

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. M DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARANGPAWITAN
KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam
Menyelesaikan Pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan
Di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

NADILA SEPTIAWATI

KHGA18150



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

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. M DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARANGPAWITAN
KABUPATEN GARUT

PENYUSUN : NADILA SEPTIAWATI

NIM : KHGA18150

Garut, Juli 2021

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

Pembimbing



Tanti Suryawantie, S.Kep., Ns., M.H.Kes

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.M DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS KARANGPAWITAN
KABUPATEN GARUT

NAMA : NADILA SEPTIAWATI

NIM : KHGA18150

Garut, Juli 2021

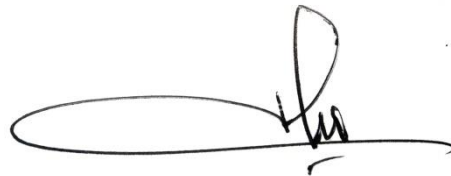
Menyetujui,

Penguji 1



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

Penguji 2



Wahyudin, S.Kep., M.Kes

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



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

Mengetahui

Pembimbing



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

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.M DENGAN GANGGUAN
PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT
SKIZOFRENIA PARANOID DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
KARANGPAWITAN KABUPATEN GARUT**

ABSTRAK

IV BAB, 91 halaman, 11 gambar, 10 tabel, 3 lampiran.

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Paranoid Di Wilayah Kerja Puskesmas Karangpawitan Kabupaten Garut”. Penulis merasa tertarik untuk melakukan studi kasus pada pasien dengan halusinasi, karena melihat begitu kompleksnya masalah yang ditimbulkan oleh halusinasi selain itu halusinasi juga merupakan gejala yang paling sering ditemukan pada pasien dengan gangguan jiwa khususnya skizofrenia. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif melalui studi kasus dengan teknik pengumpulan data melalui wawancara dan observasi. Subjek penelitiannya adalah skizofrenia dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran dilakukan mulai dari tahap pengkajian, diagnosa, rencana, tindakan sampai dengan evaluasi keperawatan. Tujuannya yaitu untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan jiwa secara langsung dan komprehensif. Halusinasi merupakan distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respon neurobiologis yang maladaptif dan dapat muncul dari salah satu panca indra baik itu penglihatan, pendengaran, penghidu, pengecap, maupun perabaan. Setelah melakukan asuhan keperawatan selama 6 hari penulis menemukan dua masalah yang dialami pasien yaitu gangguan persepsi sensoris : halusinasi dan harga diri rendah. Yang menjadi fokus atau tujuan utama dari pemberian asuhan keperawatan ini adalah perbaikan daya persepsi pasien. Penulis juga melakukan tindakan keperawatan sehingga didapatkan data bahwa pasien sudah bisa mengontrol halusinasinya. Kesimpulan yang dapat diambil yaitu perlunya dukungan dari berbagai pihak, terutama keluarga yang menjadi faktor pendukung utama bagi kesembuhan pasien.

Kata kunci : Orang dengan gangguan jiwa, halusinasi pendengaran, skizofrenia paranoid.

Daftar Pustaka 10 buah (2011-2021)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobbil'alamin dengan mengucapkan puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan berkat dan rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. M Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Paranoid Di Wilayah Kerja Puskesmas Karangpawitan Kab Garut”. Karya Tulis Ilmiah ini ditulis untuk memenuhi syarat menyelesaikan pendidikan program studi Diploma DIII Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bantuan baik bersifat bimbingan, petunjuk maupun dukungan moril. Pada kesempatan ini penulis banyak mengucapkan terima kasih semua pihak yang telah membantu dalam membuat Karya Tulis Ilmiah Studi Dokumentasi, diantaranya :

1. Kepada Kedua Orang Tua serta adik yang tiada hentinya memberikan do'a, semangat serta dukungan baik secara moral maupun material, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
2. Bapak DR. H. Hadiat, MA selaku Kepala Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H.D. Saefudin, S.Sos, sebagai Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani.
4. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kep., M.Kes, selaku Ka Prodi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
6. Ibu Tanti Suryawantie, S.Kep., Ns., M.H.Kes, selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah ini yang senantiasa sabar dalam memberikan bimbingan, arahan dan

dorongan yang besar kepada penulis sehingga bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Kepada seluruh staf dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini dan mendidik penulis selama 3 tahun.
8. Kepada Ny. M dan keluarga selaku klien yang telah memberikan bantuan dan kerjasamanya selama melaksanakan asuhan keperawatan jiwa.
9. Untuk sahabat seperjuangan saya Ina Rosdiana yang sudah membantu dan memberikan semangat kepada penulis disaat penyusunan dan sudah menemani penulis disaat susah maupun senang.
10. Untuk teman-teman penulis (Dea, Intan, Ten Nia, Ega, dan Hilda) yang selalu memberikan motivasi dan semangat kepada penulis selama di STIKes Karsa Husada Garut.
11. Untuk teman-teman kelas 3D Prodi D3 Keperawatan yang selalu memberikan semangat dan dorongan kepada penulis.
12. Untuk rekan-rekan angkatan di STIKes Karsa Husada Garut Program D-III Keperawatan.
13. Untuk jodohku yang masih disembunyikan oleh Allah SWT percayalah saat ini penulis sedang mengharapkan pinanganmu.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan ini masih belum sempurna oleh karena ini penulis mengharapkan kritikan atau saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini masa yang akan datang. Semoga Karya Tulis Ilmiah Studi Dokumentasi ini bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan dan membaca.

Garut, Juni 2021

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PENGESAHAN

ABSTRAK

KATA PENGANTARi

DAFTAR ISIiii

DAFTAR LAMPIRANv

DAFTAR GAMBARvi

DAFTAR TABELvii

BAB I PENDAHULUAN1

A. Latar Belakang1

B. Tujuan5

C. Metode Telaahan6

D. Sistematika Penulisan8

BAB II TINJAUAN TEORITIS10

A. Konsep Dasar10

1. Skizofrenia10

2. Halusinasi16

3. Harga Diri Rendah25

4. Isolasi Sosial29

5. Risiko Perilaku Kekerasan32

B. Tinjauan Teoritis Asuhan Keperawatan34

1. Pengkajian35

2. Diagnosa Keperawatan46

3. Intervensi47

4. Implementasi58

5. Evaluasi58

6. Catatan Perkembangan59

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN61

A. Tinjauan Kasus61

1. Pengkajian61

2. Diagnosa Keperawatan73

3. Rencana Tindakan Keperawatan74

4. Implementasi dan Evaluasi80

5. Catatan Perkembangan	84
B. Pembahasan	87
1. Pengkajian	87
2. Diagnosa Keperawatan	89
3. Rencana Tindakan Keperawatan	90
4. Implementasi	91
5. Evaluasi	91
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	92
A. Kesimpulan	92
B. Rekomendasi	93
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Lampiran 2 Riwayat Hidup

Lampiran 3 Format Bimbingan

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Skizofrenia

Gambar 2.2 Rentang Respon Halusinasi

Gambar 2.3 Pohon Masalah Halusinasi

Gambar 2.4 Rentang Respon Harga Diri Rendah

Gambar 2.5 Pohon Masalah Harga Diri Rendah

Gambar 2.6 Rentang Respon Isolasi Sosial

Gambar 2.7 Pohon Masalah Isolasi Sosial

Gambar 2.8 Rentang Respon Marah

Gambar 2.9 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan

Gambar 3.1 Genogram

Gambar 3.2 Pohon Masalah

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tahapan Halusinasi.

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Pasien Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi.

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan Pasien Harga Diri Rendah.

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Pasien Isolasi Sosial.

Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan.

Tabel 2.6 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pasien Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.

Tabel 3.1 Terapi Medik.

Tabel 3.2 Analisa Data.

Tabel 3.3 Proses Keperawatan Pada Ny.M.

Tabel 3.4 Format Implementasi dan Evaluasi.

Tabel 3.5 Catatan Perkembangan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Undang-Undang RI No. 18 Tahun 2014 tentang kesehatan jiwa menyebutkan bahwa kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Kesehatan jiwa merupakan kondisi seorang individu yang sejahtera yang dimana artinya individu tersebut mampu mencapai kebahagiaan, ketenangan, kepuasan, aktualisasi diri, mampu optimis dan berfikir positif di segala situasi baik terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungannya (Stuart, 2013).

Manusia bereaksi secara keseluruhan, secara holistik atau dapat dikatakan juga secara bio-psiko-sosial-spiritual. Dalam mencari penyebab gangguan jiwa, maka keempat unsur tersebut harus diperhatikan. Gangguan jiwa merupakan respon yang tidak adaptif dari lingkungan dalam dan luar diri, dibuktikan melalui pikiran, perasaan serta perilaku yang tidak sesuai dengan budaya setempat selain itu mengganggu fungsi sosial, pekerjaan dan fisik. Salah satu gangguan jiwa yang paling berat dan bersifat kronis adalah skizofrenia. Skizofrenia adalah salah satu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan dalam

berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi, waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif, dan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat, 2014).

Skizofrenia terbagi menjadi beberapa tipe salah satunya yaitu skizofrenia paranoid. Skizofrenia paranoid menurut DSM V (2013) merupakan skizofrenia dengan sub tipe yang paling umum dimana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala skizofrenia terbagi menjadi dua yaitu gejala positif (delusi, halusinasi) dan gejala negatif (apatis, menarik diri, penurunan daya pikir, dan penurunan fikir). Seseorang yang menderita skizofrenia sebanyak 70% mengalami halusinasi dikarenakan kesulitan untuk berfikir, memahami dan menerima realita, adanya gangguan emosi atau perasaan, serta adanya gangguan dalam melakukan aktivitas atau perubahan perilaku (Sutejo, 2018). Pada pasien yang mengalami skizofrenia paranoid memiliki gejala halusinasi yang menonjol. Gejala yang timbul pada pasien yang mengalami halusinasi pada pasien skizofrenia paranoid berbeda – beda karena dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya yaitu faktor psikologis yang dipengaruhi oleh tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalagunaan zat adiktif, hal tersebut dipengaruhi ketidakmampuan dalam mengambil keputusan yang tepat untuk masa depannya (Stuart, 2014).

Halusinasi adalah distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respon neurobiologis yang maladaptif yang dimana pasien sebenarnya mengalami

distorsi sensori sebagai hal yang nyata dan meresponnya. Namun dalam halusinasi ini tidak ada stimulus internal maupun eksternal yang diidentifikasi. Halusinasi dapat muncul dari salah satu panca indra baik itu penglihatan, pendengaran, penghidu, pengecap, maupun perabaan (Stuart, 2016).

Menurut Yosep dalam Prabowo, (2014) halusinasi pendengaran adalah gangguan stimulus yang dimana seorang individu mendengar suara-suara terutama suara seseorang yang dimana sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya atau memerintahkannya untuk melakukan sesuatu. Halusinasi pendengaran ini dapat dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi biasanya meliputi faktor biologi, faktor perkembangan dan faktor sosial budaya. Sedangkan faktor presipitasi biasanya meliputi adanya gangguan psikologis, sosial, emosional, dan biologis.

Dibandingkan dengan gangguan mental yang lain, skizofrenia bersifat kronis dan melemahkan. Bagi individu yang pernah mengidap skizofrenia dan pernah dirawat, maka kemungkinan kambuh sekitar 50-80%, selain itu harapan hidup pasien skizofrenia 10 tahun lebih pendek dibandingkan pasien dengan gangguan mental yang lain. Berdasarkan hasil statistik, skizofrenia banyak diderita oleh individu berusia 15-30 tahun. Selain itu, prevalensi skizofrenia di negara berkembang dan negara maju relative sama, sekitar 20% dari jumlah penduduk dewasa. Prevalensi skizofrenia di dunia menurut WHO berjumlah 20 juta jiwa (WHO, 2019).

Di Indonesia, prevalensi gangguan jiwa berat seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk (Dinkes, 2019). Untuk daerah Jawa Barat, prevalesi mencapai 0,14% dikali dengan jumlah penduduk Jawa Barat 49 juta, itu totalnya sekitar 69 ribu mengidap gangguan mental termasuk skizofrenia (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan data yang di dapat dari *medical record* yang ada di Puskesmas Karangpawitan didapatkan jumlah pasien gangguan jiwa dengan skizofrenia sebanyak 17 orang dan berada di urutan ke-1 dari 3 besar penyakit gangguan jiwa yang dirawat jalan di Puskesmas Karangpawitan Kab. Garut dengan data sebagai berikut :

Tabel 1.1
Tiga Besar Diagnosa Penyakit Kesehatan Jiwa Rawat Jalan Di
Puskesmas Karangpawitan Kab Garut Dari Bulan Januari 2021 –
April 2021

No	Kode Diagnosa	Diagnosa Penyakit	Jumlah (orang)
1	F20	Skizofrenia dan Gangguan Psikotik Kronik Lain	17
2	F23	Gangguan Psikotik Akut	1
3	F32	Gangguan Depresi	1
	Jumlah		19

Menurut Maramis (2012) menyebutkan bahwa pasien dengan halusinasi seringkali marah secara tiba-tiba, suka menyerang orang lain ataupun dirinya sendiri dan tidak mau bergaul dengan orang lain. Sehingga jika tidak langsung ditangani akan menyebabkan dampak yang kurang baik terhadap pemenuhan kebutuhan dasar pasien itu sendiri selain itu juga bisa mengganggu dan mengancam jiwa terhadap orang lain dan lingkungan disekitarnya.

Berdasarkan pernyataan diatas dan melihat begitu kompleksnya masalah yang diakibatkan oleh halusinasi maka penulis merasa tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif dan mendokumentasikannya dalam bentuk laporan studi kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. M Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Paranoid Di Wilayah Kerja Puskesmas Karangpawitan Kab. Garut”**.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan jiwa secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psiko-sosial-spiritual pada pasien Ny. M dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian secara menyeluruh dari segala aspek baik itu secara biologis, psikologis, sosial maupun spiritual pada pasien Ny. M dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. M dengan Gangguan Persepsi Sensori : Hausinasi Pendengaran.

- c. Membuat dan menyusun rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien Ny. M dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinansi Pendengaran.
- d. Melakukan tindakan asuhan keperawatan jiwa yang sudah direncanakan untuk membantu dalam memecahkan masalah yang dialami oleh pasien Ny. M dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.
- e. Mengevaluasi hasil dari asuhan keperawatan jiwa yang telah dilakukan pada pasien Ny. M dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa yang sudah dilakukan pada pasien Ny. M dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.

C. Metode Telaahan

Didalam penulisan studi kasus ini penulis menggunakan metode deskriptif berupa laporan kasus melalui proses keperawatan yang komprehensif. Adapun teknik pengumpulan data yang dilakukan menurut Depkes RI (2014) adalah :

1. Wawancara

Cara pengumpulan data dengan melakukan tanya jawab secara langsung kepada pasien, keluarga perawat di ruangan maupun tenaga

kesehatan lainnya yang terkait dan dilakukan selama melakukan tindakan asuhan keperawatan.

2. Observasi

Teknik pengambilan data dengan mengadakan pengamatan secara langsung pada pasien selama melakukan asuhan keperawatan.

3. Dokumentasi

Penulis membaca dan mempelajari catatan *medical record* pasien, catatan dokter dan perawat untuk mengetahui kondisi pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.

4. Kepustakaan

Teknik pengambilan data dengan mempelajari teori atau referensi dari buku-buku yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah yang digunakan untuk dibandingkan dengan hasil yang diperoleh dari hasil observasi dan pengkajian.

