hebeprenik	5	0.5
3	Schizophrenia residual	7	0.7
4	Schizophrenia yang tidak tergolongkan (YTT)	4	0.4
5	Gangguan schizoafektif	0	0
6	Gangguan episode depresi	7	0.7
7	Gangguan afektif bipolar	3	0.3
8	Schizophrenia katakonik	2	0.2
9	Gangguan psikosa akut dan sementara	0	0
10	Gangguan mental dan perilaku akibat zat psikoaktif	0	0
	Jumlah	**88**	**2.98%**

Dari data diatas diketahui diagnosa skizofrenia paranoid menempati posisi pertama dengan presentase 28.1% sedangkan dengan diagnose skizofrenia hebeprenik dengan presentase 21.2%.

Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori tentang suatu objek atau gambaran dan pikiran yang sering terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem penginderaan. Halusinasi hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (Pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat lingkungan tanpa objek atau rangsangan yang nyata (Kusmawati, 2012).

Halusinasi dibagi menjadi empat fase. Fase yang pertama yaitu fase comforting (halusinasi bersifat menyenangkan), fase yang kedua yaitu fase condemming (halusinasi bersifat menjijikkan), fase yang ketiga yaitu fase controlling (halusinasi bersifat mengontrol atau mengendalikan), fase ke empat yaitu fase conquering (halusinasi bersifat menakutkan dan klien sudah dikuasai oleh halusinasinya) (Dermawan & Rusdi, 2013).

Klien yang mengalami halusinasi kebutuhan dasarnya akan terganggu, baik kebutuhan biologis, rasa aman, mencintai dan dicintai, harga diri, dan aktualisasi diri, sehimgga diperlukan suatu penanganan dalam upaya untuk penyembuhan penyakit melalui asuhan keperawatan dan pengobatan.

Melihat begitu kompleksnya masalah yang diakibatkan oleh halusinasi, maka penulis merasa tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien dengan skizofrenia paranoid dengan menggunakan proses keperawatan dan didokumentasikan dalam bentuk laporan studi kasus dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny. J Dengan Perubahan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendegaran Akibat Skizofrenia Paranoid Di Puskesmas Selaawi Garut".

B. Tujuan Penulisan

1) Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif yang meliputi aspek bio, psiko, social, spiritual, dengan

pendekatan proses keperawatan pada klien dengan perubahan sensori presepsi : halusinasi pendengaran.

2) Tujuan Khusus

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran penulis dapat :

a. Dapat melaksanakan pengkajian terhadap masalah – masalah keperawatan pada klien dengan perubhan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.
b. Dapat merumuskan diagnose keperawatan yang timbul pada klien dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran.
c. Dapat menyusun rencana asuha keperawatan terhadap masalah – masalah yang timbul sesuai prioritas masalah pada klien dengan perubahan sensori presepsi : halusinasi pendengaran.
d. Dapat melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan pada klien dengan perubahan sensori presepsi : halusinasi pendengaran.
e. Dapat melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada klien dengan perubahan sensori presepsi : halusinasi pendengaran.
f. Dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan perubahan sensori presepsi : halusinasi pendengaran.

C. Metode Telaahan

Dalam penulisan studi kasus ini, penulisan menggunakan metode deskritif yang berupa laporan kasus asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang komprehensif. Adapun teknik pengumpulan data yang dilakukan oleh penulis adalah sebagai berikut :

1. Wawancara : Pengumpulan data dengan melakukan Tanya jawab yang ditunjukkan langsung pada klien dan keluarga.
2. Observasi : Pengumpulan data dengan memperhatikan secara langsung pada klien yang dikaji untuk mengetahui perkembangan kesehatan klien.
3. Pemeriksaan Fisik : Melakukan pemeriksaan fisik pada klien untuk menentukan masalah kesehatan klien.
4. Studi Dokumentasi : Pengumpulan data dengan mempelajari semua dokumentasi dan data yang ada kaitan dengan masalah kesehatan klien.
5. Studi Kepustakaan : Penulis mempelajari buku – buku yang membahas permasalahan pada klien untuk memperkuat teori dari buku Asuhan Keperawatan Jiwa.

D. Sistematika Penulisan

Untuk mendapatkan gambaran yang jelas mengenai Karya Tulis Ilmiah, penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut :

BAB I : PENDAHULUAN

Bab ini membahas mengenai latar belakang, tujuan umum dan tujuan khusus, metode telaahan, dan sistematika penulisan.

BAB II : TINJAUAN TEORITIS

Bab ini membahas tentang konsep dasar penyakit meliputi pengertian gangguan, psikodinamika skizofrenia serta membahas tentang prosen keperawatan jiwa meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB III : TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Tinjauan kasus berisi dokumetasi asuhan keperawatan meliputi : pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan catatan perkembangan. Sedangkan pembahasannya menguraikan tentang kesenjangan antara kasus dengan konsep.

BAB IV : KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Dalam Bab ini berisikan kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang operasional terhadap masalah yang ditemukan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar

1. Konsep Skizofrenia

a. Definisi

Istilah skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yaitu *schizo* (split atau perpecahan) dan *phren* (jiwa). Istilah tersebut digunakan untuk menjelaskan terpecahnya dan terfragmentasinya pikiran individu dengan gangguan ini. Istilah skizofrenia tidak menunjukkan beragamnya kepribadian pada individu (*multiple*) (Sadock et al, 2014).

Skizofrenia merupakan gangguan mental yang ditandai dengan adanya hebat terhadap pikiran, emosi, persepsi, dan tingkah laku. Gangguan ini sering disebut gangguan sebagai suatu gangguan jiwa berat yang memilki manifestasi besar terhadap penderitanya serta berpengaruh terhadap keluarga dan masyarakat di sekitarnya (Lewis et al, 2017).

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan perpechan) antara proses pikir, afek/emosi, dan psikomotor disertai disorti terutama karena waham dan halusinasi ; asosiasi terbagi – bagi sehingga timbul inkoherensi, afek dan emosi perilaku bizar, (Azizah, dkk, 2016).

b. Etiologi

1) Factor Predisposisi

a) Factor biologis

Abnormalitas otak yang terjadi dapat menyebabkan respons neurobiologik yang maldative dan baru mulai dipahami, yang mencakup hal – hal berikut:

(1) Dalam perkembangan skizofrenia, penelitian pencitraan otak mulai menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas. Fenomena ini meliputi lesi pada area frontal, temporal dan limbic paling berhubungan dengan perilaku psikotik.

(2) Beberapa zat kimia otak dikaitkan dengan skizofenia. Hasil penelitian menunjukkan hal berikut:

(a) Dopamine neurotransmitter berlebiham.

(b) Ketidakseimbangan antara dopamine dan neurotransmitter lain, terutama erotonin.

(c) Masalah pada system reseptor dopamine.

(3) Penelitian pada keluarga yang melibatkan anak kembar dan anak yang diadopsi menunjukkan peran genetic pada skizofrenia. Kembar identic dibesarkan secara terpisah membunyai agka kejadian skizofrenia.

b) Factor Psikologis

Teori psikodinamika untuk terjadinya respons neurobilogis yang maldative belum didukung oleh penelitian sayangnya, teori

psikologis terlalu menyalahkan keluarga sebagai penyebab gangguan ini. Akibatnya, kepercayaan keluarga terhadap tenaga kesehatan jiwa professional menurun.

c) Factor Sosio budaya

Stress yang menumpuk dapat menunjang awitan skizofrenia dan gangguan psikotik lain, tetapi tidak diyakini sebagai penyebab utama gangguan.

2) Factor Presipitasi

Stressor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptive meliputi :

a) Gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak, yang mengatur proses informasi.

b) Abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak (komunikasi saraf yang melibatkan elektrolit), yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara efektif menanggapi stimulus.

3) Factor lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukkan terjadinya gangguan perilaku.

4) Pemicu gejala

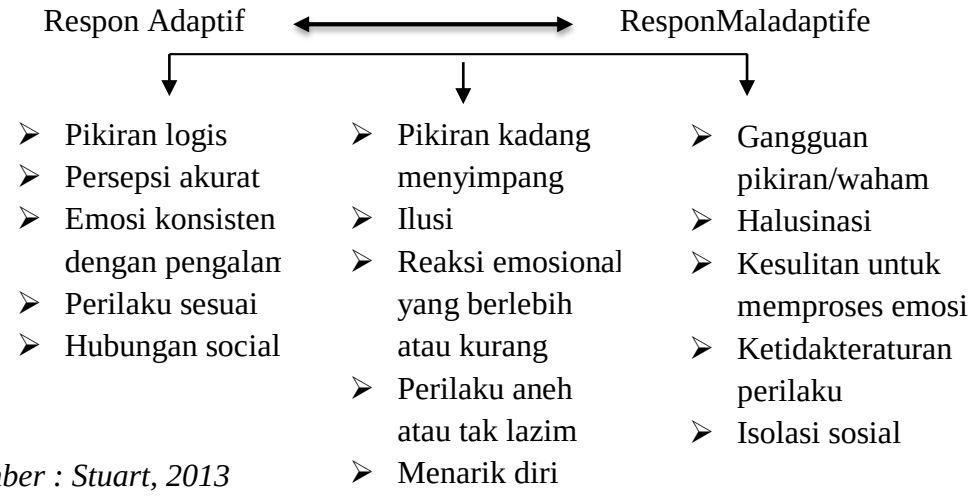
Pemicu merupakan precursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru satu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada

respons neurobiologis maladaptive yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan prilaku individu.

(Stuart, 2013)

c. Rentang Respon Skizofrenia

Gambar 2.1
Rentang Respon Skizofrenia



Sumber : Stuart, 2013

d. Tanda dan gejala skizofrenia

Secara general gejala seragam skizofrenia di bagi menjadi 2 (dua) yaitu gejala positif dan negative.

1) Gejala Positif

a) Delusi atau Waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional. Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinannya itu tidak rasional, namun penderita tetap meyakini kebenarannya.

b) Halusinansi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan. Misalnya penderita mendengar bisikan - bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari bisikan itu.

c) Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Misalnya bicaranya kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.

d) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.

e) Merasa dirinya "Orang Besar", merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.

f) Pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.

g) Menyimpan rasa permusuhan (Hawari, 2007).

2) Gejala negatif skizofrenia

a) Alam perasaan "tumpul" dan "mendatar". Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.

b) Menarik diri atau mengasingkan diri tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun.

c) Kontak emosional amat "miskin", sukar diajak bicara, pendiam.

d) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.

e) Sulit dalam berfikir abstrak.

f) Tidak ada/kehilangan dorongan kehendak dan tidak ada inisiatif dan serba malas (Hawari, 2007).

e. Tipe – tipe Skizofrenia

1) Skizofrenia Paranoid, dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrem disertai waham kejar atau kebesaran.
2) Skizofrenia hebefrenik, gejala utama gangguan proses pikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.
3) Skizofrenia Simplex, dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.
4) Skizofrenia Katakonik, dengan gejala utama paa psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katakonik.
5) Skizofrenia Residual, skizofrenia dengan gejal – gejal primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia.
6) Episode skizofrenia akut (lir skizofrenia), adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
7) Skizofrenia Psiko-aktif, yaitu adanya gejala utama skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.

(azizah, dkk, 2016)

2. Konsep Halusinasi

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan gangguan sensori Persepsi : Halusinasi menurut Damayanti, (2008) adalah sebagai berikut :

a. Gangguan sensori persepsi : Halusinasi
b. Resiko Perilaku Kekerasan (diri sendiri, orang lain dan lingkungan dan verbal.
c. Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah.

a. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

1) Definisi

Halusinasi menurut Damayanti (2008), adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, penegcapan, perabaan atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetul-nya tidak ada.

Halusinasi dalah persepsi yang tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar. Walaupun tampak sebagai sesuatu yang "khayal", halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang "terespsi" (Yosep, 2010).

Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien menginterpresentasikan sesuatu

yang tidak nyata tanpa stimulus atau rangsangan dari luar (Azizah, 2016).

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah adanya perubahan sensori persepsi dimana klien merasakan sensasi palsu dan dapat menginterpresentasikannya tanpa adanya rangsangan dari luar.

2) Etiologi

Proses terjadinya halusinasi terdapat dua faktor yaitu : faktor predisposisi dan faktor presipitasi menurut Sutejo (2019), yang dikutip oleh Stuart (2013) :

a) Faktor predisposisi

(1) Faktor biologis

Hal yang dikaji pada faktor biologis, meliputi adanya faktor herediter gangguan jiwa, adanya risiko bunuh diri, riwayat penyakit trauma kepala, adanya riwayat penggunaan NAZPA.

(2) Faktor psikologis

Pada klien yang mengalami halusinasi, dapat ditemukan adanya kegagalan yang berulang, individu korban kekerasan, kurangnya kasih sayang, atau *overprotektif*.

