

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN GANGGUAN
SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI PENDENGARAN
AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID DI WILAYAH
KERJA PKM PAMEUNGPEUK KAB. GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
di STIKes Karsa Husada Garut

Oleh :
GIGIN GINANJAR
KHG.A.18142



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

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN GANGGUAN
SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI PENDENGARAN
AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID DI WILAYAH KERJA
PKM PAMEUNGPEUK KAB. GARUT**

NAMA : GIGIN GINANJAR

NIM : KHGA 18142

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Siap Untuk Diujikan
Dihadapan Penelaah Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, 3 Juli 2021

Menyetujui

Pembimbing

Tanti Suryawantie S.Kep. Ners., M.HKes

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN GANGGUAN
SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI PENDENGARAN
AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID DI WILAYAH KERJA
PKM PAMEUNGPEUK KAB. GARUT**

NAMA : GIGIN GINANJAR

NIM : KHGA 18142

KARYA TULIS ILMIAH

KTI Ini Disetujui Untuk Disidangkan Dihadapan tim Penguji
Program Studi D-III Keperawatan Stikes Karsa Husada Garut

Garut, 7 Juli 2021

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

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

Wahyudin, S.Kep.,M.Kes

Mengetahui,

Ketua Program Studi
D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan,
Pembimbing

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

Tanti Suryawantie S.Kep. Ners., M.HKes

ABSTRAK

IV BAB, 99 halaman, 9 tabel, 9 gambar, 3 lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Paranoid di Wilayah Kerja PKM Pameungpeuk Kab. Garut ”, penulis merasa tertarik untuk melakukan studi kasus pada pasien dengan halusinasi, karena halusinasi merupakan gejala yang sering ditemukan pada penderita gangguan jiwa khususnya skizofrenia. Tujuan dari pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah penulis mendapatkan pengetahuan keterampilan, wawasan serta pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif. Metode yang digunakan adalah metode deskriptif melalui studi kasus dengan tehnik pengumpulan data, observasi, Subjek Penelitiannya adalah skizofrenia dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran dilakukan mulai dari tahap pengkajian diagnosa rencana tindakan sampai dengan evaluasi. Halusinasi merupakan suatu keadaan dimana yang menggambarkan adanya sensori yang salah untuk dipersesikan, yang mungkin mengenai salah satu dari kelima panca indra. Asuhan keperawatan selama 6 hari (23-29 April) penulis menemukan dua masalah yang dialami pasien yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi dan resiko perilaku kekerasan. Namun yang menjadi fokus atau tujuan utama dari pemberian asuhan keperawatan ini adalah perbaikan daya persepsi pasien, dan pasien mampu berhubungan dengan realita. Penulis juga melaksanakan tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan yang terapeutik, memotivasi pasien untuk mengendalikan halusinasinya. Penulis mengevaluasi tindakan keperawatan sehingga mendapatkan data bahwa pasien sudah mampu untuk mengontrol halusinasinya walaupun dengan dukungan perawat. Kesimpulan yang dapat diambil yaitu perlunya mendapat dukungan dari berbagai pihak, terutama keluarga yang merupakan faktor pendukung utama.

Kata kunci (*Key Word*) : Halusinasi Pendengaran, Skizofrenia Paranoid

Daftar Pustaka: 15 buah

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan segala puji dan syukur kehadiran Allah SWT, Shalawat dan salam semoga tetap tercurah limpah kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW, yang mana atas Rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN GANGGUAN SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID DI WILAYAH KERJA PKM PAMEUNGPEUK KAB. GARUT”**

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program studi Diploma III Keperawatan dan memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari sepenuhnya tidak terlepas dari segala dukungan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka dari itu dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Allah SWT atas segala Rahmat dan Hidayah-Nya yang telah diberikan kepada penulis.
2. Bapak Dr. H. Hadiat, MA, selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr. H. Kurnadi Surnawiganda, selaku wakil Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.

4. Bapak H. D. Saepudin, S.Sos.,MM.Kes., selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
5. Bapak H. Engkus Kusnadi S.Kep., M.Kes., selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
6. Ibu k. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
7. Tanti Suryawantie S.Kep. Ners., M.HKes. selaku dosen pembimbing karya tulis ilmiah yang telah banyak memberikan saran dan bimbingannya dengan penuh tanggung jawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Seluruh Staf Dosen Keperawatan STIKes Karsa Husada yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan serta motivasi kepada penulis selama pendidikan.
9. Ibu CI Lilis Ruswana S.Kep.,Ners beserta perawat di Puskesmas Pameungpeuk Kabupaten Garut.
10. Tn A. beserta keluarga yang telah bersedia untuk bekerjasama dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
11. Seluruh teman seperjuangan D3 keperawatan angkatan 25, khususnya kelas D yang telah memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis.
12. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang memberikan dukungan dan doanya selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna dikarenakan keterbatasan dan ketidakmampuan ilmu pengetahuan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bisa menambah wawasan dan bermanfaat khususnya bagi penulis dan umunya bagi semua pihak serta mendapatkan keridhoan-Nya yang senantiasa selalu kita harapkan. Akhir kata penulis berharap semoga amal baik dari berbagai pihak senantiasa mendapatkan balasan yang berlipat dari Allah SWT. Aamiin

Garut, Mei 2021

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI..... iv

DAFTAR TABEL vi

DAFTAR GAMBAR..... vii

DAFTAR LAMPIRAN vii

BAB I PENDAHULUAN.....1

A. Latar Belakang.....1

B. Tujuan.....4

C. Metode Telaahan6

D. Sistematika Penulisan7

BAB II TINJAUAN TEORITIS9

A. Konsep Dasar10

1. Konsep Skizofrenia10

2. Konsep Halusinasi.....15

3. Dampak Halusinasi Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia.....37

B. Tinjauan Teoritis Asuhan Keperawatan.....39

1. Pengkajian40

2. Analisa Data47

3. Pohon Masalah.....48

4. Diagnosa Keperawatan.....48

5. Rencana Tindakan.....	49
6. Intervensi.....	49
7. Implementasi.....	56
8. Evaluasi.....	56
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	59
A. Tinjauan Kasus	59
1. Pengkajian.....	59
2. Analisa Data.....	70
3. Diagnosa Keperawatan	71
4. Proses Keperawatan	72
5. Implementasi.....	79
6. Catatan Perkembangan.....	85
B. Pembahasan.....	92
1. Pengkajian.....	92
2. Diagnosa Keperawatan	93
3. Perencanaan	94
4. Implementasi.....	95
5. Evaluasi.....	95
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	97
A. Kesimpulan.....	97
B. Rekomendasi	98

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Prevalensi di PKM Pameungpeuk	4
Tabel 2.1 Tahapan Halusinasi	19
Tabel 2.2 Rentang Respon Marah	31
Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan Pasien Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi	50
Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Pasien Resiko Perilaku Kekerasan	53
Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan Pasien Isolasi Sosial	55
Tabel 3.2 Analisa Data	70
Tabel 3.2 Proses Keperawatan	72
Tabel 3.3 Implementasi Keperawatan	79
Tabel 3.4 Catatan Perkembangan	86

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Skizofrenia	12
Gambar 2.2 Pohon Masalah	18
Gambar 2.3 Rentang Respon Neurobiologis.....	21
Gambar 2.4 Pohon masalah.....	28
Gambar 2.5 Rentang Respon Marah	31
Gambar 2.6 Pohon masalah	35
Gambar 2.7 Rentang Respon Sosial	36
Gambar 2.8 Pohon Masalah	48
Gambar 3.1 Genogram Tn. A	62

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Lampiran 2 Riwayat Hidup

Lampiran 3 Format Bimbingan

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Undang-Undang No 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa Pasal 1, menyebutkan bahwa Kesehatan jiwa adalah ketika seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup serta dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Kesehatan jiwa adalah dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial hingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, kondisi perkembangan yang tidak sesuai pada individu tersebut gangguan jiwa.

Menurut American Psychological Association, 2015; Davison, Neale & Kring (2015), salah satu jenis gangguan jiwa psikososial fungsional terbanyak adalah Skizofrenia dengan tanda dan gejala halusinasi merupakan suatu gangguan psikotik yang dapat ditandai dengan gangguan utama pikiran, persepsi, emosi dan perilaku.

Menurut Wijayanti dkk, (2013) bahwa gangguan jiwa yang terjadi di era globalisasi dan persaingan bebas ini cenderung semakin meningkat, peristiwa kehidupan penuh dengan tekanan seperti kehilangan orang yang paling dicintai, putusnya hubungan sosial, pengangguran, masalah dalam pernikahan, krisis ekonomi, tekanan dalam pekerjaan dan diskriminasi

meningkatkan resiko terjadinya gangguan jiwa yang tidak dapat menghadapi stressor.

Gejala skizofrenia menurut Willy (2018), dibagi menjadi dua kategori, yaitu positif dan negatif. Gejala positif mengacu pada perilaku yang tidak tampak pada individu sehat, meliputi: halusinasi, delusi, kacau dalam berfikir dan berbicara serta perilaku kacau. Gejala negatif mengacu pada hilangnya minat yang sebelumnya dimiliki oleh penderita mengalami gejala awal, gejala negatif dapat berlangsung beberapa tahun, hal ini karena gejala negatif seringkali disalah artikan sebagai sikap malas atau tidak sopan. Gejala negatif umumnya muncul bertahap dan memburuk seiring waktu diantaranya yaitu respon emosional seperti ekspresi wajah tidak berubah, sulit untuk merasa senang atau puas, enggan bersosialisasi dan memilih berdiam dirumah, kehilangan minat dan motivasi pada berbagai aktivitas, pola tidur yang berubah, tidak nyaman berada dekat dengan orang lain dan tidak peduli pada penampilan dan kebersihan diri.

Halusinasi menurut Nanda-I (2012), adalah perubahan dalam jumlah atau pola stimulus yang datang disertai gangguan respon yang kurang, berlebihan, atau distorsi terhadap stimulus tersebut. Menurut Yosep tahun (2016) jenis halusinasi yang umum terjadi yaitu halusinasi pendengaran dan halusinasi penglihatan. Halusinasi pendengaran tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar, walaupun dampak sesuatu yang khayal halusinasi sebenarnya bagian dari kehidupan mental penderita teresepsi.

Halusinasi pendengaran menurut Agustina (2017), adalah mendengar suara atau bunyi-bunyian yang berkisar dari suara sederhana sampai suara yang berbicara mengenai klien hingga klien berespon terhadap bunyi tersebut. Halusinasi pendengaran dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Pada faktor predisposisi meliputi faktor perkembangan, faktor biologi, dan faktor social budaya. Sedangkan faktor presipitasi meliputi faktor internal maupun eksternal seperti stresor sosial budaya dan stresor biokimia.

Ini terjadi karena kurangnya dukungan serta perhatian dari keluarga dan masyarakat penderita yang sangat di perlukan demi tercapainya upaya peningkatan kesehatan jiwa yang apabila tidak segera di atasi maka akan menimbulkan gejala atau permasalahan baru yang dilihat dari jumlah penderita cukup banyak sehingga skizofrenia paranoid merupakan gangguan kejiwaan yang harus ditangani secara cermat dan seksama, jika tidak penderita akan mengalami kemunduran fungsi sebagai seorang manusia pada umumnya yang mengalami gangguan mental berat. Namun jika sudah ditangani suatu kondisi dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu dapat menyadari kemampuan sendiri. (Purwanto 2013).

Menurut Hawari (2014), pasien dengan skizofrenia mempunyai gejala salah satunya adalah halusinasi akibat cemas berkepanjangan yang tidak mampu menghadapi pasien menggunakan mekanisme koping dalam diri pasien. Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa berat, salah satu

gejala yang paling sering muncul pada skizofrenia adalah munculnya halusinasi.

Orang dengan masalah halusinasi pendengaran jika tidak segera ditangani akan memberi dampak yang sangat buruk bagi dirinya sendiri, orang lain, atau lingkungan sekitarnya. Pasien akan mengalami panik dan dikendalikan oleh halusinasinya. Pada situasi ini pasien dapat mengalami resiko bunuh diri (suicide), membunuh orang lain (homicide), bahkan merusak lingkungan. Untuk mengurangi gejala dapat dilakukan intervensi berupa cognitive behavior therapy (CBT) (Komalasari, Wahyuni, & Karsih, 2011).

Jumlah Penderita Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Pameungpeuk

Periode Bulan Oktober 2020 s.d Maret 2021

NO	Diagnosa Keperawatan	Frekuensi
1	Halusinasi	25
2	Harga Diri Rendah	9
3	Perilaku Kekerasan	7
4	Defisit Perawatan Diri	5
5	Isolasi Sosial	11
Jumlah		57

Berdasarkan pernyataan diatas maka penulis merasa tertarik untuk mengambil kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn.A Dengan Perubahan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Paranoid di Wilayah Kerja PKM Pameungpeuk Kab. Garut**

B. Tujuan

Adapun tujuan dari laporan pelaksanaan asuhan keperawatan ini adalah:

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman secara nyata dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biopsikososial, spiritual dan sosial pada Tn.A dengan Perubahan Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Paranoid di Wilayah Kerja PKM Pameungpeuk Kab. Garut.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien Tn. A dengan perubahan sensori persepsi: Halusinasi pendengaran pada skizofrenia paranoid di Wilayah Kerja PKM Pameungpeuk Kab. Garut.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan yang tepat berdasarkan pengkajian yang ditentukan pada pasien Tn. A dengan perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran pada skizofrenia paranoid di Wilayah Kerja PKM Pameungpeuk Kab. Garut.
- c. Mampu melakukan rencana keperawatan pada pasien Tn. A dengan perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran pada

skizofrenia paranoid di Wilayah Kerja PKM Pameungpeuk Kab. Garut.

- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan pada pasien Tn. A perubahan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran pada skizofrenia paranoid di Wilayah Kerja PKM Pameungpeuk Kab. Garut.
- e. Mampu mengevaluasi hasil-hasil tindakan keperawatan yang tepat yang telah dilaksanakan pada pasien Tn. A perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran pada skizofrenia paranoid di Wilayah Kerja PKM Pameungpeuk Kab. Garut.
- f. Mampu mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan pada pasien Tn . A dengan perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran pada skizofrenia paranoid di Wilayah Kerja PKM Pameungpeuk Kab. Garut.

C. Metode Telaahan

Metode yang digunakan adalah metode deskriptif dengan teknik studi kasus dan menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan pada Tn.A yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Teknik yang digunakan yaitu:

1. Wawancara

Data yang penulis dapatkan salah satunya dengan tehnik wawancara yang dilakukan langsung pada klien, perawat dan tim kesehatan lainnya yang mengetahui tentang riwayat kesehatan klien.