5. Partisipasi Aktif

Penulis melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dengan melakukan praktik keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan studi kasus ini penuli menggunakan sistematika penulisan yang diurutkan menjadi 4 BAB sebagai berikut :

BAB I : PENDAHULUAN

Bab ini berisi tentang pembahasan mengenai latar belakang, tujuan umum dan tujuan khusus, metode telaahan dan sistematika penulisan.

BAB II : TINJAUAN TEORI

Bab ini berisi tentang pembahasan tinjauan teoritis mengenai konsep dasar penyakit yang meliputi pengertian penyakit, rentang respon, etiologi, tanda gejala serta asuhan keperawatan yang akan dilakukan mulai dari tahap pengkajian sampai dengan evaluasi pada pasien Ny. M dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.

BAB III : TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Bab ini berisi tentang tinjauan kasus beserta pembahasannya dengan menguraikan proses asuhan keperawatan dari mulai pengkajian sampai dengan evaluasi yang dilakukan pada pasien Ny. M dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran serta menjelaskan tentang kesenjangan antara teori dengan fakta yang ada pada kasus yang ditemukan.

BAB IV : KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

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

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Skizofrenia

a. Definisi

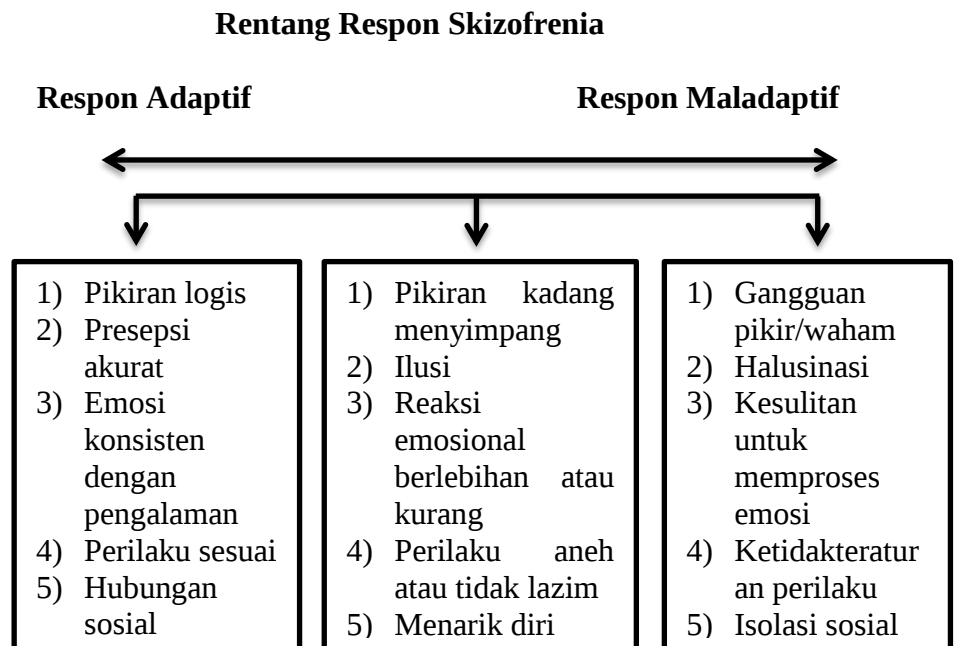
Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, *schizein* yang berarti ‘terpisah/batu pecah’ dan *phren* yang berarti ‘jiwa’. Secara umum skizofrenia diartikan sebagai pecahnya pembuluh / ketidakserasian antara afek, kognitif, dan perilaku. Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya penyimpangan yang sangat dasar dan adanya perbedaan dari pikiran, disertai dengan adanya ekspresi emosi yang tidak wajar. Skizofrenia sering ditemukan pada lapisan masyarakat dan dapat dialami oleh setiap manusia. Skizofrenia adalah sindrom etiologi yang tidak diketahui dan ditandai dengan distur gangguan kognisi, emosi, persepsi, pemikiran, dan perilaku (Sutejo, 2018).

Skizofrenia adalah salah satu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan dalam berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi, waham), afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif, dan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat, 2014). Skizofrenia merupakan gangguan yang berlangsung selama minimal 1 bulan

gejala fase aktif. Gangguan skizofrenia juga dikarakteristikan dengan gejala positif (delusi dan halusinasi), gejala negatif (apatis, menarik diri, penurunan daya pikir, dan penurunan afek), dan gangguan kognitif (memori, perhatian, pemecahan masalah, dan sosial). Selain itu, skizofrenia juga memiliki beberapa tipe, seperti paranoid, hiberfrenik, katatonik, *undifferentiated*, dan residual. Seseorang yang menderita skizofrenia sebanyak 70% mengalami halusinasi dikarenakan kesulitan untuk berfikir, memahami dan menerima realita, adanya gangguan emosi atau perasaan, serta adanya gangguan dalam melakukan aktivitas atau perubahan perilaku (Stuart, 2013).

b. Rentang Respon Skizofrenia

Gambar 2.1



Sumber (Stuart, 2013)

c. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Gejala skizofrenia menurut Willy (2018) dibagi menjadi 2 (dua) kategori, yaitu :

1) Gejala positif

Mengacu pada perilaku yang tidak tampak pada individu sehat, meliputi :

a) Halusinasi

Perasaan mengalami sesuatu yang terasa nyata, namun sebenarnya perasaan itu hanya ada dipikiran si penderitanya saja, misalnya seperti merasa mendengar sesuatu, padahal orang lain tidak mendengar apapun.

b) Delusi atau waham

Meyakini sesuatu yang bertolak belakang dengan kenyataan, gejalanya beragam mulai dari merasa diawasi, diikuti, dll.

c) Kacau dalam berfikir dan berbicara

Kesulitan dalam berbicara, berkonsentrasi dan cara berkomunikasi yang membingungkan sehingga sulit dimengerti oleh lawan bicara.

d) Perilaku kacau

Perilaku sulit dipredikisi, cara berpakaian tidak biasa, bahkan secara tidak terduga penderita juga berteriak dan marah tanpa alasan secara tiba-tiba.

2) Gejala negatif

Gejala negatif dapat berlangsung beberapa tahun, hal ini karena gejala negatif seringkali disalah artikan sebagai sikap malas atau tidak sopan. Gejala negatif umumnya muncul secara bertahap dan memburuk seiring waktu diantaranya yaitu :

- a) Respon emosional seperti ekspresi wajah yang tidak berubah.
- b) Sulit untuk merasa senang atau puas.
- c) Enggan bersosialisasi dan memilih berdiam diri di rumah.
- d) Pola tidur yang berubah.
- e) Tidak nyaman dekat dengan orang lain dan tidak mau memulai percakapan.
- f) Tidak peduli pada penampilan dan kebersihan diri.

d. Jenis-jenis Skizofrenia

Adapun jenis-jenis skizofrenia adalah sebagai berikut :

1) Skizofrenia Paranoid (F20.0)

Jenis skizofrenia dimana penderitanya akan mengalami bayangan dan khayalan tentang penganiayaan dan kontrol dari orang lain dan juga kesombongan yang berdasarkan kepercayaan bahwa penderitanya akan lebih mampu dan lebih hebat dari orang lain (Videbeck, 2011).

2) Skizofrenia Tak Teratur atau Skizofrenia Hebefrenik (F20.1)

Jenis skizofrenia yang sifatnya ditandai terutama oleh gangguan dan kelainan dipikiran. Seseorang yang mengalami skizofrenia sering menunjukkan tanda emosi dan ekspresi yang tidak sesuai dengan keadaannya. Khayalan dan Halusinasi adalah gejala yang sering dialami oleh orang yang mengalami skizofrenia jenis ini (Videbeck, 2011).

3) Skizofrenia Katatonik (F20.2)

Pertama kali muncul pada usia 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stress. Ada beberapa tipe skizofrenia pada gambaran klinisnya didominasi sebagai berikut :

a) Stupor Katatonik

Pasien tidak akan merespon terhadap lingkungan sekitar atau orang yang menunjukkan pengurangan hebat dalam beraktivitas terhadap lingkungan atau pengurangan dari pergerakan. Walaupun penampilan klinisnya demikian, pasien akan sering menyadari hal-hal yang sedang berlangsung disekitarnya.

b) Kekakuan (*rigiditas*) katatonik

Mempertahankan sikap kaku terhadap semua upaya yang menggerakkan dirinya.

c) Kegaduhan Katatonik

Kegaduhan aktivitas motorik yang tidak bertujuan dan juga tidak dipengaruhi oleh rangsangan eksternal.

d) Sikap Tubuh Katatonik

Secara sadar mengambil sikap tidak wajar atau aneh.

e) Kegembiraan Katatonik

Pasien sangatlah aktif dan gembira. Bisa jadi dapat mengancam jiwanya.

4) Skizofrenia Tidak Terinci (F20.3)

Terdapat gejala psikotik yang jelas dan tidak dapat diklasifikasikan kedalam salah satu kategori atau yang memenuhi lebih dari satu tipe kriteria. Suatu tipe skizofrenia yang gambaran klinisnya dapat ditandai dengan waham yang jelas, halusinasi, inkohereni atau tingkah laku yang kacau. (Bafadal, 2011).

5) Skizofrenia Residual (F20.5)

Tipe ini merupakan sisa-sisa (residu) dari gejala skizofrenia yang tidak begitu menonjol. Mungkin dapat dikatakan alam perasaan yang tumpul dan mendatar serta tidak serasi (*inappropriate*), penarikan diri dari pergaulan sosial, tingkah laku yang eksentrik, pikiran tidak logis dan tidak rasional (Hawari, 2012).

2. Konsep Halusinasi

Diagnosa keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi menurut Yosep dan Sutini (2014) ada 4 yaitu :

a. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

1) Definisi

Menurut Depkes RI dalam Deden dan Rusdi, 2013 Halusinasi adalah gerakan penyerapan (persepsi) panca indera tanpa ada rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem panca indera terjadi pada saat kesadaran individu penuh / baik.

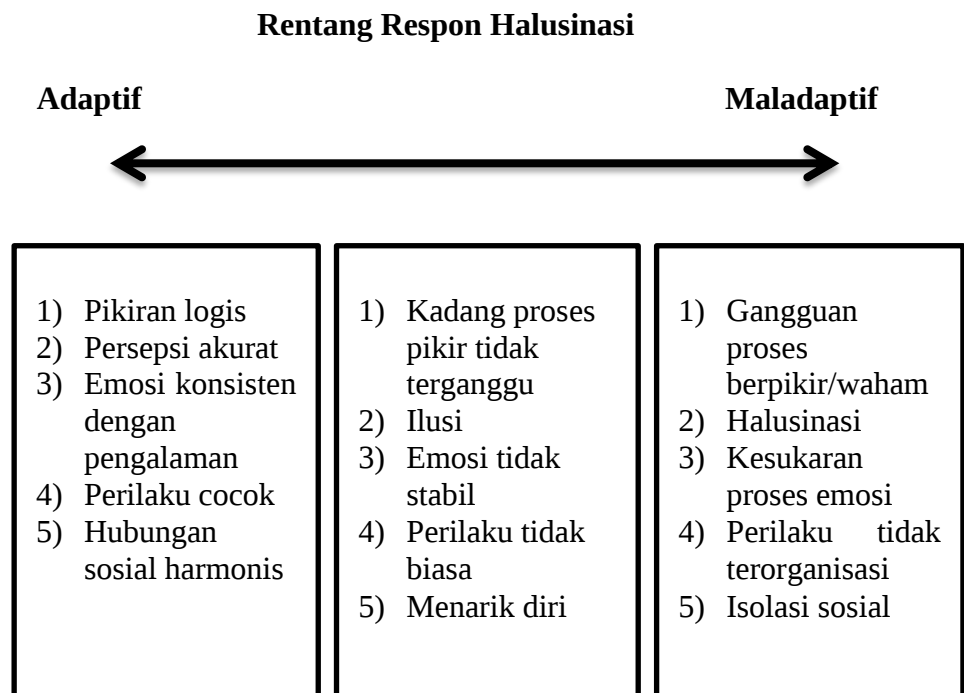
Halusinasi adalah distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respon neurobiologis yang maladaptif yang dimana pasien sebenarnya mengalami distorsi sensori sebagai hal yang nyata dan meresponnya. Namun dalam halusinasi ini tidak ada stimulus internal maupun eksternal yang diidentifikasi. Halusinasi dapat muncul dari salah satu panca indra baik itu penglihatan, pendengaran, penghidu, pengecap, maupun perabaan (Stuart, 2016).

2) Rentang Respon Halusinasi

Rentang respons neurobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Rentang respons yang paling maladaptif adalah adanya pikiran logis dan adanya waham, halusinasi, termasuk

isolasi sosial menarik diri. Berikut adalah gambaran rentang respons neurobiologi.

Gambar 2.2



Sumber: Yusuf, et al. (2015)

3) Etiologi

a) Faktor Predisposisi

Menurut Yosep (2014), proses terjadinya halusinasi dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi, faktor predisposisi pasien dengan halusinasi adalah :

(1) Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan pasien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan pasien tidak mampu mandiri sejak kecil

mudah frustrasi, hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

(2) Faktor Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima dilingkungannya sejak kecil akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya lagi dengan lingkungannya.

(3) Faktor Biologis

Adanya stress yang berlebihan yang dialami oleh seseorang maka di dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia.

(4) Faktor Psikologis

Tipe kepribadian yang lemah, tidak bertanggung jawab akan mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adaptif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan pasien dalam mengambil keputusan yang tepat untuk masa depannya.

(5) Faktor Genetik dan Pola Asuh

Faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

b) Faktor Presipitasi

(1) Perilaku

Respons pasien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan

bingung, perilaku menarik diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Menurut Rawlins dan Heacock (1993) dalam Damaiyanti dan Iskandar (2014) mencoba memecahkan masalah halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosio-spiritual. Sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi yaitu :

(a) Dimensi fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

(b) Dimensi emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi, isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Pasien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut pasien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

(c) Dimensi intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian pasien dan tak jarang akan mengontrol semua perilaku pasien.

(d) Dimensi sosial

Pasien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal dan *comforting* klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata nyata sangat membahayakan. Pasien asik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika diperintah halusinasi berupa ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung keperawatan pasien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang

memuaskan, serta mengusahakan pasien tidak menyendiri sehingga pasien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.

(e) Dimensi spiritual

Secara spiritual pasien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas, tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri, irama sikardiannya terganggu, karena ia sering tidur larut malam dan bangun sangat siang. Saat terbangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Ia sering memaki takdir tetapi dalam upaya menjemput rejeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk.

4) Pohon Masalah

Gambar 2.3

Pohon Masalah Halusinasi



Sumber: Yusuf,et al (2015)

5) Tahapan Halusinasi

Tabel 2.1

Tahapan Halusinasi

Tahapan Halusinasi	Karakteristik
Stage I : Sleep Disorder Fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi.	Pasien merasa banyak masalah, ingin menghindari dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai <i>stessor</i> terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dikhianati kekasih, masalah di kampus, PHK di tempat kerja, penyakit, utang, nilai di kampus, <i>drop out</i> dsb. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan <i>support system</i> kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus-menerus sehingga terbiasa mengkhayal. Pasien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecah masalah.
Stage II : Comforting Moderate level of anxiety Halusinasi secara umum ia terima sebagai sesuatu yang alami.	Pasien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat ia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan pasien merasa nyaman dengan halusinasinya.
Stage III : Condemning Severe level of anxiety Secara umum halusinasi sering mendatangi klien.	Pengalaman sensori pasien menjadi sering datang dan mengalami bias. Pasien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan, pasien mulai menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama.
Stage IV : Controlling Severe level of anxiety	Pasien mencoba melawan suara-suara atau <i>sensory abnormal</i> yang datang.

Fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan.	Pasien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.
Stage V : Conquering Panic level of anxiety Klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya.	Pengalaman sensorinya terganggu, pasien mulai merasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila pasien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal 4 jam atau seharian bila pasien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik. Terjadinya gangguan psikotik berat.

Sumber: Yosep & Titin (2014)

6) Jenis-jenis Halusinasi

Menurut Yosep dalam Prabowo (2014) halusinasi terdiri dari beberapa jenis dengan karakteristik tertentu, diantaranya :

a) Halusinasi pendengaran (audotorik)

Gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara terutama suara orang. Biasanya mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan ntuk melakukan sesuatu.

b) Halusinasi penglihatan (visual)

Stimulus visual dalam bentuk yang beragam seperti bentuk pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartun, panorama yang luas dan bayangan yang menakutkan.

c) Halusinasi penghidu (olfaktori)

Gangguan stimulus pada penghidu, yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis, dan bau menjijikan, tapi kadang terhidu bau yang harum.

d) Halusinasi peraba (taktil)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa ada stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi tersengat listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

e) Halusinasi pengecap (gustatorik)

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan.

f) Halusinasi sinestetik

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine.

7) Tanda dan Gejala Halusinasi

Menurut Yuanita (2019) tanda dan gejala halusinasi terdiri dari :

- a) Menarik diri dan berusaha untuk menghindar dari orang lain.
- b) Tersenyum dan tertawa sendiri.
- c) Duduk terpukau (berkhayal).

- d) Bicara sendiri.
- e) Memandang satu arah, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, dan respon verbal yang lambat.
- f) Menyerang, dan sulit berhubungan dengan orang lain.
- g) Marah tiba-tiba, curiga bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain dan lingkungan), takut.
- h) Gelisah, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel.
- i) Terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah.

8) Diagnosa Keperawatan yang Muncul

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi menurut Yosep & Sutini (2014) antara lain :

- a) Perubahan persepsi sensori halusinasi.
- b) Harga diri rendah.
- c) Isolasi sosial.
- d) Resiko tinggi perilaku kekerasan.

b. Harga Diri Rendah

1) Definisi

Menurut Yosep dalam Damaiyanti & Iskandar (2014) mendefinisikan Harga diri rendah sebagai perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan

akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri. Adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri. Harga Diri Rendah merupakan evaluasi diri negatif yang berkembang respon diri terhadap hilangnya atau berubahnya perawatan diri pada seseorang yang sebelumnya memiliki evaluasi diri yang negatif (NANDA, 2015).

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

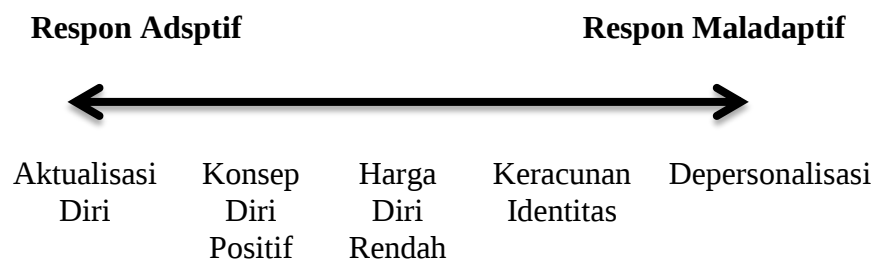
- a) Situasional, yaitu terjadi terutama yang tiba-tiba, misalnya harus operasi, kecelakaan, diceraikan suami / istri, putus sekolah, putus hubungan kerja, perasaan malu karena sesuatu (korban perkosaan, dituduh KKN, dipenjara tiba-tiba).
- b) Kronik, yaitu perasaan negatif terhadap diri berlangsung lama, yaitu sebelum sakit / dirawat. Pasien ini mempunyai cara berpikir yang negatif. Kejadian sakit dan dirawat akan menambah persepsi negatif terhadap dirinya. Kondisi ini mengakibatkan respon mal yang adaptif. Kondisi ini dapat ditemukan pada pasien dengan gangguan fisik yang kronik atau pada pasien yang mengalami gangguan jiwa.

2) Rentang Respon Harga Diri Rendah

Konsep diri seseorang terletak pada suatu rentang respons antara ujung adaptif dengan ujung maladaptif, yaitu aktualisasi diri, konsep diri positif, harga diri rendah, kekacauan identitas dan depersonalisasi.

Gambar 2.4

Rentang Respon Harga Dri Rendah

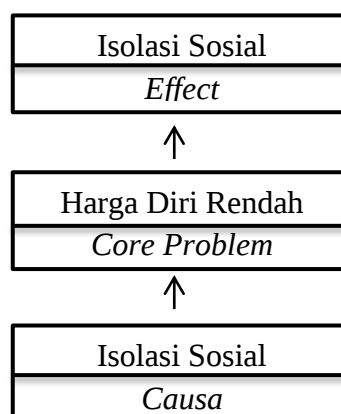


Sumber: Yusuf,et al 2015

3) Pohon Masalah Harga Diri Rendah

Gambar 2.5

Pohon Masalah Harga Diri Rendah



Sumber: Damaiyanti & Iskandar (2014)

4) Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah

Menurut Yosep & Titin (2014) menyebutkan tanda-tanda dari Harga Diri Rendah, antara lain :

- 1) Mengejek dan mengkritik diri.
- 2) Merasa bersalah dan khawatir, menghukum atau menolak diri sendiri.
- 3) Mengalami gejala fisik, misal : tekanan darah tinggi, gangguan penggunaan zat.
- 4) Menunda keputusan.
- 5) Sulit bergaul.
- 6) Menghindari kesenangan yang dapat memberi rasa puas.
- 7) Menarik diri dari realitas, cemas, panik, cemburu, curiga, halusinasi.
- 8) Merusak diri : harga diri rendah menyokong pasien untuk mengakhiri hidup.
- 9) Merusak/melukai orang lain.
- 10) Perasaan tidak mampu.
- 11) Pandangan hidup yang pesimistis.
- 12) Tidak menerima pujian.
- 13) Penurunan produktivitas.
- 14) Penolakan terhadap kemampuan diri.
- 15) Kurang memperhatikan perawatan diri.
- 16) Berpakaian tidak rapih.

- 17) Berkurang selera makan.
- 18) Tidak berani menatap lawan bicara.
- 19) Lebih banyak menunduk.
- 20) Bicara lambat dan nada suara lemah.

5) Diagnosa Keperawatan yang Muncul

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan Harga Diri Rendah menurut Damaiyanti & Iskandar (2014) antara lain :

- 1) Harga Diri Rendah.
- 2) Koping individu tidak efektif.
- 3) Isolasi Sosial.

c. Isolasi Sosial

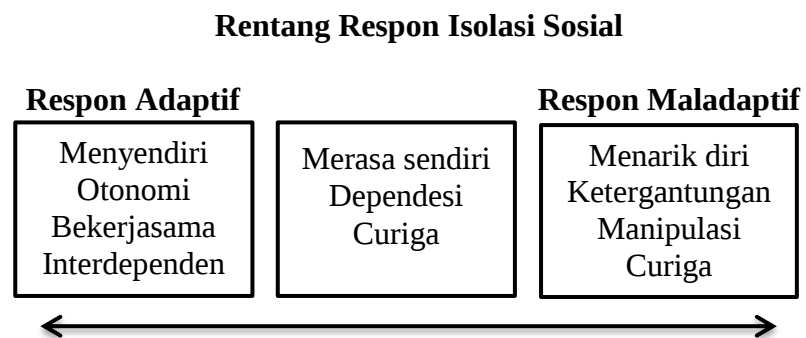
1) Definisi

Isolasi sosial adalah keadaan dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya karena merasa kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk berbagi rasa, pikiran, dan kegagalan. Pasien mengalami kesulitan dalam berhubungan secara spontan dengan orang lain yang dimanifestasikan dengan mengisolasi diri, tidak ada perhatian dan tidak sanggup berbagi pengalaman (Yosep & Sutini, 2014).

2) Rentang Respon Isolasi

Rentang respons pasien ditinjau dari interaksinya dengan lingkungan sosial merupakan suatu kontinu yang terbentang antara respons adaptif dengan maladaptif sebagai berikut :

Gambar 2.6



Sumber: Yosep & Sutini (2014)

3) Tanda dan Gejala Isolasi Sosial

Menurut Damanik, dkk (2020) tanda dan gejala isolasi sosial meliputi :

- a) Kurang spontan.
- b) Apatis (acuh tak acuh terhadap lingkungan).
- c) Afek tumpul.
- d) Tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri.
- e) Tidak ada atau kurang terhadap komunikasi verbal.
- f) Menolak berhubungan dengan orang lain.
- g) Mengisolasi diri (menyendiri).
- h) Kurang sadar dengan lingkungan sekitarnya.
- i) Asupan makan dan minum terganggu.

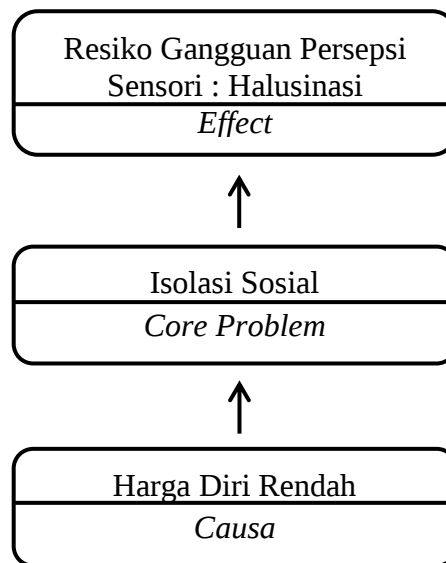
j) Aktivitas menurun.

k) Rendah diri.

4) Pohon Masalah Isolasi Sosial

Gambar 2.7

Pohon Masalah Isolasi Sosial



Sumber: Damaiyanti & Iskandar (2014)

5) Diagnosa Keperawatan yang Muncul

Menurut Damaiyanti & Iskandar (2014) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan Isolasi Sosial, yaitu :

a) Isolasi Sosial.

b) Harga Diri Rendah.

c) Risiko Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi.

d. Resiko Perilaku Kekerasan

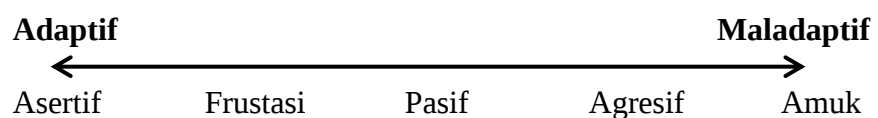
1) Definisi

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan (Dermawan & Rusdi, 2013).

2) Rentang Respon Marah

Gambar 2.8

Rentang Respon Marah



Sumber: Yusuf,et.al (2015)

Keterangan :

- a) Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.
- b) Frustrasi : Kegagalan mencapai tujuan, tidak realitas / terhambat.
- c) Pasif : Respons lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan.
- d) Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.

e) Amuk : Perilaku destruktif yang tidak terkontrol.

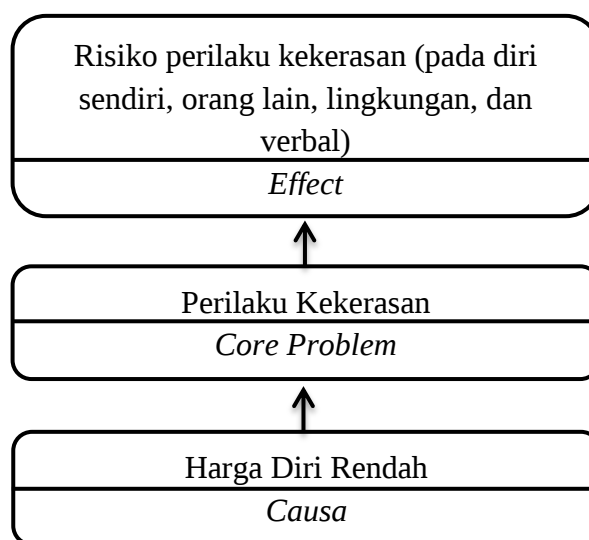
3) Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wardani dan Sari (2018), bahwa pasien yang mengalami risiko perilaku kekerasan memiliki tanda dan gejala seperti fisik (muka merah, tegang, mata melotot, tangan mengepal dan mondar-mandir), verbal (bicara kasar, suara tinggi, membentak, mengancam, mengumpat kata-kata kotor), perilaku (melempar, memukul, menyerang orang, melukai diri sendiri dan orang lain, serta amuk agresif), emosi (tidak adekuat, tidak nyaman, rasa terganggu, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut).

4) Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan

Gambar 2.9

Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan



Sumber: Damaiyanti & Iskandar (2014)

5) Diagnosa Keperawatan yang Muncul

Menurut Damaiyanti & Iskandar (2014) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan Isolasi Sosial, yaitu:

- a) Risiko Perilaku Kekerasan.
- b) Harga Diri Rendah.
- c) Risiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal).

B. Tinjauan Teoritis Asuhan Keperawatan

Dalam keperawatan, terdapat proses keperawatan yang harus dijalani. Perawat menerapkan proses keperawatan sebagai kompetensi pada saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Proses asuhan keperawatan merupakan lima tahap pendekatan pengambilan keputusan klinis yang mencakup pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Asuhan keperawatan adalah proses atau tahapan kegiatan dalam keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dalam pelaksanaannya asuhan keperawatan dilakukan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang didasarkan pada ilmu, kiat keperawatan dan kebutuhan objektif pasien untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien serta dilandasi etika keperawatan dalam lingkup wewenang dan tanggung jawab keperawatan (Bumed Posted, 2017).

Adapun tahap-tahap asuhan keperawatan itu sendiri antara lain :

1. Pengkajian

Untuk dapat menjaring data yang diperlukan umumnya, dikembangkan formulir dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan perawat pada saat pengkajian (Damaiyanti & Iskandar, 2014). Pengkajian merupakan proses pertama dalam proses keperawatan. Tahap pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional kerja serta respons pasien pada saat ini dan sebelumnya (Sutejo, 2018).

Isi pengkajian meliputi :

a. Identitas

- 1) Perawat yang merawat pasien melakukan pengenalan dan kontrak dengan pasien tentang ; nama perawat, nama pasien, tujuan yang akan dilakukan, waktu, tempat pertemuan, serta topik yang akan dibicarakan.
- 2) Usia dan No RM : dilihat dari catatan *medical record* pasien.
- 3) Informasi keluarga yang bisa dihubungi.
- 4) Menuliskan sumber data yang didapat.

b. Keluhan utama atau alasan masuk

Pada umumnya pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran ditemukan data sering berbicara sendiri, mendengar atau melihat sesuatu yang tidak nyata, marah-marah tanpa sebab, menarik diri, mencelakai diri sendiri atau orang lain

dan sering menutup telinga, sehingga biasanya keluarga pasien berinisiatif untuk membawa pasien ke Rumah Sakit Jiwa dikarenakan perilaku pasien yang tidak biasa.

c. Faktor predisposisi

1) Riwayat gangguan jiwa dimasa lalu

Tanyakan kepada keluarga apakah pasien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa atau tidak. Biasanya pasien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu.