(3) Faktor sosial budaya

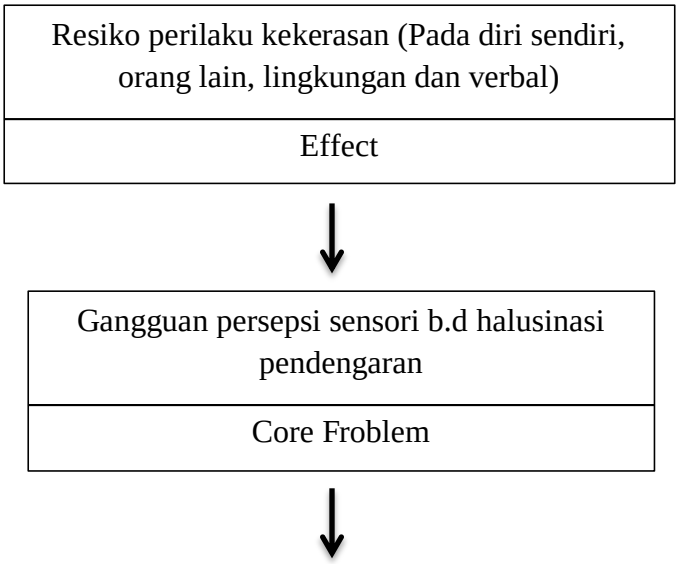
Klien dengan halusinasi didapatkan sosial ekonomi rendah, riwayat penolakan lingkungan pada usia perkembangan anak, tingkat pendidikan rendah, dan kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri), serta tidak bekerja.

b) Faktor Presipitasi

Stressor presipitasi pada klien dengan halusinasi ditemukan adanya riwayat penyakit infeksi, penyakit kronis, atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam keluarga, atau adanya kegagalan – kegagalan dalam hidup, kemiskinan, adanya aturan atau tuntutan di dalam keluarga atau masyarakal yang sering tidak sesuai dengan klien serta konflik antar masyarakat.

3) Pohon Masalah

Gambar 2.2
Pohon Masalah



Isolasi sosial
Causa

(Damayanti, 2012)

4) Tahapan Halusinasi

Intensitas halusinasi meliputi empat tingkat, mulai dari tingakat I hingga tingkat IV.

Tabel 2.1
Tahapan Halusinasi

Tingkat	Karakteristik Halusinasi	Perilaku Klien
1	**2**	**3**
Tingkat I Memberi rasa nyaman Tingkat ansietas sedang Halusinasi merupakan suatu kesenangan	1. Mengalami ansietas kesepian rasa bersalah, dan ketakutan. 2. Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilagkan ansietas. 3. Pikiran dan pengalam sensori masih ada dalam kontrol kesadaran (jika ansietas dikontrol).	1. Tersenyum 2. Menggerakan bibir tanpa suara 3. Menggerakkan mata dengan cepat 4. Respons verbal yang lambat 5. Diam dan konsentrasi
Tingkat II Menyalahkan Tingkat ansietas berat Halusinasi menyebabkan rasa antipati	1. Pengalaman sensori menakkutkan 2. Mulai merasa kehilangan kontrol 3. Merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut. 4. Menarik diri dari orang lain. NON PSIKOTIK	1. Peningkatan sistem saraf otak, tanda – tanda ansietas, seperti peningkatan denyut jantung, pernafasan, dan tekanan darah. 2. Rentang perhatian menyempit. 3. Konsentrasi dengan pengalaman sensori. 4. Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dari realita.
Tingkat III Mengontrol tingkat ansietas berat pengalaman sensori tidakdapat ditolak lagi	1. Klien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya. 2. Isi halusinasimenjadi atraktif.	1. Perintah halusinasi ditaati. 2. Sulit berhubungan dengan orang lain

	3. Kesepian bila pengalaman sensori berakhir. PSIKOTIK	3. Rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit. 4. Gejala fisika ansietas berkeringat, tremor, dan tidak mampu mengikuti perintah.
Tingkat IV Menguasai tingkat ansietas panik yang diatur dan dipengaruhi oleh waham	1. Pengalaman sensori menjadi ancaman. 2. Halusinasi dapat berlansung selama beberapa jam atau hari. PSIKOTIK	1. Perilaku panik. 2. Berpotensi untuk membunuh diri. 3. Tindakan kekerasan agitasi, menarik diri, atau katatonia. 4. Tidak mampu merespon perintah yang kompleks 5. Tidak mampu merespon terhadap lebih dari satu orang.

Sumber : Yusuf, dkk, 2016

5) Rentang Respon Halusinasi

Gambar 2.3
Rentang Respon Neurobiologis

Rentang Respon Neurobiologis

Respon Adaptif ⟷ Respon Maladaptif

1. Pikiran logis 2. Persepsi akurat 3. Emosi konsisten dengan pengalaman 4. Perilaku sesuai 5. Berhubungan sosial	1. Distorsi pikiran 2. Ilusi 3. Reaksi emosi >/< 4. Perilaku aneh/tidak biasa 5. Menarik diri	1. Gangguan proses pikir : waham, halusinasi 2. Ketidakmampuan untuk mengalami emosi 3. Ketidakteraturan 4. Isolasi sosial

Sumber : Stuart, 2013

6) Jenis – Jenis Halusinasi

a) Halusinasi Pendengaran (Auditif, Akustik)

Paling sering dijumpai dapat berupa bunyi mendenging atau suara bising yang tidak mempunyai arti, tetapi lebih sering terdengar sebagai suara sebuah kata atau kalimat yang bermakna. Biasanya suara tersebut ditujukan pada penderita sehingga tidak jarang penderita bertengkan dan berdebat dengan suara – suara tersebut.

b) Halusinasi Penglihatan (Visual, Optik)

Lebih sering terjadi pada keadaan delirium (penyakit organik). Biasanya sering muncul berasamaan dengan penurunan kesadaran, menimbulkan rasa takut akibat gambaran – gambaran yang mengerikan.

c) Halusinasi Penciuman (Olfaktorik)

Halusinasi ini biasanya berupa mencium sesuatu bau tertentu dan dirasakan tidak enak, melambangkan rasa bersalah pada penderita. Baru dilambangkan sebagai pengalaman yang dianggap penderita sebagai suatu kombinasi moral.

d) Halusinasi Pengecapan (Gustatorik)

Walaupun jarang terjadi, biasanya bersamaan dengan halusinasi penciuman. Penderita merasa mengecap sesuatu. Halusinasi gastorik lebih jarang dari halusinasi gustatorik.

e) Halusinasi Perabaan (Taktil)

Merasa diraba, disentuh, ditiup, atau seperti ada ulat yang bergerak di bawah kulit. Terutama pada keadaan delirium toksis dan skizofrenia.

f) Halusinasi Kinestetik

Penderita merasa badanya bergerak – gerak dalam suatu ruang atau anggota badannya bergerak – gerak. Misalnya *"phantom phenomenom"* atau tungkai yang diamputasi selalu bergerak – gerak (*phantom limb*). Sering pada skizofrenia dalam keadaan toksik tertentu akibat pemakaian obat tertentu.

g) Halusinasi Viseral

Timbulnya perasaan tertentu di dalam tubuhnya.

(1) Depersonalisasi adalah perasaan aneh pada dirinya bahwa pribadinya sudah tidak seperti biasanya lagi serta tidak sesuai dengan kenyataan yang ada. Sering pada skizofrenia dan sindrom lobus parietalis. Misalnya sering merasa dirinya terpecah dua.

(2) Derealisasi adalah suatu perasaan aneh tentang lingkungannya yang tidak sesuai dengan kenyataanya. Misalnya perasaan segala sesuatu yang dialaminya seperti dalam impian (Yosep, 2007 dalam Damayanti, 2012).

7) Tanda dan Gejala Halusianasi

Menurut Hamid (2000), yang dikutip oleh Damaiyanti (2012) adalah :

a) Bicara sendiri.
b) Senyum sendiri.
c) Keta sendiri.
d) Menggerakkan bibir sendiri.
e) Penggerakkan mata yang cepat.
f) Respon verbal yang lambat.
g) Menarik diri dari orang lain.
h) Tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata.
i) Terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah
j) nafasan dan tekanan darah
k) berkonsentrasi dengan pengalaman sensori.
l) Sulit berhubungan dengan orang lain.
m) Eksfresi muka tegang.
n) Mudah tersinggung, jengkel dan marah.
o) Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat.
p) Tampak tremor dan berkeringat.
q) Perilaku panik.
r) Agitasi dan kataton.
s) Curiga dan bermusuhan.
t) Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan.

u) Ketakutan.

v) Tidak dapat mengurus diri.

w) Biasanya terdapat disorientasi waktu, tempat dan orang. (Damaiyanti, 2012)

8) Diagnosa Keperawatan Klien yang Muncul Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi adalah :

a) Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

b) Resiko Perilaku Kekerasan (diri sendiri, orang lain dan lingkungan dan verbal.

c) Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah.

3. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

1) Definisi

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh, gelisah, atau amuk dimana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol (Yosep, 2010). Sedangkan menurut AH. Yusuf, dkk, (2015), yaitu perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan akan kebutuhan yang tidak terpenuhi yang dirasakan sebagai ancaman.

Berdasarkan kesimpulan diatas bahwa perilaku kekerasan adalah seseorang yang melakukan tindakan keperawatan yang dapat membahayakan secara fisik baik diri sendiri maupun orang lain.

2) Etiologi

Menurut Yosep (2010), faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan :

a) Faktor Predisposisi

(1) Teori Biologis

(a) *Neurologic Factor*

Beragam komponen dari sistem syaraf seperti sinap, neurotransmitter, dendrit, akson terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan – pesan yang akan mempengaruhi sifat agresif.

(b) *Genetic* Faktor

Adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif.

(c) Cycardian Rhytm

Memegang peranan individu menurut penelitian pada jam sibuk seperti menjelang masuk kerja dan menjelang berakhirnya pekerjaan sekitar jam 9 dan 13 pada jam tertentu orang lebih mudahterstimulus umtuk bersikap agresif.

(d) *Biochemistery Factor*

Adanya stimulus dari luar tubuh yang dianggap mengancam atau membahayakan akan dihantarkan melalui impuls neurotransmitter ke otak dan meresponnya melalui serabut efferent.

(e) Brain Area Disorder

Gangguan pada sistem limbik dan lobus temporal, sindrom otak, tumor otak, trauma otak, penyakit ensepalitis, epilepsi ditemukan sangat berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

(2) Teori Psikologis

(a) Teori Psikoanalisa

Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang. Teori ini menjelaskan bahwa adanya ketidakpuasan fase oral antara usia 0-2 tahun dimana anak tidak mendapat kasih sayang dan pemenuhan kebutuhan air susu yang cukup cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai komponen adanya ketidakpercayaan pada lingkungannya. Tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang yang rendah. Perilaku agresif dan tindakan kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaan dan rendahnya harga diri perilaku tindak kekerasan.

(b) *Imitation, modelling and information processing theory*

Menurut teori ini perilaku kekerasan bisa berkembang dalam lingkungan yang mentolelir kekerasan. Adanya

contoh, model dan perilaku yang ditiru dari media atau lingkungan sekitar memungkinkan individu meniru perilaku tersebut. Dalam suatu penelitian beberapa anak dikumpulkan untuk menonton tayangan pemukulan pada boneka dengan reward positif (semakin keraspukulannya akan diberi coklat). Anak lain diberikan tontonan yangsama dengan tayangan mengasihi dan mencium boneka tersebut dengan reward yang sama (yang baik mendapat hadiah). Setelah anak – anak keluar dan diberi boneka ternyata masing-masing anak berperilaku sesuai dengan tontnan yang pernah dilihatnya.

(c) *Learning Theory*

Perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya. Ia mengamati bagaimana respon ayah saat menerima kekecewaan dan mengamati bagaimana respon ibu saat marah.

b) Faktor Presipitasi

(1) Ekspresi diri, ingin menunjukkan ektensi diri atau simbolis solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian massal dan sebagainya.

(2) Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi

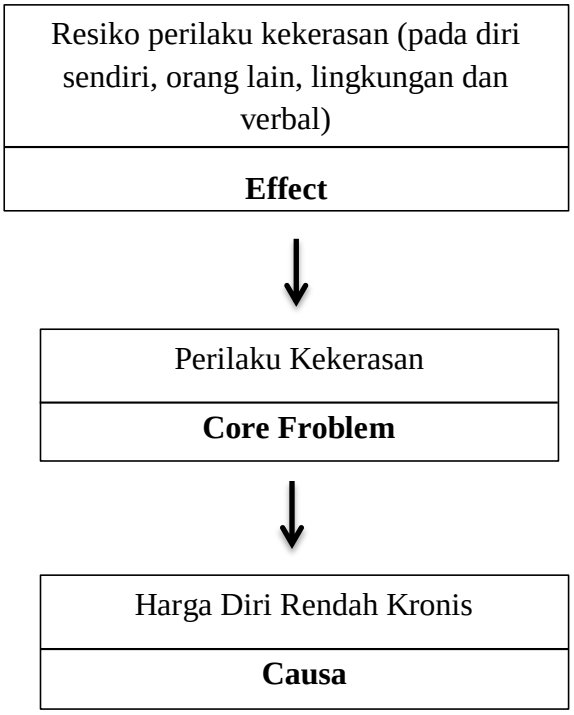
(3) Kesulitan dalam mengonsumsikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.

(4) Adanya riwat perilaku anti social meliputi penyalahgunaan obat dan alcoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi frustasi.

(5) Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan keluarga.

3) Pohon Masalah

Gambar 2.4
Pohon masalah



(Damaiyanti, 2012)

4) Tanda dan Gejala

Menurut Yosep (2010), perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan :

a) Muka marah dan tegang
b) Mata melotot / pamdangan tajam
c) Tanpa mengepal
d) Rahang mengatup
e) Jalan mondar – mandir

5) Faktor Resiko

Menurut Nanda-I (2018-2020), faktor resiko terbagi menjadi 2(dua), yaitu:

a) Resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain.