2. Observasi

Observasi adalah cara pengumpulan data melalui hasil pengamatan tentang kondisi klien dalam rangka asuhan keperawatan metode pengambilan data yang menggunakan indra penglihatan untuk mengamati kondisi fisik dari lingkungan tempat tinggal klien dan memperoleh data yang objektif. Observasi dilakukan secara langsung sehubungan dengan masalah kesehatan yang menyimpannya.

3. Studi Dokumentasi

Pengumpulan data yang didapatkan dari data klien dan laporan dari tenaga kesehatan melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan dan mempelajari buku-buku atau referensi yang berguna untuk memperoleh dasar-dasar teori yang berhubungan dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Dengar Pada Skizoprenia Paranoid serta permasalahannya, sehingga dapat digunakan untuk landasan dalam pemberian asuhan keperawatan.

4. Studi Kepustakaan

Teknik pengumpulan data ini dilakukan dalam rangka mendapatkan landasan teoritis yang berkaitan dengan kasus yang dihadapi, sehingga membandingkan teori yang didapat dengan fakta di lahan praktek.

5. Partisipasi Aktif

Penulis langsung melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Dengar Pada Skizofrenia Paranoid dengan melakukan tindakan keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Untuk mendapatkan gambaran yang jelas mengenai penyusunan karya tulis ilmiah ini, maka penulis menggunakan sistematika penulisan yang terdiri dari 4 BAB yaitu:

Bab I : PENDAHULUAN

Berisi latar belakang, tujuan penulis, metode dan teknik penulisan serta sistematik penulisan.

Bab II : TINJAUAN TEORI

Bab ini berisi tentang tinjauan teoritis yang menguraikan mengenai landasan teoritis terhadap penyakit dan konsep dasar asuhan keperawatan yang mendukung serta berkaitan dengan judul yang diambil oleh penulis.

Bab III : TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Bab ini berisi tentang tinjauan kasus dan pembahasan, penulis menguraikan proses keperawatan pada Tn.A usia 34 Tahun dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Dengar pada Skizofrenia Paranoid serta menjelaskan tentang pembahasan meliputi kesenjangan antar teori dan fakta yang ada dengan kasus yang ditemukan.

Bab IV : KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Bab ini berisikan kesimpulan dan penutup dari penyusunan karya tulis ilmiah ini yang meliputi kesimpulan dan rekomendasi.

DAFTAR PUSTAKA

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

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 atau 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 memiliki 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, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai disorti kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asosiasi terbagi- bagi sehingga timbul inkoherensi, afek dan emosi perilaku bizar, (Azizah, dkk, 2016).

b. Etiologi

1) Faktor Predisposisi

a) Faktor Biologis

Abnormalitas otak yang terjadi dapat menyebabkan respons neurobiologik yang maladaptive 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 skizofrenia.

Hasil penelitian menunjukkan hal berikut:

(a) Dopamin neurotransmitter berlebihan.

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

(c) Masalah pada sistem reseptor dopamine.

(3) Penelitian pada keluarga yang melibatkan anak kembar dan anak yang diadopsi menunjukkan peran genetic pada skizofrenia. Kembar identik dibesarkan secara terpisah mempunyai angka kejadian skizofrenia.

b) Faktor Psikologis

Teori psikodinamika untuk terjadinya respons neurobiologis yang maladaptive belum didukung oleh penelitian. Sayangnya,

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

c) Faktor Sosio budaya

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

2) Faktor Presipitasi

Stresor biologis yang berhubungan dengan respons 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) Faktor lingkungan

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

4) Pemicu gejala

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

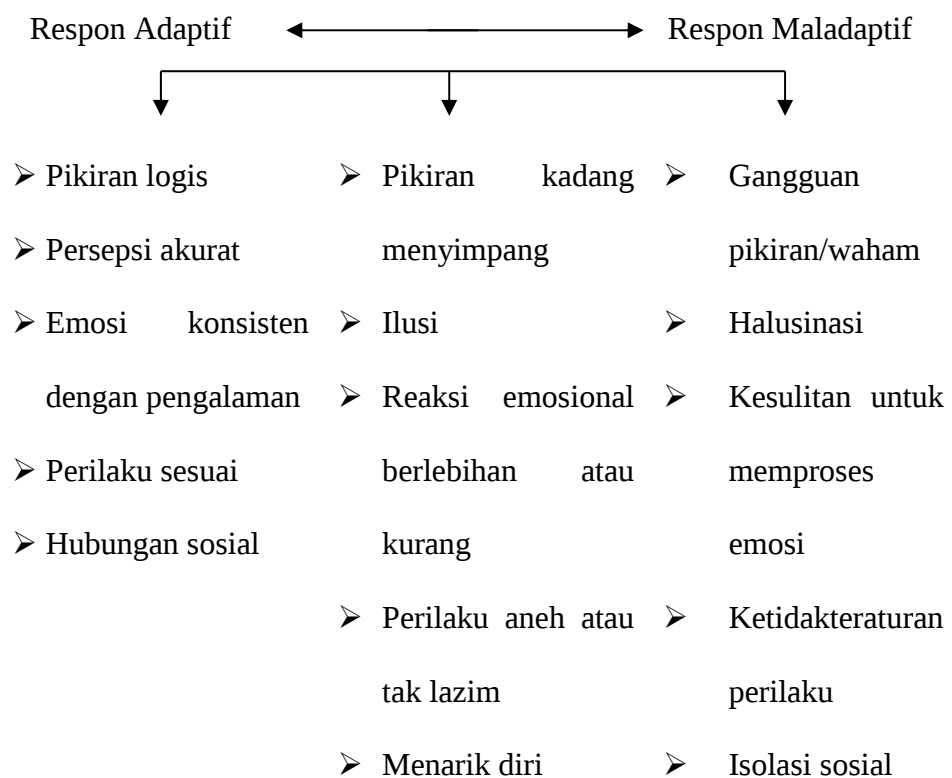
terdapat pada respons neurobiologis maladaptive yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku individu.

(Stuart, 2013)

c. Rentang Respon Skizofrenia

Gambar 2.1

Rentang Respon Skizofrenia



Sumber: Stuart, 2013

d. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Keliat, dkk (2011) gejala – gejala skizofrenia adalah sebagai berikut :

1. Gejala Positif

Pasien dengan skizofrenia terjadi halusinasi saat ada rangsangan yang terlalu kuat dan otak tidak mampu untuk menerima dan mengolah rangsangan yang datang. Sehingga biasanya pasien skizofrenia bisa mendengar suara-suara atau melihat suatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami sensasi pada tubuhnya yang tidak biasa. Gejala yang biasanya timbul, yaitu pasien merasakan ada 8 suara yang berasal dari dalam dirinya.terkadang suara yang dirasakan menyejukkan hati, memberikan kedamaian, tetapi kadang suara yang didengarkan menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri. Kebanyakan pasien tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan logika. Mereka yang menderita skizofrenia berbicara serampangan dan tidak bisa ditangkap secara logika oleh orang yang normal. Ketidakmampuan berfikir mengakibatkan tidak bisa mengendalikan emosi dan perasaan. hasilnya, kadang penderita skizofrenia tertawa sendiri tanpa sebab dan berbicara sendiri dengan keras tanpa mempedulikan sekelilingnya. Semua itu membuat penderita skizofrenia tidak bisa memahami siapa dirinya, tidak berpakaian, dan tidak mengerti apa itu manusia.

2. Gejala negatif

Pasien skizofrenia kehilangan motivasi hidup dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidupnya dan membuat pasien menadi orang yang malas. Karena pasien skizofrenia hanya memiliki energi yang seidikit, maka pasien skizofrenia tidak mampu melakukan aktivitas maupun kegiatan yang lain selain tidur dan makan. Pasien skizofrenia mempunyai perasaan yang tumpul dan membuat emosi pasien menadi datar. Dan juga pasien dengan skizofrenia tidak ada ekspresi yang digambarkan baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan diatidak memiliki emosi apapun. Akan tetapi bukan berarti pasien yang menderita skizofrenia tidak bisa merasakan perasaan apapun mungkin mereka bisa saa menerima perhatian dan pemberian dari oranglain, tetapi tidak bisa mengekspresikan balik perasaannya. (Iyus Yosep, 2011)

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 katatonik, dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.
- 5) Skizofrenia residual adalah skizofrenia dengan gejala-gejala 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 Damaiyanti, (2012) adalah sebagai berikut :

- a. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi
- b. Resiko Perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal).
- c. Isolasi Sosial

a. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

1) Definisi

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana pasien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan atau

penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Damaiyanti, 2012)

Halusinasi adalah persepsi yang tanpa dijumpai adanya rangsangan dari luar. Walaupun tampak sebagai sesuatu yang “khayal”, halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang “tersepsi” (Yosep, 2010)

Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus yang nyata, artinya klien menginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata tanpa stimulus atau rangsangan dari luar (Stuart, 2007 dalam Azizah dkk, 2016)

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

2) Etiologi

Proses terjadinya halusinasi terdapat dua factor yaitu: factor predisposisi dan factor 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 atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA.

(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.

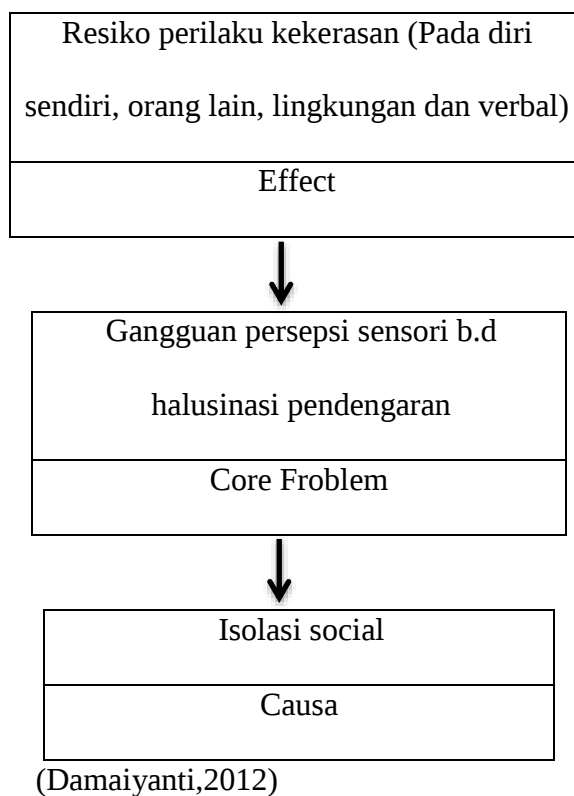
b) Faktor Presipitasi

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 masyarakat yang sering tidak sesuai dengan klien serta konflik antar masyarakat.

3) Pohon Masalah

Gambar 2.2

Pohon Masalah



4) Tahapan Halusinasi

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

Tabel 2.1

Tahapan Halusinasi

Tingkat	Karakteristik Halusinasi	Perilaku Klien
1	2	3
Tingkat I	1. Mengalami ansietas	1. Tersenyum

Memberi rasa nyaman	keseريان, rasa bersalah, dan ketakutan.	2. Menggerakkan bibir tanpa suara
Tingkat ansietas sedang	2. Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas	3. Menggerakkan mata dengan cepat
Halusinasi merupakan suatu kesenangan	3. Pikiran dan pengalaman sensori masih ada dalam kontrol kesadaran (jika ansietas dikontrol).	4. Respons verbal yang lambat 5. Diam dan konsentrasi
Tingkat II Menyalahkan Tingkat ansietas berat Halusinasi menyebabkan rasa antipati	a. Pengalaman sensori menakutkan b. Mulai merasa kehilangan kontrol c. Merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut d. Menarik diri dari orang lain NON PSIKOTIK	1. Peningkatan sistem saraf otak, tanda- tanda ansietas, seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah. 2. Rentang perhatian menyempit 3. Konsentrasi dengan pengalaman sensori 4. Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dari realita.

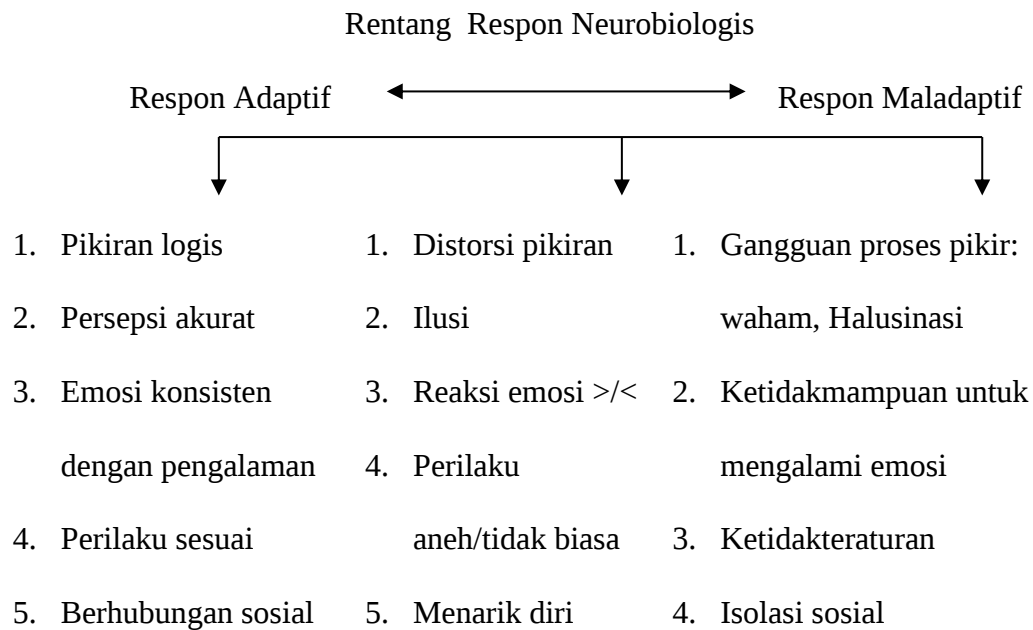
Tingkat III Mengontrol tingkat ansietas berat pengalaman sensori tidak dapat ditolak lagi.	1. Klien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya. 2. Isi halusinasi menjadi atraktif 3. Kesepian bila pengalaman sensori berakhir PSIKOTIK	1. Perintah halusinasi ditaati 2. Sulit berhubungan dengan orang lain. 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 berlangsung selama beberapa jam atau hari. PSIKOTIK	1. Perilaku panik. 2. Berpotensi untuk membunuh atau bunuh diri 3. Tindakan kekerasan agitasi, menarik diri, atau katatonia. 4. Tidak mampu merespons perintah yang kompleks 5. Tidak mampu merespons terhadap lebih dari satu orang.

Sumber: Yusuf, dkk, 2016

5) Rentang Respon Halusinasi

Gambar 2.3

Rentang Respon Neurobiologis



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 bertengkar dan berdebat dengan suara-suara tersebut.

b) Halusinasi Penglihatan (visual, Optik)

Lebih sering terjadi pada keadaan delirium (penyakit organik).

Biasanya sering muncul bersamaan 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. Bau 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 badannya 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 kenyataan. Misalnya perasaan segala sesuatu yang dialaminya seperti dalam impian.

