

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Ny. L DENGAN GANGGUAN
PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT
SKIZOFRENIA PARANOID DI PUSKESMAS SINDANG RATU**

KARYA TULIS ILMIAH

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

**Oleh:
SONI HIDAYAT
KHGA 18164**



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

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. L DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID DI
PUSKESMAS SINDANG RATU

NAMA : SONI HIDAYAT

NIM : KHGA 18164

Karya Tulis Ilmiah

KTI ini telah disidangkan dihadapan

Tim Penguji Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada

Garut, Juni 2021

Menyetujui,

Pembimbing



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

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. L DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID DI
PUSKESMAS SINDANG RATU

NAMA : SONI HIDAYAT

NIM : KHGA 18164

Garut, Juli 2021

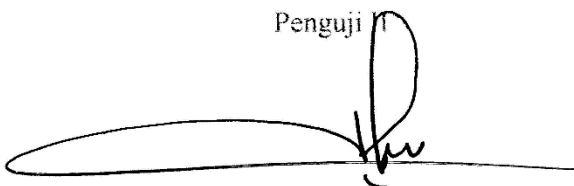
Menyetujui

Penguji I



Gin Gin Sugih Permana, S.Kep., M.HKes

Penguji II



Wahyudin, S.Kp., M.Kes

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan
STIKes KARSA HUSADGARUT



K. Dewi Budiarti, M. Kep

Pembimbing



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

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Ny. L DENGAN GANGGUAN PERSEPSI
SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID
DI PUSKESMAS SINDANG RATU

60 hal, 4 bab, 4 tabel, 4 lampiran

ABSTRAK

Karya tulis ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. L Dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Paranoid Di Puskesmas Sindang Ratu”. Penulis merasa tertarik untuk melakukan studi kasus pada klien dengan halusinasi, karena halusinasi merupakan gejala yang sering di temukan pada penderita gangguan jiwa khususnya Skizofrenia. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif melalui studi kasus dengan tehnik pengumpulan data, tehnik observasi, wawancara dan studi pustaka. Bantuan untuk mendapatkan pengalaman yang nyata dan meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang komprehensif. Halusinasi merupakan suatu keadaan dimana yang menggambarkan adanya sensori yang salah untuk dipersepsikan, yang mungkin mengenai salah satu dari kelima panca indra. Selama melakukan asuhan keperawatan, pada tahap pengkajian penulis menemukan tujuan utama dari pemberian asuhan keperawatan ini adalah perbaikan daya persepsi klien, dan klien mampu berhubungan dengan realita. Penulis membuat perencanaan yang disusun dengan melibatkan berbagai pihak. Penulis juga melaksanakan tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan yang teurapeutik, memotivasi klien untuk mengendalikan halusinasinya. Penulis mengevaluasi tindakan keperawatan sehingga mendapatkan data bahwa klien sudah mulai dapat mengontrol halusinasinya walaupun dengan dukungan perawat. Kesimpulan yang dapat di ambil yaitu perlunya mendapat dukungan dari berbagai pihak, terutama keluarga yang meerupakan faktor pendukung utama.

Kata Kunci (Key Word) : Halusinasi

Daftar pustaka 9 buah (2011-2017)

KATA PENGANTAR

Segala Puji bagi Allah SWT Tuhan semesta alam. Dialah tempat bergantung segala sesuatu, tidak ada daya upaya selain dari-Nya. Sholawat serta salam semoga tetap tercurah limpahkan kepada Nabi Muhammad SAW yang telah membawa umat manusia dari zaman kezahiliyahan menuju zaman yang penuh dengan peradaban, beserta keluarga dan para sahabatnya, juga orang-orang yang mengikuti syari'atnya hingga hari kiamat.

Atas Rahmat-Nyalah, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. L Dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Paranoid Di Puskesmas Sindang Ratu”.