2) Pengobatan sebelumnya

Apabila pasien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa, maka tanyakan apakah pengobatan yang sebelumnya dilakukan itu berhasil atau tidak. Apabila pasien dapat beradaptasi kembali di masyarakat tanpa menunjukkan gejala-gejala gangguan jiwa maka pengobatan sebelumnya berhasil. Apabila pada saat pasien beradaptasi di masyarakat dan masih menunjukkan gejala-gejala gangguan jiwa maka pengobatan sebelumnya kurang atau tidak berhasil.

3) Pernah atau tidak pernah mengalami trauma

Tanyakan kepada pasien apakah pasien pernah menerima penolakan dari lingkungan, mengalami atau melakukan penganiayaan fisik, seksual, kekerasan dalam keluarga atau kriminal baik sebagai korban maupun pelaku.

4) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Tanyakan kepada pasien atau keluarga apakah sebelumnya pasien mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan di masa lalu misalnya seperti mengalami kegagalan, kehilangan / perpisahan / kematian, trauma selama tumbuh kembang, dll.

5) Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Tanyakan kepada pasien atau keluarga apakah dalam silsilah anggota keluarganya ada yang mengalami gangguan jiwa atau tidak.

d. Aspek fisik atau biologis

Pengkajian fisik biasanya difokuskan pada sistem fungsi organ, antara lain :

- 1) Ukur dan observasi tanda-tanda vital pasien meliputi : tekanan darah, denyut nadi, suhu dan frekuensi nafas pasien.
- 2) Ukur tinggi badan dan berat badan pasien.
- 3) Ada atau tidaknya kenaikan atau penurunan berat badan pasien.
- 4) Tanyakan kepada pasien ada atau tidaknya keluhan yang dirasakan oleh pasien.
- 5) Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data yang ada.

e. Aspek psikososial

1) Genogram

Genogram pada umumnya dibuat dalam 3 generasi yakni menggambarkan garis keturunan keluarga pasien, apakah anggota keluarga yang lain ada yang mengalami gangguan jiwa seperti pasien atau tidak, pola komunikasi pasien, pola asuh, serta siapa pengambil keputusan dalam keluarga pasien.

2) Konsep diri

Konsep diri dapat meliputi :

a) Citra tubuh

Persepsi pasien terhadap tubuhnya, ada atau tidaknya anggota tubuh yang disukai maupun yang tidak disukai.

b) Identitas diri

Status dan posisi pasien, kepuasan pasien terhadap status dan posisi yang dimilikinya misalnya di sekolah, tempat kerja maupun dalam kelompok.

c) Peran diri

Terkait dengan tugas atau peran pasien dalam keluarga maupun kelompok, kemampuan pasien dalam melaksanakan tugas atau peran tersebut.

d) Ideal diri

Berisi tentang harapan pasien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas atau peran, serta terhadap lingkungannya

(keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat) maupun terhadap penyakitnya.

e) Harga diri

Dilihat dari hubungan pasien dengan orang lain sesuai kondisinya, penilaian atau penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupan pasien.

3) Hubungan sosial

Tanyakan siapa orang terdekat yang berarti dalam kehidupan pasien, tempat berbagi masalah, dan meminta bantuan. Pada umumnya pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran cenderung dekat dengan kedua orang tuanya terutama dengan ibunya. Tanyakan juga kelompok apa saja yang diikuti pasien dalam masyarakat.

4) Spiritual

Berisikan kegiatan keagamaan pasien dirumah baik secara individu maupun kelompok, serta pendapat pasien tentang kegiatan keagamaan.

f. Status mental

1) Penampilan

Mengamati / mengobservasi penampilan pasien dari ujung rambut sampai ujung kaki mulai dari tatanan rambut, cara berpakaian serta penggunaan pakaian yang sesuai atau tidak.

2) Pembicaraan

Mengamati / mengobservasi pembicaraan pasien apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis, lambat serta pembicaraan yang berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat yang lain.

3) Aktivitas motorik

Mengamati / mengobservasi kondisi fisik pasien apakah terlihat gelisah, berjalan mondar-mandir dengan gerakan mulut yang seakan-akan sedang berbicara.

4) Alam perasaan

Mengamati / mengobservasi kondisi perasaan pasien apakah merasa sedih, senang, putus asa, gembira yang berlebihan, atau marah tanpa sebab.

5) Afek

Mengamati / mengobservasi kondisi emosi pasien apakah mempunyai emosi yang stabil, labil, tidak sesuai dengan stimulus, tumpul (hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat) atau datar (tidak ada perubahan raut wajah pada saat menerima stimulus yang menyenangkan ataupun menyedihkan).

6) Interaksi selama wawancara

Mengamati / mengobservasi perilaku pasien selama wawancara berlangsung apakah memperlihatkan perilaku yang bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata

kurang atau tidak mau menatap lawan bicara, selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya, atau selalu menunjukkan sikap / perasaan tidak percaya dan curiga terhadap orang lain.

7) Persepsi

Mengamati / mengobservasi jenis halusinasi yang terjadi. Pada umumnya pasien cenderung mendengar, melihat, meraba, mengecap, atau menghidu pada sesuatu yang tidak nyata dengan waktu yang tidak diketahui dan tidak nyata.

8) Proses pikir

Mengamati / mengobservasi proses pikir pasien selama wawancara apakah pembicaraannya berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan, pembicaraan beralih dari satu topik ke topik yang lain, tidak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya, pembicaraan yang berhenti secara tiba-tiba kemudian dilanjutkan kembali, atau pembicaraan yang diulang berkali-kali.

9) Isi pikir

Mengamati / mengobservasi isi pikir pasien apakah ada pikiran yang selalu muncul walaupun pasien sudah berusaha untuk menghilangkannya, ketakutan patologis / tidak logis terhadap objek atau situasi tertentu seperti fobia, perasaan asing terhadap diri sendiri maupun orang lain, adanya keyakinan

terhadap adanya gangguan tubuh yang sebenarnya tidak ada ataupun tentang kemampuan pasien dalam melakukan hal-hal yang mustahil.

10) Tingkat kesadaran

Mengamati / mengobservasi kesadaran pasien apakah sadar penuh, bingung kacau, merasa melayang-layang antara sadar atau tidak sadar, adanya gangguan motorik seperti kekacauan, dapat mengorientasikan waktu, tempat, orang dengan jelas.

11) Memori

Mengamati / mengobservasi adanya gangguan daya ingat pada pasien atau tidak baik itu gangguan daya ingat jangka pendek maupun gangguan daya ingat jangka panjang.

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mengkaji apakah pasien mampu berkonsentrasi dan melakukan perhitungan dasar atau sederhana.

13) Kemampuan penilaian

Mengkaji apakah pasien mampu melakukan penilaian terhadap apa yang dilakukannya.

14) Daya tilik diri

Mengkaji apakah pasien menyadari gejala penyakit yang terjadi pada dirinya seperti adanya perubahan fisik maupun emosi, dan merasa tidak perlu pertolongan atau

menyalahkan orang lain / lingkungan yang menyebabkan kondisinya saat ini.

g. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan

Tanyakan kepada pasien terkait frekuensi makan / minum, jenis makanan / minuman, jumlah, adanya alergi pada makanan atau tidak.

2) Eliminasi

Tanyakan kepada pasien terkait kemampuan pasien untuk BAK / BAB terkait frekuensi, konsistensi, dilakukan secara mandiri atau dibantu.

3) Mandi

Tanyakan kepada pasien terkait dengan kebersihan diri pasien mulai dari frekuensi mandi, gosok gigi, cuci rambut, gunting kuku, ganti pakaian, dan dilakukan sendiri atau dibantu.

4) Berpakaian

Observasi kemampuan pasien dalam mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian serta alas kaki, penamplan dan dandanan pasien, frekuensi ganti pakaian dan nilai kemampuan pasien.

5) Istirahat dan tidur

Tanyakan kepada pasien terkait kebiasaan pasien tidur sehari-hari baik itu tidur siang maupun tidur malam, lama tidur, dan kualitas tidur.

6) Penggunaan obat

Tanyakan kepada pasien dan keluarga tentang cara penggunaan obat, frekuensi, jenis, dosis, waktu, dan cara pemberian serta reaksi obat.

7) Pemeliharaan kesehatan

Tanyakan kepada pasien dan keluarga apa, bagaimana, kapan dan tempat perawatan lanjutan, siapa saja sistem pendukung yang dimiliki serta cara penggunaannya.

8) Aktivitas di dalam rumah

Tanyakan kemampuan pasien dalam merencanakan, mengolah dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri, serta mengatur kebutuhan sehari-hari.

9) Aktivitas di luar rumah

Tanyakan kemampuan pasien dalam melakukan perjalanan mandiri (berjalan kaki, menggunakan kendaraan umum / pribadi), belanja keperluan sehari-hari, serta aktivitas lain yang dilakukan di luar rumah.

h. Mekanisme koping

Perilaku yang mewakili untuk melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologis, termasuk :

- 1) Regresi berhubungan dengan masalah progres informasi dan upaya untuk menanggulangi ansietas, hanya mempunyai sedikit energi yang tertinggal untuk aktivitas hidup sehari-hari.
- 2) Proyeksi sebagai upaya untuk menjelaskan keracunan persepsi.
- 3) Menarik diri.

i. Masalah psikososial dan lingkungan

Data hasil dari wawancara dengan pasien dan keluarga terkait ada atau tidaknya masalah dalam psikososial maupun lingkungannya.

j. Pengetahuan

Tanyakan kepada pasien sejauh mana pengetahuan pasien mengenai penyakitnya.

k. Aspek medis

Tuliskan diagnosa medis pasien yang sudah dirumuskan oleh dokter dan tuliskan obat-obatan yang diberikan saat ini.

l. Analisa Data

Adapun data yang diperoleh menurut Damaiyanti & Iskandar (2014) dapat dikelompokkan menjadi dua macam sebagai berikut :

- 1) Data objektif ialah data yang ditemukan secara nyata. Data ini didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat.
- 2) Data subjektif ialah data yang disampaikan secara lisan oleh pasien dan keluarga. Data ini diperoleh melalui wawancara perawat dengan pasien dan keluarga. Data yang langsung didapat oleh perawat disebut sebagai data primer, dan data yang diambil dari hasil catatan tim kesehatan lain sebagai data sekunder.

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah selesai melakukan tahap pengkajian keperawatan di mana data dasar telah terkumpul, tahap berikutnya yang dilakukan adalah tahap diagnosis keperawatan. Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis tentang respons seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (NANDA, 2015).

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran menurut Yosep & Sutini (2014) antara lain :

- a. Resiko tinggi perilaku kekerasan.
- b. Perubahan persepsi sensori halusinasi.
- c. Isolasi sosial.
- d. Harga diri rendah.

3. Intervensi

Intervensi atau rencana keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dapat dilaksanakan untuk mencapai tujuan khusus. Sementara rasional adalah alasan ilmiah mengapa tindakan diberikan. Alasan ini bisa didapatkan dari literatur, hasil penelitian, dan pengalaman praktik. Rencana keperawatan yang digunakan di tatanan kesehatan jiwa disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa Indonesia. Tindakan keperawatan harus menggambarkan tindakan keperawatan yang mandiri, serta kerjasama dengan pasien, keluarga, kelompok, dan kolaborasi dengan tim kesehatan jiwa yang lain. (Yusuf,et al 2015).

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

Dx : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi.

Tujuan :

- 1) Pasien dapat membina hubungan saling percaya.
- 2) Pasien dapat mengenali halusinasi yang dialaminya .
- 3) Pasien dapat mengontrol halusinasinya.
- 4) Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal.

Tabel 2.2

Intervensi Keperawatan Pasien Gangguan Persepsi Sensori :

Halusinasi

Kriteria Evaluasi	Intervensi
Setelahpertemuan pasien dapat : 1. Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan, dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi. 2. Pasien dapat mengenali halusinasinya dengan menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi yang dapat menimbulkan halusinasi serta respon pasien pada saat terjadinya halusinasi. 3. Pasien mampu mempragakan kembali cara mengontrol halusinasi dengan menghardik.	SP 1 : 1. Bina hubungan saling percaya. 2. Bantu pasien mengenali jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang dapat menimbulkan halusinasi serta respon pasien pada saat terjadinya halusinasi. 3. Ajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. 4. Masukan cara menghardik ke dalam jadwal harian.
Setelah pertemuan pasien dapat : 1. Mempragakan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap. 2. Pasien dapat mengontrol halusinasinya. 3. Membuat jadwal kegiatan harian dan mampu mempragakannya.	SP 2 : 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien sebelumnya (SP 1). 2. Validasi cara menghardik dan ajarkan cara bercakap-cakap dengan orang lain. 3. Masukan cara bercakap-cakap dengan orang lain kedalam jadwal kegiatan harian.
Setelah pertemuan pasien dapat : 1. Menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk	SP 3 : 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien sebelumnya

mengendalikan halusinasi. 2. Mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal. 3. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. 4. Membuat jadwal kegiatan dan mampu memperagakannya.	(SP 1, SP 2). 2. Ajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal. 3. Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan pasien. 4. Susun aktivitas yang telah dilatih dari bangun tidur sampai tidur malam. 5. Masukkan aktivitas terjadwal kedalam jadwal kegiatan harian.
Setelah pertemuan pasien dapat : 1. Menyebutkan kegiatan yang dilakukan untuk mengendalikan halusinasi. 2. Menyebutkan manfaat , dosis, efek samping dan akibat berhenti minum obat. 3. Mendemonstrasikan penggunaan obat secara benar. 4. Pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan minum obat secara teratur. 5. Membuat jadwal kegiatan harian dan mampu memperagakannya.	SP 4 : 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian . 2. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang dosis, frekuensi, dan manfaat obat. 3. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi. 4. Bantu pasien menggunakan obat dengan prinsip benar. 5. Latih pasien minum obat secara teratur. 6. Anjurkan pasien mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasi yang sudah diajarkan. 7. Masukkan dalam kegiatan jadwal harian.

b. Rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan Harga Diri Rendah.

Dx : Harga Diri Rendah

Tujuan :

- 1) Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.

- 2) Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan.
- 3) Pasien dapat menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai kemampuan.
- 4) Pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih, sesuai kemampuan.
- 5) Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih.

Tabel 2.3

Intervensi Keperawatan Pasien Harga Diri Rendah

Kriteria Evaluasi	Intervensi
Setelah pertemuan pasien dapat : 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. 2. Menilai kemampuan yang dapat digunakan. 3. Menetapkan atau merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.	SP 1 : 1. Identifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. 2. Bantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan. 3. Bantu pasien memilih atau menetapkan kemampuan yang akan dilatih. 4. Latih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian.
Setelah pertemuan pasien dapat : 1. Melakukan kegiatan sesuai kondisi dan kemampuan. 2. Memanfaatkan sistem pendukung yang ada.	SP 2 : 1. Latih pasien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien. 2. Berikan penghargaan atau pujian atas kemajuan pasien.

c. Rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan Isolasi Sosial.

Dx : Isolasi Sosial

Tujuan :

- 1) Pasien dapat membina hubungan saling percaya.
- 2) Pasien dapat menghindari penyebab isolasi sosial.
- 3) Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain.