(Yosep, 2007 dalam Damaiyanti, 2012)

7) Tanda dan Gejala Halusinasi

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

- a) Bicara sendiri.
- b) Senyum sendiri
- c) Ketawa sendiri
- d) Menggerakkan bibir tanpa suara.
- e) Pergerakan 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, pernapasan dan tekanan darah.
- j) Perhatikan dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik.
- k) Berkonsentrasi dengan pengalaman sensori.
- l) Sulit berhubungan dengan orang lain.
- m) Ekspresi 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) Biasa terdapat disorientasi waktu, tempat dan orang.

(Damaiyanti, 2012)

8) Diagnosa Keperawatan Pasien yang muncul dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi adalah :

- a) Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

- b) Isolasi Sosial
- c) Resiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal).

b. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

1) Definisi

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan di mana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut disebut gaduh gelisah atau amuk di mana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motoric 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, dendrit yang mempunyai peran memfasilitasi dan menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang akan mempengaruhi sifat agresif.

(b) *Genetic Faktor*

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

(c) *Cardyan Rytm*

Memegang peranan pada individu menurut penelitian pada jam-jam sibuk seperti jam masuk kerja dan menjelang berakhirnya pekerjaan sekitar jam 9 dan 13 pada jam tertentu orang lebih mudah terstimulasi untuk bersifat agresif.

(d) *Biochemistry Factor*

Adanya stimulus dari luar tubuh yang dianggap mengancam dan membahayakan akan diantar melalui impuls ke otak dan meresponnya melalui serabut *efferent*.

(e) *Brain area disorder*

Gangguan pada sistem limbik dan lobus temporal, sidrom otak organik, tumor otak, trauma otak ditemukan sangat berpengaruh terhadap perilaku agresif dan terjadinya perilaku kekerasan

(2) Teori Psikologis

(a) Teori Psikoanalisa

Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang. Tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri rendah. Perilaku agresif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidak berdayaannya dan rendahnya harga diri perilaku tindak kekerasan.

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

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

(c) *Learning theory*

Perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan disekitarnya, ia mengamati bagaimana respon ayah saat menerima kekecewaan dan mengamati bagaimana respon ibu saat marah.

b) Faktor Presipitasi

- (1) Ekpresi diri, ingin menunjukkan ekstensi diri atau simbolis solidaritas seperti dalam sebuah konser,

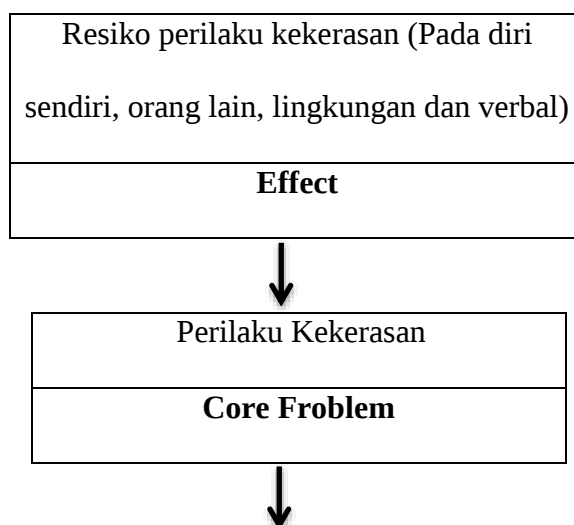
penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian massal dan sebagainya.

- (2) Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi
- (3) Kesulitan dalam mengonsumsi sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- (4) Adanya riwayat perilaku anti social meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi frustrasi.
- (5) Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan keluarga.

3) Pohon Masalah

Gambar 2.4

Pohon masalah



Harga Diri Rendah Kronis
Causa

(Damaiyanti, 2012)

4) Tanda dan Gejala

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

- a) Muka merah dan tegang
- b) Mata melotot/ pandangan tajam
- c) Tangan mengepal
- d) Rahang mengatup
- e) Jalan mondar-mandir

5) Faktor Resiko

Menurut Nanda-I (2012-2014), faktor resiko terbagi menjadi dua, yaitu:

- a) Resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain

Definisi: berisiko melakukan perilaku, yakni individu menunjukkan bahwa dirinya dapat membahayakan orang lain secara fisik, emosional atau seksual.

- (1) Ketersediaan senjata
- (2) Bahasa tubuh misalnya sikap tubuh kaku
- (3) Kejam pada hewan
- (4) Riwayat penganiayaan pada kanak-kanak
- (5) Riwayat perilaku kekerasan terhadap orang lain

b) Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri

Definisi: beresiko melakukan perilaku, yang individu menunjukkan bahwa dirinya dapat membahayakan dirinya sendiri secara fisik, emosional atau seksual.

- a. Usia 15-19 tahun
- b. Usia 45 tahun atau lebih
- c. Masalah emosional
- d. Latar belakang keluarga misalnya riwayat bunuh diri, atau penuh konflik.

6) Rentang respon marah

Menurut Yosep (2010), perilaku kekerasan merupakan status rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan bentuk komunikasi dan proses penyampaian 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****RENTANG RESPON MARAH**

Adatif

Maladatif

**Tabel 2.2****Rentang Respon Marah**

Asertif	Frustasi	Pasif	Agresif	Amuk
Klien mampu mengungkapkan rasa marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan kelegaan	Klien gagal menapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatifnya.	Klien merasa tidak dapat mengungkapkan an perasaannya, tidak berdaya dan menyerah.	Klien mengekspresikan secara fisik, tapi masih terkontrol, mendorong orang lain dengan ancaman	Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan hilang kontrol disertai amuk, merusak lingkungan

(Damaiyanti, 2012)

7) Diagnosa Keperawatan

- a) Resiko Perilaku Kekerasan
- b) Harga diri rendah kronik

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

c. Konsep Isolasi Sosial

1) Definisi

Isolasi social menurut AH Yusuf (2015), adalah keadaan seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain.

Sedangkan Isolasi social menurut Nanda-I (2012), merupakan kesepian yang dialami oleh individu dan dirasakan saat didorong oleh keberadaan orang lain dan sebagai pernyataan negatif atau mengancam. Dan menurut Townsend M. C dalam Muhith A (2015), Isolasi Sosial yaitu suatu keadaan dimana seseorang menemukan kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain.

2) Etiologi

Menurut Stuart dan Sundeen (2007) dalam Damaiyanti (2012), belum ada suatu kesimpulan yang spesifik tentang penyebab gangguan yang mempengaruhi hubungan interpersonal. Faktor yang mungkin mempengaruhi antara lain yaitu :

a) Faktor Predisposisi

(1) Faktor Perkembangan

Setiap tahap tumbuh kembang memiliki tugas yang harus dilalui individu dengan sukses, karena apabila tugas perkembangan ini tidak dapat dipenuhi, akan menghambat masa perkembangan selanjutnya. Keluarga adalah tempat pertama memberikan pengalaman bagi individu dalam menjalin hubungan dengan orang lain.

(2) Faktor Biologis

Genetik merupakan salah satu faktor pendukung gangguan jiwa. Insiden tertinggi skizofrenia ditemukan pada keluarga yang anggota keluarganya ada yang menderita skizofrenia.

(3) Faktor Sosial Budaya

Isolasi sosial atau mengasingkan diri dari lingkungan merupakan faktor pendukung terjadinya gangguan berhubungan.

b) Faktor Presipitasi

Stressor presipitasi terjadinya isolasi sosial dapat ditimbulkan oleh faktor internal maupun eksternal, meliputi:

(1) Stressor Sosial Budaya

Stressor sosial budaya dapat memicu kesulitan dalam berhubungan terjadinya penurunan stabilitas keluarga

seperti perceraian, berpisah dengan orang yang dicintai, kehilangan pasangan pada usia tua, kesepian karena ditinggal jauh, dirawat di rumah sakit atau dipenjara. Semua ini dapat menimbulkan isolasi social.

(2) Stresor Biokimia

(a) Teori dopamine: Kelebihan dopamine pada mesokortikal dan mesolimbic serta tractus saraf dapat merupakan indikasi terjadinya skizofrenia.

(b) Menurunnya MAO (Mono Amino Oksidasi) didalam darah akan meningkatnya dopamine dalam otak. Karena salah satu kegiatan MAO adalah sebagai enzim yang menurunkan dopamin, maka menurunnya MAO juga dapat merupakan indikasi terjadinya skizofrenia.

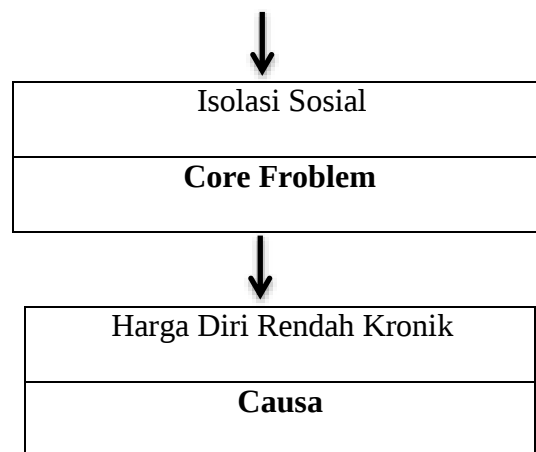
(c) Faktor endokrin: jumlah FSH dan LH yang rendah ditemukan pada klien skizofrenia. Demikian pula prolactin mengalami penurunan karena dihambat.

3) Pohon Masalah

Gambar 2.6

Pohon masalah

Risiko gangguan Persepsi Sensori :
Halusinasi
Effect



(Damaiyanti, 2012)

4) Tanda dan Gejala

Menurut Mustika Sari (2002), tanda dan gejala klien dengan isolasi social, yaitu:

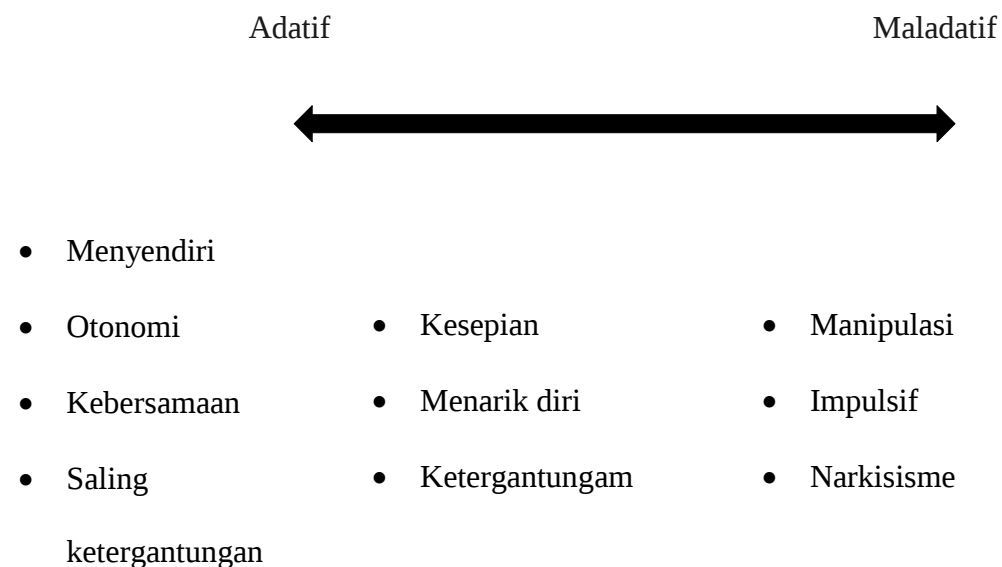
- a) Kurang Spontan
- b) Apatik (kurang acuh terhadap lingkungan)
- c) Ekspresi wajah kurang berseri
- d) Afek tumpul
- e) Tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri
- f) Mengisolasi (menyendiri)
- g) Harga diri rendah
- h) Klien tampak memisahkan diri dari orang lain
- i) Tidak atau kurang sadar terhadap lingkungan sekitar
- j) Menolak hubungan dengan orang lain. Klien memutuskan percakapan atau pergi jika diajak bercakap-cakap.

5) Rentang respon hubungan social

Menurut Stuart (2006) dalam Damaiyanti (2012), menyatakan bahwa manusia adalah makhluk social, untuk mencapai kepuasan dalam kehidupan, mereka harus membina hubungan interpersonal yang positif. Individu juga harus membina saling tergantung yang merupakan keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam suatu hubungan.

Gambar 2.7

Rentang Respon Sosial



(Damaiyanti, 2012)

6) Diagnosa keperawatan

Adapun diagnosa yang mungkin muncul pada klien dengan isolasi sosial:

- a) Isolasi Sosial

- b) Harga diri rendah kronik
- c) Risiko gangguan persepsi sensori : halusinasi.

3. Dampak Halusinasi Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

a. Kebutuhan biologis

1) Kebutuhan nutrisi

Tidak semua klien gangguan jiwa mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi. Gangguan ini dapat timbul karena klien asyik dengan halusinasinya, sehingga melupakan kebutuhan dasar dan secara tidak disadari kebutuhan tersebut sangat penting bagi tubuh.

2) Kebutuhan istirahat tidur

Klien dengan perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran dan penglihatan dapat mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur. Hal ini dapat disebabkan karena klien sering mendengar suara- suara yang mengganggu pikirannya, sehingga mengganggu kebutuhan istirahat tidurnya.

3) Kebutuhan perawatan diri

Sebagian besar klien dengan perubahan sensori : halusinasi pendengaran dan penglihatan dapat mengalami defisit perawatan diri. Hal ini dapat disebabkan karena ketidaktahuan, ketidakberdayaan, atau ketidakmauan yang berhubungan dengan keadaannya.

4) Kebutuhan eliminasi

Kebiasaan menyendiri tanpa aktivitas dapat menyebabkan menurunnya metabolisme tubuh sehingga menimbulkan gangguan.

b. Kebutuhan rasa aman

Halusinasi dirasakan oleh individu sebagai suatu ancaman yang membahayakan dirinya, individu cenderung merasa takut, gelisah, dan merasa tidak aman.

c. Kebutuhan mencintai dan dicintai

Ketidakmampuan membedakan khayalan dengan kenyataan menyebabkan individu kurang dapat mengembangkan hubungan interpersonal akibat individu tidak dapat perasaan cinta.

d. Dengan hubungan sosial yang tidak sehat akan menimbulkan kecemasan yang tinggi, maka individu merasakan kekosongan internal dan menyebabkan kegagalan individu untuk belajar dan mempertahankan komunikasi dengan orang lain, akibatnya individu cenderung memisahkan diri dari orang lain.

e. Kebutuhan aktualisasi diri

1) Aktualisasi diri

Dengan adanya halusinasi individu menganggap dirinya tidak mampu mengatasi kelemahan secara adekuat sehingga individu tidak dapat mengaktualisasi diri secara optimal.