Penulisan karya tulis ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program D III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis mendapatkan begitu banyak bimbingan, bantuan dan saran dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada semua pihak terutama:

1. Bapak Dr. HC. H. Amas Setiana, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. D. Saepudin, S.Sos.,M.Kes, selaku Ketua Yayasan Dharma Husada Insani Garut.

3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku ketua prodi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak H. Engkus Kusnadi S.Kep , M.kes, selaku pembimbing akademik.
6. Ibu Tanti Suryawantie S.Kep,Ners.,M.Hkes selaku pembimbing atas arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini.
7. Seluruh Staf Dosen D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah memberikan bantuan dorongan dan juga Ilmunya selama penulis mengikuti pendidikan program D III Keperawatan di STIKes Karsa Husada.
8. Bapak Irpan Amd.kep selaku CI ruangan beserta para perawat dan petugas administrasi Puskesmas Sindang Ratu yang telah memberikan begitu banyak ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat.
9. Ny. L beserta keluarga, atas kesediaannya bekerja sama dengan penulis selama melakukan Asuhan Keperawatan.
10. Kedua orang tua saya Bapak Rahmat Hidayat dan Ibu Wariah tercinta selaku motivator terbesar dalam hidup yang telah membesarkan, mendidik, merawat dan memberikan do'a restu, dukungan, perhatian, pengertian dan kasih sayang serta pengorbanan yang tak ternilai harganya hingga penulis dapat menyelesaikan studi ini.
11. Kepada kakak saya Gian Taopik Amd.kep yang selalu memberikan semangat kepada penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.

12. Kepada sahabat dan rekan-rekan seperjuangan terutama untuk kelas 3A yang selalu memberikan dukungan, memberikan banyak motivasi dan kenangan yang akan selalu terukir dihati.

Semoga amal baik dari berbagai pihak mendapatkan balasan yang berlipat dari Allah SWT. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bisa menambah wawasan dan bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi dunia pendidikan. Akhir kata tiada gading yang tak retak, semoga kita selalu dalam lindungan Allah SWT serta mendapatkan berkah-Nya.

Garut, Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
ABSTRAK	ii
KATA PENANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR LAMPIRAN	vi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Metode Telaahan.....	4
D. Sistematika Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
A. Konsep Dasar	7
1. Definisi.....	7
2. Psikodinamika Skizofrenia.....	18
3. Psikodinamika Halusinasi	25
4. Dampak Gangguan Terhadap KDM	30
B. Asuhan Keperawatan	36
1. Pengkajian.....	36
2. Perencanaan.....	46
3. Implementasi.....	52
4. Evaluasi.....	53
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	
I. Pengkajian	55
II. Analisa Data	62
III. Rencana Tindakan Keperawatan.....	63
IV. Implementasi dan Evaluasi	69
V. Catatan Perkembangan.....	79
VI. Pembahasan.....	87
1. Pengkajian.....	87
2. Diagnosa Keperawatan.....	88
3. Perencanaan.....	89
4. Implementasi.....	90
5. Evaluasi	91
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	
A. Kesimpulan	92
B. Rekomendasi.....	93

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan sesuatu yang tidak ternilai didalam kehidupan manusia. Dimana kesehatan itu sendiri memiliki arti yang sangat luas. Menurut Undang-Undang No 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa Pasal 1, menyebutkan bahwa Kesehatan jiwa adalah ketika seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup serta dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain.

Dilihat dari dua definisi diatas dapat disimpulkan mengenai jiwa sebagai bagian integral dari bagian lainnya baik fisik, sosial, maupun ekonomi. Dan ketika seseorang dalam pertumbuhan dan perkembangannya tidak optimal baik fisik, intelektual, dan emosional dalam keselarasan dengan orang lain maka dapat dikatakan bahwa individu tersebut mengalami kelainan jiwa.

Psikosa merupakan salah satu penyakit gangguan jiwa yang sering ditemukan kasusnya di Indonesia. Psikosa sebagai suatu penyakit jiwa mempunyai berbagai jenis diantaranya adalah skizofrenia. Skizofrenia terdiri dari: skizofrenia simplex, skizofrenia hebefrenik, skizofrenia katatonik, skizofrenia paranoid, skizofrenia akut, skizofrenia laten, skizofrenia residual, skizofrenia skizoafektif, skizofrenia lain dan skizofrenia tak tergolongkan (Maramis, 2012).