   Definisi : Beresiko melakukan perilaku yang individu menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan orang lain secara fisik, emosional, atau seksual.

   (1) Ketersediaan senjata
   (2) Bahasa tubuh misalnya sikap tubuh kaku
   (3) Riwayat penganiayaan pada anak – anak
   (4) Kasar atau kejam pada binatang
   (5) Riwayat perilaku kekerasan pada orang lain

b) Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri

   Definisi :Beresiko berperilaku yang individu menunjukkan bahwa dirinya dapat membahyakan dirinya sendiri secara fisik, emosional atau seksual.

(1) Usia 15-19 tahun

(2) Usia 45 tahun atau lebih

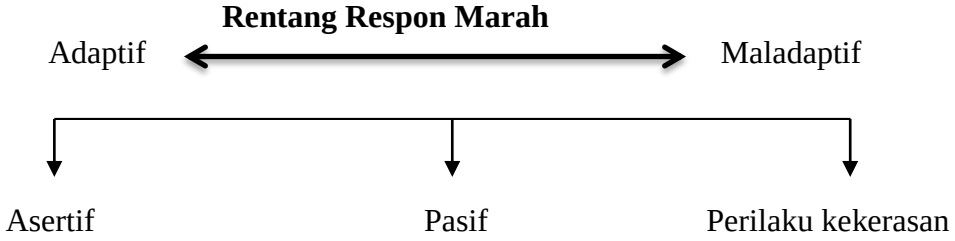
(3) Masalah emosional

(4) Latar belakang keluarga misalnya riwayat bunuh diri, atau penuh konflik.

6) Rentang Respon Marah

Menurut Yosep (2010), perilaku kekerasan merupakan status rentang emosi dan ungkapkan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan bentuk komunikasi dan proses penyimpanan pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa ia "tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan" rentang respon kemarahan dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon yang tidak normal (maladaptif).

Gambar 2.5
Rentang Respon Marah



Tabel 2.2
Rentang Respon Marah

Asertif	Frustasi	Pasif	Agresif	Amuk
Klien mampu mengungkapk	Klien gagal mencapai	klien merasa tidak dapat	Klien mengekspresika	Perasaan marah dan

an rasa marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan kegagalan.	tujuan kepuasan saat masarah dan tidak dapat menemukan alternatifnya.	mengungkap kan perasaannya, tidak berdaya dan menyerah.	n secara fisik, tapi masih terkontrol mendorong orang lain dengan ancaman.	bermusuhan yang kuat dan hilang kontrol disertai amuk, merusak lingkungan

(Damaiyanti, 2012)

7) Diagnosa Keperawatan

a) Resiko perilaku kekerasan

b) Harga diri renad Kronik

c) Resiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal).

4. Konsep Harga Diri Rendah

1) Definisi

Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri. Adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri (Yosep, 2009).

Gangguan harga diri yang disebut sebagai harga diri rendah dapat terjadi secara:

a) Situsional, yaitu terjadi terutama yang tiba – tiba, misalnya harus operasi, kecelakaan, dicerai suami/istri, putus sekolah, putus hubungan kerja, perasaan malu karena sesuatu (korban perkosaan, dituduh KKN, di penjara tiba- tiba.

b) Kronik, yaitu perasaan negatif terhadap berlangsung lama, yaitu sebelum sakit/dirawat. Klien mempunyai cara berpikir yang negatif. Kejadian sakit dan dirawat akan menambah persesepsi negatif terhadap dirinya. Kondisi ini mengakibatkan respon mal yang adaptif. Kondisi ini dapat ditemukan pada klien gangguan fisik yang kronik atau pada klien gangguan jiwa.

Berdasarkan kesimpulan diatas bahwa harga diri rendah adalah dimana harga diri merasa gagal mencapai keinginan, perasaan tentang diri yang negative dan merasa dirinya lebih rendah dibandingkan orang lain.

2) Etiologi

Berbagai faktor menunjang terjadinya perubahan dalam konsep diri seseorang. Dalam tinjauan *life span history* klien, penyebab terjadinya harga diri rendah adalah pada masa kecil sering disalhkan, jarang dapat pujian atas keberhasilannya. Saat individu mencapai masa remaja keberadaanya kurang dihargai, tidak diberi kesempatan dan tidak diterima. Menjelang dewasa awal sering gagal disekolah, pekerjaan atau pergaulan. Harga diri rendah muncul saat lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari kemampuannya (Yosep, 2009).

Menurut Stuart (2006), faktor – faktor yang mengakibatkan harga diri rendah kronik meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi sebagai berikut.

a. Faktor Prediposisi

(1) Faktor yang mempengaruhi harga diri meliputi penolakanj orang tua, harapan orangtua yang tidak realistis, kegagalan yang berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergangtungan pada orang lain, dan idel diri yang tidak realistis.

(2) Faktor yang mempengaruhi performa peran adalah stereotipe peran gender, tuntutan peran pekerjaan, dan harapan peran budaya.

(3) Faktor yang mempengaruhi identitas pribadi meliputi ketidakpercayaan orangtua, tekanan dari kelompok sebaya, dan perubahan struktur sosial.

b. Faktor Presipitasi

Menurut Yosep (2009), faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah biasanya adalah kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan atau bentuk tubuh, kegagalan atau produktivitas yang menurun. Secara umum, gangguan konsep harga diri rendah ini dapat terjadi secara situsional atau kronik. Secara situsional karena trauma yang muncul secara tiba- tiba, misalnya harus dioperasi, kecelakaan, perkosaan atau dipenjara, termasuk dirawat dirumah sakit biasanya menyebabkan harga diri rendahdisebabkan karena penyakit fisik atau pemasangan alat bantu yang membuat klien tidak nyaman. Harga diri rendah kronik, biasanya dirasakan klien sebelum

sakit atau sebelum dirawat klien sudah memiliki pikiran negatif dan meningkat saat dirawat.

c. Perilaku pengumpulan data yang dilakukan oleh perawat meliputi perilaku yang objektif dan dapat diamati secara perasaan sebjektif dan dunia dalam diri klien sendiri. Perilaku yang berhubungan dengan harga diri rendah salah satunya mengkritik diri sendiri, sedangkan keracunan identitas seperti sifat kepribadian yang bertentangan serta depersonalisasi (Stuart, 2006)

3) Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah Kronik

Menurut **Damaiyanti** (2008), tanda dan gejala harga diri rendah kronik adalah sebagai berikut:

a) Mengkritik diri sendiri.
b) Perasaan tidak mampu.
c) Pandangan hidup yang pesimis.
d) Penurunan produktivitas.
e) Penolakan terhadap kemampuan diri.

Selain data diatas, dapat juga mengamati penampilan seseorang dengan harga diri rendah, terlihat dari kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapi, selera makan kurang, tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk, bicara lambat dengan suara nada lemah.

4) Batasan Karakteristik Harga Diri Rendah Kronik

Batasan karakteristik menurut **Nanda-I (2018-2020)**

a) Bergantung pada pendapat orang lain

b) Seringkali mencari penegasan

c) Melebih lebihkan umpan balik negatif tentang diri sendiri

d) Secara berlebihan mencari pengut

e) Kontak mata kurang

f) Menolak umpan bbalik positif

g) Kegagalan hidup berulang

h) Rasa malu

i) Meremehkan kemampuan mengatasi situasi

j) Enggan mencoba hal baru

k) Perilaku bimbang

l) Perilaku tidak aserif

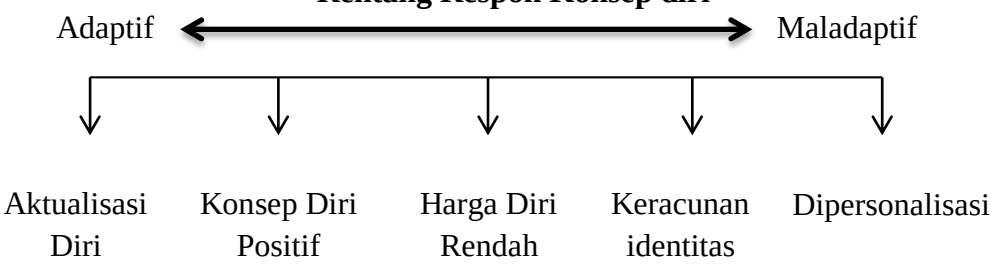
m) Ekspresi rasa bersalah

n) Pasif

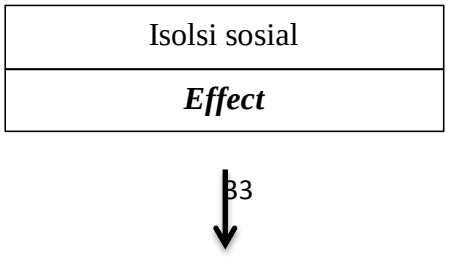
o) Evaluasi diri bahwa individu tidak mampu menghadapi peristiwa

5) Rentang Respon Konsep Diri

Gambar 2.6
Rentang Respon Konsep diri



Gambar 2.7
Pohon Masalah



↓

7) Diagnosa Keperawatan

Masalah konsep diri berkaitang dengan perasaan ansietas, bermusuhan dan rasa bersalah. Masalah ini sering menimbulkan proses peenyebaran diri dan sirkular bagi individu yang dapat menyebabkan respon koping maladaptif. Resapon ini dapat terlihat pada berbagai macam individu yang mengalami ancaman integritas fisik atau sistem diri (Stuart, 2006).

Diagnosa keperawatan yang diangkat berdasarkan pohon masalah adalah :

a) Harga Diri Rendah Kronik
b) Koping individu Tidak Effektif
c) Isolasi sosial

5. Intervensi

Tabel 2.3

Intervensi Keperawatan Halusinasi

No	Diagnosa	Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
1	Gangguan sensori persepsi : halusinasi	Klien mampu : a. Mengenali halusinasi yang dialaminya b. Mengontrol halusinasinya c. Mengikuti program pengobatan secara optimal	Setelah … pertemuan Klien dapat menyebutkan : a. Isi, waktu, frekuensi, situasi, pencetus perasaan b. Mampu memperagakan cara dalam mengontrol halusinasi	SP I a. Bantu klien mengenali halusinasi : Isi, waktu terjadinya, frekuensi, situasi pencetus saat terjadi halusinasi. b. Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik tahapannya. c. Jelaskan cara menghardik halusinasi d. Peragakan cara menghardik e. Minta klien peragakan ulang f. Pantau penerapan cara ini, beri penguatan perilaku klien. g. Masukkan dalam kegiatan jadwal klien
			Setelah … pertemuan klien mampu : a. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan b. Memperagakan cara bercakap – cakap dengan orang lain	SP II a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP I) b. Latih berbicara dengan orang lain saat halusinasi muncul c. Masukkan dalam jadwal kegiatan klien
			Setelah … pertemuan klien mampu : a. Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan dan b. Memberi jadwal kegiatan sehari – hari dan mampu memperagakanny a	SP III a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP I dan SP II) b. Latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul tahapannya adalah: 1) Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi

				2) Diskusi aktivitas yang biasa dilakukan oleh klien 3) Latih klien melakukan aktivitas 4) Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang dilatih (dari bangun pagi sampai tidur malam) 5) Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku klien yang positif.
			Setelah … pertemuan klien mampu : a. Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan dan b. Menyebutkan manfaat dari program pengobatan.	SP IV a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP I, II, & III) b. Tanyakan program pengobatan c. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa d. Jelaskan akibat bila tidak digunakan sesuai program e. Jelaskan akibat bila putus obat f. Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat g. Jelaskan pengobatan 6b (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu pemberian obat, benar cara pemberian obat, benar kadaluwarsa obat) h. Latih klien minum obat masukkan dalam jadwal harian klien.
		Keluarga mampu : merawat klien di rumah dan menjadi sistem pendukung	Setelah … pertemuan keluarga mampu menjelaskan tentang	SP I a. Indetifikasi masalah keluarga dalam merawat klien

		yang afektif untuk klien		b. Jelaskan tentang halusinasi 1) Pengertian halusinasi 2) Jenis halusinasi yang dialami klien 3) Tanda dan gejala halusinasi 4) Cara merawat klien halusinasi (cara berkomunikasi, pemberian obat & pemberian aktivitas pada klien c. Sumber-sumber pelayanan kesehatan yang bisa dijangkau d. Bermain peran dalam cara merawat e. Rencana tindak lanjut keluarga, jadwal keluarga untuk merawat klien
			Setelah … pertemuan keluarga mampu : a. Menyelesaikan kegiatan yang telah dilaksanakan b. Memperagakan cara merawat klien	SP II a. Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1) b. Latih keluarga merawat Klien c. RTL keluarga atau jadwal keluarga untuk merawat klien
			Setelah … pertemuan keluarga mampu: a. Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan b. Memperagakan cara merawat klien serata membuat RTL	SP III a. Evaluasi kemampuan keluaga (SP II) b. Latih keluarga merawat klien c. RTL keluarga atau jadwa keluarga untuk merawat klien
			Setelah … pertemuan keluarga mampu:	SP IV

			a. Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan b. Melakukan *follow up* rujukan	a. Evaluasi kemapuan keluarga (SP III) b. Evaluasi kemapuan klien c. RTL keluarga atau jadwal keluarga untuk merawat klien 1) *Follow up* 2) Rujukkan
2	Resiko perilaku kekerasan	Klien mampu : a. Menyebutkan penyebab, tanda gejala, akibat PK b. Menyebutkan jenis PK yang pernah dilakukan c. Menyebutkan cara mengon-4estrol PK dengan cara: 1) Fisik 1 : tarik nafas dalam 2) Fisik 2 : memukul bantal 3) Sosial verbal 4) Spiritual 5) Patuh minum obat	Setelah … pertemuan klien mampu : a. Menyebutakan penyebab, tanda gejala, perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, dan akibatPK b. Memperagakan cara fisik 1 : Tarik nafas dalam	SP I a. Identifikasi penyebab PK b. Identifikasi tanda dan gejala PK c. Identifikasi PK yang dilakukan d. Identifikasi akibat PK e. Latihan cara fisik 1 : tarik nafas dalam f. Masukkan ke dalam jadwal harian
			Setelah … pertemuan klien mampu 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara fisik 2 mengontrol PK : memukul bantal	SP II a. Evaluasi SP I b. Latihan cara fisik 2 : pukul bantal atau kasur c. Masukkan ke dalam jadwal harian