2) Komunikasi

Kerusakan komunikasi timbul karena individu dengan halusinasi, kesulitan menerima rangsangan dari luar sehingga cenderung kehilangan kontak dengan realita. Pada saat dilakukan pembicaraan, individu menjadi sulit untuk diarahkan, perhatian mudah teralihkan, dan pembicaraan sering meloncat- loncat dari satu topik ke topik yang lain.

B. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perubahan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

Perawat memerlukan metode ilmiah dalam melakukan proses terapeutik tersebut, yaitu proses keperawatan. Penggunaan proses keperawatan membantu perawat dalam melakukan praktik keperawatan, menyelesaikan masalah keperawatan klien atau memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah, logis, sistematis, dan terorganisasi.

Proses keperawatan merupakan suatu metode pemberian asuhan keperawatan pada pasien (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat) yang logis, sistematis, dinamis, dan teratur (Depkes, 1998; Keliat, 1999; 40)

1. Pengkajian

Pengkajian sebagai tahap awal proses keperawatan meliputi pengumpulan data, analisis data, dan perumusan masalah pasien. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara holistik, meliputi aspek biologi, psikologis, sosial, dan spiritual. Seorang perawat jiwa diharapkan memiliki kesadaran atau kemampuan tilik diri (*self awareness*), kemampuan mengobservasi dengan

akurat, berkomunikasi secara terapeutik, dan kemampuan berespons secara efektif (Stuart & Sundeen, 2002 dalam Yusuf, 2015)

a. Pengumpulan Data

1) Identitas klien meliputi : nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, tanggal masuk, tanggal pengkajian, nomor rekam medis dan alamat.

2) Identitas penanggung jawab meliputi : nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat dan hubungan dengan klien.

3) Alasan masuk

Mengkaji alasan pasien dibawa ke puskesmas dan gangguan yang dialami sebelum dibawa ke puskesmas.

4) Faktor predisposisi

a) Riwayat penyakit jiwa terdahulu

Kaji apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya, berapa lama klien dirawat, apakah pengobatannya berhasil atau tidak serta kaji keluhan waktu mengalami gangguan.

b) Kaji apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan klien.

c) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Mengkaji kejadian masa lalu yang dapat menjadi faktor pendukung yang menyebabkan klien mengalami gangguan jiwa.

5) Pemeriksaan fisik

Ukur dan observasi tanda-tanda vital, ukuran tinggi badan, berat badan, tanyakan pada klien atau keluarga apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien.

6) Psikososial

a) Genogram

Membuat genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga, masalah yang terkait dengan komunikasi pengambilan keputusan, pola asuh, pertumbuhan individu dan keluarga

b) Konsep diri

(1) Gambar diri

Tanyakan persepsi klien terhadap bagian tubuh klien yang disukai dan tidak disukai.

(2) Identitas diri

Kaji persepsi klien mengenai identitas yang dimilikinya, apakah penampilannya sesuai dengan identitas. Klien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya sendiri merasa bahwa klien tidak berguna.

(3) Peran

Tugas atau peran klien dalam keluarga atau kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, dan bagaimana perasaan klien akibat

perubahan tersebut. Pada klien halusinasi bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain, perilaku agresif.

(4) Ideal diri

Harapan klien terhadap tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya. Pada klien yang mengalami halusinasi cenderung tidak peduli dengan diri sendiri ataupun sekitarnya.

(5) Harga diri

Tanyakan hubungan klien dengan orang lain, penilaian atau Klien yang mengalami halusinasi cenderung menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan ia tetap merasa dirinya sangat berharga.

c) Hubungan sosial

(a) Orang yang berarti

Tanyakan pada klien siapa orang yang berarti dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan.

(b) Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat

Tanyakan pada klien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.

(c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Tanyakan pada klien sejauh mana ia terlibat dalam kelompok di masyarakat.

d) Spiritual

(a) Nilai dan keyakinan

Kaji nilai dan keyakinan klien terhadap tuhan. Apakah ada gangguan dalam keyakinan seperti waham.

(b) Kegiatan ibadah

Mengkaji kegiatan ibadah di rumah secara individu atau kelompok, pendapat klien tentang kegiatan ibadah.

7) Status mental

a) Penampilan

Kaji penampilan klien, penampilan tidak rapi atau rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, berapa kali mandi, gosok gigi, keramas. Pada klien dengan halusinasi mengalami defisit perawatan diri. Raut wajah tampak takut, kebingungan dan cemas.

b) Pembicaraan

Klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, ketika diajak bicara tidak fokus. Terkadang yang dibicarakan tidak masuk akal.

c) Aktivitas motorik

Klien dengan halusinasi tampak gelisah, kelesuan, ketegangan, agitasi, tremor. Klien terlihat sering menutup telinga, menunjuk-nunjuk ke arah tertentu, menggaruk-garuk permukaan kulit, sering meludah, menutup hidung.

d) Afek

Pada klien halusinasi tingkat emosi lebih tinggi, perilaku agresif, kekuatan yang berlebih.

e) Interaksi selama wawancara

Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan) dan kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara) mudah tersinggung.

f) Persepsi

Mengkaji persepsi klien tentang halusinasi, isi halusinasi, waktu munculnya halusinasi, frekuensi terjadinya terus-menerus atau hanya sekali-kali, situasi terjadinya apakah ketika sendiri atau setelah terjadi kejadian tertentu.

g) Proses pikir

Mengalami dereistik yaitu bentuk pemikiran tidak sesuai dengan kenyataan, selalu merasa curiga sesuatu hal dan depersonalisasi atau perasaan yang aneh.

h) Tingkat kesadaran

Pada klien halusinasi sering merasa bingung, apatis (acuh tak acuh).

i) Memori

Daya ingat jangka panjang mengingat kejadian masa lalu lebih dari 1 bulan. Daya ingat jangka pendek dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini .

j) Tingkat konsentrasi berhitung

Pada klien dengan halusinasi tidak dapat berkonsentrasi dan dapat menjelaskan kembali pembicaraan yang baru saja dibicarakan dirinya/orang lain.

k) Kemampuan penilaian

Gangguan ringan dapat mengambil keputusan secara sederhana baik dibantu orang lain/tidak. Gangguan bermakna tidak dapat mengambil keputusan secara sederhana cenderung mendengar atau melihat ada yang di perintahkan.

l) Daya tilik diri

Pada klien halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang diderita: klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu meminta pertolongan, klien tidak mau bercerita tentang penyakitnya.

8) Kebutuhan persiapan pulang

a) Makan

Observasi dan tanyakan tentang frekuensi makan, jumlah, variasi, macam-macam makanan yang disukai atau tidak disukai, observasi kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan makan.

b) BAB/BAK

Kebiasaan BAB , BAK, menggunakan WC atau tidak.

c) Mandi

Kaji tentang frekuensi mandi, menggosok gigi, cuci muka, gunting kuku, gosok gigi.

d) Istirahat tidur

Observasi lama dan waktu tidur siang atau tidur malam.
Persiapan sebelum tidur dan kegiatan sesudah tidur.

e) Penggunaan obat

Klien yang mengalami halusinasi biasanya diberikan obat:

g. Haloperidol 5mg 2x1 tablet per oral

h. Chlorpromazine 100 mg 1x1 tablet per oral

i. Trihexpenidil 2mg 2x1 tablet per oral

j. Perphenazine 4mg 2x1 tablet per oral

f) Pemeliharaan kesehatan

Apakah klien minum obat secara teratur dan teratur dan sesuai dengan anjuran dokter atau tidak. Pada saat di

rumah apakah klien akan mampu melakukan perawatan sendiri dan mengontrol perilaku dan emosi dengan baik.

g) Kegiatan di luar rumah

Kaji apakah klien akan mencoba untuk bergaul dan mengikuti kegiatan yang ada di lingkungannya.

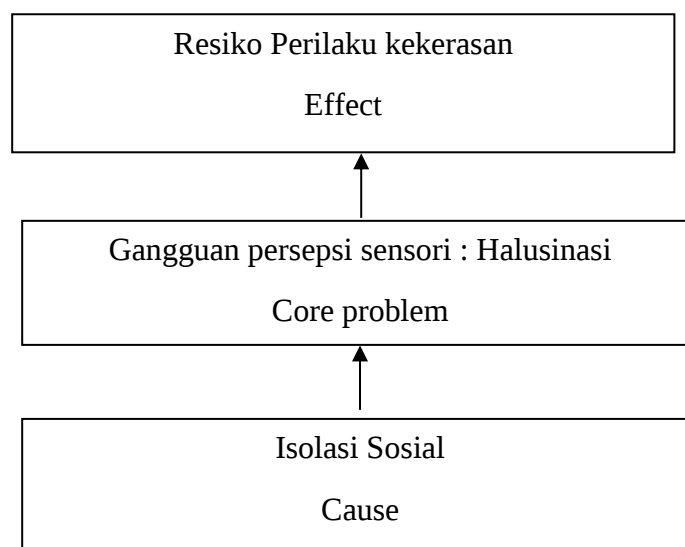
2. Analisa Data

Dengan melihat data subyektif dan objektif dapat menentukan permasalahan yang dihadapi pasien. Dan dengan memperhatikan pohon masalah dapat diketahui penyebab, *affeck* dari masalah tersebut. Dari hasil analisa data inilah dapat diketahui diagnosa keperawatan (Keliat, 2011)

3. Pohon Masalah

Gambar 2.8

Pohon Masalah



4. Diagnosa Keperawatan

Menurut Carpenito (1998), diagnosis keperawatan adalah penilaian tentang respons aktual atau potensial dari individu, keluarga atau masyarakat terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan. Rumusan diagnosis yaitu Permasalahan (P) berhubungan dengan Etiologi dan keduanya ada hubungan sebab dan akibat secara ilmiah (Yusuf, 2015).

Adapun diagnosa keperawatan pasien yang muncul dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi adalah sebagai berikut :

- a. Gangguan Persepsi sensori : halusinasi
- b. Isolasi Sosial
- c. Resiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal) (Damaiyanti, 2012)

5. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan terdiri atas empat komponen, yaitu tujuan umum, tujuan khusus ,rencana tindakan keperawatan, dan rasional. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian masalah (P). Tujuan ini dapat dicapai jika tujuan yang ditetapkan telah tercapai. Tujuan khusus berfokus pada penyelesaian etiologi (E). Tujuan ini merupakan rumusan kemampuan pasien yang harus dicapai (Yusuf, 2015)

- a) Rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

Dx : Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi

Tujuan :

- a. Pasien mampu mengenali halusinasi yang dialaminya
- b. Pasien mampu mengontrol halusinasinya
- c. Pasien mampu mengikuti program pengobatan secara optimal

Tabel 2.3

**Intervensi Keperawatan Pasien Gangguan Persepsi Sensori:
Halusinasi**

Kriteria Evaluasi	Intervensi
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, perasaan saat terjadi halusinasi b. Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik tahapannya :

	c. Jelaskan cara menghardik halusinasi d. Peragakan cara menghardik e. Minta pasien memperagakan ulang f. Pantau penerapan cara ini, beri penguatan perilaku klien. g. Masukkan dalam kegiatan jadwal klien.
Setelah...pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan 2. 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 : 1. Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan dan 2. Memberi jadwal kegiatan sehari-hari dan mampu memperagakannya.	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) Diskusikan 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 : 1. Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan dan 2. Menyebutkan manfaat dari program pengobatan.	SP IV a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1,2&3) 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 5B h. Latih klien minum obat Masukan dalam jadwal harian klien.

b) Rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan.

Dx : Resiko Perilaku Kekerasan

Tujuan :

- 1) Pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda gejala, akibat PK
- 2) Pasien mampu menyebutkan jenis PK yang pernah dilakukan
- 3) Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol PK dengan cara :
 - a. Fisik 1 : tarik nafas dalam
 - b. Fisik 2 : memukul bantal
 - c. Sosial verbal
 - d. Spiritual
 - e. Patuh minum obat

Tabel 2.4

Intervensi Keperawatan Pasien Resiko Perilaku Kekerasan

Kriteria Evaluasi	Intervensi
Setelah...pertemuan klien mampu :	SP I
1. Menyebutkan penyebab, tanda gejala, perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, dan akibat PK	1. Identifikasi penyebab PK 2. Identifikasi tanda gejala PK 3. Identifikasi PK yang dilakukan 4. Identifikasi akibat PK

2. Memperagakan cara fisik 1 : Tarik nafas dalam	5. Latih cara fisik 1: tarik nafas dalam 6. Masukan 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 1. Evaluasi SP I 2. Latih cara fisik 2 ; pukul bantal atau kasur 3. Masukan ke dalam jadwal harian
Setelah...pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara sosial verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP III 1. Evaluasi SP II 2. Latih cara sosial verbal a. Ajarkan menolak dengan baik b. Ajarkan meminta dengan baik c. Ajarkan mengungkapkan dengan baik 3. Masukan ke dalam jadwal harian klien
Setelah...pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara mengontrol PK dengan spiritual	SP IV 1. Evaluasi SP III 2. Latihan cara mengontrol PK : spiritual 3. Masukan ke dalam jadwal harian klien

Setelah...pertemuan klien mampu :	SP V
1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan	1. Evaluasi SP IV
2. Memperagakan cara mengontrol PK dengan cara patuh minum obat	2. Latih cara kontrol PK : patuh meminum obat dengan prinsip 5 Benar
	3. Masukan ke dalam jadwal harian klien

c) Rencana asuhan keperawatan pada pasien Isolasi Sosial

Dx : Isolasi Sosial

Tujuan :

- 1) Pasien menyadari penyebab isolasi sosial
- 2) Pasien mampu berinteraksi dengan orang lain

Tabel 2.5

Intervensi Keperawatan Pasien Isolasi Sosial

Kriteria Evaluasi	Intervensi
Setelah...pertemuan klien mampu:	SP I
1. Membina hubungan saling percaya	1. Bina hubungan saling percaya a. Jelaskan tujuan pertemuan b. Tunjukkan sifat empati dari menerima klien apa adanya
2. Menyadari penyebab isolasi sosial, keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain	

3. Melakukan interaksi dengan orang lain secara bertahap	c. Beri perhatian kepada klien dan kebutuhan dasar klien 2. Identifikasi penyebab isolasi sosial 3. Tanyakan keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain a. Tanyakan apa yang menyebabkan klien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain b. Diskusikan keuntungan bila klien memiliki banyak teman dan bergaul dengan orang lain c. Diskusikan kerugian bila klien hanya mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain d. Jelaskan pengaruh isolasi sosial terhadap kesehatan fisik klien 4. Latih berkenalan a. Jelaskan kepada klien cara berinteraksi b. Berikan contoh berinteraksi c. Beri kesempatan klien mempraktekan cara
---	---

	berinteraksi dengan orang lain d. Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh klien 5. Masukan ke dalam jadwal kegiatan klien
	SP II 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP I) 2. Latih berhubungan sosial secara bertahap 3. Masukan ke dalam jadwal kegiatan klien
	SP III 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP II) 2. Latih cara berkenalan dengan 2 orang atau lebih 3. Masukan ke dalam jadwal kegiatan klien.