Tabel 2.4

Intervensi Keperawatan Pasien Isolasi Sosial

Kriteria Evaluasi	Intervensi
Setelah ... pertemuan pasien dapat : 1. Mengutarakan masalah yang dihadapi. 2. Menyebutkan penyebab menarik diri. 3. Menyebutkan keuntungan dan kerugian berhubungan dengan orang lain.	SP 1 : 1. Bina hubungan saling percaya. 2. Identifikasi penyebab isolasi sosial. 3. Kaji pengetahuan pasien tentang manfaat dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain. 4. Diskusikan tentang keuntungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain. 5. Anjurkan pasien memasukan kegiatan latihan bebincang-bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian.
Setelah ... pertemuan pasien dapat : 1. Melaksanakan hubungan sosial secara bertahap.	SP 2 : 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien. 2. Berikan kesempatan kepada pasien mempraktikan cara berkenalan dengan satu orang. 3. Bantu pasien memaukan kegiatan latihan

	berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian.
Setelah ... pertemuan pasien dapat : 1. Berkenalan dengan dua orang atau lebih. 2. Melaksanakan hubungan sosial secara bertahap.	SP 3 : 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien. 2. Berikan kesempatan pasien mempraktikkan cara berinteraksi atau cara berkenalan dengan dua orang atau lebih. 3. Motivasi pasien mengikuti kegiatan ruangan. 4. Masukkan kegiatan berbincang-bincang dengan dua orang atau lebih kedalam kegiatan harian.

- d. Rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan.

Dx : Risiko Perilaku Kekerasan

Tujuan :

- 1) Pasien dapat mengidentifikasi penyebab dan tanda-tanda perilaku kekerasan.
- 2) Pasien mampu memilih cara yang konstruktif dalam berespons terhadap kemarahannya.
- 3) Pasien mampu mendemonstrasikan perilaku yang terkontrol.
- 4) Pasien memperoleh dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku dan menggunakan obat dengan benar.

Tabel 2.5

Intervensi Keperawatan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Kriteria Evaluasi	Intervensi
Setelah ... pertemuan pasien dapat : 1. Pasien mau membalas salam. 2. Pasien mau kontak mata. 3. Mengetahui nama perawat. 4. Menyimpulkan tanda-tanda kesal yang dialaminya. 5. Melakukan cara berespon terhadap kemarahan secara konstruktif dengan tarik nafas dalam. 6. Menyediakan waktu untuk kontak.	SP 1: 1. Beri salam, panggil nama pasien dan sebut nama perawat sambil jabat tangan. 2. Jelaskan maksud hubungan interaksi dan kontrak yang akan dibuat. 3. Beri rasa aman dan lakukan kontak sesering mungkin. 4. Identifikasi penyebab dan tanda gejala risiko perilaku kekerasan. 5. Identifikasi akibat perilaku kekerasan. 6. Bantu pasien lathan nafas dalam. 7. Anjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian.
Setelah ... pertemuan pasien dapat : 1. Pasien dapat melakukan cara berespon terhadap kemarahan secara konstruktif dengan cara pukul bantal kasur.	SP 2 : 1. Evaluasi kegiatan harian pasien sebelumnya (SP1). 2. Latih pasien mengontrol marah dengan cara fisik (pukul kasur bantal). 3. Anjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.
Setelah ... pertemuan pasien dapat : 1. Pasien dapat melakukan cara berespon terhadap kemarahan secara konstruktif yaitu dengan cara sosial / verbal.	SP 3 : 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien sebelumnya (SP2 dan SP2). 2. Latih pasien mengontrol marah dengan cara sosial / verbal (katakan bahwa anda merasa kesal). 3. Anjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan

	harian.
Setelah ... pertemuan pasien dapat : 1. Melakukan cara berespon terhadap kemarahan secara konstruktif dengan spiritual.	SP 4 : 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien sebelumnya (SP1, SP2 dan SP3). 2. Latih pasien mengontrol marah dengan cara spiritual (beribadah). 3. Anjurkan pasien memasukkannya ke dalam jadwal kegiatan harian.
Setelah ... pertemuan pasien dapat : 1. Menyebutkan obat-obatan yang diminum beserta kegunaannya (jenis, waktu dan efek obat). 2. Meminum obat sesuai program pengobatan.	SP 5 : 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien sebelumnya (SP1, SP2, SP3 dan SP4). 2. Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter. 3. Latih pasien mengontrol marah dengan minum obat. 4. Jelaskan prinsip benar minum obat (nama obat, nama pasien, dosis, waktu, cara pemberian, dokumentasi). 5. Beri pujian jika pasien minum obat dengan benar.

Tabel 2.6

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Pasien Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

SPTK	Fase Orientasi	Fase Kerja	Fase Terminasi
SP 1	“Assalamu’alaikum Bu, perkenalkan nama saya Nadila Septiawati, senang dipanggil Nadila. Nama ibu siapa ? Senang dipanggil apa?” “Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah ada keluhan yang ibu rasakan?” “Bagaimana kalau kita berbincang-bincang tentang apa yang ibu rasakan sekarang? Mau berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit?”	“Apakah ibu mendengar suara tapi tidak ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?” “Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan ibu paling sering mendengar suara itu? Berapa kali sehari ibu mendengarnya? Pada saat keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada saat ibu sedang sendiri?” “Apa yang ibu rasakan pada saat mendengar suara itu?” “Apa yang ibu lakukan pada saat suara itu muncul? Apakah dengan cara tersebut suara itu hilang? Bagaimana jika kita belajar cara untuk menghilangkan suara-suara itu?” “Ada empat cara untuk mencegah suara suara itu muncul, pertama dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap cakap dengan orang lain. Ketiga melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang keempat minum obat dengan teratur.” “Bagaiman kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik? Caranya apabila suara itu	“Bagaimana perasaan ibu setelah berbincang-bincang dengan saya tadi?” “Bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang lagi? Mau jab berapa? Bagaimana kalau jam 10 pagi? Baiklah terimakasih, wassalamualaikum wr.wb.”

		muncul maka ibu harus berusaha untuk menghardiknya dengan cara menutup telinga dan katakan “pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu” lakukan berulang kali sampai suara itu hilang.” “Bisa ibu ulangi yang baru saja saya ajarkan?.”	
SP 2	“Assalamualaikum ibu. Bagaimana perasaan ibu saat ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih? Berkurangkan suara suaranya? Baik, sesuai janji kita tadi saya akan latih cara yang kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap - cakap dengan orang lain. Mau berapa lama kita latihan? Bagaimana kalau 20 menit?.”	“Cara kedua untuk mengontrol halusinasi yaitu dengan bercakap cakap dengan orang lain. Jadi kalau ibu mulai mendengar suara-suara itu, langsung saja mencari ibu untuk di ajak ngobrol. Contohnya begini : bu, ayo ngobrol dengan saya, saya sedang mendengar suara-suara.” “Coba ibu lakukan seperti yang saya tadi lakukan.”	“Bagaimana perasaan ibu setelah latihan ini? Jadi sudah ada beberapa cara yang sudah dipelajari untuk mencegah suara-suara itu?.” “Besok saya akan kemari lagi. Bagaimana kalau kita latih cara yang ketiga yaitu dengan melakukan aktivitas terjadwal? Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10? Baiklah terimakasih, wassalamualaikum wr.wb.”
SP 3	“Assalamualaikum Bu. Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah suara - suaranya masih muncul? Apakah sudah pakai dua cara yang telah kita latih? Bagaimana hasilnya?” “Sesuai janji kita, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga	“Apa saja yang biasa ibu lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya, terus jam berikutnya. Mari kita latih satu kegiatan hari ini. Kegiatan ini dapat ibu lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih lagi agar dari pagi sampai malam ada kegiatan.”	“Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap cakap cara yang ketiga untuk mencegah suara suara itu? Coba ibu sebutkan 3 cara yang telah kita latih untuk mencegah suara suara. Bagaimana kalau besok, kita membahas cara meminum obat

	untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan terjadwal. Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 30 menit?.”		yang baik serta guna obat. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10 pagi? Baiklah, terimakasih. Wassalamualaikum wr.wb.”
SP 4	“Assalamualaikum Bu. Bagaimana perasaan ibu saat ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Baik, sekarang kita akan mendiskusikan tentang obat obatan yang ibu minum. Kita akan diskusi selama 20 menit.”	“Bu adakah bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah suara - suaranya berkurang / hilang? Minum obat sangat penting supaya suara suara yang ibu dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang Devi minum? Apabila suaranya sudah hilang obatnya tidak boleh dihentikan, nanti konsultasikan dengan Dokter, sebageian kalau putus obat, ibu bisa kambuh dan sulit untuk mengembalikan keadaan seperti semula. Pastikan obat itu diminum pada waktunya, dengan cara yang benar, yaitu dimakan sesudah makan dan tepat jamnya. Ibu juga harus cukup minum 10 gelas per hari.”	“Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap - cakap tentang obat? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara - suara? Coba jelaskan? Baiklah, terimakasih, wassalamualaikum .wr.wb.”

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya berdasarkan prioritas yang telah dibuat dimana tindakan yang diberikan mencakup tindakan mandiri maupun kolaboratif (Damaiyanti, 2014). Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Sutejo, 2019).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah proses keperawatan yang memungkinkan perawat untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil meningkatkan kondisi pasien atau tidak. Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi dilakukan dengan cara membandingkan antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Sutejo, 2019). Evaluasi dapat digunakan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai pola pemikiran.

S = Respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

O = Respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

A = Analisa ulang atas data subjektif dan data objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap, muncul masalah baru atau ada data yang dikontradiksi dengan masalah yang ada.

P = Perencanaan atau tindak lanjut asuhan keperawatan berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.

Rencana tindak lanjut dapat berupa :

- a) Rencana diteruskan, jika masalah tidak berubah.
- b) Rencana dimodifikasi, jika masalah tetap. Semua tindakan sudah dijalankan tetapi hasil belum memuaskan.
- c) Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada.
- d) Rencana atau diagnosa selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru.

6. Catatan Perkembangan

Catatan perkembangan merupakan catatan yang berisi evaluasi hasil tindak lanjut yang dicatat dalam bentuk SOAPIER, yaitu :

S = Subjektif merupakan data yang diperoleh atau disampaikan langsung secara lisan oleh pasien atau keluarga dan masih dirasakan selama pasien dalam perawatan.

- O** = Objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pengamatan selama pemberian asuhan keperawatan atau respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang sudah dilaksanakan.
- A** = Analisa data merupakan hasil analisa data subjektif dan data objektif kemudian diteliti kembali apakah masalah masih tetap, muncul masalah baru atau ada data yang tidak sesuai dengan data yang ada.
- P** = Planing merupakan perencanaan keperawatan dilakukan setelah data terkumpul dianalisa dan masalah tersebut sudah diidentifikasi.
- I** = Implementasi merupakan pelaksanaan dari rencana keperawatan yang tersusun pada tahap perencanaan. Dalam penyelesaian tindakan keperawatan melibatkan semua pihak baik itu pasien, keluarga, maupun tim kesehatan.
- E** = Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang berguna untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan tindakan asuhan keperawatan yang sudah dilakukan.
- R** = Reassessment merupakan pengkajian ulang dari hasil perencanaan keperawatan.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. TINJAUAN KASUS

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien

Nama	: Ny. M
Umur	: 34 tahun
Tempat Tanggal Lahir	: Garut, 26 Oktober 1987
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Suku Bangsa	: Sunda
Status Perkawinan	: Kawin
Diagnosa Medis	: Skizofrenia Paranoid
Alamat	: Kp Bojot RT 004 RW 003 Desa Situsari Kecamatan Karangpawitan Kabupaten Garut

b. Identitas Penanggung jawab

Nama	: Ny. D
Umur	: 61 tahun
Agama	: Islam

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
 Hubungan Dengan Klien : Ibu Kandung
 Alamat : Kp Bojot RT 004 RW 003 Desa
 Situsari Kecamatan Karangpawitan
 Kabupaten Garut

c. Alasan masuk / Keluhan utama

Pada saat dikaji pada tanggal 24 April 2021 pasien Ny. M mengatakan masih sering mendengar suara tanpa ada wujudnya. Isi suara tersebut mengajak pasien untuk bunuh diri. Pasien mengatakan mendengar suara tersebut pada saat pasien sedang sendirian dan melamun. Jika mulai mendengar suara tersebut pasien suka menyibukkan diri dengan memutar musik kesukaannya untuk mengusir suara tersebut, kadang apabila emosi pasien sedang tidak stabil pasien suka menuruti apa yang dikatakan suara tersebut. Pasien mengatakan malu dengan kondisinya saat ini karena tidak bisa bekerja, tampak putus asa, merasa dirinya tidak baik dan hanya bisa menyusahkan keluarganya.

d. Faktor Predisposisi

1) Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu?

Pasien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, dan pernah dirawat sebelumnya di Rumah Sakit Jiwa Bogor dengan masalah yang sama yaitu halusinasi pendengaran pada tahun 2020.

2) Pengobatan sebelumnya

Kurang berhasil karena pasien hanya sembuh sementara dan halusinasi muncul lagi pada saat pasien putus obat selama 2 bulan.

3) Aniaya fisik

Tidak ada aniaya fisik, tidak ada aniaya seksual, tidak pernah melakukan tindakan kriminal, tidak ada kekerasan dalam keluarga.

4) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Menurut penuturan keluarga dahulu pada saat pasien masih duduk di kelas 3 SMP, pasien pernah ditinggalkan oleh kekasihnya.

5) Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?

Menurut penuturan keluarga kakek dan adik pasien juga mengalami gangguan jiwa yang sama dengan pasien.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-tanda Vital

TD : 110/80 mmHg

N : 84 x/menit

S : 36,7°C

R : 20 x/menit

2) Ukur

TB : 151 cm

BB : 54 kg

3) Keluhan fisik

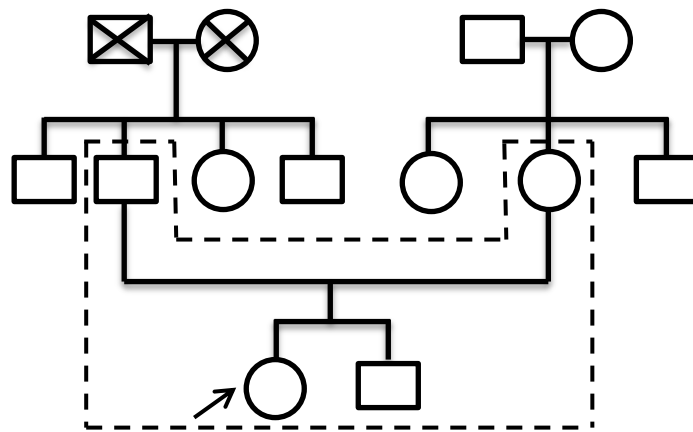
Pasien mengatakan tidak ada keluhan pada fisiknya.

f. Psikososial

1) Genogram (3 Generasi)

Gambar 3.1

Genogram



Keterangan :

□	: Laki-laki	↗	: Pasien
○	: Perempuan	- - -	: Serumah
⊗	: Meninggal	—	: Garis keturunan

a) Pola asuh

Pasien dirawat dan diasuh oleh keluarga pasien.

b) Pola komunikasi

Pasien dapat berkomunikasi dengan baik. Bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa sunda. Hubungan

komunikasi pasien dengan keluarga dan masyarakat terjalin dengan baik.

c) Pola pengambilan keputusan

Semua anggota keluarga menyerahkan dan mengikuti keputusan yang diambil oleh kepala keluarga (ayah).