			Setelah … pertemuan klien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan seara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP III a. Evaluasi SP1 dan SP2 b. Latih secara sosial / c. Verbal d. Menolak dengan baik e. Meminta dengan baik f. Mengungkapkan dengan baik g. Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien
			Setelah … pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan secara spiritual	SP IV a. Evaluasi SP 1, 2 dan 3 b. Latih secara spiritual berdo'a c. Masukkan dalam jadwal kegia pasien
			Setelah … pertemuan pasien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara patuh minum obat	SP V a. Evaluasi SP 1, 2, 3 dan 4 b. Latih patuh obat c. Minum obat secara teratur dengan prinsip 5B d. Susun jadwal minum obat dengan teratur e. Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien
		Keluarga mampu : merawat pasien di rumah	Setelah pertmuan keluarga mampu: 1. Menjelaskan penyebab, tanda / gejala, akibat serta mampu memperagakan cara merawat	SP1 a. Identifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien b. Jelaskan tentang RPK dari penyebab, akibat dan cara merawat c. Latih 2 cara merawat d. RTL keluarga / jadwal untuk merawat pasien
			Setelah … pertemuan keluarga mampu :	SP2 a. Evaluasi SP1

			1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu merawat serta dapat membuat RTL	b. Latih (simulasi) 2 cara lain untuk merawat pasien c. Latih langsung ke pasien d. RTL keluarga / jadwal keluarga untuk m
			Setelah … pertemuan keluarga mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu merawat serta dapat membuat RTL	SP3 a. Evaluasi SP 1 dan 2 b. Latih langsung ke pasien c. RTL keluarga / jadwal keluargauntuk merawat pasien
			Setelah … pertemuan keluarga mampu : 1. Melaksanakan follow up dan rujuk serta mampu mnyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan	SP 4 a. Evaluasi SP 1, 2, dan 3 b. Latih langsung ke pasien c. RTL keluarga : - Follow up - Rujukan
3	Harga Diri Rendah Kronis	Klien mampu: a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki b. Menilai kemampuan yang dapat digunakan c. Menciptakan/ memilih yang sudah dipilih sesuai kemampuan	Setelah … pertemuan klien mampu : 1. Mengidentifikasi kemampuan yang aspek positif yang dimilki 2. Memilki kemampuan yang dapat digunakan 3. Memilih kegiatan sesuai kemampuan 4. Melakukan kegiatan sesuai kemampuan	SP 1 a. Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki b. Membantu klien menilai kemampuan klien yang masih dapat digunakan c. Membantu klien memilih atau menetapkan kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan klien d. Melatih klien sesuai dengan kemampuan yang dipilih e. Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan klien

		d. Merencanakan kegiatan yang sudah dipilih	5. Melakukan kegiatan yang sudah dipilih 6. Merencanakan kegiatan yang sudah dilatih	f. Mengajurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
			Setelah … pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Mampu melakukan kegiatan yang sudah dipilih	SP 2 a. Evaluasi SP 1 b. Latih klien melakukan kegiatan sesuai dengan kemampuan klien c. Mengajurkan klien memasukkan dalam jadwal
		Keluarga mampu : merawat pasien di rumah	Setelah … pertemuan keluarga mampu 1. Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda / gejala, proses terjadinya HDR dan akibat serta mampu memperagakan cara merawat	SP 1 a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien b. Menjelaskan pengertian harga diri rendah, tanda dan gejala, serta proses terjadinya harga diri rendah c. Menjelaskan cara merawat pasien dengan harga diri rendah
			Setelah … pertemuan keluarga mampu : A. Melaksanakan follow up dan rujuk serta mampu mnyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan	SP 2 a. Evaluasi SP 1 b. Latih keluarga memperaktekan cara merawat pasien harga diri rendah d. RTL keluarga : - Follow up - Rujukan

B. Tindakan Keperawatan Pasien Halusinasi

1. Tindakan Keperawaratan untuk pasien

a. Tujuan tindakan untuk pasien meliputi :

1) Pasien mengenali halusinasi yang dialaminya

2) Pasien dapat mengontrol halusinasinya

3) Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

b. Tindakan keperawatan

1) Membantu pasien mengenali halusinasi

Untuk membantu pasien dapat melakukannya halusinasi, Saudara dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang didengar/ dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan respon pasien saat halusinasi muncul.

a) Melatih pasien mengontrol halusinasi

Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol halusinasi, Saudara dapat melatih pasien empat cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi. Keempat cara tersebut meliputi :

(1) Menghardik halusinasi

Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya. Kalau ini dapat dilakukan, pasien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul.

Kemungkinan muncul lagi halusinasi tetap ada, namun dengan kemampuan ini pasien tidak akan larut untuk mengikuti apa yang ada dalam halusinasinya. Tahapan tindakan keperawatan meliputi: (1) Menjelaskan cara menghardik halusinasi (2) Memperagakan cara menghardik, (3) Meminta pasien memperagakan ulary dan (4) Memantau penerapan cara ini menguatkan perilaku pasien

(2) Bercakap-cakap dengan orang lain

Untuk mengontrol halusinasi dapat juga dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap-cakapdengan orang lain maka terjadi distraksi. Fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut. Sehingga salah satu cara yang efektif untuk mengontrol halusinasi adalah dengan menganjurkan pasien untuk bercakap-cakap dengan orang lain.

(3) Melakukan aktivitas yang terjadwal

Untuk mengurangi resiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang teratur. Dengan beraktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering sekali mencetuskan halusinasi. Untuk itu pasien

yang mengalami halusinasi bisa dibantu untuk mengatasi halusinasinya dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh han dalam seminggu.

Tahapan intervensinya sebagai berikut : (1) Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi (2) Mendiskusikan aktivitas yang bisa dilakukan pasien, (3) Melatih pasi melakukan aktivitas, (4) Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan pasien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam, 7 hari dalam seminggu dan (5) Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan, memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.

(4) Menggunakan obat secara teratur

Untuk mampu mengontrol halusinasi pasien juga harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Pasien gangguan jiwa yang dirawat di rumah sering sekali mengalami putus obat sehingga akibatnya pasien mengalami kekambuhan. Bila kekambuhan terjadi maka untuk mencapai kondisi seperti semula akan lebih sulit. Untuk itu pasien perlu

dilatih menggunakan obat sesuai program dan berkelanjutan.

Berikut ini tindakan keperawatan agar pasien patuh menggunakan obat :(1) Jelaskan guna obat, (2) Jelaskan akibat bila putus obat, (3) Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat dan (4) Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, benar dosis)

b) Tindakan keperawatan dengan pendekatan Strategi Pelaksanaan (SP)

SP I Pasien: Membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama : menghardik halusinasi

Fase Orientasi :
"Assalamualaikum Devi. Saya perawat yang akan merawat Devi. Nama saya Sinta, senang dipanggii Sinta. Nama Devi siapa? Senang dipanggil apa?". "Bagaimana perasaan Devi hari ini? Apa keluhan Devi saat ini?"
"Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini Devi dengar tapi tak tampak wujudnya? Dimana kita duduk? Di ruang tamu? Berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit?"

Fase Kerja :
"Apakah Devi mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?"
"Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktuwaktu? Kapan yang paling sering Devi dengar suara? Berapa kali sehari Devi alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendiri?"
"Apa yang Devi rasakan ketika mendengar suara itu?" "Apa yang Devi lakukan ketika mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suara-suara itu hilang? Bagaimana kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul?"

“Devi, ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang keempat minum obat dengan teratur.” “Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik"
“Caranya sebagai berikut: saat suara-suara itu muncul, langsung bilang, pergi sana, saya tidak mau dengar, ...saya tidak mau dengar. Kamu suara palsu.

Fase Orientasi :
“Assalamualaikum Devi. Saya perawat yang akan merawat Devi. Nama saya Sinta, senang dipanggii Sinta. Nama Devi siapa? Senang dipanggil apa?”. “Bagaimana perasaan Devi hari ini? Apa keluhan Devi saat ini?”
“Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini Devi dengar tapi tak tampak wujudnya? Dimana kita duduk? Di ruang tamu? Berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit?”

Fase Kerja :
“Apakah Devi mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?”
“Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan yang paling sering Devi dengar suara? Berapa kali sehari Devi alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendiri?”
“Apa yang Devi rasakan ketika mendengar suara itu?”
“Apa yang Devi lakukan ketika mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suara-suara itu hilang? Bagaimana kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul?”
“Devi, ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang keempat minum obat dengan teratur.” “Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik"
“Caranya sebagai berikut: saat suara-suara itu muncul, langsung bilang, pergi sana, saya tidak mau dengar, ...saya tidak mau dengar. Kamu suara palsu, begitu diulang-ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi. Caba Devi peragakan! Nah begitu, ... bagus! Coba lagi! Ya bagus Devi sudah bisa”

Fase Terminasi :

“Bagaimana perasaan Devi setelah peragaan latihan tadi? Kalau muncul lagi suara-suara itu muncul lagi, silahkan coba cara tersebut! Bagaimana kalau kita buat | jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya? (saudara masukkan kegiatan latihan menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian pasien). Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua? Jam berapa Devi? Bagaimana kalau dua jam lagi? Berapa lama kita akan berlatih? Dimana tempatnya?”
“Baiklah, sampai jumpa”
“Assalamu'alaikum”

SP 2 Pasien : Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua (bercakap-cakap dengan orang lain)

Fase Orientasi:
“Assalamu'alaikum Devi. Bagaimana perasaan Devi hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih? Berkurangkan suara-suaranya? Bagus! Sesuai janji kita tadi saya akan latih cara yang kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kita akan latihan selama 20 menit. Mau di mana? Di sini saja?

Fase Kerja:
“Cara kedua untuk mencegah / mengontrol halusinasi yang lain adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau Devi mulai mendengar suara- suarasuara, langsung saja mencari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk mengobrol dengan Devi. Contohnya begini - ..... tolong, saya mulai dengar suara-suara. Ayo ngobrol dengan saya! Atau kalau ada orang di rumah misalnya kakak Devi katakan : Kak, ayo ngobrol dengan Devi, Devi sedang dengar suara-suara. Begitu Devi. Coba Devi lakukan seperti saya tadi lakukan. Ya, begitu. Bagus! Coba sekali lagi Bagus! Nah, latih terus ya Devi!”

Fase Terminasi:
“Bagaimana perasaan Devi setelah latihan ini? Jadi sudah ada beberapa cara yang sudah Devi pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus, cobalah kedua cara ini kalau Devi mengalami halusinasi lagi. Bagaimana kalau kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian Devi. Mau jam berapa latihan bercakap-cakap? Nah nanti lakukan secara teratur serta sewaktu-waktu suara itu muncul! Besok saya akan kemari

lagi. Bagaimana kalau kita latih cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal? Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10? Mau di mana/ di sini lagi? Sampai jumpa besok ya”
“Assalamu'alaikum”

SP 3 Pasien: Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga (melaksanakan aktivitas terjadwal)

Fase Orientasi:
“Assalamu'alaikum Devi. Bagaimana perasaan Devi hari ini? Apakah suara-suaranya 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 terjadwal. Mau dimana kita bicara? Baik kita duduk di ruang tamu. Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 30 menit? Baiklah”

Fase Kerja:
“Apa saja yang biasa Devi lakukan? Pagi pagi apu kegiatannya, terus jam berikutnya (terus ajak sampai mendapatkan kegiatannya sampai malam). Wah banyak sekali kegiatannya. Mari kita latih dua kegiatan hari ini (latih kegiatan tersebut). Bagus sekali Devi bisa lakukan. Kegiatan ini dapat Devi lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih lagi agar dari pagi sampai malam ada kegiatan.

Fase Terminasi :
“Bagaimana perasaan Devi setelah kita bercakapcakap cara yang ketiga untuk mencegah suara-suara itu? Bagus sekali! Coba sebutkan 3 cara yang telah kita latih untuk mencegah suara-suara! Bagus sekali, mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian Devi. Coba lakukan sesuai jadwal ya! (saudara dapat melakukan aktivitas yang lain pada pertemuan berikut sampai terpenuhi seluruh aktivitas dari pagi sampai malam) Bagaimana kalau menjelang makan siang nanti, kita membahas cara meminum obat yang baik serta guna obat. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 12.00 siang? Di ruang makan ya, sampai jumpa. Wassalamualaikum”.