6. Implementasi

Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (*here and now*). Perawat juga perlu mengevaluasi diri sendiri apakah mempunyai kemampuan

interpersonal intelektual, dan teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Setelah tidak ada hambatan lagi, maka tindakan keperawatan bisa diimplementasikan.

Saat memulai untuk implementasi tindakan keperawatan, perawat harus membuat kontrak dengan pasien dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan. Kemudian penting untuk diperhatikan terkait dengan standar tindakan yang telah ditentukan dan aspek legal yaitu mendokumentasikan apa yang telah dilaksanakan (Ah, Yusuf, 2015).

7. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi ada dua macam, yaitu:

- a. Evaluasi proses atau evaluasi formatif, yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan,
- b. Evaluasi hasil atau sumatif, yang dilakukan dengan membandingkan respons pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan.

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP, yaitu sebagai berikut:

S : Respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada.

P : Tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons pasien.

Rencana tindak lanjut dapat berupa hal sebagai berikut:

1. Rencana dilanjutkan (jika ada masalah baru).
2. Rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan tetapi hasil belum memuaskan).
3. Rencana dibatalkan (jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan asalah yang ada).

Rencana selesai jika tujuan sudah tercapai dan perlu mempertahankan keadaan baru (Yusuf, 2015).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Nama	: Tn. A
Umur	: 34 Tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Pendidikan	: SMA
Suku Bangsa	: Sunda
Agama	: Islam
Status	: Belum kawin
Pekerjaan	: Wiraswasta
Tanggal Pengkajian	: 23 April 2021
Diagnosa medis	: Skizofrenia Paranoid
Alamat	: Kp. Segleng, Desa Paas, Kec. Pameungpeuk Kab. Garut

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. Y
Umur	: 56 Tahun
Agama	: Islam

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Kp. Segleng, Desa Paas, Kec. Pameungpeuk
Kab. Garut

Hubungan dengan : Kakak klien

b. Alasan masuk

- 1) Data menurut RM : Menurut penuturan keluarga klien, klien marah-marah, merusak barang, mondar-mandir, bicara dan tertawa sendiri.

Data dari Klien : Menurut penuturan klien, sebelum di bawa berobat ke puskesmas, klien sering mendengar suara atau bisikan-bisikan yang menyuruh melakukan sesuatu, klien sering melamun bahkan berbicara sendiri, pada saat bertemu, klien pernah marah-marah sambil memukul barang yang ada di sekitar.

c. Faktor Predisposisi

- 1) Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu?
- Keluarga klien mengatakan, klien belum pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya.
- 2) Pengobatan sebelumnya
- Keluarga klien mengatakan sebelum pengobatan di bandung klien sering berobat di puskesmas.
- 3) Aniaya fisik, seksual, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal

Keluarga klien mengatakan tidak pernah melakukan tindakan kekerasan fisik atau seksual kepada orang lain.

4) Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?

Keluarga klien mengatakan ada anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa sama seperti klien.

5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan tidak ada masa lalu yang tidak menyenangkan.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah : 120/80 MMHg

Respirasi : 21x/menit

Nadi : 90x/menit

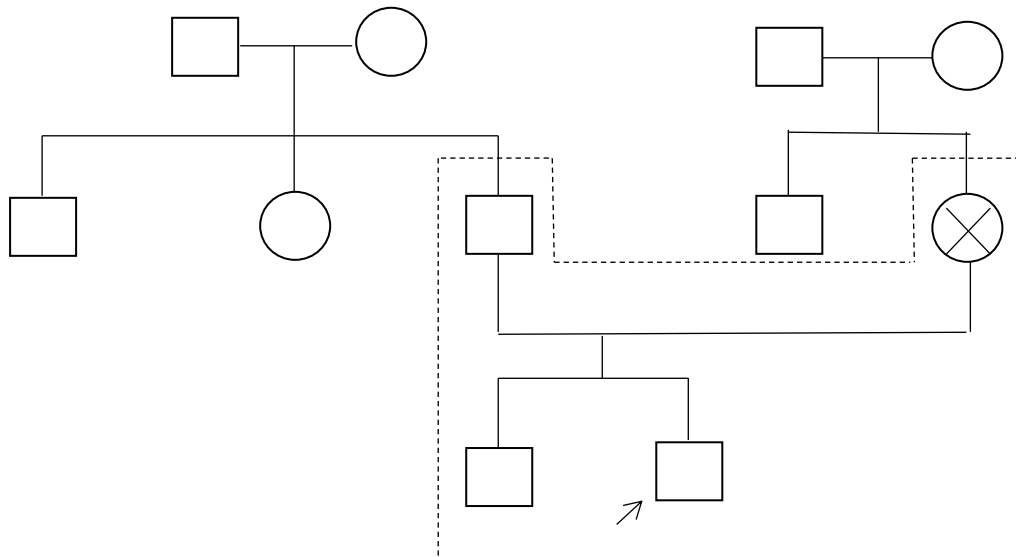
Suhu : 36,5 °C

2) Tinggi Badan : 167 cm

3) Berat Badan : 70 Kg

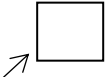
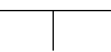
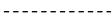
e. Psikososial

1) Genogram



Gambar 3.1
Genogram Tn. A

Keterangan :

	: Laki- Laki
	: Perempuan
	: Klien
	: Garis Keturunan
	: Garis Pernikahan
	: Tinggal Serumah
	: Meninggal

Penjelasan :

Klien merupakan anak ke 2 dari 2 bersaudara, klien tinggal bersama orangtuanya dan kakaknya.

2) Gangguan Persepsi Sensori

a) Citra tubuh

Pada saat dikaji klien mengatakan dari keseluruhan anggota tubuh yang paling disukai adalah wajah,.

b) Identitas diri

Klien mengatakan anak laki-laki dari 2 bersaudara dan klien mengatakan merasa bangga menjadi seorang anak laki-laki dan tidak pernah ingin menjadi orang lain

c) Peran diri

Klien mengatakan bahwa klien anak ke 2 dari 2 bersaudara dan klien setiap harinya membantu pekerjaan rumah seperti menyapu, mengepel dll.. Keluarga klien mengatakan sebelum sakit klien seorang pelajar yang pintar, setelah sakit klien hanya berdiam di rumah.

d) Ideal diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakitnya agar bisa membanggakan orang tua dan membebani orang tua..

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

3) Hubungan Sosial

a) Orang terdekat

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan bahwa orang yang paling berarti dalam hidupnya adalah ibu dan ayahnya, dan klien juga mengatakan orang terdekat klien ialah ibunya.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Klien mengatakan suka bergaul dengan masyarakat dan sering mengikuti atau ikut serta dalam kegiatan masyarakat seperti: gotong-royong.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan tidak ada hambatan dalam berinteraksi dengan orang lain.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan bahwa klien dan keluarganya beragama Islam, dan meyakini bahwa adanya Allah SWT. Klien menganggap bahwa ini cobaan dari Allah SWT dan tanggapan orang lain saat ini bahwa dirinya saat ini klien sedang dalam pengobatan sakit jiwa.

b) Kegiatan Ibadah

Klien mengatakan sebelum memiliki penyakit ini suka melaksanakan sholat dan setelah memiliki penyakit ini masih suka melaksanakan sholat tetapi kadang terlupakan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

f. Status Mental

1) Penampilan

Klien menggunakan pakaian sesuai, klien tampak rapi dalam berpakaian, rambut klien tampak bersih penyebarannya merata tampak beruban, gigi tampak bersih, lengkap dan tidak ada karang gigi. Konjungtiva mata merah muda, sclera putih, kuku tampak pendek dan bersih.

2) Pembicaraan

Klien dapat memulai pembicaraan sendiri, tetapi jika sedang diajak berbicara kadang-kadang mendominasi pembicaraan, klien sulit untuk berkonsentrasi.

Masalah Keperawatan : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi pendengaran

3) Aktivitas Motorik

Klien tampak sering berjalan-jalan mondar-mandir. Klien tampak tersenyum sendiri. Klien kadang terlihat tegang dan sesekali klien menunjukkan gerakan motorik kegelisahan dan tampak ada gerakan-gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat dikontrol.

4) Alam Perasaan

Klien merasa sangat sedih dan sering melamun jika mendengar suara-suara.

5) Afek

Apa yang diekspresikan sesuai yang dengan dirasakan klien.

6) Interaksi Selama Wawancara

Klien mau mendengarkan dan menjawab semua pertanyaan dari perawat walaupun agak lambat dalam menjawab pertanyaan.

Masalah Keperawatan : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

7) Persepsi

Klien mengatakan masih mendengar suara-suara aneh, suara itu terdengar pada waktu siang dan malam hari, suara itu muncul pada saat klien sedang tidur atau sedang sendiri, klien merasa tidak tenang ketika suara itu datang dan kadang tidak bisa mengontrol emosi saat suara itu muncul.

Masalah Keperawatan : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran

8) Proses Pikir

Klien dapat mengungkapkan perasaannya serta dapat menjawab pertanyaan perawat, pembicaraan klien tidak berbelit-belit, tidak diulang-ulang, jawaban sesuai dengan apa yang ditanyakan, selama interaksi berlangsung dapat diketahui bahwa pembicaraan sudah terarah.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah

9) Isi Pikir

Klien tidak menunjukkan adanya kelainan isi pikir seperti obsesi, phobia, hipokondria, depersonalisasi, ide yang terkait dan pikiran magis, serta tidak menunjukkan adanya waham

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

10) Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran klien baik, dapat berorientasi terhadap tempat (klien dapat menyebutkan sekarang berada di rumah), waktu (klien dapat menyebutkan hari ini adalah hari jumat), orientasi orang (klien dapat menyebutkan dengan benar nama perawat pada saat melakukan pengkajian)

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

11) Memori

a) Jangka Panjang : Klien dapat mengingat kejadian masa lalunya

b) Jangka Pendek : Klien mengatakan ingat pada saat pertama masuk Rumah Sakit klien diantar oleh keluarganya

c) Saat ini : Klien dapat mengingat dan menyebutkan kejadian hari ini seperti mencuci bekas makan, membereskan tempat tidur, mandi dan gosok gigi.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

12) Tingkat Konsentrasi Berhitung

Klien mampu berhitung secara sederhana seperti dalam satu minggu ada 7 hari, klien dapat menjawab pertanyaan perawat tanpa diulang-ulang.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

13) Kemampuan Penilaian

Klien dapat mengambil keputusan sendiri tanpa bantuan dari orang lain.

14) Daya Tarik Diri

Klien tidak menyadari bahwa saat ini sedang dalam keadaan sakit dan harus menjalani pengobatan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

g. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Tidak dikaji

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

2) BAB/BAK

Tidak dikaji

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

3) Mandi

Tidak dikaji

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

4) Berpakaian / Berhias

Tidak dikaji

5) Istirahat dan Tidur

Tidak dikaji

6) Penggunaan Obat

Tidak dikaji

7) Pemeliharaan Kesehatan

Tidak dikaji

8) Aktivitas di Dalam Rumah

Tidak dikaji

h. Mekanisme Koping

Mekanisme koping klien saat ini yaitu adaptif klien mampu berbicara dengan orang lain.

i. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Klien mengatakan tidak pernah ada masalah di lingkungan rumahnya dengan tetangga.

j. Kurang Pengetahuan Tentang

Klien mengatakan kurangnya pengetahuan tentang penyakit jiwa dan cara mengatasi penyakitnya yaitu halusinasi pendengaran, dan klien juga kurang pengetahuan tentang obat-obatan.

k. Aspek Medis

1) Haloperidol 5mg 2x1 tablet per oral

2) Chlorpromazine 100mg 1x1 tablet per oral

3) Trihexpenidil 2mg 2x1 tablet per oral

4) Perphenzine 4mg 2x1 tablet per oral

2. Analisa Data

Tabel 3.2
Analisa Data

No	Data Penunjang	Masalah Keperawatan
1	2	3
1.	Ds : - Klien mengatakan sering mendengar suara-suara aneh - Klien mengatakan suara itu terdengar pada waktu siang ke sore hari - Klien mengatakan suara itu muncul ketika klien sedang tidur atau sedang sendiri dan - Klien mengatakan merasa tidak tenang ketika suara itu datang. Do : - Klien tampak mendominasi pembicaraan - Klien tampak sulit berkonsentrasi - Klien tampak lambat dalam menjawab pertanyaan	Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Dengar
2.	Ds : - Klien mengatakan kadang-kadang suka merasa kesal, jengkel dan ingin marah tanpa alasan yang jelas Do : - Klien tampak sering berjalan mondar-mandir - Klien tampak ada gerakan-gerakan pada otot muka yang berubah-ubah.	Resiko Perilaku Kekerasan

3. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran
2. Resiko Perilaku Kekerasan

4. Proses Keperawatan

Nama : Tn. A

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Umur : 34 Tahun

Dx : Skizofrenia Paranoid

Tabel 3.2
Proses Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5	6
1	Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran	Klien mampu : 1. Mengenali halusinasi yang dialaminya 2. Mengontrol halusinasi 3. Mengikuti program kegiatan pengobatan secara optimal 4. Melakukan hubungan dengan realitas 5. Melaksanakan asuhan sehari	Setelah...pertemuan Klien dapat menyebutkan : 1. Isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, perasaan. 2. Mampu memperagakan cara dalam mengontrol halusinasi	SP 1 1. Bantu klien mengenal halusinasi : (isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi) 2. Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik Tahapan tindakan meliputi: a. Jelaskan cara menghardik	1. Ungkapan dari klien mengenai isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, dan perasaan saat terjadi halusinasi menunjukan apa yang dibutuhkan dan dirasakan oleh klien. 2. Tindakan menghardik merupakan salah satu upaya untuk mengontrol halusinasi dan memasukan kegiatan menghardik ke dalam jadwal harian klien membantu mempercepat