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

Berdasarkan data yang didapat dari rekam medik yang ada di Puskesmas Sindang Ratu Pakenjeng di dapatkan dari jumlah pasien gangguan jiwa dengan skinzrofenia sebanyak 5 orang dan berada di urutan ke 4 dari 5 besar urutan penyakit gangguan jiwa yang di rawat jalan di Puskesmas Sindang Ratu Pakenjeng Kab. Garut.

Sedangkan, tanda dan gejala yang sering timbul pada penderita skizofrenia adalah halusinasi pendengaran dalam bentuk suara manusia, bunyi barang-barang atau siulan. Klien dengan halusinasi sering kali tiba-tiba marah, menyerang orang lain dan tidak mau bergaul dengan orang lain. Sehingga jika tidak ditangani akan menyebabkan dampak yang kurang baik terhadap pemenuhan kebutuhan dasar klien itu sendiri dan juga bisa mengganggu dan mengancam jiwa terhadap orang lain dan lingkungan sekitar. (W. F. Maramis, 2012).

Melihat begitu kompleksnya masalah yang diakibatkan oleh halusinasi, maka penulis merasa tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien dengan skizofrenia paranoid dengan menggunakan proses keperawatan dan di dokumentasikan dalam bentuk laporan studi kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. L**

Dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Paranoid Di Puskesmas Sindang Ratu”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melakukan asuhan keperawatan kepada Ny. L secara langsung dan komprehensif yang meliputi aspek bio-psikologis, bio-sosial, bio-spiritual pada klien skizofrenia akibat halusinasi pendengaran.

2. Tujuan khusus

(1) Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan perubahan sensori persepsi: Halusinasi pendengaran pada skizofrenia paranoid di puskesmas sindangratu.

(2) Merumuskan diagnosa keperawatan yang tepat berdasarkan pengkajian yang ditentukan pada kasus perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran pada skizofrenia paranoid di puskesmas sindangratu

(1) Mampu melakukan rencana keperawatan pada pasien dengan perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran pada skizofrenia paranoid di puskesmas sindangratu

(2) Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan pada kasus perubahan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran pada skizofrenia paranoid di puskesmas sindangratu

- (3) Mampu mengevaluasi hasil-hasil tindakan keperawatan yang tepat yang telah dilaksanakan pada kasus perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran pada skizofrenia paranoid di puskesmas sindangratu
- (4) Mampu mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengaran pada skizofrenia paranoid di Puskesmas Sindangratu

C. Metode Telaahan

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

1. Wawancara

Yaitu cara pengumpulan data dengan melakukan tanya jawab secara langsung kepada klien, keluarga, perawat di ruangan maupun tenaga kesehatan yang terkait dan wawancara itu dilakukan selama melakukan tindakan asuhan keperawatan.

2. Studi Dokumentasi

Dalam studi dokumentasi penulis membaca dan mempelajari catatan medik klien, catatan dokter, dan perawat untuk mengetahui keadaan klien dengan Halusinasi Pendengaran

3. Observasi

Yaitu teknik pengambilan data dengan mengadakan pengamatan langsung terhadap klien selama melakukan asuhan keperawatan

4. Studi Kepustakaan

Yaitu teknik pengambilan data dengan mempelajari referensi berupa buku-buku yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah yang digunakan untuk dibandingkan dengan hasil observasi dan pengkajian

5. Partisipasi Aktif

Penulis langsung melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan Halusinasi Pendengaran dengan melakukan praktek keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan studi kasus ini, penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

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

BAB II : Bab ini berisi tentang konsep dasar penyakit meliputi pengertian gangguan, psikodinamika skizofrenia, psikodinamika halusinasi, dampak halusinasi terhadap kebutuhan dasar manusia serta membahas tentang proses keperawatan jiwa meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB III : Tinjauan kasus berisi dokumentasi asuhan keperawatan meliputi: pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan catatan perkembangan. Sedangkan pembahasannya

menguraikan tentang kesenjangan antara kasus dengan konsep.