SP 4 : Melatih pasien menggunakan obat secara teratur

Fase Orientasi :

“Assalamu'alaikum Devi. Bagaimana perasaan Devi hari ini? Apakah suara suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai tiga 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 Devi minum. Kita akan diskusi selama 20 menit sambil menunggu makan siang. Di sini saja ya Devi”

Fase Kerja :

“Devi, adakah bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah suara-suaranya berkurang/ hilang? Minum obat sangat penting supaya suara-suara yang Devi dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang Devi minum? (Perawat menyiapkan obat untuk pasien) Ini yang warna oranye (CPZ) 3 kali sehari jam berapa? Pagi, jam 1 siang dan jam 7 malam, gunanya untuk menghilangkan suarasuara. Ini yang putih (THP) 3 kali sehari jamnya sama, gunanya untuk rileks dan tidak kaku. Sedangkan yang merah jambu (HP) 3 kali sehari jamnya sama, gunanya untuk pikirannya biar tenang. Kalau suarasuara sudah hilang obatnya tidak boleh dihentikan. Nanti konsultasikan dengan dokter, sebagian kalau putus obat, Devi bisa kambuh dan sulit untuk mengembalikan kekeadaan semula. Kalau obat habis Devi bisa minta obat ke dokter untuk mendapatkan obat lagi. Devi juga harus teliti saat menggunakan obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, artinya Devi harus memastikan bahwa itu benar-benar punya Devi. Jangan keliru dengan obat punya orang lain. Baca nama kemasannya. Pastikan obat itu diminum pada waktunya, dengan cara yang benar, yaitu dimakan sesudah makan dan tepat jamnya. Devi juga harus perhatikan berapa jumlah obat sekali minum, dan harus cukup minum 10 gelas per hari”.

Fase Terminasi :

“Bagaimana perasaan Devi setelah kita bercakapcakap 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 Devi. Jangan lupa pada waktu minum obat minta obat pada perawat atau pada keluarga kalau di rumah. Nah makanan sudah datang. Besok kita ketemu lagi untuk melihat manfaat 4 cara mencegah suara yang telah kita bicarakan. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10.00. Sampai jumpa.

”Assalamu'alaikum”

2. Tindakan Keperawatan untuk Keluarga

a. Tujuan

1) Keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien baik di rumah sakit maupun di rumah
2) Keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien

b. Tindakan keperawatan

Keluarga merupakan faktor yang menetukan keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi. Dukungan keluarga selama pasien dirawat di rumah sakit sangat dibutuhkan sehingga pasien termotivasi untuk sembuh.

Demikian juga saat pasien tidak lagi dirawat di rumah sakit (di rumah). Keluarga yang mendukung pasien secara konsisten akan membuat pasien mampu mempertahankan program pengobatan secara optimal.

Namun demikian jika keluarga tidak mampu merawat pasien, pasien akan kambuh bahkan untuk memulihkannya lagi akan sangat sulit. Untuk itu perawat harus memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga agar keluarga mampu menjadi pendukung yang efektif bagi pasien dengan halusinasi baik saat rumah sakit maupun di rumah.

Tindakan keperawatan yang dapat diberikan untuk keluarga pasien halusinasi adalah :

a) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
b) Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi, dan cara merawat pasien halusinasi.

c) Berikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung di hadapan pasien.

d) Buat perencanaan pulang dengan keluarga.

c. Tindakan keperawatan untuk keluarga dengan pendekatan Strategi Pelaksanaan (SP)

SP 1 Keluarga : Pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami anggota keluarganya (pasien), tanda dan gejala halusinasi dan cara-cara merawat pasien halusinasi

Fase Orientasi :
"Assalamu'alaikum bapak/ibu, saya Sinta, perawat yang merawat anak bapak/ibu"
"Bagaimana perasaan bapak/ibu hari ini? Apa pendapat tentang anak bapak/ibu? "Hari ini kita akan berdiskusi tentang apa masalah yang bapak/ ibu bisa berikan" "Kita mau diskusi di mana? Bagaimana kalau d ruang wawancara? Berapa lama waktu bapak/ibu? Bagaimana kalau 30 menit"

Fase Kerja:
"Apa yang bapak/ ibu rasakan menjadi masalah dalam merawat Devi, apa yang bapak/ibu lakukan?" "Ya, gejala yang dialami oleh anak bapak/ibu itu dinamakan halusinasi, yaitu mendengar atau melihat sesuatu yang sebetulnya tidak ada bendanya". "Tanda-tandanya bicara dan tertawa sendiri atau marah-marah tanpa sebagian" "Jadi kalau anak bapak/ibu mengatakan mendengar suara-suara sebenarnya suara itu tidak ada" "Kalau anak bapak/ibu mengatakan melihat bayangan-bayangan sebenarnya bayangan itu tidak ada" "Untuk itu kita diharapkan dapat membantunya dengan beberapa cara. Ada beberapa cara untuk membantu anak bapak/ibu agar bisa mengendalikan halusinasi. Cara-cara tersebut antara lain:

a) Dihadapan anak bapak/ibu jangan membantah halusinasi atau menyokongnya. Katakan saja bapak/ ibu percaya bahwa anak tersebut memang mendengar suara atau melihat bayangan, tetapi bapak/ibu sendiri tidak mendengar atau melihatnya.
b) Jangan biarkan anak bapak/ibu melamun sendiri, karena kalau melamun halusinasi

akan muncul lagi. Upayakan ada orang yang mau bercakapcakap dengannya. Buat kegiatan keluarga seperti makan bersama, sholat bersama-sama. Tentang kegiatan, saya telah melatih anak bapak/ibu untuk membuat jadwal kegiatan sehari-hari. Tolong bapak/ibu pantau pelaksanaannya, ya dan berikan pujian jika dia melakukannya".

c) Bantu anak bapak/ibu minum obat secara teratur. Jangan menghentikan obat tanpa konsultasi! Terkait dengan obat ini, saya juga sudah melatih anak bapak/ibu untuk minum obat secara ' teratur. Jadi bapak/ibu dapat mengingatkan kembali. Obatnya ada 3 macam, ini yang oranye namanya CPZ gunanya untuk menghilangkan suara-suara atau bayangan, diminum 3 x sehari pada jam 7 pagi, 1 siang dan 7 malam. Yang putih namanya THP gunanya untuk membuat rileks, jam minumnya sama dengan CPZ tadi. , Yang biru namanya HP gunanya menenangkan cara berfikir, jam minumnya sama dengan CPZ. Obat perlu selalu diminum untuk mencegah kekambuhan".

d) Bila ada tanda-tanda halusinasi mulai muncul, putus halusinasi anak bapak/ibu dengan cara menepuk punggung anak bapak/ibu. Kemudian suruhlah anak bapak/ibu menghardik suara tersebut. Anak bapak/ibu sudah saya ajarkan cara menghardik halusinasi"

"Sekarang mari kita latihan memutus halusinasi anak bapak/ibu, sambil menepuk punggung anak bapak/ibu, katakan : Devi, sedang apa kamu? Kamu ingat kan apa yang diajarkan perawat bila suara-suara itu datang? Ya, usir suara itu, Devi tutup telinga kamu dan katakan pada suara itu, saya tidak mau dengar. Ucapkan berulang-ulang, Devi "
"Sekarang caba bapak/ibu praktekkan cara yang barusan saya ajarkan!"
"Bagus pak/ bu"

Fase Terminasi :
"Bagaimana perasaan bapak/ibu setelah kita berdiskusi dan latihan memutuskan halusinasi anak bapak/ibu?"

“Sekarang coba bapak dan ibu sebutkan kembali 3 cara merawat anak bapak/ibu!” “Bagus sekali pak/bu. Bagaimana kalau 2 hari lagi kita bertemu untuk mempraktekkan cara memutus halusinasi langsung di hadapan anak bapak/ibu?” “Jam berapa kita bertemu?” “Baik, sampai jumpa. Assalamu alaikum”

SP 2 Keluarga : melatih keluarga praktik merawat pasien langsung di hadapan pasien

Fase Orientasi :
“Assalamu'alaikum”
“Bagaimana perasaan bapak dan ibu pagi ini?” “Apakah bapak dan ibu masih ingat bagaimana cara memutus halusinasi anak bapak/ibu yang sedang mengalami halusinasi? Bagus!”
“Sesuai dengan perjanjian kita, selama 20 menit ini kita akan mempraktekkan cara memutus halusinasi langsung di hadapan anak bapak/ibu, mari kita datangi anak bapak/ibu”

Fase Kerja :

“Assalamu'alaikum Devi”

“Devi, bapak/ibu Devi sangat ingin membantu Devi mengendalikan suara-suara yang sering Devi dengar. Untuk itu pagi ini bapak dan ibu Devi datang untuk mempraktekkan cara memutus suara-suara yang Devi dengar. Devi nanti kalau sedang dengar suara-suara bicara atau tersenyum-senyum sendiri, maka bapak dan ibu akan mengingatkan seperti ini. Sekarang, coba bapak dan ibu peragakan cara memutus halusinasi yang sedang Devi alami seperti yang sudah kita pelajari sebelumnya. Tepuk punggung Devi lalu suruh Devi mengusir suara dengan menutup telinga dan menghardik suara tersebut”.
(Kita mengobservasi apa yang dilakukan keluarga terhadap pasien)
“Bagus sekali! Bagaimana Devi, senang dibantu bapak dan ibu? Nah bapak dan ibu ingin melihat jadwa harian Devi".
(Pasien memperlihatkan dan dorong orang tua memberikan pujian)
“Baiklah, sekarang saya dan orang tua Devi ke ruang perawat dulu” (Saudara meninggalkan pasien untuk melakukan terminasi dengan keluarga)
Fase Terminasi :

Bagaimana perasaan bapak dan ibu setelah mempraktekkan cara memutus halusinasi langsung di hadapan anak bapak/ibu?”
“Diingat-ingat pelajaran kita hari ini ya pak/ bu. Bapak dan ibu dapat melakukan cara itu bila anak bapak/ ibu mengalami hatusinasi”.
“Bagaimana kalau kita bertemu 2 hari lagi untuk membicarakan tentang jadwal kegiatan harian anak bapak dan ibu untuk persiapan di rumah”
“Jam berapa bapak dan ibu bisa datang? Tempatnya di sini ya pak/ bu, sampai jumpa”

SP 3 Keluarga : Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

Fase Orientasi :

“Assalamu'alaikum pak/ bu, karena besok Devi sudah boleh pulang, maka sesuai janji kita sekarang ketemu untuk membicarakan jadwal Devi selama di rumah". “Bagaimana pak/ bu selama bapak dan ibu membesuk apakah sudah terus dilatih cara merawat Devi?” “Nah sekarang kita bicarakan jadwal Devi di rumah, mari kita duduk di ruang perawat”,

“Berapa lama bapak dan ibu ada waktu? Bagaimand kalau 30 menit?”

Fase Kerja :

“Ini jadwal kegiatan Devi selama di rumah sakit. Jadwal ini dapat dilanjutkan di rumah. Coba bapak dan ibu lihat, mungkinkah dilakukan di rumah. Siapa yang kira-kira akan memotivasi dan mengingatkan? Pak/bu jadwal yang telah dibuat selama Devi di rumah sakit tolong dilanjutkan di rumah, baik jadwal aktivitas maupun jadwal minum obatnya”.

“Hal-hal yang perlu diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang ditampilkan oleh anak bapak/ibu selama di rumah. Misalnya kalau Devi terus-menerus mendengar suara-suara yang menganggu dan tidak memperlihatkan perbaikan, menolak minum obat atau memperlihatkan perilaku yang membahayakan orang lain. Jika hal ini terjadi, segera hubungi perawat Kiki di Puskesmas terdekat dari rumah bapak dan ibu, ini nomor telepon Puskesmasnya (0651) 554x0.. Selanjutnya perawat Kiki yang akan membantu memantau perkembangan Devi selama di rumah".

Fase Terminasi :

“Bagaimana pak/ bu, ada yang ingin ditanyakan? Coba ibu sebutkan cara-cara merawat Devi di rumah! Bagus (Jika ada yang lupa segera diingatkan oleh perawat) Ini jadwalnya untuk dibawa pulang. Selanjutnya silahkan bapak/ibu menyelesaikan administrasi yang dibutuhkan. Kami akan siapkan Devi untuk pulang”.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Nama : Ny. J

Umur : 63 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Pendidikan : SMA

Agama : Islam

Suku / Bangsa : Sunda

Alamat : Kp. Selaawi Desa Selaawi Kec. Selaawi Rt 03 Rw. 02

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Status Perkawinan : Janda

Diagnose medis : Skizofrenia Paranoid

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. A

Umur : Laki – laki

Jenis kelamin : 23 Tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : -

Hubungan keluarga : Anak

Alamat : Kp. Selaawi Desa Selaawi Kec. Selaawi Rt 03 Rw. 02

b. Alasan Dikaji

Klien pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa 2x pada saat Klien berumur 40 tahunan dengan alasan klien ditinggal mati oleh suaminya dan 2 anakmya dalam waktu yang berdekatan.

Pada saat dikaji tanggal 9 Maret 2020. Klien mengatakan suka mendengar suara – suara kapal di atas kepalanya, klien juga mendengar suara aneh yang ingin membunuhnya, suara itu datang ketika klien sedang tidur dan beraktifitas. Suara tersebut membuat klien terganggu, sulit tidur, bingung.