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5	6
				b. Peragakan cara menghardik c. Minta klien memperagakan ulang d. Pantau penerapan cara ini, beri penguatan e. Masukkan dalam jadwal kegiatan	klien dapat mengontrol halusinasi
			Setelah...pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan 2. Memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain.	SP 2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1) 2. Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara berbicara atau bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul 3. Masukkan dalam jadwal kegiatan klien	1. Evaluasi akan membantu untuk merencanakan selanjutnya 2. Bercakap-cakap dengan orang lain merupakan tindakan yang dapat mengendalikan halusinasi 3. Memasukan kegiatan menghardik halusinasi ke dalam jadwal harian klien membantu mempercepat klien dapat mengontrol halusinasi.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5	6
			Setelah...pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan dan 2. Memberi jadwal kegiatan sehari-hari dan mampu memperagakannya.	SP 3 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1 dan 2) 2. Latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul Tahapannya : a. Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi b. Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh klien 3. Latih klien melakukan aktivitas 4. Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai aktivitas yang telah dilatih dari bangun pagi sampai tidur lagi 5. Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan,	1. Evaluasi akan membantu untuk merencanakan selanjutnya 2. Melakukan kegiatan di RS. Jiwa yang sesuai dengan kegiatan yang biasa dilakukan klien di rumah merupakan salah satu tindakan yang dapat mengendalikan halusinasi dan memasukan kegiatan klien di RS. Jiwa ke dalam jadwal harian klien membantu mempercepat klien dapat mengontrol halusinasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5	6
				berikan penguatan terhadap sikap klien yang positif	
			Setelah pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan dan 2. Menyebutkan manfaat dari program pengobatan.	SP 4 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1, 2 dan 3) 2. Tanyakan program pengobatan 3. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada klien gangguan jiwa. 4. Jelaskan akibat bila putus obat 5. Jelaskan cara mendapatkan obat atau berobat 6. Jelaskan pengobatan (5B) 7. Latih klien minum obat 8. Masukkan dalam jadwal harian klien	1. Evaluasi akan membantu untuk merencanakan selanjutnya 2. Menggunakan obat secara teratur merupakan salah satu tindakan yang dapat mengendalikan halusinasi 3. Memasukan kegiatan menggunakan obat secara teratur ke dalam jadwal harian klien membantu mempercepat klien dapat mengontrol halusinasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5	6
2.	Resiko Perilaku Kekerasan	Klien mampu : 1. Menyebutkan penyebab, tanda gejala, akibat PK 2. Menyebutkan jenis PK yang pernah dilakukan 3. Menyebutkan cara mengontrol PK dengan cara : a. Fisik 1 : tarik nafas dalam b. Fisik 2 : memukul bantal c. Sosial verbal d. Spiritual e. Patuh minum obat	Setelah...pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan penyebab, tanda gejala, perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, dan akibat PK 2. Memperagakan cara fisik 1 : Tarik nafas dalam	SP I 1. Identifikasi penyebab PK 2. Identifikasi tanda gejala PK 3. Identifikasi PK yang dilakukan 4. Identifikasi akibat PK 5. Latih cara fisik 1: tarik nafas dalam 6. Masukkan ke dalam jadwal harian	1. Mengetahui penyebab PK 2. Mengetahui tanda gejala PK 3. Mengetahui PK yang dilakukan 4. Mengetahui rencana lanjut 5. Agar klien mampu mengontrol 6. Agar kegiatan terjadwal
			Setelah...pertemuan klien mampu :	SP II 1. Evaluasi SP I 2. Latih cara fisik 2 ; pukul bantal atau kasur	1. Mengetahui sejauh mana kegiatan mampu dilakukan 2. Agar klien dapat mengontrol emosinya

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5	6
			1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara fisik 2 mengontrol PK : memukul bantal	3. Masukan ke dalam jadwal harian	3. Agar kegiatan terjadwal
			Setelah...pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara sosial verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP III 1. Evaluasi SP II 2. Latih cara sosial verbal a. Ajarkan menolak dengan baik b. Ajarkan meminta-minta dengan baik c. Ajarkan mengungkapkan dengan baik 3. Masukan ke dalam jadwal harian klien	1. Mengetahui sejauh mana kegiatan mampu dilakukan 2. Membantu mengontrol perilaku kekerasan secara sehat melalui tutur kata yang baik 3. Agar kegiatan terjadwal
			Setelah...pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan	SP IV 1. Evaluasi SP III 2. Latihan cara mengontrol PK : spiritual 3. Masukan ke dalam jadwal harian klien	1. Mengetahui sejauh mana kegiatan mampu dilakukan 2. Agar klien dapat mengontrol halusinasinya 3. Agar kegiatan terjadwal

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5	6
			2. Memperagakan cara mengontrol PK dengan spiritual		
			Setelah...pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara mengontrol PK dengan cara patuh minum obat	SP V 1. Evaluasi SP V 2. Latih cara kontrol PK : patuh meminum obat dengan prinsip 5 Benar 3. Masukan ke dalam jadwal harian klien	1. Mengetahui sejauh mana kegiatan mampu dilakukan 2. Agar klien dapat mengontrol halusinasinya 3. Agar kegiatan terjadwal

5. Implementasi dan Evaluasi

Nama : Tn. A

Umur : 34 Tahun

Tabel 3.3
Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Pelaksana
1	2	3	4	5
1	Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran	Tgl: 23/04/2021 Jam :10.00 SP 1 1. Membantu klien mengenal halusinasi : (isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi) 2. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik Tahapan tindakan meliputi : a. Menjelaskan cara menghardik b. Memperagakan cara menghardik c. Meminta klien memperagakan ulang d. Memantau penerapan cara ini, beri penguatan e. Memasukan dalam jadwal kegiatan klien	Tgl : 23/04/2021 Jam :10.10 S : - Klien mengatakan ”saya masih sering mendengar suara-suara aneh, suara itu terdengar sedang tidur atau sedang sendiri dan saya merasa tidak tenang ketika suara itu datang. - Klien mengatakan “saya sudah bisa mempraktekan cara menghardik dengan cara tutup mata, tutup telinga lalu katakan “pergi-pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu” dan yakinkan dalam hati bahwa itu tidak nyata” O : - Klien tampak tenang dan kooperatif - Klien tampak melamun - Klien tampak tersenyum sendiri - Klien mau mempraktekan cara menghardik ke 1 A : SP I teratasi - Klien sudah dapat mengenal halusinasi sebagian seperti : (isi, waktu terjadi, frekuensi, situasi pencetus dan perasaan saat terjadi halusinasi)	Gigin Ginanjar

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Pelaksana
1	2	3	4	5
			- Klien mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik P : Klien : - Belajar cara menghardik setiap jam 08.00 pagi Perawat: - Motivasi klien untuk mempraktekan cara menghardik apabila halusinasi itu muncul - Lanjut SP II (Latih bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul) - Masukan dalam jadwal kegiatan klien	
		Tgl 23/04/2021 Jam : 10.20 SP 2 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu SP 1 2. Melatih bercakap-cakap apabila halusinasi itu datang 3. Menganjurkan klien untuk banyak berlatih dengan orang lain 4. Memasukan dalam jadwal kegiatan sehari hari	Tgl : 23/04/2021 Jam : 10.40 S : - Klien mengatakan “saya sering mempraktekan cara menghardik saat halusinasi itu muncul dengan cara tutup mata, tutup telinga lalu katakan “Pergi- pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu” dan yakinkan dalam hati bahwa semua itu tidak nyata “ - Klien mengatakan “saya harus melakukan cara yang ke 2 tentang bercakap-cakap dengan orang lain sesuai yang perawat ajarkan seperti bu/kakak saya mau mengobrol dengan ibu/kakak karena saya mendengar suara itu lagi” O : - Klien tampak tenang dan kooperatif - Klien mau bercakap-cakap dengan orang lain apabila halusinasi itu muncul A : SP II teratasi	Gigin Ginanjari

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Pelaksana
1	2	3	4	5
			- Klien sudah dapat mengenal halusinasi - Klien mampu memperagakan cara menghardik halusinasi - Klien sudah bisa bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi datang P : Klien : - Belajar cara menghardik halusinasi dan bercakap-cakap dengan orang lain setiap jam 8 pagi Perawat : - Lanjut SP III (Latih dengan cara melakukan kegiatan atau aktivitas sehari-hari seperti merapihkan tempat tidur agar halusinasi tidak muncul) - Masukkan dalam jadwal kegiatan klien	
		Tgl : 23/04/2021 Jam : 10.40 SP 3 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan 2) 2. Melatih kegiatan agar halusinasi tidak muncul Tahapannya : a. Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi b. Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh klien	Tgl : 23/04/2021 Jam : 10.50 S : - Klien mengatakan “saya sering mempraktekan cara menghardik saat halusinasi itu muncul dengan cara tutup mata, tutup telinga lalu katakan “Pergi- pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu” dan yakinkan dalam hati bahwa semua itu tidak nyata “ - Klien mengatakan “saya selalu melakukan cara yang ke 2 untuk mencegah halusinasi itu muncul yaitu saya harus bercakap-cakap dengan orang lain” - Klien mengatakan “saya harus melakukan cara yang ke 3 yaitu saya harus melakukan aktivitas sehari-hari yang positif untuk mencegah halusinasi datang	Gigin Ginanjari

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Pelaksana
1	2	3	4	5
		c. Melatih klien melakukan aktivitas d. Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai aktivitas yang telah dilatih dari bangun pagi sampai tidur lagi e. Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap sikap klien yang positif	kembali sesuai yang suster ajarkan kepada saya seperti apabila suara itu datang pada waktu malam hari, saya harus bangun dan segera melaksanakan sholat malam, mengaji atau berdzikir atau jika pada waktu siang hari aktivitas yang saya lakukan ketika suara itu muncul yaitu dengan cara merapihkan tempat tidur”. O : - Klien tampak tenang dan kooperatif - Klien tampak tersenyum sendiri - Klien mau mempraktekan cara yang ke 3 A : SP III teratasi - Klien sudah dapat mengenal halusinasi - Klien mampu memperagakan cara menghardik halusinasi - Klien sudah bisa bercakap-cakap saat halusinasi datang - Klien sudah bisa melakukan aktivitas sehari-hari untuk mencegah halusinasi itu datang. P : Klien : - Belajar cara melakukan aktivitas sehari-hari ketika malam hari setiap halusinasi itu muncul Perawat : - Lanjut SP IV (Jelaskan pentingnya penggunaan obat, akibat bila putus obat, cara mendapatkan obat dan penggunaan obat 5B) - Masukkan dalam jadwal kegiatan klien	
		Tgl : 23/04/2021 Jam :10.50 SP 4	Tgl : 23/04/2021 Jam : 11.00	Gigin Ginanjari

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Pelaksana
1	2	3	4	5
		1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP1,2 dan 3) 2. Menanyakan program pengobatan 3. Menjelaskan pentingnya penggunaan obat pada pasien gangguan jiwa. 4. Menjelaskan akibat bila putus obat 4. Menjelaskan cara mendapatkan obat atau berobat 5. Menjelaskan pengobatan (5B) 6. Melatih klien minum obat 7. Memasukan dalam jadwal harian klien	S : - Klien mengatakan “saya sudah bisa dan suka mempraktekan cara menghardik halusinasi dengan tutup mata tutup telinga lalu katakana “Pergi- pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu” dan yakinkan dalam hati bahwa itu tidak nyata “ - Klien mengatakan “saya suka bercakap-cakap dengan orang lain apabila halusinasi itu muncul” - Klien mengatakan “saya suka melakukan aktivitas sehari-hari untuk mencegah terjadinya halusinasi, saya suka sholat malam, mengaji dan berdzikir atau jika pada waktu siang hari aktivitas yang saya lakukan ketika suara itu muncul yaitu dengan cara merapihkan tempat tidur” - Klien mengatakan “ saya sudah mengerti tentang pentingnya minum obat dan apa akibat apabila obat tidak diminum” O : - Klien tampak tenang dan kooperatif - Klien tampak melamun - Klien mau minum obat secara teratur A : - Klien sudah dapat mengenal halusinasi - Klien mampu mempragakan cara menghardik halusinasi - Klien sudah bisa bercakap-cakap saat halusinasi datang - Klien sudah bisa melakukan aktivitas sehari-hari untuk mencegah halusinasi itu datang - Klien sudah paham tentang pentingnya minum obat dan akibat apabila tidak minum obat	

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Pelaksana
1	2	3	4	5
			P : Klien : - Belajar kembali cara menghardik halusinasi - Belajar cara bercakap-cakap dengan orang lain apabila halusinasi muncul - Belajar melakukan aktivitas sehari-hari untuk mencegah halusinasi - Belajar untuk selalu minum obat secara teratur Perawat : - Masukan dalam jadwal harian klien	
2.	Resiko Perilaku Kekerasan	Tgl : 24/04/2021 Jam :10.00 SP I 1. Mengidentifikasi penyebab PK 2. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK 3. Mengidentifikasi PK yang dilakukan 4. Melatih cara fisik 1 : tarik nafas dalam 5. Memasukan ke dalam jadwal harian	Tgl : 24/04/2021 Jam :10.10 S : - Klien mengatakan kadang-kadang suka merasa kesal, jengkel,dan ingin marah tanpa alasan yang jelas - Klien mengatakan sudah bisa mempraktekan cara mengontrol emosi dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam O : - Klien tampak tenang dan kooperatif - Klien dapat menyebutkan penyebab PK - Klien dapat menyebutkan tanda gejala PK - Klien dapat menyebutkan PK yang dilakukan - Klien mau mempraktekan cara fisik 1 : tarik nafas dalam A : - Masalah teratasi P : - Lanjut SP II (Latih cara fisik 2 : memukul bantal)	Gigin Ginanjar

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Pelaksana
1	2	3	4	5
		Tgl : 24/04/2021 Jam :10.00 SP II 1. Mengevaluasi SP I 2. Melatih cara fisik 2 : memukul bantal atau kasur 3. Memasukkan dalam jadwal harian klien	Tgl : 24/04/2021 Jam :10.10 S: - Klien mengatakan “suka memukul-mukul tembok ketika tidak bisa mengontrol emosi” - Klien mengatakan “saya masih ingat cara mengontrol emosi dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam dan saya suka melakukannya ketika emosi saya tidak dapat dikontrol” - Klien mengatakan “Iya saya bisa mempraktikkan cara mengontrol emosi yang kedua dengan cara fisik 2 yaitu memukul bantal” O : - Klien tampak tenang dan kooperatif - Klien tampak bisa mempraktikkan cara mengontrol emosi dengan cara fisik 2 yaitu memukul bantal A : - Masalah teratasi P : - Lanjutkan intervensi SP III cara mengontrol emosi dengan sosial verbal	

6. Catatan Perkembangan

Nama : Tn. A

Umur : 34 Tahun

Tabel 3.4
Catatan Perkembangan

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
1	23/04/2021 13.00	Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran	S : Klien mengatakan “ Ketika saya mendengar suara-suara, saya harus tutup mata, tutup telinga lalu katakan “Pergi- pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu” dan yakinkan dalam hati bahwa semua itu tidak nyata dan saya harus bercakap-cakap dengan orang lain apabila halusinasi itu datang” O : - Klien tampak tenang - Klien mau melakukan cara mengontrol halusinasi cara ke 1 dan 2 - Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi ketika halusinasi itu datang. A : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran SP 1 dan SP 2 P : a. Bantu klien mengenal halusinasi : (isi, frekuensi, waktu, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi) b. Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik c. Latih bercakap-cakap apabila halusinasi itu datang d. Anjurkan klien untuk banyak berlatih dengan orang lain e. Masukkan dalam jadwal kegiatan sehari hari I : a. Membantu klien mengenal halusinasi :(isi, frekuensi, waktu, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi) b. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, yaitu tutup mata, tutup telinga lalu katakan “Pergi- pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu” dan yakinkan	Gigin Ginanjari