2) Konsep diri

a) Gambaran diri

Pasien mengatakan malu dengan dirinya karena tidak bisa bekerja, merasa dirinya tidak baik dan tampak putus asa.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah.

b) Identitas diri

Pasien menyadari bahwa dirinya adalah seorang perempuan, sudah menikah, merupakan anak pertama dari 2 bersaudara.

c) Peran diri

Pasien mengatakan dirinya sebagai seorang ibu bagi kedua anaknya.

d) Ideal diri

Pasien ingin sembuh dari penyakitnya agar bisa hidup seperti orang lain.

e) Harga diri

Pasien mengatakan merasa putus asa, tidak percaya diri dan kadang merasa hanya bisa menyusahkan keluarganya.

Pasien mengatakan tidak bisa bekerja karena kondisinya saat ini.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah.

3) Hubungan sosial

a) Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang yang berarti bagi pasien adalah orang tua, adik, suami dan anak-anaknya.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Pasien mengatakan jarang atau hanya sesekali ikut serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat misalnya mengikuti pengajian yang rutin diadakan di daerah tempat tinggal pasien.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah.

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan dirinya beragama islam dan yakin dengan adanya Allah SWT.

b) Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan selalu melaksanakan shalat 5 waktu dan berdoa agar sembuh dari penyakitnya.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah.

g. Status Mental

1) Penampilan

Pasien berpakaian seperti biasanya. Penampilan pasien rapi, bersih, wangi, pakaian pasien sesuai.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah.

2) Pembicaraan

Pasien berbicara cukup jelas, tidak lambat, nada bicara lembut.

Pasien menjawab sesuai pertanyaan yang diajukan.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah.

3) Aktivitas motorik

Pasien terlihat bersemangat dalam beraktivitas sehari-harinya.

4) Alam perasaan

Pasien mengatakan merasa senang karena ada yang mengunjungi. Pasien tampak terus tertawa.

5) Afek

Afek pasien labil, emosi pasien sering berubah-ubah kadang senang kadang sedih, mimik muka pasien sesuai dengan keadaan perasaannya.

6) Interaksi selama wawancara

Pasien tampak kooperatif dan menjawab semua pertanyaan yang diajukan oleh perawat.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah.

7) Persepsi

Pasien mengatakan sering mendengar suara tanpa ada wujudnya. Isi suara tersebut mengajak pasien untuk bunuh diri. Suara tersebut muncul pada saat pasien sedang sendirian dan melamun dan respon pasien pada saat suara itu muncul yaitu memutar musik.

Masalah keperawatan : Halusinasi pendengaran

8) Proses pikir

Perkataan pasien dapat dimengerti dengan baik, tidak berbelit-belit, pasien menjawab saat ditanya sesuai dengan topik pembicaraan

Masalah keperawatan : tidak ada masalah.

9) Isi pikir

Pada saat pengkajian pasien maupun keluarga mengatakan bahwa pasien tidak mempunyai fobia, obsesi, pikiran magis, maupun waham.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah.

10) Tingkat kesadaran

Kesadaran pasien baik : composmentis (15)

E : 4 (membuka mata spontan)

M : 6 (mengikuti perintah)

V : 5 (bicara biasa)

11) Memori

Pasien mempunyai gangguan daya ingat jangka pendek terbukti pada saat pengkajian pasien tidak bisa mengingat apa yang sudah dijelaskan 20 menit sebelumnya.

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Konsentrasi pasien mudah teralih. Pasien dapat menyebutkan angka dasar 1-10 dan dapat melakukan perhitungan dasar.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah.

13) Kemampuan penilaian

Pasien tidak mengalami gangguan penilaian terbukti pada saat diberi pilihan apa yang didahulukan antara menyapu dan mengepel klien menjawab menyapu dahulu setelah itu mengepel.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah.

14) Daya tilik diri

Pasien menyadari bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa.

h. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Tidak dikaji.

2) BAK / BAB

Tidak dikaji.

3) Mandi

Tidak dikaji.

4) Berpakaian

Tidak dikaji.

5) Istirahat dan Tidur

Tidak dikaji.

6) Penggunaan obat

Tidak dikaji.

7) Aktivitas di dalam dan luar rumah

Tidak dikaji.

i. Mekanisme Koping

1) Adaptif

Pasien suka berbicara dengan orang lain, pasien belum mampu menyelesaikan masalahnya sendiri.

2) Maladaptif

Apabila emosi pasien sedang tidak stabil kadang pasien menuruti apa yang dikatakan suara yang muncul tapi tidak ada wujudnya tersebut.

j. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan lingkungannya dan tidak ada masalah terkait dengan pelayanan kesehatan.

k. Pengetahuan

Pasien mengatakan kurang mengetahui cara mengontrol halusinasinya.

l. Aspek Medis

Nama : Ny. M

Jenis kelamin : Perempuan

Diagnosa : Skizofrenia Paranoid

Terapi :

Tabel 3.1

Terapi Medik

No	Jenis Terapi	Dosis	Cara	Waktu
1	Haloperidol	5 mg	PO	2x sehari
2	Chlorpromazine	25 mg	PO	2x sehari
3	Trihexyphenidyl	2 mg	PO	1x sehari

m. Analisa Data

Tabel 3.2

Analisa Data

No	Data	Masalah Keperawatan
1	DS : a. Pasien mengatakan sering mendengar suara tanpa ada wujudnya yang mengajak pasien untuk bunuh diri.	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

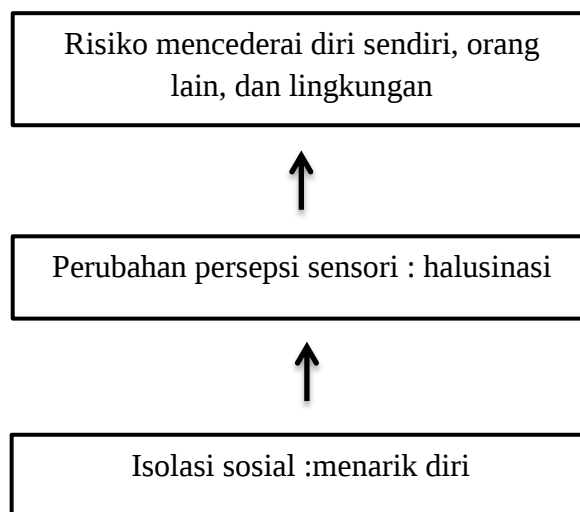
	DO : a. Pasien sering tertawa sendiri. b. Pasien sering menutup telinga. c. Pasien tampak sering melamun.	
2	DS : a. Pasien mengatakan malu dengan dirinya karena tidak bisa bekerja dan merasa dirinya tidak baik. b. Pasien tampak putus asa DO : a. Pasien tampak menunduk terutama pada saat ditanya tentang kondisinya. b. Kontak mata kurang.	Harga Diri Rendah

2. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
2. Harga Diri Rendah (HDR)

Gambar 3.2

Pohon Masalah



Sumber: Yusuf,et al (2015)

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Nama : Ny. M

Jenis Kelamin : Perempuan

Dx : Skizofrenia Paranoid

Tabel 3.3

Proses Keperawatan Pada Ny. M

Diagnosa Kep	Perencanaan		Intervensi	Rasional
	Tujuan	Kriteria Evaluasi		
Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran	1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya. 2. Pasien dapat mengenali halusinasi yang dialaminya. 3. Pasien dapat mengontrol halusinasinya. 4. Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal.	Setelah 2 kali pertemuan pasien dapat : 1. Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan, dengan perawat, mau	SP 1 : 1. Bina hubungan saling percaya. 2. Bantu pasien mengenali jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang dapat menimbulkan halusinasi serta respon pasien pada saat terjadinya halusinasi.	1. Merupakan langkah utama untuk melakukan terapeutik. 2. Mengantisipasi terjadinya halusinasi dan dapat menggunakan cara yang tepat untuk mengatasi halusinasi. 3. Membantu pasien

		mengutarakan masalah yang dihadapi. 2. Pasien dapat mengenali halusinasinya dengan menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi yang dapat menimbulkan halusinasi serta respon pasien pada saat terjadinya halusinasi. 3. Pasien mampu memperagakan kembali cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. Setelah 4 kali pertemuan pasien dapat : 1. Memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap. 2. Pasien dapat mengontrol halusinasinya. 3. Membuat jadwal kegiatan harian dan mampu memperagakannya.	3. Ajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. 4. Masukkan cara menghardik ke dalam jadwal harian. SP 2 : 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien sebelumnya (SP 1). 2. Validasi cara menghardik dan ajarkan cara bercakap-cakap dengan orang lain. 3. Masukkan cara bercakap-cakap dengan	mengatasi halusinasi dengan cara menghardik. 4. Pasien menjadi terlatih dan hafal cara menghardik halusinasi yang muncul. 1. Menilai kemajuan perkembangan pasien. 2. Dengan bercakap-cakap akan mengalihkan fokus pasien pada saat halusinasi muncul. 3. Memungkinkan pasien melakukan kegiatan dengan teratur.
--	--	---	---	---

		Setelah 6 kali pertemuan pasien dapat : 1. Menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan halusinasi. 2. Mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal. 3. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan. 4. Membuat jadwal kegiatan dan mampu memperagakannya.	orang lain kedalam jadwal kegiatan harian. SP 3 : 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien sebelumnya (SP 1, SP 2). 2. Ajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal. 3. Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan pasien. 4. Susun aktivitas yang telah dilatih dari bangun tidur sampai tidur malam. 5. Masukkan aktivitas terjadwal kedalam jadwal kegiatan harian.	1. Menilai kemajuan perkembangan pasien. 2. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal. 3. Dengan aktivitas terjadwal memberikan kesibukan yang menyita waktu dan perhatian untuk menghindari halusinasi. 4. Memantau pelaksanaan kegiatan dan menentukan intervensi selanjutnya. 5. Menjadikan kegiatan sebagai sesuatu yang harus dilatih agar selalu dijalankan.
--	--	---	--	--

		Setelah 8 kali pertemuan pasien dapat : 1. Menyebutkan kegiatan yang dilakukan untuk mengendalikan halusinasi. 2. Menyebutkan manfaat , dosis, efek samping dan akibat berhenti minum obat. 3. Mendemonstrasikan penggunaan obat secara benar. 4. Pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan minum obat secara teratur. 5. Membuat jadwal kegiatan harian dan mampu memperagakannya.	SP 4 : 1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien sebelumnya (SP 1, SP 2 dan SP 3). 2. Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang dosis, frekuensi, dan manfaat obat. 3. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi. 4. Bantu pasien menggunakan obat dengan prinsip benar. Dan latih pasien minum obat secara teratur. 5. Anjurkan pasien mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasi yang sudah diajarkan. 6. Masukkan dalam kegiatan jadwal harian.	1. Menilai kemajuan perkembangan pasien. 2. Memberikan pemahaman pentingnya penggunaan obat bagi pasien. 3. Mendisiplinkan pasien agar taat minum obat secara mandiri. 4. Kemandirian pasien untuk pengobatan dapat ditingkatkan secara bertahap. 5. Untuk mengetahui sejauh mana perkembangan pasien dalam mengontrol halusinasinya. 6. Membantu pasien untuk minum obat secara teratur.
--	--	---	---	--

Harga Diri Rendah	1. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. 2. Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan. 3. Pasien dapat menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai kemampuan. 4. Pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih, sesuai kemampuan. 5. Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih.	Setelah 4 kali pertemuan pasien dapat : 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. 2. Menilai kemampuan yang dapat digunakan. 3. Menetapkan atau merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Setelah 8 kali pertemuan pasien dapat : 1. Melakukan kegiatan sesuai kondisi dan kemampuan. 2. Memanfaatkan sistem pendukung yang ada.	SP 1 : 1. Identifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. 2. Bantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan. 3. Bantu pasien memilih atau menetapkan kemampuan yang akan dilatih. 4. Latih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian. SP 2 : 1. Latih pasien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien. 2. Berikan penghargaan	1. Kemampuan positif yang dimiliki pasien dapat meningkatkan percaya diri. 2. Untuk mengidentifikasi kemampuan yang dapat dilakukan. 3. Kegiatan positif akan meningkatkan harga diri pasien. 4. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk melakukan kegiatan yang biasa dilakukan. 1. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk melakukan kegiatan positif lainnya sesuai
--------------------------	--	---	---	---

			atau pujian atas kemajuan pasien.	dengan kemampuan pasien. 2. Penghargaan dan pujian akan memotivasi pasien dalam kemajuan yang telah dilakukan serta dapat meningkatkan harga diri pasien.
--	--	--	-----------------------------------	--

4. Implementasi dan Evaluasi

Nama : Ny. M

Jenis kelamin : Perempuan

Dx : Skizofrenia paranoid

Tabel 3.4

Format Implementasi dan Evaluasi

Hari/tgl/ jam	Dx Kep	Tindakan Keperawatan	Evaluasi (S.O.A.P)	TTD
Sabtu 24-04-2021 10:00 WIB	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran	SP 1 : 1. Membina hubungan saling percaya. 2. Membantu pasien mengenali jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang dapat menimbulkan halusinasi serta respon pasien pada saat terjadinya halusinasi. 3. Mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. 4. Memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal harian.	S : “Saya masih sering mendengar suara-suara yang menyuruh saya untuk bunuh diri” O : - Pasien mengetahui suara itu palsu. - Pasien mampu mengenali halusinasinya. - Pasien mampu memperagakan kembali cara menghardik. A : SP 1 teratasi P : Lanjutkan SP 2 (bercakap – cakap dengan oranglain)	Nadila
Senin 26-04-2021 10:00 WIB		SP 2 : 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien sebelumnya (SP 1). 2. Memvalidasi cara menghardik dan ajarkan cara bercakap-cakap	S : “Saat mendengar kembali suara-suara yang tidak ada wujudnya saya langsung menutup telinga dan mengatakan pergi saya tidak	Nadila

Selasa 27-04-2021 10:00 WIB		dengan orang lain. 3. Memasukan cara bercakap-cakap dengan orang lain kedalam jadwal kegiatan harian. SP 3 : 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien sebelumnya (SP 1, SP 2). 2. Mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal. 3. Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan pasien. 4. Menyusun aktivitas yang telah dilatih dari bangun tidur sampai tidur malam. 5. Memasukan aktivitas terjadwal kedalam jadwal kegiatan harian.	mau dengar kamu suara palsu lalu mencari ibu saya untuk diajak mengobrol” O : - Pasien mampu memperagakan kembali cara bercakap-cakap dengan orang lain. - Pasien kooperatif. A : SP 2 teratasi P : Evaluasi SP1, SP2, dan lanjutkan SP3 (melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol halusinasi). S : “Pada saat suara-suara itu muncul saya langsung menutup telinga sambil berkata pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu, lalu mencari ibu saya untuk diajak bicara atau melakukan aktivitas yang sudah dibuat” O : - Pasien mampu menyebutkan dan memperagakan kembali cara menghardik, bercakap-cakap serta membuat aktivitas terjadwal. - Pasien kooperatif A : SP 3 teratasi	Nadila
--	--	--	--	---------------