1) Gangguan sensori presepsi : Halusinasi Dengar
2) Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
3) Harga diri rendah

c. Factor Predisposisi

1) Riwayat masa lalu

   Klien pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya di rwat di Rumah Sakit Jiwa 2x pada umur Klien 40 tahunan.

2) Riwayat pengobatan

   Klien mengatakan sebelumna pernah berobat tetapi tidak berhasil.

3) Penganiayaan fisik

Klien pernah mengalami penyaniyaan fisik oleh kakanya.

4) Herediter

Dalam keluarganya tidak ada yang mengalami gangguan jiwa

5) Pengalam masalalu yang tidak mengenakan

Klien mengatakan pernah mengalami masa lalu yang tidak menyenangkan karena suami klien meninggal dan 2 anaknya meninggal dalam waktu yang berdekatan.

d. Pemeriksaan fisik

1) Tanda Tanda Vital

Terkanan Darah : 90/80 mmHg

Suhu : 36.5^0 C

Nadi : 82x/menit

Pernafasan : 20x/menit

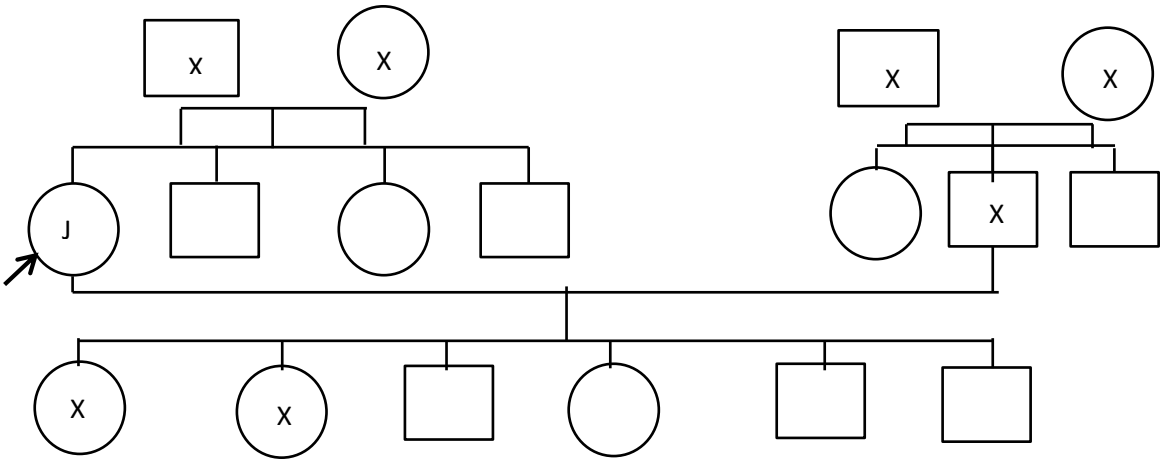
2) Ukuran

Tinggi Badan : 160 cm

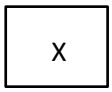
Berat Badan : 55kg

e. Psikososial

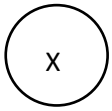
1) Genogram



Keterangan Gambar :



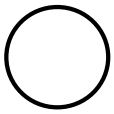
: Meninggal



: Meninggal

: Klien

: Serumah



: Perempuan

: Laki – laki

Komunikasi dalam keluarga lancar. Klien juga suka membantu keluarga dalam hal keuangan, klien sebagai anak ke 1 dari 4 bersaudara. Dan klien juga seorang ibu dengan 6 orang anak 2

meninggal 3 tinggal di Sumatera 1 serumah . Klien tinggal dengan anaknya yang bungsu..

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah

2) Konsep Diri

a) Citra tubuh

Klien menyatakan bahwa klien menyukai seluruh bagian tubuhnya kecuali telinganya, karena suka mendengar suara – suara yang akan ingin membunuh klien dan mendengar suara kapal di atas kepalanya.

b) Identitas diri

Klien seorang perempuan dank lien berpenampilan sesuai dengan jenis kelaminnya. Dirumah klien berstatus sebagai seorang ibu.

c) Peran

Dirumah klien berperan sebagai Ibu. Sebelum sakit klien masih bisa melakasanakan tugasnya dengan baik yaitu melakukan aktivitas rumah tangga seperti mencuci baju, mencuci piring, setrika baju, masak.

d) Ideal diri

Klien berharap segera sembuh dari penyakitnya supaya bisa berkumpul dengan keluarga dan anaknya.

e) Harga diri

Klien mengatakan tidak mau dengan keadaannya sekarang

Masalah keperawatan : gangguan sensori persepsi : halusunasi.

3) Hubungan social

Orang yang paling berarti dan berharga dalam hidupnya adalah kelurganya dan anaknya. Baik saat dirumah ataupun diluar rumah. Klien pernah mengikuti kegiatan masyarakat atau kelompok seperti pengajian, gotong royong.

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Klien beragama islam, klien yakin dengan adanya Allah SWT.

b) Kegiatan ibadah

Sebelum sakit klien sering beribadah saat sakit klien tidak pernah menjalankan sholat.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

f. Status Mental

1) Penampilan

Penampilan klien cukup rapih, berpakaina sesuai dengan yang diberikan oleh keluarga.

2) Pembicaraan

Klien berbicara sesuai topic pembicaraan klien berbicara cukup jelas

Masalah keperawatan : tidak ada gangguan

3) Aktifitas motoric

Klien tampak lesu, seklai kali klien saat sedang berbicang klien tertidur, tetapi klien suka berinteraksi dengan keluarganya.

4) Alam perasaan

Klien sedih, kaarena ditinggal oleh kedua orang tuanya, suami, dan 2 anaknya.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

5) Afek

Pada saat dikaji keadaan emosi klien baik, ekspresi wajah tenang dan mimik muka sesuai dengan keadaan perasaannya.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

6) Interaksi selama wawancara

Saat wawancara pengkajian sesekali menghindar kontak mata dan nerbicara bila ditanya.

Masalah keperawatan : gangguan konsep diri : HDR

7) Persepsi

Klien mengatakan suka mendengar suara – suara kapal di atas kepalanya dan suka mendengar suara – suara seperti orang ingin membunuhnya.

Masalah keperawatan : gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengar.

8) Isi pikir

Pada saat pengkajian klien kadang berbicara teringat kepada 2 anaknya yang sudah meninggal, tidak ada waham.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

9) Proses pikir

Pada saat dikaji pembicaraan klien dapat dimengerti dank lien dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan oleh perawat.

Masalah perawat : tidak ada masalah

10) Tingkat kesadaran

Saat dikaji klien mengidentifikasi waktu,tempat, orang dengan benar, terbukti pada saat ditanya “sekarang ada dimana?” klien menjawab di rumah di Kp. Selaawi Desa Selaawi Kec. Selaawi Rt 03 Rw. 02.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

11) Memori

a) Jangka panjang

Klien masih ingat kejadian – kejadian beberapa bulan yang lalu.

b) Jangka pendek

Klien masih ingat tadi pagi klien makan dengan apa, ketiladitanya klien menjawab dengan benar.

c) Saat ini

Klien dapat mengingat topic yang sedang dibicarakan.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

d) Tingkat konsentrasi berhitung

Konsentrasi klien tidak mudah dialihkan, klien dapat berhitung.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

e) Kemampuan penilaian

Pada saat dikaji klien mampu mengambil keputusan ketika klien diberi pilihan antara makan dan mandi dulu. Klien memilih mandi dulu.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

f) Daya tilik diri

Pada saat dilakukan klien tidak menyadari bahwa dirinya sedang menderita sakit jiwa.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

g. Kebutuhan

1) Makan

Klien makan habis 1 porsi, klien makan 3x sehari. Makanan klien bervariasi tergantung menu yang disediakan oleh keluarganya. Klien mampu membersihkan, merapihkan alat makan sehabis makan.

2) BAB/BAK

Klien mampu BAB dan BAK sendiri ke WC dan membersihkan bekasnya. BAB dan BAK klien mampu membersihkan diri dan merapihkan pakaian.

3) Mandi

Klien mampu mandi 2x sehari, menyikat gigi 2x sehari, cuci rambut sendiri.

4) Berpakaian

Klien mampu mengganti pakaian/mengenakan pakaian dan alas kaki sendiri.

5) Istirahat dan tidur

Klien dapat tidur malam, klien dapat merapihkan tempat tidur setelah tidur.

6) Penggunaan obat

Klien sekarang tidak minum obat dikarenakan jarak rumah dan PKM jauh dan ekonomi. Tetapi sudah mengajurkan untuk minumobat lagi kepada kelurga klien.

7) Pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan mau menjalani dan melakukukan control kesehatan (rawat jalan) secara teratur.

8) Kegiatan di dalam rumah

Klien mengatakan aktifitas dirumah klien mempersiapkan makan menjaga kerapihan rumah mencuci pakaian.

h. Mekanisme Koping

Apabila memilki masalah, klien lebih suka bercerita dengan orang yang ada di rumah.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

i. Masalah psikososial dan lingkungan

Klien kadang berinteraksi dengan orang lain.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

j. Masalah dengan lingkungan kelompok

Klien mengatakan tidak pernah mempunyai masalah dengan sekitar lingkungan rumahnya.

- Masalah berhubungan dengan lingkungan

  Terkadang klien mengobrol dengan anaknya atau dengan kelurganya dan menonton

- Masalah dengan pendidikan

  Klien dulu selesai sekolah sampai SMA

- Masalah dengan pekerjaannya

  Sebelum klien sakit klien sempat bekerja sebagai ART.

- Masalah tinggal bersama

  Klien tinggal bersama anaknya

Masalah keperawatan : tidak ada masalah

k. Pengetahuan

Ketika dikaji, klien tidak mengetahui apa itu halusinasi, cara menghardik.

l. Aspek medic

Diagnose medis : Skizifrenia paranoid

Therapy medis :

Klien sudah lama tidak minum obat lagi di karenakan masalah ekonomi dan jauh dari Puskesmas. Tetapi sudah mengajukan untuk minum obat lagi kepada keluarga klien.

m. Daftar Masalah Keperawatan

1) Gangguan sensori persepsi : halusinasi Pendengaran.

2. Analisa Data

Data	Masalah
DS : Klien mengatakan mendengar suara – suara kapal di atas kepalanya dan klien mendengar seperti ada orang yang ingin membunuhnya. DO : - Klien sering melamun - Klien tampak menyendiri - Klien tampak gelisah	Gangguan sensori persepsi : halusinasi.

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul berdasarkan prioritas masalah :

a. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran.

4. Proses Keperawatan

Nama : Ny. J Diagnosa medis : Skizofrenia Paranoid

Jenis kelamin : Perempuan Ruangan : -

No	Tgl	Diagnose	Tujuan	Perencanaan		Rasional
				Kriteria Hasil	Intervensi	
	09/7/2020	Gangguan persepsi sensori: halusinasi dengar	Klien mampu mengenali - Halusinasi yang dialami - Mengontrol halusinasi -Mengikuti program pengobatan secara optimal	Setelah 2x pertemuan klien dapat menyebutkan : - Isi, waktu, frekuensi, situasi, pencetus perasaan - Mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi	SP 1 1. Bantu klien mengenal halusinasi - Isi - Waktu terjadinya - Ferekuensi - Situasi pencetus -Perasaan saat terjadi halusinasi 2. Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik tahapan tindakan meliputi : - menjelaskan cara menghardik halusinasi - memperagakan cara menghardik - minta klien memperagakan ulang	1. Dengan mengenali halusinasi maka diharapkan klien akan melakukan koping yang efektif bagi dirinya untuk menghilangkan dari halusinasi secara bertahap dan akan terbawa arah yang nyata. 2. Dengan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik diharapkan akan mengurangi frekuensi halusinasi klien
				Setelah pertemuan klien mampu :	SP 2 1. Evaluasi kegiatan harian yang lalu (SP 1)	1.Dengan mengevaluasi kegiatan yang lalu akan

				Mampu menyebutkan kegiatanyang sudah dilakukan Memperagakan cara bercakap dan menghardik	2.Melatih berbicara / bercakap dengan orang lain 3. Masukan dalam jadwal kegiatan klien	mengatakan kembali apa kegiatan yang telah dilakukan. 2.Dengan dengan melatih bercakap – cakap atau berinteraksi sehingga frekuensi halusinasi dapat berkurang. 3 dengan memasukan dalam jadwal kegitan klien akan terbiasa melakukan kegitan tersebut
				Setelah pertemuan pasien mampu : Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. Membuat jadwal sehari hari dan mampu memperagakan. Setelah pertemuan pasien mampu : Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan	SP 3 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1,2) 2. Latihan kegiatan agar halusinasinya tidak muncul, tahapannya: - Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi. - Mendiskusikan aktivitas yang bisa dilakukan. SP 4 Evaluasi kegiatan uang lalu (SP 1,2,3) Tanyakan program pengobatan :	1.Dengan mengevaluasi kegiatan yang lalu akan meningkatkan kembali apa kegiatan yang telah lalu 1.Dengan mengevaluasi kegiatan yang lalu akan meningkatkan kembali apa kegiatan yang telah lalu