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
			dalam hati bahwa semua itu tidak nyata c. Melatih klien agar bercakap-cakap dengan orang lain apabila halusinasi itu muncul d. Memasukan dalam jadwal kegiatan klien E : SP 1 dan SP 2 tercapai R : Perawat : - Lanjut SP 3 - Evaluasi kembali kegiatan yang lalu SP 1 dan SP 2 cara menghardik - Masukan dalam jadwal kegiatan klien Klien : - Latih cara menghardik sesuai jadwal	
2	23/04/2021 13.00		S : Klien mengatakan “ Ketika saya mendengar suara-suara yang menyuruh untuk saya untuk memukul orang lain, saya harus tutup mata, tutup telinga lalu katakan “Pergi- pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu” dan yakinkan dalam hati bahwa semua itu tidak nyata, kemudian harus bercakap-cakap dengan orang lain dan harus melakukan aktivitas sehari-hari supaya halusinasi itu tidak muncul “ O : - Klien tampak tenang - Klien mau melakukan cara mengontrol halusinasi cara ke 1 ,2 dan 3 - Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi ketika halusinasi itu datang. - Klien dapat melakukan aktivitas sehari-hari untuk mencegah halusinasi itu muncul A : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran SP 1, 2 dan 3 P :	Gigin Ginanjari

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
			a. Evaluasi kegiatan yang lalu (1, 2 dan 3) b. Latih kegiatan sehari-hari agar halusinasi tidak muncul c. Masukkan dalam jadwal harian klien I : a. Membantu klien mengenal halusinasi : (isi, frekuensi, waktu, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi) b. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, yaitu tutup mata, tutup telinga yakinkan dalam hati bahwa semua itu tidak nyata c. Melatih klien agar bercakap-cakap dengan orang lain apabila halusinasi itu muncul d. Melatih klien melakukan kegiatan sehari-hari supaya halusinasi tidak muncul e. Memasukan dalam jadwal kegiatan klien E : SP 3 tercapai R : Perawat : - Lanjut SP 4 - Evaluasi kembali kegiatan yang lalu SP 1, 2 dan 3 cara mengontrol halusinasi - Masukkan dalam jadwal kegiatan klien Klien : - Latih cara mengontrol halusinasi sesuai jadwal	
3	23/04/2021 13.00		S : Klien mengatakan “Ketika saya mendengar suara-suara yang menyuruh untuk memukul orang lain, saya harus tutup mata, tutup telinga lalu katakan “Pergi- pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu” dan yakinkan dalam hati bahwa semua itu tidak nyata, kemudian harus bercakap-cakap	Gigin Ginanjari

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
			dengan orang lain, harus melakukan aktivitas sehari-hari supaya halusinasi itu tidak muncul dan harus teratur dalam minum obat “ O : - Klien tampak tenang - Klien mau melakukan cara mengontrol halusinasi cara ke 1 ,2, 3 dan 4 - Klien dapat melakukan cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain halusinasi ketika halusinasi itu datang. - Klien dapat melakukan kegiatan sehari-hari untuk mencegah halusinasi itu muncul - Klien mau minum obat secara teratur A : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran SP 1, 2, 3 dan 4 P : a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1,2 dan 3) b. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada klien gangguan jiwa. c. Jelaskan akibat bila putus obat d. Jelaskan cara mendapatkan obat atau berobat e. Jelaskan pengobatan (5B) f. Latih pasien minum obat g. Masukkan dalam jadwal harian klien I : a. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP1,2 dan 3) b. Menjelaskan pentingnya penggunaan obat pada klien gangguan jiwa. c. Menjelaskan akibat bila putus obat d. Menjelaskan cara mendapatkan obat atau berobat e. Menjelaskan pengobatan (5B) f. Melatih klien minum obat	

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
			g. Memasukan dalam jadwal harian klien E : SP 4 tercapai R : Perawat : - Evaluasi kembali kegiatan yang lalu SP 1, 2, 3 dan 4 cara mengontrol halusinasi - Masukan dalam jadwal kegiatan klien. Klien : - Latih cara mengontrol halusinasi sesuai jadwal	
4	24/04/2021 13.15	Resiko Perilaku Kekerasan	S : - Klien mengatakan “Sekarang perasaan saya sudah tenang” - Klien mengatakan “akibat dari saya suka ingin marah tanpa alasan yang jelas karena dipikiran saya selalu ada yang menyuruh saya untuk memukul orang lain sehingga saya selalu ingin marah-marah dan emosi” - Klien mengatakan “ iya, saya bisa dan sering melakukannya cara mengontrol emosi dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam” O : - Klien tampak tenang dan kooperatif - Klien dapat menyebutkan tanda gejala PK - Klien dapat menyebutkan akibat dari pk yang dilakukan - Klien tampak bisa memperagakan cara mengontrol emosi dengan cara tarik nafas dalam A : Resiko Perilaku Kekerasan P : SP 1 - Identifikasi penyebab PK - Identifikasi tanda gejala PK - Identifikasi PK yang dilakukan - Identifikasi akibat PK - Latih cara fisik 1 : tarik nafas dalam	Gigin Ginanjari

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
			- Masukan ke dalam jadwal kegiatan klien I : SP I - Mengidentifikasi penyebab PK - Mengidentifikasi tanda gejala PK - Mengidentifikasi PK yang dilakukan - Mengidentifikasi akibat PK - Melatih cara fisik 1 : tarik nafas dalam - Memasukan ke dalam kegiatan klien E : Masalah teratasi R : Lanjut SP II - Latih cara fisik 2 : memukul bantal - Masukan dalam jadwal kegiatan klien	
5	24/04/2021 13.15	Resiko Perilaku Kekerasan	S : - Klien mengatakan “ saya masih ingat cara fisik 1 untuk mengontrol emosi dengan cara tarik nafas dalam, saya sudah bisa dan sering melakukannya” - Klien mengatakan “ iya saya juga sudah bisa cara mengontrol emosi dengan cara fisik 2 yaitu memukul bantal” O : - Klien tampak tenang dan kooperatif - Klien tampak bisa melakukan cara mengontrol emosi dengan cara fisik 2 yaitu memukul bantal A : Resiko Perilaku Kekerasan P : SP II - Evaluasi kegiatan lalu (SP I) - Latih cara fisik 2 : memukul bantal - Masukan ke dalam jadwal kegiatan klien I : SP II - Mengevaluasi kegiatan lalu (SP I) - Melatih cara fisik 2 : memukul bantal - Memasukan ke dalam jadwal kegiatan klien E : Masalah teratasi	Gigin Ginajar

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
			R : - Lanjutkan SP III cara mengontrol emosi dengan sosial verbal	

B. Pembahasan

Dalam pembahasan ini, penulis membahas tentang masalah yang didapatkan selama melaksanakan asuhan keperawatan. Pada Tn. A. Masalah yang didapatkan berupa kesenjangan antar teori dengan keadaan lapangan, serta faktor yang mendukung dan menghambat selama pemberian asuhan keperawatan. Pada klien dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran dari mulai pengkajian sampai evaluasi.

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian, penulis melakukan anamnesa baik kepada klien sendiri maupun keluarganya mengenai identitas klien, identitas penanggung jawab, alas masuk, faktor predisposisi, dan genogram keluarga, serta melakukan pemeriksaan fisik, dan pada saat pengkajian tidak menemukan hambatan.

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

- a. Rasa negatif terhadap diri sendiri
- b. Pandangan hidupnya pesimis

Sedangkan data yang tidak ditemukan pada klien Tn. A tetapi ada dalam teori, yaitu:

- a. Produktivitas menurun
- b. Keluhan-keluhan
- c. Pandangan hidup terpolarisasi
- d. Mengingkari kemampuan diri sendiri
- e. Mengejek diri sendiri
- f. Mencederai diri
- g. Khawatir

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada Tn. A dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran yang mungkin muncul ada 2 diagnosa dan sesuai dengan kasus yang penulis temukan yaitu :

- a. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran
- b. Resiko Perilaku Kekerasan

Sedangkan masalah keperawatan yang berkaitan dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran yang sesuai dengan teori menurut Damaiyanti (2012) yaitu;

- a. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi
- b. Resiko Perilaku Kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal)
- c. Isolasi Sosial

Untuk masalah keperawatan yang muncul pada saat pengkajian tidak semuanya sesuai dengan teori pada laporan ini, karena dalam merumuskan masalah keperawatan harus sesuai dengan keluhan-keluhan yang

didapatkan dari klien, pemeriksaan fisik dan observasi perilaku klien secara langsung.

3. Perencanaan

Suatu keberhasilan dalam asuhan keperawatan memerlukan perencanaan yang disusun untuk melakukan tindakan terhadap klien, sehingga dapat disusun suatu rencana yang tepat antara tindakan yang dilakukan terhadap klien dengan masalah yang dihadapi oleh klien.

Dalam perencanaan, penulis tidak mengalami kesulitan yang berarti, baik dalam melakukan hubungan dengan klien maupun dalam melakukan penyusunan masalah yang dialami klien, hal ini dikarenakan klien yang hanya mengalami kondisi halusinasi dengar yang dapat ditangani dengan cara menumbuhkan rasa percaya kepada klien.

Menurut WHO (2013), menetapkan hubungan terapeutik, kontak sering dan singkat secara bertahap, peduli, empati, jujur, menepati janji dan memenuhi kebutuhan dasar klien pada umumnya melindungi dari perilaku yang membahayakan, tidak membenarkan ataupun menyalahkan halusinasi klien, melibatkan klien dalam perencanaan asuhan keperawatan dan mempertahankan perilaku keselarasan verbal dan non verbal.

Keberhasilan dalam proses perencanaan, dapat terlaksana dengan adanya faktor pendukung dalam melaksanakan proses tersebut, yaitu:

- a. Adanya hubungan yang tercipta secara baik antara klien dengan penyusun, sehingga perencanaan yang dilakukan dan disetujui oleh klien.

- b. Tersedianya sumber daya yang menunjang dalam penyusun studi kasus yang menyusun laksanakan sehingga dapat membantu penyusun dalam melakukan perencanaan.
- c. Adanya pihak yang dapat membantu dalam proses perencanaan sehingga memudahkan dalam proses perencanaan, seperti pihak Rumah Sakit dan perawat yang memberikan kesempatan bagi penyusun untuk melakukan studi kasus.

4. Implementasi

Pada tahap 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 dengan tujuan atau kriteria evaluasi, apakah masalah dapat diatasi atau belum. Dalam kenyataannya masalah yang dihadapi klien dapat dicapai yaitu; ancaman halusinasi sudah berkurang baik akan sifat, jumlah maupun waktu, perilaku klien menunjukan kemajuan, klien mulai belajar mengendalikan halusinasi dan mengikuti terapi aktivitas kelompok, klien mulai menyadari perlunya berada bersama orang lain untuk mengatasi halusinasinya.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Paranoid Di Wilayah Kerja Pkm Pameungpeuk Kab. Garut dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran di mulai dari tanggal 23-24 April 2021 dalam proses keperawatan jiwa akhirnya penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Melaksanakan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada klien Tn. A dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Paranoid.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan yang timbul pada klien Tn. A dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Paranoid.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan terhadap masalah-masalah yang muncul sesuai prioritas masalah pada klien Tn. A dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Paranoid.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana yang ditetapkan pada klien Tn. A dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Paranoid.

5. Melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada klien Tn. A dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Paranoid.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien Tn. A dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Paranoid.

B. Rekomendasi

Pada kesempatan ini penulis ingin menyumbangkan penilaian dalam bentuk saran-saran, yaitu sebagai berikut:

1. Koordinasi yang baik antar perawat dan tim kesehatan lainnya terhadap klien dan keluarga yang sudah terjalin agar tetap dipertahankan serta komunikasi terapeutik karena merupakan salah satu cara proses pendekatan dalam menggali permasalahan klien sehingga hubungan saling percaya dapat terbina agar data yang di dapat diperoleh dengan akurat.
2. Perawat maupun tim kesehatan lainnya harus dapat mempertahankan perencanaan tindakan keperawatan, yang telah ditetapkan sehingga dalam memberikan tindakan keperawatan terhadap klien sesuai dengan klien Halusinasi pendengaran.
3. Keberhasilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan adalah perawat harus mampu mengevaluasi dari tindakan yang telah dilaksanakan dan mendokumentasikan langsung supaya mudah untuk memperoleh data yang lebih akurat dan tidak menimbulkan asumsi yang berbeda serta perawat

harus mempertahankannya sehingga klien tidak mengalami perilaku halusinasi pendengaran.

4. Untuk pihak perpustakaan diharapkan supaya lebih melengkapi sumber-sumber buku.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Muhith, 2015. *Teori dan aplikasi pendidikan keperawatan jiwa*: Yogyakarta.
- Azizah, Ma'rifatul Lilik dkk. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Damaiyanti, Mukhriyah dan Iskandar. 2012. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- <http://eprints.umm.ac.id/49941/3/BAB%202.pdf> (Sabtu, 13 Juni 2021, jam: 20.45 WIB)
- <https://www.Depkes.go.id/2013> (selasa, 09 Juni 2021, jam: 14.28 WIB)
- <https://www.Jabar.go.id>
- Indra Maulana. 2019. Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat. *Jurnal Unpad*. Vol 2 (2). November 2019: 219-202 <http://jurnal.unpad.ac.id/mkk/article/download/22175/11611> diakses pada tanggal 10 Juni 2021, pukul: 19.34 WIB
- Komalasari, G., Wahyuni, E., & Karsih. (2011). *Teori dan Teknik Konseling*. Jakarta: PT Indeks.
- Keliat, B.A. 2011. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa Edisi 2*. Jakarta: EGC
- Keliat, BA dan Akemat. 2014. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. Jakarta: EGC
- Riskesdas. 2018. Hasil Utama Riskesdas 2018 : Jakarta : Balitbang Kemenkes RI
- Stuart, Gail W. 2013. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5 Alih Bahasa Ramona*. Jakarta : EGC.
- Sovitriana, Rilla. 2019 *.Dinamika Psikologi Kasus Penderita Skizofrenia*. Ponorogo: Uwais Insiprasi Indonesia.
- Yosep, Iyus dkk. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama.

Yusuf, Ah dkk. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

Yudhantara, Surya dan Ratri Istiqomah. 2018. *Sinopsis Skizofrenia Untuk Mahasiswa Kedokteran*. Malang: UB Press.