Rabu 28-04-2021 10:00 WIB		SP 4 : 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian . 2. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga tentang dosis, frekuensi, dan manfaat obat. 3. Mendiskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi. 4. Membantu pasien menggunakan obat dengan prinsip benar. 5. Melatih pasien minum obat secara teratur. 6. Mengajarkan pasien mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasi yang sudah diajarkan. 7. Memasukan dalam kegiatan jadwal harian.	P : - Evaluasi SP1 (cara menghardik), SP2 (bercakap-cakap dengan orang lain) dan SP3(membuat dan melakukan aktivitas terjadwal). - Lanjutkan ke SP4 (cara minum obat). S : “Suara yang menyuruh saya untuk bunuh diri sudah tidak terlalu sering muncul, jika sewaktu - waktu suara itu muncul lagi saya langsung menutup telinga sambil berkata pergi saya tidak mau dengar kamu suara palsu lalu mencari ibu saya untuk diajak bicara atau melakukan kegiatan terjadwal yang sudah dibuat, selain itu saya juga harus minum obat secara teratur” O : - Pasien tampak lebih tenang. - Pasien mampu menunjukkan dan menyebutkan jenis obat. - Pasien kooperatif pada saat minum obat. A : SP 4 teratasi	Nadila
--	--	---	--	---------------

			P : Pertahankan semua SP (menghardik, bercakap – cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas terjadwal dan cara minum obat dengan benar).	
Jum'at 30-04-2021 10:00 WIB	Harga Diri Rendah	SP 1 : 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. 2. Membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan. 3. Membantu pasien memilih atau menetapkan kemampuan yang akan dilatih. 4. Melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian.	S : “Saya malu dengan keluarga dan suami saya karena keadaan saya saat ini saya tidak bisa bekerja” O : - Kontak mata kurang. - Pasien tampak tidak bersemangat. A : SP1 teratasi sebagian. P : Lanjutkan ke SP2 (latih pasien melakukan kegiatan yang lain).	Nadila
Sabtu 01-04-2021 10:00 WIB		SP 2 : 1. Melatih pasien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien. 2. Memberikan penghargaan atau pujian atas kemajuan pasien.	S : “Saya sudah mulai menerima kondisi saya saat ini” O : - Kontak mata terjaga. - Pasien tampak lebih percaya diri. A : SP 2 teratasi. P : Pertahankan SP1 dan SP2 (melatih	Nadila

			pasien melakukan kegiatan yang sesuai dengan kemampuannya).	
--	--	--	---	--

5. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : Ny. M

Jenis kelamin : Perempuan

Dx : Skizofrenia Paranoid

Tabel 3.5

Catatan Perkembangan

Dx	Tanggal Jam	Catatan perkembangan	Nama
Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran	Kamis 29-04-2021 10:00	SP1 : S : Pasien mengatakan suara-suara yang menyuruhnya untuk bunuh diri sudah mulai berkurang dan jika suara-suara itu sewaktu-waktu muncul pasien langsung menutup telinga dan mengatakan “pergi saya tidak mau dengar kamu suara palsu”. O : - Pasien mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, bercakap-cakap, melakukan aktivitas terjadwal dan minum obat secara teratur. - Kontak mata terjaga. - Pasien tampak lebih rileks. A : SP1 teratasi sebagian - Pasien pasien masih mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk bunuh diri. - Pasien mampu memperagakan ulang cara menghardik. P : Lanjutkan ke SP2 (bercakap-cakap dengan orang lain).	Nadila

		SP2 : S : Pasien mengatakan selain mengontrol halusinasi dengan menghardik pasien juga langsung mencari ibunya untuk di ajak mengobrol jika sewaktu-waktu suara-suara itu muncul. O : - Pasien tampak lebih rileks. - Kontak mata terjaga. - Pasien mampu memperagakan cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain. A : SP2 teratasi - Pasien mampu mengatasi halusinasi dengan mengobrol. P : - Evaluasi SP1 dan SP2. - Lanjutkan ke SP3 (membuat aktivitas terjadwal). SP3 : S : - Pasien mengatakan suara yang menyuruhnya untuk bunuh diri sudah mulai berkurang. - Pasien mengatakan jika sewaktu-waktu suara itu muncul pasien langsung menutup telinga dan mengatakan “pergi saya tidak mau dengar kamu siara palsu” lalu mencari ibunya untuk diajak mengobrol atau melakukan aktivitas yang sudah dibuat. O : - Pasien tampak lebih rileks. - Kontak mata terjaga. - Pasien mampu memperagakan cara menghardik, bercakap-cakap serta melakukan aktivitas terjadwal. A : SP3 tercapai. - Pasien mampu memperagakan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain serta membuat dan melakukan aktivitas terjadwal. P : - Evaluasi SP1, SP2, dan SP3. - Lanjutkan ke SP4 (minum obat). SP4 : S : - Pasien mengatakan suara yang menyuruhnya untuk bunuh diri sudah berkurang.	
--	--	--	--

		- Pasien mengatakan jika sewaktu-waktu suara-suara itu muncul pasien langsung menutup telinga sambil mengatakan “pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu” lalu mencari ibunya untuk diajak mengobrol atau melakukan aktivitas yang sudah dibuat dan harus minum obat. O : - Pasien tampak bingung. - Kontak mata terjaga - Pasien mampu menyebutkan cara minum obat dengan benar walau masih terbata-bata. A : SP 4 teratasi sebagian. - Pasien mampu memperagakan kembali cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, bercakap-cakap, menyebutkan dan melakukan aktivitas terjadwal serta minum obat dengan benar dan teratur. - Pasien mampu menyebutkan cara minum obat dengan benar walau masih terbata-bata. P : - Evaluasi SP1, SP2, SP3 dan SP4. - Mengulangi kembali SP4 (menjelaskan cara minum obat). I : Menjelaskan kembali cara minum obat dengan benar dan teratur. E : SP4 teratasi. - Pasien mampu menjelaskan kembali cara minum obat dengan benar. R : Pertahankan semua SP.	
Harga Diri Rendah	Minggu 02-04-2021 10:00 WIB	SP 1 : S : Pasien mengatakan malu dengan kondisinya saat ini karena tidak bisa bekerja. O : - Kontak mata kurang. - Pasien tampak tidak bersemangat. A : SP1 teratasi sebagian. P : Lanjutkan ke SP2 (latih pasien melakukan kegiatan yang lain). SP 2 : S : Pasien mengatakan sudah mulai menerima kondisinya saat ini.	Nadila

		O : - Kontak mata terjaga. - Pasien tampak lebih percaya diri. A : SP 2 teratasi. P : Pertahankan SP1 dan SP2.	
--	--	---	--

B. PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini, penulis membahas terkait masalah yang didapatkan selama melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Ny. M dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Akibat Skizofenia Paranoid di wilayah kerja Puskesmas Karangpawitan Kab. Garut. Masalah yang ditetapkan berupa kesenjangan antara teori daengan keadaan di lapangan, serta faktor pendukung dan penghambat selama pemberian asuhan keperawatan jiwa pada pasien Ny. M dari mulai pengkajian sampai dengan evaluasi.

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian ini, penulis melakukan anamnesa baik kepada pasien sendiri maupun keluarga pasien terkait dengan identitas pasien identitas penanggung jawab, alasan masuk / keluhan utama, faktor predisposisi dan presipitasi, serta melakukan pemeriksaan fisik, psikososial, konsep diri, status mental dan mekanisme koping yang dimiliki pasien. Berdasarkan hasil dari anamnesa yang telah dilakukan oleh penulis didapatkan data subjektif dan data objektif pasien menunjukkan tanda-tanda halusinasi dengar seperti mengeluh sering mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk bunuh diri, tertawa sendiri, emosi kadang tidak stabil. Halusinasi adalah distorsi persepsi

palsu yang terjadi pada respon neurobiologis yang maladaptif yang dimana pasien sebenarnya mengalami distorsi sensori sebagai hal yang nyata dan meresponnya. Namun dalam halusinasi ini tidak ada stimulus internal maupun eksternal yang diidentifikasi. Halusinasi dapat muncul dari salah satu panca indra baik itu penglihatan, pendengaran, penghidu, pengecap, maupun perabaan (Stuart, 2016).

Faktor predisposisi pasien pernah mencoba masuk ke dalam sumur karena ada suara yang menyuruhnya untuk bunuh diri awal mulanya pasien pernah ditinggalkan oleh kekasihnya pada saat duduk di kelas 3 SMP, selain itu anggota keluarga pasien (kakek dan adik) juga mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan teori adanya stress yang berlebihan yang dialami oleh seseorang maka di dalam tubuhnya akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia. perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi, isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan sehingga pasien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut. Hal ini sejalan dengan teori dimana faktor hubungan emosional, biologis dan genetik dapat menyebabkan gangguan jiwa.

Selama proses pengkajian penulis tidak mengalami hambatan dikarenakan pasien yang kooperatif. Adapun cara atau strategi yang dilakukan penulis untuk melakukan pengkajian dengan pendekatan

seperti memperkenalkan diri terlebih dahulu, membuka pembicaraan dengan topik, membina hubungan saling percaya dengan pasien serta membuat kontrak waktu dan hasilnya penulis dapat melatih pasien cara mengontrol halusinasi sehingga pasien dapat mengatasi halusinasinya.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Yosep & Sutini diagnosa yang mungkin muncul pada pasien dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi adalah :

- a. Resiko tinggi perilaku kekerasan.
- b. Gangguan persepsi sensori halusinasi.
- c. Isolasi sosial.
- d. Harga diri rendah

Setelah penulis mengumpulkan data hasil dari pengkajian, penulis merumuskan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien saat ini dengan menggunakan tehnik *here and now* dirumuskanlah diagnosa keperawatan yang ada pada Ny. M dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran akibat skizofrenia paranoid adalah gangguan persepsi sensori dan harga diri rendah. Gangguan persepsi sensori : halusinasi pada Ny. M adalah dari faktor psikologis dimana pasien mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan dimana pasien pernah ditinggalkan oleh kekasihnya pada saat kelas 3 SMP sehingga menyebabkan pasien menjadi tertekan. Faktor sosiokultural yang mempengaruhi adalah disaat pasien mendengar suara yang menyuruhnya untuk bunuh diri dan dengan

sendirinya pasien mengikuti apa yang dikatakan suara tersebut. Sebelumnya pasien pernah menjalani pengobatan di RSJ Bogor namun pasien sempat putus obat selama 2 bulan oleh karena itulah halusinasi pasien muncul kembali.

Perbedaan tersebut disebabkan oleh ditemukannya data-data yang mengarah kepada permasalahan yang pasien hadapi akibat dari banyaknya stressor sebagai pencetus, sehingga dari data dan permasalahan yang dihadapi pasien tersebut penulis mengangkat satu diagnosa keperawatan yang lebih prioritas yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Pada tahap ini, perencanaan disusun berdasarkan tinjauan teoritis, yaitu dengan melakukan Strategi Pelaksanaan (SP) dari mulai SP1 sampai dengan SP4. Penulis tidak mendapatkan hambatan yang berarti karena pasien kooperatif. Penulis melaksanakan semua SP mulain dari SP1 (menghardik halusinasi), SP2 (bercakap-cakap dengan orang lain), SP3 (membuat dan melakukan aktivitas terjadwal), sampai SP4 (minum obat).

Menurut WHO (2013), menetapkan hubungan terapeutik, kontak sering dan singkat secara bertahap peduli, empati, jujur, menepati janji dan memenuhi kebutuhan dasar pasien pada umumnya melindungi dari perilaku yang membahayakan, tidak membenarkan ataupun menyalahkan halusinasi pasien, melibatkan pasien dalam

merencanakan asuhan keperawatan serta mempertahankan perilaku keselarasan verbal dan non verbal. Tindakan keperawatan harus menggambarkan tindakan keperawatan yang mandiri, serta kerjasama dengan pasien, keluarga, kelompok, dan kolaborasi dengan tim kesehatan jiwa yang lain. (Yusuf,et al 2015).

4. Implementasi

Pada tahap ini penulis melaksanakan tindakan asuhan keperawatan jiwa sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan dan disesuaikan dengan situasi dan kondisi pasien, penulis tidak mendapatkan hambatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa ini karena terjalinnya kerja sama dengan perawat yang memegang program kesehatan jiwa di Puskesmas Karangpawitan.

5. Evaluasi

Evaluasi dapat dilihat dari hasil tindakan asuhan keperawatan jiwa yang sudah dilakukan dan membandingkannya dengan tujuan atau kriteria evaluasi, apakah masalah dapat diatasi atau tidak. Dalam kenyataannya masalah yang dihadapi pasien dapat teratasi / tercapai baik itu ancaman halusinasi yang sudah berkurang dari sifat, jumlah maupun waktu, perilaku pasien yang menunjukkan kemajuan, pasien mulai bisa mengontrol halusinasinya dan mengikuti terapi aktivitas kelompok, pasien juga menyadari perlunya melakukan kegiatan bersama orang lain untuk mengusir halusinasinya.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan jiwa pada Ny. M dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran akibat Skizofrenia Paranoid di Wilayah Kerja Puskesmas Karangpawitan Kab. Garut, maka dapat penulis simpulkan sebagai berikut :

1. Penulis dapat melakukan pengkajian secara menyeluruh dari segala aspek baik itu secara biologis, psikologis, sosial maupun spiritual pada pasien Ny. M dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi. Pada saat dikaji pasien mengeluh mendengar suara yang menyuruhnya untuk bunuh diri, pasien juga mengatakan malu dengan kondisinya saat ini karena tidak bisa bekerja dan membantu keluarganya. Pada saat pengkajian pun pasien tampak tertawa berlebihan, sering menutup telinga, melamun, terkadang terlihat murung pada saat membicarakan kondisinya.
2. Penulis dapat merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. M. Berdasarkan karakteristik di atas maka penulis merumuskan beberapa diagnosa keperawatan pada Ny. M yaitu : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dan Harga Diri Rendah.
3. Penulis dapat membuat dan menyusun rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien Ny. M dengan Gangguan Persepsi

Sensori : Halusinansi Pendengaran akibat Skizofrenia Paranoid, maka dari itu diperlukan beberapa langkah perencanaan seperti melakukan pendekatan interpersonal dengan membina hubungan saling percaya, melakukan terapi sesuai program, memberikan pendidikan kesehatan, dan membantu pasien dalam memecahkan masalah yang sedang dihadapinya.

4. Penulis dapat melakukan tindakan asuhan keperawatan jiwa yang sudah ditetapkan serta melalui kerja sama yang baik antara perawat dengan pasien, keluarga, dan perawat yang memegang program jiwa di Puskesmas Karangpawitan untuk membantu dalam memecahkan masalah yang dialami oleh pasien.
5. Penulis dapat mengevaluasi hasil dari asuhan keperawatan jiwa yang telah dilakukan pada pasien Ny. M dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran yang didasarkan pada kriteria evaluasi yang sudah ditetapkan sehingga tercapai tujuan yang optimal dan semua tindakan asuhan keperawatan pada pasien Ny. M dapat terlaksana dengan baik.
6. Penulis dapat mendokumentasikan hasil dari asuhan keperawatan jiwa yang sudah dilakukan pada pasien Ny. M dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.

B. Rekomendasi

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. M dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia

Paranoid dan mengevaluasi status perkembangan kesehatan pasien, maka penulis memberikan rekomendasi sebagai berikut :

1. Untuk Puskesmas Karangpawitan

Diharapkan mampu meningkatkan kinerja perawat dalam melakukan tindakan yang sesuai dengan standar asuhan keperawatan jiwa guna meningkatkan pelayanan kepada pasien gangguan jiwa khususnya pasien dengan skizofrenia serta mempercepat proses penyembuhan pasien.