				Menyebutakan manfaat dari program pengobatan		
					-Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa - Jelaskan akibat bila tidak digunakan suatu program - Jelaskan akibat putus obat - Jelaskan cara mendapatkan obat 3. Jelaskan pengobatan (5B) 4. Latih pasien minum obat 5. Masukkan dalam jadwal	2.Mengetahui sejauh mana pengetahuan pasien dalam program pengobatan 3. Agar pasien tahu cara minum obat yang baik dan benar 4. Pasien tahu tatacara minum obat yang baik dan benar. 5. Agar klien terbiasa minum obat tepat waktu
			Keluarga : dapat merawat pasien di rumah dan menjadi system pendukung yang afektif umtuk pasien.	Setelah 1x pertemuan keluarga mampu menjelaskan tentang halusinasi	SP 1 1. Identifikasi masalah keluarga dalam merawat klien. 2. Jelaskan tentang halusinasi : a. Pengertian halusinasi	1. Untuk mengetahui masalah dalam perawatan pasien dan unruk memberikan tindakan selanjutnya 2. Agar keluarga tahu tentang halusinasi sehingga diharapkan mengerti akan merawat pasien dengan halusinasi.

					b. Jenis halusinasi yang dialami pasien c. Tanda dan gejala halusinasi d. Cara merawat klien halusinasi/cara berkomunikaso pemberian obat dan pemberian aktivitas kepada klien e. Sumber pelayanan kesehatan yang bisa di jangkau 3. Rencana tindak lanjut keluarga untuk merawat pasien.	
				Setelah 1x pertemuan keluarga mampu menjelaskan kegiatan yang sudah dilakukan dan memperagakan cara merawat pasien	SP 2 1. Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1) 2. Latih keluarga merawat klien 3. jadwal kegiatan untuk merawat klien	1. Tindak lanjut dalam mengkaji kemapuan keluarga sehingga mengetahui kemapuan keluarga 2. Agar keluarga mampu merawat pasien dengan mandiri. 3. Agar keluarga terbiasa selama merawat klien
				Setelah 1x pertemuan keluarga mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu	SP 3 1. Evaluasi kemampuan (SP 1,2)	1. Tindak lanjur dalam mengkaji kemapuan keluarga sehingga

				memperagakan cara merawat pasien Setelah 1x pertemuan keluarga mampu Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan, melaksanakan follow up rujukan.	2. Latihan keluarga merawat klien 3. Jadwal keluarga untuk merawat klien SP 4 1. Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1,2,3) 2. Evaluasi kemapuan klien 3. RTL keluarga: a. Follow up b. rujukkan	mengetahui kemampuan keluarga 2. Agar keluarga mampu merawat klien dengan mandiri agar keluarga terbiasa selam merawat klien 3. Agar keluarga terbiasa selama merawat klien 1. Tindak lanjut dalam mengkaji kemampuan keluarga sehingga mengetahui kemampuan keluarga 2. Tindak lanjut dalam mengkaji kemampuan keluarga terhadap kemampuan klien 3. Agar keluarga tahu harus kemana merujuk klien bila terjadi hal yang tidak diinginkan

5. Implementasi dan Evaluasi

No	Diagnose	Implementasi	Evaluasi	Nama / TTD
1.	Gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran	Tanggal 11 Maret 2021, jam 12.00 WIB SP 1 1. Membantu klien mengenali halusinasinya a. Isi b. Waktu terjadinya c. Frekuensi d. Situasi pencetus e. Perasaaan saat terjadi 2. Melatih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik tahapan tindakan meliputi : a. Menjelaskan cara menghardik halusinasi b. Memperagakan cara menghardik c. Meminta klien memperagakan ulang d. Memantau penerapan cara ini, beri penguatan perilaku klien 3. Memasukan dalam jadwal kegiatan klien	S : "Saya mendengar suara kapal di atas kepala saya" "Saya mendengar suara orang yang ingin bunuh saya" "Saya mendengar suara itu kalau sedang tidur" "Saya akan melakukan apa yang kamu katakan" "Saya akan tutup mata, tutup telinga dan yakinkan dalam hati kalau suara itu tidak nyata dan tidak ada" O : - Klien tampak melamun -Klien mulai mencoba mememperaktekkan apa yang dikatakan -kontak mata klien baik A : SP 1 tercapai -Kien mampu menyebutkan situasi pencetus terjadinya halusinasi -Klien mampu menjelaskan dan memperagakan cara menghrdik halusinasi -Klien dapat menyebutkan isi, waktu terjadinya, frekuensi dan perasaan saat terjadi halusinasi P : - Evaluasi SP 1 -Lanjut SP 2 (melatih berbicara/ bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, masukan dalam jadwal kegiatan klien) K : Lakukan latihan berbicara / bercakap-cakap dengan orang lain	Nentia Priani
		Tanggal 12 Maret 2021, jam 12.00 WIB SP 2 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1)	S : "Saya mendengar suara orang yang akan membunuh saya" "Saya mendengar suara kapal diatas kepala saya"	Nentia Priani

		2. Melatih berbicara/bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul 3. Memasukan dalam jadwal kegiatan klien	"Saya sadar bahwa itu halusinasi karena orang lain tidk mendengar seperti apa yang saya dengar" "Saya akan berkata pergi saya tiadak mau dengar, kamu tidak ada" O : Klien mampu memperagakan cara menghardik dengan berkata : "pergi saya tidak mau dengar, kamu tidak ada, kamu tidak nyata" dan mampu memperagakan cara berbincang-bincang dengan keluarga atau anaknya. A : SP 2 Tercapai -Klien mampu memperagakan cara berbincang-bincang dengan keluarga atau anaknya P : - Evaluasi SP 1,2 -Lanjutkan ke SP 3 (melatih kegiatan agar halusinasi tidak muncul) K : - Lakukan latihan kegiatan agar halusinasi tidak muncul	
		Tanggal 13 Maret 2021, Jam 10.00 WIB SP 3 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1,2) 2. Melatih kegiatan agar halusinasi tidak muncul Tahapannya : a. Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi b. Mendiskusikan aktivitas yang bisa dilakukan	S : "Saya akan berkata : pergi saya tidak mau mendengar kamu suara palsu, atau berbincang – bincang dengan anak atau keluarga dan melakukan aktivitas kegiatan sesuai jadwal kegiatan yang telah dibuat jika suara itu datang" O : klien mampu melatih kegiatan agar halusinasi tidak muncul P : - Evaluasi SP 1,2,3 -Lanjutkan ke SP 4 (menjelaskan pentingnya penggunaan obat, menjelaskan akibat bila tidak digunakan sesuai program, menjelaskan akibat putus obat) K : Jelaskan tentang program pengobatan	Nentia Priani

		Tanggal 13 Maret 2021 12.00 WIB SP 4 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1,2,3) 2. Menanyakan program pengobatan: a. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa b. Jelaskan akibat bila tidak digunakan suatu program c. Jelaskan putus obat	S : "Saya akn berkata : pergi saya tidak mau dengar kamu tidak ada, atau berbincang-bincang dengan anak atau keluarga dan melakukan aktivitas kegiatan sesuai jadwal kegiatan yang telah dibuat jika suara itu muncul" "Saya harus minum obat secara teratur karena penting untuk kesembuhan saya" O : - Klien dapat memperagakan cara menghardik -Klien mengatakan mengerti apa yang dijelaskan perawat A : SP 4 tercapai sebagian Klien mampu menjelaskan tentang program pengobatan P : - Evaluasi SP 1,2,3 Lanjut SP 4 (jelaskan pengobatan 6B, latih klien minum obar, masukkan dalam kegiatan) K : lakukan latihan cara minum obat 6B	Nentia Priani

6. Catatan Perkembangan

No	Tanggal / Jam	Catatan Perkembangan	Nama / TTD
1	14 Maret 2021 10.00 WIB	SP 1 S : - Klien masih mendengar suara yang aneh yang akan membunuhnya - Klien masih mendengar suara kapal di atas kepalanya - Klien mengatakan apabila mendengar suara itu lagi klien akan menghardik dengan berkata : pergi saya tidak mau dengar kamu tidak ada, kamu tidak nyata” O : - Klien tampak tenang - Kontak mata klien baik - Klien memperagakan cara menghardik dengan berkata : pergi saya tidak mau dengar kamu tidak ada, kamu tidak nyata” A : SP 1 tercapai -Klien mampu memperagakan cara menghardik P : Evaluasi SP 1 - Lanjutkan ke SP 2 (Melatih berbicara/bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, masukkan dalam jadwal kegiatan klien)	Nentia Priani
2	15 Maret 2021 10.00 WIB	SP 2 S : - Klien mengatakan tahu cara menghardik halusinasi O : - Klien tampak tenang -Klien mampu memperagakan cara menghardik dan mampu mengajak keluarganya atau anaknya ngobrol A : SP 2 tercapai Klien mampu mengajak temennya ngobrol P : - Evaluasi SP 1,2 -Lanjutkan ke SP 3 (melatih kegiatan agar halusinasi tidak muncul)	Nentia Priani
3	16 Maret 2021	SP 3	Nentia Priani

	10.30 WIB	S : Klien mengatakan apabila mendengar suara itu lagi akan berkata “ Pergi saya tidak mau dengar kamu tidak ada, kamu tidak nyata:” atau mengajak keluarganya atau anaknya ngobrol atau melakukan aktivitas O : - Klien tampak tenang -Kontak mata baik -Klien memperagakan cara menghardik dan mengajak temannya ngobrol dan melakukan aktivitas sesuai yang dijadwalkan A : SP 3 tercapai Klien mampu memperagakan cara menghardik dan mengajak anaknya atau keluarganya mengobrol dan mampu melakukan aktivitas sesuai yang dijadwalkan P : - Evaluasi SP 1,2,3 -Lanjutkan ke SP 4 -Jelaskan pengobatan 5 B, latih klien minum obat	
4	17 Maret 2021 08.00 WIB	SP4 S : Klien mengatakan apabila mendengar suara itu lagi akan berkata “ Pergi saya tidak mau dengar kamu tidak ada, kamu tidak nyata:” atau mengajak keluarganya atau anaknya ngobrol atau melakukan aktivitas. -Klien mengatakan tidak tahu pengobatan 5B O : - Klien mau menjelaskan cara minum obat yang benar -Klien tidak minum obat A : SP 4 belum tercapai sebagian • Tercapai Klien mengatakan apabila mendengar suara itu lagi akan berkata “ Pergi saya tidak mau dengar kamu tidak ada, kamu tidak nyata:” atau mengajak keluarganya atau anaknya ngobrol atau melakukan aktivitas. • Tidak tercapai Klien mau menjelaskan cara minum obat yang benar Klien tidak minum obat P : Evaluasi SP 1,2,3 -Jelaskan pengobatan 5B, latih klien minum obat I : Menjelaskan pengobatan 5B, melatih klien minum obat	Nentia Priani

		E : SP 4 tercapai sebagian Klien mampu menjelaskan pengobatan R : pertahankan semua SP	

B. Pembahasan

Pada bab ini, penulis akan membahas tentang masalah yangdidapatkan selama melaksanakan asuhan keperawatan. Pada Ny. J di Puskesmas Selaawi Garut Kp. Selaawi Desa Selaawi Kec. Selaawi Rt 03 Rw. 02. Adapun masalah tersebut berupa kesenjangan antara teori dengan keadaan lapangan, serta faktor yang mendukung dan menghambat selama pemberian asuhan keperawatan, pada Klien dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Dengar, dari mulai pengkajian sampai dengan evaluasi.

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian dilaksanakan untuk memperoleh data klien baik data yang bersifat objektif maupun data yang bersifat subjektif. Data objektif diperoleh penulis dengan observasi langsung dan pengukuran pada klien di rumahnya, sedangkan data subjektif didapatkan dari wawancara langsung pada klien dan tim kesehatan lain mengenai masalah.

Adapun data-data yang ditemukan pada saat pengkajian. yang sesuai dengan teori adalah :

a. Mengatakan dirinya sudah tidak berharga lagi.
b. Kontak mata kurang
c. Rasa negatif terhadap diri sendiri
d. Pandangan hidupnya pesimis

Sedangkan data yang tidak ditemukan pada klien Ny. J tetapi ada dalam teori, yaitu:

a. Inpro duktifitas menurun

b. Mudah marah dan tersinggung

c. keluhan-keluhan fisik

d. Pandangan hidup terpolarisasi

e. Mengingkari kemampuan diri sendiri

f. Mengejek diri sendiri

g. mencederai diri sendiri

h. Ketegangan peran

i. Khawatir

Tanda dan gejala tersebut tidak terjadi karena keadaan klien sudah agak membaik selain itu klien sudah mendapatkan perawatan. Dan pada saat pengkajian klien sudah mampu melakukan kegiatan- kegiatan yang ada di Rumahnya, klien juga dapat mengidentifikasi kemampuan yang dimilikinya, seperti mencuci piring, menyapu ruangan dan mandi secara mandiri.

Untuk masalah keperawatan yang muncul pada saat pengkajian tidak semuanya sesuai dengan teori,

Masalah keperawatan yang berkaitan dengan gangguan sensori persepsi : Halusinasi dengar yang sesuai dengan teori yaitu :

a. Resiko tinggi halusinasi

b. Resiko tinggi mencederai diri sendiri dan orang lain

c. Berduka disfungsional

Masalah yang muncul pada teori tetapi tidak muncul pada laporan kasus yaitu:

a. Halusinasi pendengaran

b. Gangguan konsep diri HDR

c. Resiko tinggi mencederai diri sendiri dan orang lain

Masalah tersebut tidak muncul karena klien sudah mendapatkan perawatan serta mau beradaptasi dan berinteraksi dengan lingkungannya Selain itu, pada saat pengkajian klien tampak kooperatif dalam menjawab pertanyaan perawat.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan pada. Ny. J dengan gangguan sensori persepsi : halusnasi dengar yang mungkin ada 3 diagnosa dan sesuai dengan kasus yang penulis temukan yaitu :

a. Gangguan sensori persepsi : Halusinasi

b. Resiko Perilaku Kekerasan (diri sendiri, orang lain dan lingkungan dan verbal.

c. Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah.