Wuryaningsih, Emi Wuri dkk. 2018. *Keperawatan Kesehatan Jiwa 1*. Jember: Universitas Jember.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas

Nama : Gigin Ginanjar

Jenis Kelamin : Laki-laki

Tempat Tanggal Lahir : Bandung, 11 Januari 2000

Agama : Islam

Status : Belum menikah

Alamat : Kp. Paseh RT/RW 01/03 Desa. Ibun Kec. Ibun
Kab. Bandung

B. Riwayat Pendidikan

- | | |
|------------------------------|-----------------|
| 1. SDN 1 Ibun | Tahun 2006-2012 |
| 2. SMPN 2 Ibun | Tahun 2012-2015 |
| 3. SMA KP 1 Paseh | Tahun 2015-2018 |
| 4. STIKes Karsa Husada Garut | Tahun 2018-2021 |

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK)

PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN SENSORI PERSEPSI :

HALUSINASI PENDENGARAN

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi klien:

DS :

- Klien mengatakan sering mendengar suara-suara aneh
- Klien mengatakan suara itu terdengar pada waktu siang ke sore hari
- Klien mengatakan suara itu muncul ketika klien sedang tidur atau sedang sendiri dan
- Klien mengatakan merasa tidak tenang ketika suara itu datang.

DO :

- Klien dapat memulai pembicaraan tetapi, Klien tampak mendominasi pembicaraan
- Klien tampak sulit berkonsentrasi
- Klien tampak lambat dalam menjawab pertanyaan

2. Diagnosa keperawatan:

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Keperawatan

- a. Klien mengenal halusinasi yang dialaminya
- b. Klien dapat mengontrol halusinasinya

- c. Klien mengikuti program pengobatan secara optimal

4. Tindakan Keperawatan

- a. Membantu klien mengenal halusinasinya

Dapat dilakukan dengan cara berdiskusi dengan klien tentang isi halusinasi (apa yang didengar), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadi halusinasi, situasi yang menyebabkan terjadinya halusinasi muncul.

- b. Melatih klien dengan cara mengontrol halusinasi

Dapat dilakukan dengan empat cara :

- 1) Menghardik halusinasi
- 2) Bercakap-cakap dengan orang lain
- 3) Melakukan aktivitas terjadwal
- 4) Menggunakan obat secara teratur

- c. Membantu klien mengenal PK

Dapat dilakukan dengan cara berdiskusi dengan klien tentang penyebab, tanda gejala, dan akibat PK

- d. Melatih klien dengan cara mengontrol PK

- 1) Fisik 1 : tarik napas dalam
- 2) Fisik 2 : memukul bantal
- 3) Social verbal
- 4) Spiritual
- 5) Patuh minum obat

B. Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Halusinasi

Tujuan tindakan untuk pasien meliputi:

- a. Pasien mengenali halusinasi yang dialaminya
- b. Pasien dapat mengontrol halusinasinya
- c. Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

SP 1 Pasien :

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

Orientasi:

"Selamat siang Pak, Nama saya Gigin Ginanjar saya senang dipanggil Gigin. Nama bapak siapa? Bapak senang dipanggil apa"

"Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apa keluhan bapak saat ini"

"Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini bapak dengar tetapi tak tampak wujudnya? Di mana kita duduk? Di ruang tamu ? Berapa lama? Bagaimana kalau 10 menit"

Kerja:

"Apakah bapak mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu? "Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan yang paling sering suara itu terdengar? Berapa kali sehari bapak alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendiri?"

"Apa yang bapak rasakan pada saat mendengar suara itu? Apakah bapak bisa mengenali suara tersebut?"

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

”Pak, 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 ke empat minum obat dengan teratur.”

”Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik”.

”Caranya sebagai berikut: saat suara-suara itu muncul, langsung bapak katakan, pergi....pergi saya tidak mau dengar... Saya tidak mau dengar. Kamu suara palsu. Begitu diulang-ulang sampai suara itu tak terdengar lagi. Coba bapak peragakan! Nah begitu, ... bagus! Coba lagi! Ya bagus bapak sudah bisa”

Terminasi:

”Bagaimana perasaan bapak setelah peragaan latihan tadi? ”Kalau suara-suara itu muncul lagi, silakan coba cara tersebut! bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya? Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua? Jam berapa? Bagaimana kalau nanti jam 10:20? Berapa lama kita akan berlatih?Dimana tempatnya”

”Baiklah, sampai jumpa bapak”.

SP 2 Pasien :

Mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain

Orientasi:

“Selamat siang bapak? Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul ? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih? Berkurangan suara-suaranya Bagus! Sesuai janji kita saya akan latih cara kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kita akan latihan selama 20 menit. Mau di mana? Di sini saja?

Kerja:

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

Terminasi:

“Bagaimana perasaan bapak setelah latihan ini? Jadi sudah ada berapa cara yang bapak pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus, cobalah kedua cara ini kalau bapak mengalami halusinasi lagi. Bagaimana kalau kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian bapak. Mau jam berapa latihan

bercakap-cakap? Nah nanti lakukan secara teratur serta sewaktu-waktu suara itu muncul! Nanti saya akan ke mari lagi. Bagaimana kalau kita latih cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal? Mau Kapan? Bagaimana kalau besok jam 10:00 siang? Mau di mana/Di sini lagi? Sampai nanti ya. Selamat siang”

SP 3 Pasien :

Mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal

Orientasi:

“Selamat siang bapak, Masih ingat dengan saya pak? Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul ? Apakah sudah dipakai 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 di mana kita bicara? Baik kita duduk di ruang tamu. Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 10 menit? Baiklah.”

Kerja:

“Apa saja yang biasa bapak 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 bapak bisa lakukan. Kegiatan ini dapat bapak lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih lagi agar dari pagi sampai malam ada kegiatan.

Terminasi:

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap cara yang ketiga untuk mencegah suara-suara? Bagus sekali! Coba sebutkan 3 cara yang telah kita latih untuk mencegah suara-suara. Bagus sekali. Mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian bapak, Coba lakukan sesuai jadwal ya! (Saudara dapat melatih aktivitas yang lain pada pertemuan berikut sampai terpenuhi seluruh aktivitas dari pagi sampai malam) Bagaimana kalau besok siang, kita membahas cara minum obat yang baik serta guna obat. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam siang? Di ruang makan ya! Sampai jumpa.”

SP 4 Pasien :

Mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara keempat yaitu minum obat dengan teratur

Orientasi:

“Selamat siang bapak, Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul ? Apakah sudah dipakai tiga cara yang telah kita latih? Bagaimana hasilnya ? Sudah dilaksanakan? Bagus! Sesuai janji kita, hari ini kita akan belajar cara yang ke empat untuk mencegah halusinasi yaitu membicarakan tentang obat yang biasa bapak minum. Mau di mana kita bicara? Baik kita duduk di ruang makan. Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 10 menit? Baiklah.

Kerja:

“Bapak, adakah bedanya setelah minum obat secara teratur. Apakah suara-suaranya berkurang/hilang? Minum obat sangat penting supaya suara-suara yang bapak dengar dan mengganggu bapak selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang bapak minum? (perawat menyiapkan obat menyiapkan obat untuk klien) Ini yang warna oranye (CPZ) diminum 3 kali sehari tiap jam 7 pagi, jam 1 siang dan jam 7 malam gunanya untuk menghilangkan suara-suara. 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 pikiran biar tenang. Kalau suara-suara sudah hilang obatnya tidak boleh dihentikan, nanti konsultasikan dengan dokter, sebagian kalau putus obat bapak bisa kambuh dan sulit untuk mengembalikan ke keadaan semula. Kalau obat sudah habis bapak bapak bisa minta obat ke dokter untuk mendapatkan obat lagi. Bapak juga harus teliti dalam menggunakan obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, artinya bapak harus memastikan bahwa itu benar-benar punya bapak. Jangan keliru dengan obat punya orang lain. Baca nama kemasannya. Pastikan obat itu diminum pada waktunya, dengan cara yang benar, yaitu diminum sesudah makan dan tepat jamnya. Bapak juga harus perhatikan seberapa jumlah obat sekali minum, dan harus cukup minum 10 gelas per harinya.

Terminasi:

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap cara yang keempat untuk mencegah suara-suara? Bagus sekali! Coba sebutkan 4 cara yang telah kita latih untuk mencegah suara-suara. Bagus sekali. Mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian bapak, Coba lakukan sesuai jadwal ya! Nah pak, saya harap bapak bisa terus melakukan kegiatan yang telah kita latih. Semoga lekas sembuh dan lekas pulang ya Pak, sampai jumpa...

2. Perilaku Kekerasan

Tujuan tindakan untuk pasien meliputi:

- a. Pasien mengenali akibat PK yang dialaminya
- b. Pasien dapat mengontrol PK
- c. Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

SP 1 Pasien:

Membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol secara fisik I

Orientasi:

“Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya Gigin Ginanjr, panggil saya Gigin, Nama bapak siapa, senangya dipanggil apa?, Bagaimana perasaan bapak saat ini?, Masih ada perasaan kesal atau marah?, Baiklah kita akan berbincang-bincang sekarang tentang perasaan marah bapak. Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang?” Bagaimana kalau 10 menit? Dimana

enaknya kita duduk untuk berbincang-bincang, pak? Bagaimana kalau di ruang tamu?"

Kerja:

"Apa yang menyebabkan bapak marah?, Apakah sebelumnya bapak pernah marah? Terus, penyebabnya apa? Samakah dengan yang sekarang?. O..iya, apakah ada penyebab lain yang membuat bapak marah"

"Pada saat penyebab marah itu ada, seperti bapak stress karena pekerjaan atau masalah uang(misalnya ini penyebab marah pasien), apa yang bapak rasakan?" (tunggu respons pasien)

"Apakah bapak merasakan kesal kemudian dada bapak berdebar-debar, mata melotot, rahang terkutap rapat, dan tangan mengepal?"

"Setelah itu apa yang bapak lakukan? O..iya, jadi bapak marah-marah, membanting pintu dan memecahkan barang-barang, apakah dengan cara ini stress bapak hilang? Iya, tentu tidak. Apa kerugian cara yang bapak lakukan? Betul, istri jadi takut barang-barang pecah. Menurut bapak adakah cara lain yang lebih baik? Maukah bapak belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?"

"Ada beberapa cara untuk mengontrol kemarahan, pak. Salah satunya adalah dengan cara fisik. Jadi melalui kegiatan fisik disalurkan rasa marah."

”Ada beberapa cara, bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu?”

”Begini pak, kalau tanda-tanda marah tadi sudah bapak rasakan maka bapak berdiri, lalu tarik napas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiup perlahan –lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan. Ayo coba lagi, tarik dari hidung, bagus..., tahan, dan tiup melalui mulut. Nah, lakukan 5 kali. Bagus sekali, bapak sudah bisa melakukannya. Bagaimana perasaannya?”

“Nah, sebaiknya latihan ini bapak lakukan secara rutin, sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul bapak sudah terbiasa melakukannya”

Terminasi:

“Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang tentang kemarahan bapak?”

”Iya jadi ada 2 penyebab bapak marah (sebutkan) dan yang bapak rasakan (sebutkan) dan yang bapak lakukan (sebutkan) serta akibatnya (sebutkan)

”Coba selama saya tidak ada, ingat-ingat lagi penyebab marah bapak yang lalu, apa yang bapak lakukan kalau marah yang belum kita bahas dan jangan lupa latihan napas dalamnya ya pak. ‘Sekarang kita buat jadual latihannya ya pak, berapa kali sehari bapak mau latihan napas dalam?, jam berapa saja pak?’”

”Baik, bagaimana kalau 10 menit lagi saya datang dan kita latihan cara yang lain untuk mencegah/mengontrol marah. Tempatnya disini saja ya pak, Selamat siang”

SP 2 Pasien:

Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik ke-2

- a. Evaluasi latihan nafas dalam
- b. Latih cara fisik ke-2: pukul kasur dan bantal
- c. Susun jadwal kegiatan harian cara kedua

ORIENTASI

“Selamat pagi pak, sesuai dengan janji saya 10 menit yang lalu sekarang saya datang lagi”

“Bagaimana perasaan bapak saat ini, adakah hal yang menyebabkan bapak marah?”

“Baik, sekarang kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan kegiatan fisik untuk cara yang kedua”

“sesuai janji kita tadi kita akan berbincang-bincang sekitar 20 menit dan tempatnya disini di ruang tamu, bagaimana bapak setuju?”

Kerja:

“Kalau ada yang menyebabkan bapak marah dan muncul perasaan kesal, berdebar-debar, mata melotot, selain napas dalam bapak dapat melakukan pukul kasur dan bantal”.

“Sekarang mari kita latihan memukul kasur dan bantal. Mana kamar bapak? Jadi kalau nanti bapak kesal dan ingin marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal. Nah, coba bapak lakukan, pukul kasur dan bantal. Ya, bagus sekali bapak melakukannya”. “Kekesalan lampiaskan ke kasur atau bantal.”

“Nah cara ini pun dapat dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah. Kemudian jangan lupa merapikan tempat tidurnya

Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah latihan cara menyalurkan marah tadi?”

“Ada berapa cara yang sudah kita latih, coba bapak sebutkan lagi? Bagus!”

“Mari kita masukkan kedalam jadual kegiatan sehari-hari bapak. Pukul kasur bantal mau jam berapa? Bagaimana kalau setiap bangun tidur? Baik, jadi jam 05.00 pagi. dan jam jam 15.00 sore. Lalu kalau ada keinginan marah sewaktu-waktu gunakan kedua cara tadi ya pak. Sekarang kita buat jadwalnya ya pak, mau berapa kali sehari bapak latihan memukul kasur dan bantal serta tarik nafas dalam ini?”

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Gigin Ginanjar

Nim : KHGA 18142

Pembimbing : Tanti Suryawantie S.Kep. Ners., M.HKes.

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. a Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Paranoid di Wilayah Kerja PKM Pameungpeuk Kab. Garut

No	Tanggal		Materi yang di Konsulkan	Saran Pembimbing	TTD Pembimbing	TTD Mahasiswa
	Masuk	Keluar				
1.	Senin, 07 Juni 2021		Radwa bimbingan	- Pengarahan - Membuat radwa bimbingan - Mulai kegiatan bab 1		
2.	Senin 14 Juni 2021		- Bab 1	- Sudut ditambahkan "di wilayah kerja" - kata klien diganti dengan pasien - tujuan umum & khusus		
3.	Salat, 19 Juni 2021		- Bab II	- Perbaiki tata letak format - Cantumkan sumber yang lewat - Pindahkan data ke bab 1		

Tanggal		Materi yang di Konsulkan	Saran Pembimbing	TTD Pembimbing	TTD Mahasiswa
Masuk	Keluar				
Senin, 21 Juni 2021		Bab 1 - Bab III	- Tambahkan asfekt medis - cantumkan sumber yang terlibat - Pindahkan data di bab II ke bab I	/	Gust
Rabu 23 Juni 2021		Revisi Bab I - Bab IV	- Tambahkan intervensi untuk diagnosis yang lain - singkirkan Bab II dan Bab III	/	Gust
Pada Sabtu 2021		- Bab I - Bab IV, daftar isi, daftar Pustaka	- Tambahkan kata kunci pada abstrak	/	Gust
Sabtu, 02 Juli 2021			ACC Sidang KT1	/	Gust