2. Untuk institusi STIKes Karsa Husada Garut

Kurangnya referensi di perpustakaan menjadi salah satu kendala penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini. Untuk itu penulis merekomendasikan kepada pihak intitusi khusunya di bagian perpustakaan agar melengkapi dan memperbanyak referensi di perpustakaan. Penulis juga merekomendasikan untuk menyediakan buku-buku edisi terbaru, sehingga dapat membantu para mahasiswa dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah atau menyelesaikan tugas terutama tentang keperawatan jiwa.

3. Untuk pasien dan keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung yang paling utama dalam proses penyembuhan pasien, oleh karena itu diharapkan peran fungsi keluarga dalam membantu proses penyembuhan pasien bisa dijalankan dengan baik, misalnya seperti memberi perhatian lebih pada pasien untuk mempercepat proses penyembuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Ah. Yusuf, Rizky Fitryasari PK, dan Hanik Endang Nihayati. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salamba Medika.
- Damaiyanti, Mukhriyah & Iskandar. 2014. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- Departemen Kesehatan RI. 2014. *Buku Pedoman Asuhan Keperawatan Jiwa, Teori dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Dermawan, Deden & Rusdi. 2013. *Keperawatan Jiwa; Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Keliat, B.A, dkk. 2016. *Proses Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Maramis, W.F. 2015. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa Edisi Ke 7*. Surabaya: Erlangga University Press.
- Stuart, G.W. 2013. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Stuart, G.W. 2016. *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi Ke 5*. Jakarta: EGC.
- Sutejo. 2018. *Keperawatan Kejahatan Jiwa : Prinsip dan Praktik Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Yosep, Iyus & Sutini, Titin. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing*. Bandung: Refika Aditama.
- Yuanita, T. 2019. *Asuhan Keperawatan Klien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Halusinasi Pendengaran Di Rsjd Dr. Arif Zainudin Solo Surakarta* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Ponorogo).
<http://eprints.umpo.ac.id/id/eprint/5381>

Lampiran 1

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI :
HALUSINASI**

Nama Pasien : Ny. M

Hari / Tanggal : Selasa, 27 April 2021

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

DS :

Pasien mengatakan sering mendengar suara tanpa ada wujudnya yang mengajak pasien untuk bunuh diri.

DO :

- a. Pasien sering tertawa sendiri.
- b. Pasien sering menutup telinga.
- c. Pasien tampak sering melamun.

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.

3. Tujuan Keperawatan

- a. Pasien dapat membina hubungan saling percaya.
- b. Pasien dapat mengenali halusinasi yang dialaminya.
- c. Pasien dapat mengontrol halusinasinya.

d. Pasien dapat mengikuti program pengobatan secara optimal.

4. Tindakan Keperawatan

a. SP 1

- 1) Membina hubungan saling percaya.
- 2) Membantu pasien mengenali jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang dapat menimbulkan halusinasi serta respon pasien pada saat terjadinya halusinasi.
- 3) Mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan menghardik.
- 4) Memasukan cara menghardik ke dalam jadwal harian.

b. SP 2

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien sebelumnya (SP 1).
- 2) Memvalidasi cara menghardik dan ajarkan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
- 3) Memasukan cara bercakap-cakap dengan orang lain kedalam jadwal kegiatan harian.

c. SP 3

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien sebelumnya (SP 1, SP 2).
- 2) Mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal.
- 3) Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan pasien.

- 4) Menyusun aktivitas yang telah dilatih dari bangun tidur sampai tidur malam.
- 5) Memasukan aktivitas terjadwal kedalam jadwal kegiatan harian.

d. SP4

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian .
- 2) Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga tentang dosis, frekuensi, dan manfaat obat.
- 3) Mendiskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi.
- 4) Membantu pasien menggunakan obat dengan prinsip benar.
- 5) Melatih pasien minum obat secara teratur.
- 6) Menganjurkan pasien mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasi yang sudah diajarkan.
- 7) Memasukan dalam kegiatan jadwal harian.

B. Strategi Komunikasi dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. SP 1

a. Fase Orientasi

“Assalamu’alaikum Bu, perkenalkan nama saya Nadila Septiawati, senang dipanggil Nadila. Nama ibu siapa ? Senang dipanggil apa?.”

“Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah ada keluhan yang ibu rasakan?.”

“Bagaimana kalau kita berbincang-bincang tentang apa yang ibu rasakan sekarang? Mau berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit?.”

b. Fase Kerja

“Apakah ibu mendengar suara tapi tidak ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?.”

“Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan ibu paling sering mendengar suara itu? Berapa kali sehari ibu mendengarnya? Pada saat keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada saat ibu sedang sendiri?.”

“Apa yang ibu rasakan pada saat mendengar suara itu?.”

“Apa yang ibu lakukan pada saat suara itu muncul? Apakah dengan cara tersebut suara itu hilang? Bagaimana jika kita belajar cara untuk menghilangkan suara-suara itu?.”

“Ada empat cara untuk mencegah suara suara itu muncul, pertama dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap cakap dengan orang lain. Ketiga melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang keempat minum obat dengan teratur.”

“Bagaiman kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik? Caranya apabila suara itu muncul maka ibu harus berusaha untuk menghardiknya dengan cara menutup telinga dan katakan “pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu” lakukan berulang kali sampai suara itu hilang.”

“Bisa ibu ulangi yang baru saja saya ajarkan?.”

c. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan ibu setelah berbincang-bincang dengan saya tadi?.”

“Bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang lagi? Mau jab berapa? Bagaimana kalau jam 10 pagi? Baiklah terimakasih, wassalamualaikum wr.wb.”

2. SP 2

a. Fase Orientasi

“Assalamualaikum ibu. Bagaimana perasaan ibu saat ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih? Berkurangkan suara suaranya? Baik, sesuai janji kita tadi saya akan latih cara yang kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap - cakap dengan orang lain. Mau berapa lama kita latihan? Bagaimana kalau 20 menit?.”

b. Fase Kerja

“Cara kedua untuk mengontrol halusinasi yaitu dengan bercakap cakap dengan orang lain. Jadi kalau ibu mulai mendengar suara-suara itu, langsung saja mencari ibu untuk di ajak ngobrol. Contohnya begini : bu, ayo ngobrol dengan saya, saya sedang mendengar suara-suara.”

“Coba ibu lakukan seperti yang saya tadi lakukan.”

c. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan ibu setelah latihan ini? Jadi sudah ada beberapa cara yang sudah dipelajari untuk mencegah suara-suara itu?.”

“Besok saya akan kemari lagi. Bagaimana kalau kita latih cara yang ketiga yaitu dengan melakukan aktivitas terjadwal? Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10? Baiklah terimakasih, wassalamualaikum wr.wb.”

3. SP 3

a. Fase Orientasi

“Assalamualaikum Bu. Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah suara - suaranya masih muncul? Apakah sudah pakai dua cara yang telah kita latih? Bagaimana hasilnya?”

“Sesuai janji kita, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan terjadwal. Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 30 menit?.”

b. Fase Kerja

“Apa saja yang biasa ibu lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya, terus jam berikutnya. Mari kita latih satu kegiatan hari ini. Kegiatan ini dapat ibu lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih lagi agar dari pagi sampai malam ada kegiatan.”

c. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap cakap cara yang ketiga untuk mencegah suara suara itu? Coba ibu sebutkan 3 cara yang telah kita latih untuk mencegah suara suara. Bagaimana kalau besok, kita membahas cara meminum obat yang baik serta guna obat. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10 pagi? Baiklah, terimakasih. Wassalamualaikum wr.wb.”

4. SP 4

a. Fase Orientasi

“Assalamualaikum Bu. Bagaimana perasaan ibu saat ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Baik, sekarang kita akan mendiskusikan tentang obat obatan yang ibu minum. Kita akan diskusi selama 20 menit.”

b. Fase Kerja

“Bu adakah bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah suara - suaranya berkurang / hilang? Minum obat sangat penting supaya suara suara yang ibu dengar dan mengganggu selama ini tidak muncu lagi. Berapa macam obat yang Devi minum? Apabila suaranya sudah hilang obatnya tidak boleh dihentikan, nanti konsultasikan dengan Dokter, sebgaiian kalau putus obat, ibu bisa kambuh dan sulit untuk mengembalikan keadaan seperti semula. Pastikan obat itu diminum pada waktunya, dengan cara yang benar,

yaitu dimakan sesudah makan dan tepat jamnya. Ibu juga harus cukup minum 10 gelas per hari.”

c. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap - cakap tentang obat? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara - suara? Coba jelaskan? Baiklah, terimakasih, wassalamualaikum .wr.wb.”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

HARGA DIRI RENDAH

Nama Pasien : Ny. M

Hari / Tanggal : Selasa, 27 April 2021

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

A. Proses Keperawatan

A. Kondisi Pasien

DS :

- a. Pasien mengatakan malu dengan dirinya karena tidak bisa bekerja dan merasa dirinya tidak baik.
- b. Pasien merasa putus asa.

DO :

- a. Pasien tampak menunduk terutama pada saat ditanya tentang kondisinya.
- b. Kontak mata kurang.

2. Diagnosa Keperawatan

Harga Diri Rendah

3. Tujuan Keperawatan

- a. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.
- b. Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan.
- c. Pasien dapat menetapkan/memilih kegiatan sesuai dengan kemampuan.
- d. Pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai dengan kemampuan.
- e. Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih.

4. Tindakan Keperawatan

a. SP 1

- 1) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien.
- 2) Membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan.
- 3) Membantu pasien memilih atau menetapkan kemampuan yang akan dilatih.
- 4) Melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian.

b. SP 2

- 1) Melatih pasien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien.
- 2) Memberikan penghargaan atau pujian atas kemajuan pasien.

B. Strategi Komunikasi dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. SP 1

a. Fase Orientasi

“Assalamu’alaikum Bu, bagaimana keadaan ibu hari ini ? Ibu terlihat segar”.

“Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang kemampuan dan kegiatan mana yang masih dapat ibu lakukan di Rumah Sakit. Setelah kita nilai, kita akan pilih satu kegiatan untuk kita latih”.

b. Fase Kerja

“Apa saja kemampuan yang ibu miliki? Bagus, apa lagi? Saya buat daftarnya ya. Apa pula kegiatan rumah tangga yang biasa ibu lakukan? Bagaimana dengan merapihkan kamar? Menyapu? Mencuci piring...dst”.

“Kalau begitu, bagaimana kalau sekarang kita latihan salah satu dari kegiatan itu”.

“Coba ibu lakukan dan jangan lupa memberi tanda M (mandiri) kalau ibu lakukan tanpa disuruh, tulis B (bantuan) jika diingatkan bisa melakukan, dan T (tidak) melakukan”.

c. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap - cakap dan latihan menyapu?”

“Nanti sore kita latihan lagi kemampuan yang kedua. Ibu masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan selain menyapu?

Ya, bagus! Cuci piring, kalau begitu kita akan latihan mencuci piring besok jam 10 pagi di dapur. Baiklah terimakasih, wassalamualaikum wr.wb.”.

2. SP 2

a. Fase Orientasi

“Assalamu'alaikum, bagaimana perasaan ibu pagi ini?.”

“Bagaimana ibu, sudah dicoba menyapu tadi pagi ?.”

“Sekarang kita akan latihan kemampuan kedua. Masih ingat kegiatan apa itu bu?”

“Ya benar, kita akan latihan mencuci piring di dapur rumah ibu”

“Waktunya sekitar 15 menit. Mari kita ke dapur”

b. Fase Kerja

“Bu sebelum kita mencuci piring kita perlu siapkan dulu perlengkapannya. Ibu bisa menggunakan air yang mengalir dari kran ini. Oh ya jangan lupa sediakan tempat sampah untuk membuang sisa makanan”.

“Sekarang saya perlihatkan dulu caranya”

“Setelah semuanya perlengkapan tersedia. Ibu ambil satu piring kotor, lalu buang dulu sisa kotoran yang ada di piring tersebut ke tempat sampah”.

“Kemudian ibu bersihkan piring tersebut dengan menggunakan sabut/tapes yang sudah diberikan sabun pencuci piring. Setelah selesai disabuni, bilas dengan air bersih sampai tidak ada busa sabun sedikitpun di piring tersebut. Setelah itu ibu bisa mengeringkan piring yang sudah bersih tadi di rak yang sudah tersedia di dapur. Nah selesai”.

“Sekarang coba ibu yang melakukan”

“Bagus sekali, ibu dapat mempraktekkan cuci piring dengan baik. Sekarang dilap tangannya”

c. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan ibu setelah latihan mencuci piring?”

“Coba ibu sebutkan apa saja kegiatan yang sudah kita lakukan hari ini?. Nanti latih terus kegiatan yang sudah kita lakukan tadi ya bu. Baiklah terimakasih, wassalamualaikum wr.wb.”

Lampiran 2

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas

Nama : Nadila Septiawati

Tempat Tanggal Lahir : Bandung, 05 September 2000

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Status : Belum Menikah

Alamat : Kp. Toblong RT 01 RW 02 Desa Neglasari
Kec. Majalaya. Kab. Bandung

B. Riwayat Pendidikan

- | | |
|------------------------------|-----------------|
| 1. TK Islamiyah | Tahun 2005-2006 |
| 2. SD Negeri Toblong I | Tahun 2006-2012 |
| 3. SMP Negeri I Pacet | Tahun 2012-2015 |
| 4. SMA Negeri 2 Majalaya | Tahun 2015-2018 |
| 5. STIKes Karsa Husada Garut | Tahun 2018-2021 |

LEMBAR BIMBINGAN

NAMA : Nadila Septiawati
 NIM : KHGA 18150
 JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. M Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat *Skizofrenia* Paranoid di Wilayah Kerja Puskesmas Karangpawitan Kab. Garut
 PEMBIMBING : Tanti Suryawantie, S.Kep., Ns., M.H.Kes

No	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Senin, 07 Juni 2021	- Pengarahan - Membuat jadwal bimbingan	- Pengarahan - Membuat jadwal bimbingan - Mulai kerjakan BAB I	
2.	Senin, 14 Juni 2021	- Konsul BAB I	- Menambahkan "akibat skizofrenia" dalam judul - Mengganti kata klien menjadi pasien - Menambahkan pengertian skizofrenia	
3.	Sabtu, 19 Juni 2021	- Konsul BAB II	- Tetap cantumkan persiapan pulang. - lanjut ke BAB III	

No	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
4.	Senin, 21 Juni 2021	- Konsul BAB I - BAB III	- Perbaiki susunan latar belakang (Bab I) - Cari data di Jabar terkait Skizoprenia. - Cantumkan sumber yg terlewat - Pindahkan data di BAB II ke BAB I - Tambahkan leata konsep di Bab II	
5.	Rabu, 23 Juni 2021	- Revisi BAB I - BAB IV	- Tambahkan intervensi untuk diagnosa yang lain. - Perkecil Genogram - Singkatkan BAB II dan BAB III	
6.		- BAB I - BAB IV, daftar isi, Daftar pustaka,	- Tambahkan Pembahasan BAB IV Pada diagnosa keperawatan - Perkuat kesimpulan (BAB IV)	
7.	Sabtu, 3 Juli 2021	- BAB I - BAB IV beserta lampiran nya.	ACC Sidang FTI	