3. Perencanaan

Pada tahap perencanaan ini, perencanaan disusun berdasarkan masalah yang terdapat pada klien dan disesuaikan dengan kemampuan, Situasi, kondisi, serta saran dan prasarana yang tersedia dilingkunganmelaksanakan perencanaan, tetapi tidak semua rencana yang ditulis pada japoran karena disesuaikan pada diagnosa yang muncul.

Penulis dapat melaksanakan rencana ini disebabkan karena adanya beberapa hal yang mendukung proses ini antara lain :

a. Tersedianya literature yang sesuai dengan kasus yang penulis tangani sehingga memudahkan penulis untuk menegakan perencanaan
b. Klien dapat bekerja sama / kooperatif dengan penulis sehingga perencanaan yang ditegakan disetujui oleh klien
c. Perawat ruangan dengan senang hati memberikan kemudahan dan masukan-masukan ide yang sangat berarti bagi penulis dalam penyusunan perencanaan ini.

4. Pelaksanaan / Implementasi

Pada tahap pelaksanaan ini, penulis melaksanakan tindakan sesuai dengan perencanaan yang ditetapkan, dan disesuaikan dengan situasi dan kondisi klien, penulis tidak mendapatkan hambatan dalam pelaksanaan ini karena ada kerjasama dengan perawat ruangan terutama yang berkaitan dengan sarana dan prasarana.

5. Evaluasi

Evaluasi dapat dilihat dari hasil tindakan dan membandingkannya dengan tujuan atau kriteria evaluasi, apakah masalah dapat diatasi atau belum. Dalam kenyataannya masalah yang dihadapi klien dapat dicapai yaitu: Baik ancaman integritas/halusinasi sudah berkurang baik akan sifat, jumlah maupun waktu, perilaku klien menunjukan kemajuan dalam menerima, menghargai dan meyakini diri sendiri, klien sudah mempelajari respon baru untuk beradaptasi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. J dengan perubahan sensori presepsi : halusinasi pendengaran dari tanggal 9 Maret sampai 20 Maret 2021, maka dapat diambil kesimpulan berikut ini.

1. Penulis mampu melakukan pengkajian secara komprehensif terhadap klien dengan perubahan sensori presepsi : halusinasi pendengaran setelah dilakukan analisa data berdasarkan hasil pengkajian, maka penulis menemukan tiga masalah keperawatan pada klien yaitu : Halusinasi pendengaran, Gangguan HDR dan resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
2. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan sesuai dengan prioritas masalah keperawatan.
3. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan yang mengacu kepada rencanana yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi klien. Pelaksanaan tindakan keperawatan diberikan langsung kepada klien juga kepada keluarga melalui kegiatan kunjungan rumah.
4. Penulis mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan menilai bahwa klien sudah mau berinteraksi dengan

orang lain serta mau melakukan kegiatan untuk menghindari dan mengontrol halusinasinya.

5. Klien mampu mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan yang dilakukan secara sistematis dan teoritis.

B. RECOMENDASI

Berdasarkan kesimpulan diatas dan mengingat ada rencan yang belum terselesaikan, maka penulis memberikan recomendasi sebagai berikut :

1. Perawat Puskesmas Selaawi

   Mengingat tujuan umum belum maksimal da nada beberapa rencana tindakan keperawatan yang belum dapat dilaksanakan oleh penulis, maka penulis menyarankan kepada perawat yaitu dengan tujuan tindakan terjadinya resiko tinggi mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan berhubungan dengan halusuinasi pendengaran.

2. Pihak Keluarga

   Perawatan pada penderita jiwa akan lebih berhasil dengan baik jika keluarga turut berperan aktif dengan memberikan support antara lain dengan mengobrol dengan klien, mendengarkan dan menerima keadaan klien. Selain itu juga keluarga membantu suasana kondusif agar klien tidak stress yang mungkin dapat memicu kekambuhan, membantu klien agar tetap minumobat.

3. Untuk Institusi Pendidikan

Diusakan perpusyakan selalu siap sedia sehingga mahasiswa tidak kesulitan mencari buku yang dibutuhkan unyuk membantu mahasiswa dalam pembuatan karya tulis dan diharapkan buku yang ada terbitan baru.

DAFTAR PUSTAKA

Azizah, Lilik Ma'rifatul, dkk. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.

Dermawan, R., & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Gosyen Publishing

Damaiyanti, M., & Iskandar . (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama.

Hawari, Dadang., 2007. *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.

Kemenkes RI, 2011, *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan*, Jakarta: Kementrian Kesehatan RI

Kemenkes RI. 2014. UU RI No. 18 Tahun 2014 *Tentang Kesehatan Jiwa*. Jakarta :Kemenkes RI

Kusumawati, F dan Yudi Hartono, 2012. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika

NANDA. (2018). NANDA-I Diagnosis Keperawatan : *Definisi dan Klasifikasi 2018-2020*. (T. H. Herdman & S. Kamitsuru, Eds.) (11th ed.). Jakarta: EGC.

Sadock, B.J., Sadock, V.A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry (11th ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer

Stuart, G. W. (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC

Sutejo. (2018). *Keperawatan Jiwa, Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Hari ke 1 Tanggal 9 Maret 2021, jam 12.30 WIB

1. Proses Keperawatan
   a. Kondisi Klien

      DS : Klien mengatakan suka mendengar suara – suara kapal di atas kepalanya dan orang yang ingin membunuhnya.

      DO : - Klien terlihat sering melamun
      - Klien tampak gelisah

   b. Diagnose Keperawatan

      Gangguan sensori presepsi : halusinasi dengar

   c. Tujuan Keperawatan
      - Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan
      - Membuat jadwal kegiatan sehari – hari dan mampu memperagakannya.

   d. Tindakan keperawatan
      - Mengevaluasi kegiatan yang lalu
      - Melatih kegiatan sehari – hari dan mampu memperagakannya.

2. Strategi Pelaksanaan Komunikasi
   a. Fase Orientasi
      1. Salam Therapeutik

         Selamat siang ibu, masih ingat nama saya?

2. Evaluasi / Validasi

   Bagaimana perasaan Ibu sekarang? Apakah suara – suara itu masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih? Bagus !

3. Kontrak

   Sesuai janji tadi, sekarang kita akan latihan cara kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap dengan orang lain, kita akan latihan selama 30 menit disini, Siap Bu?

b. Fase Kerja

   Cara kedua untuk mengontrol halusinasi yang lain adalah dengan bercakap – cakap dengan orang lain. Jadi kalau Ibu mendengar suara – suara langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol dengan Ibu, Contohnya, begini: Nak yo ngobrol dengan Ibu, ibu sedang mendengar suara – suara. Begitu Ibu. Coba Ibu lakukan seperti saya tadi lakukan, Ya begitu, Bagus!

c. Terminasi

   Bagaimana perasaan Ibu setelah latihan mini? Jadi sudah berapa cara yang Ibu pelajari untuk mencegah suara – suara itu? Bagus, cobalah kedua cara ini kalau ibu mengalami halusinasi lagi. Bagaimana kalau kita masukan kedalam jadwal kegiatan Ibu, besok saya akan kemari untuk latihan cara yang ketiga yaitu menjadwalkan kegiatan kita, selamt siang Bu !

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Hari ke 2 Tanggal 10 Maret 2021, jam 12.30 WIB

1. Proses Keperawatan
   a. Kondisi Klien

      DS : - Klien mengatakan suka mendengar suara – suara kapal di atas kepalanya dan orang yang ingin membunuhnya

      DO : - Klien terlihat melamun
      - Klien tampak gelisah

   b. Diagnosa Keperawatan

      Gangguan sensori presepsi : Halusinasi dengar

   c. Tujuan Keperawatan
      - Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan
      - Membuat jadwal kegiatan sehari – hari dan mampu memperagakannya.

   d. Tindakan Keperawatan
      - Mengevaluasi kegiatan yang lalu
      - Melatih kegiatan agar halusinasi tidak muncul

2. Strategi Pelaksanaan Komunikasi
   a. Fase Orientasi
      1. Salam Therapeutik

         Selamat siang Bu, masih ingat nama saya?

2. Evaluasi / validasi

   Bagaimana perasaan Ibu hari ini ? Apakah suara – suara itu masih muncul ? Apakah sudah dipakai dua cara yang telah kita latih ? Bagaimana hasilnya

3. Kontrak

   Sesuai janji kita, hari ini akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu membuat jadwal kegiatan Ibu dari bangun pagi sampai tidur malam. Ini blanko yang bias Ibu pakai, Kita akan mengejakannya selama 30 menit. Disina ya Bu.

b. Fase Kerja

   Apa saja yang Ibu bias lakukan? Pagi – pagi apa kegiatannya, terus jam berikutnya (terus ajak sampai didapatkan kegiatannya sampai malam) wah banyak sekali kegiatannya. Mari kita latih dua kegiatan hari ini (latih kegiatan tersebut). Bagus sekali bias Ibu lakukan. Kegiatan ini dapat ibu lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih agar dari pagi sampai malam ada kegiatan.

c. Terminasi

   Bagaimana perasaan Ibu setelah kita bercakap – cakap cara yang ketiga untuk mencegah suara – suara ? Bagus sekali coba sebutkan 3 cara yang telah kita latih umtuk mencegah suara – suara. Bagus sekali. Mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian Ibu . coba lakukan sesuai jadwal ya ! nanti besok saya akan datang lagi untuk membahas cara

minum obat, mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 11.00 WIB ? Sampai jumpa.

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Hari ke 3 Tanggal 11 Maret 2021, Jam 11.00 WIB

1. Proses Keperawatan
   a. Kondisi Klien :

      DS : - Klien mengatakan suka mendengar suara – suara kapal di atas kepalanya dan orang yang ingin membunuhnya

      DO : - Klien terlihat melamun
      - Klien tampak gelisah

   b. Diagnosa Keperawatan

      Gangguan sensori presepsi : Halusinasi dengar

   c. Tujuan Keperawatan
      - Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan
      - Mampu menyebutkan manfaat dari program pengobatan

   d. Tindakan Keperawatan
      - Mengevaluasi kegiatan yang lalu
      - Tanyakan program pengobatan
      - Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa
      - Menjelaskan akibat bila tidak digunakan sesuai dengan program
      - Menjelaskan bila putus obat

- Menjelaskan cara mendapatkan obat
- Menjelaskan pengobatan 5B
- Melatih pasien minum obat
- Memasukkan dalam jadwal kegiatan klien

2. Strategi Pelaksanaan Komunikasi

a. Fase Orientasi

1. Salam Therapeutik

   Selamat siang Bu, masih ingat nama saya?

2. Evaluasi / Validasi

   Bagaimana perasaan Ibu hari ini ? Apakah suara – suaranya masih muncul ? Apakah sudah dipakai tiga cara yang telah kita latih ? Apakah sudah dipakai tiga cara yang telah kita latih ? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan ? Apakah pagi ini sudah minum obat ?

3. Kontrak

   Sesuai janji kita, sore ini kita akan mendiskusikan tentang obat – obatan yang Ibu minum, kita akan diskusikan Selma 30 menit, disini saja ya ibu ?

4. Fase Kerja

   Ibu, adakah bedanya minum obat secara teratur, apakah suara – suaranya yang Ibu dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi, berapa macam obat yang ibu minum ? (perawat menyiapkan obat pasien) ini yang warna orange (CPZ) 1x sehari, gunanya untuk

menghilangkan suara – suara, ini yang putih (THP) 2x sehari gunanya untuk rilex dan tidak kaku, sedangkan yang merah jambu (HP) 2x sehari gunanya untuk fikiran biar tenang, kalau suara – suara sudah hilang obatnya tidak boleh diberikan. Nanti konsultasikan dengan dokter sebab kalau putus obat, ibu akan kambuh dan sulit untuk mengembalikan ke keadaan semula. Kalau obat habis, ibu bias control ke puskesmas untuk mendapatkan obat lagi, untuk itu dua hari sebelum obat habis diharapkan ibu sudah control ibu juga harus teliti saat menggunakan obat – obatan ini, pastikan obatnya benar, pastikan bahwa obat itu yang benar – benar punya ibu, jangan keliru dengan obat milik orang lain. Baca nama kemasannya, pastikan obat diminum sesudah pada waktunya dengan cara yang benar, yaitu diminum sesudah makan dan tepat jamnya. Ibu juga harus perhatikan berapa jumlah obat sekali minum, dan harus cukup minum sepuluh gelas sehari.

5. Terminasi

   Bagaimana perasaan Ibu setelah kita bercakap – cakap tentang obat ? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara – suara ? Coba sebutkan ! Bagus ! (jika jawaban benar), mari kita masukkan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan Ibu, jangan lupa pada waktunya minta obat kepada keluarga, besok kita ketemu lagi untuk meliha 4 cara mencegah suara yang tekah kita bicarakan, mau jam berapa ? Bagaimana kalau jam 11.00? sampai jumpa.