BAB IV : Dalam bab ini berisikan kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang operasional terhadap masalah yang ditemukan.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Konsep Skizofrenia

a. Definisi

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

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

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

b. Etiologi

1) Faktor Predisposisi

a) Faktor Biologis

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

(1) Dalam perkembangan skizofrenia, penelitian pencitraan otak mulai menunjukkan keterlibatan otak yang lebih luas.

Fenomena ini meliputi lesi pada area frontal, temporal dan limbic paling berhubungan dengan perilaku psikotik.

(2) Beberapa zat kimia otak dikaitkan dengan skizofrenia.

Hasil penelitian menunjukkan hal berikut:

(a) Dopamin neurotransmitter berlebihan.

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

(c) Masalah pada sistem reseptor dopamine.

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

b) Faktor Psikologis

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

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

c) Faktor Sosio budaya

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

2) Faktor Presipitasi

Stresor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptive meliputi:

- a) Gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak, yang mengatur proses informasi.
- b) Abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak (komunikasi saraf yang melibatkan elektrolit), yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara efektif menanggapi stimulus.

3) Faktor lingkungan

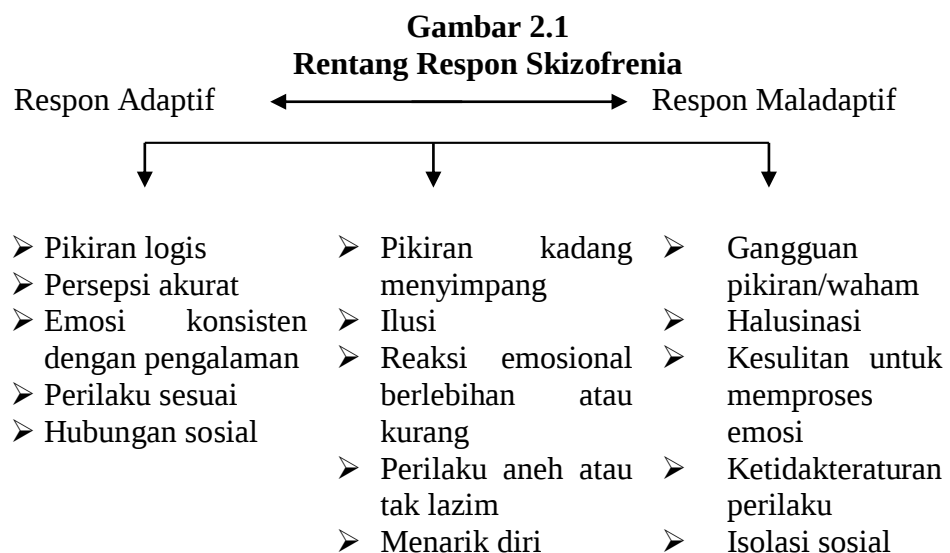
Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

4) Pemicu gejala

Pemicu merupakan precursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru satu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respons neurobiologis maladaptive yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku individu.

(Stuart, 2013)

c. Rentang Respon Skizofrenia



Sumber: Stuart, 2013

d. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Secara general gejala serangan skizofrenia di bagi menjadi 2(dua), yaitu gejala positif dan negatif.

1) Gejala Positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespons pesan atau rangsangan yang datang. Klien skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau

mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. Auditory hallucination, gejala yang biasanya timbul, yaitu klien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukkan hati, memberi kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri.

Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya, pada penderita skizofrenia, lampu trafik di jalan raya yang berwarna merah-kuning-hijau, dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa. Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi seorang paranoid. Mereka selalu merasa merasa sedang diamat-amat diintai, atau hendak diserang.

Kegagalan berpikir mengarah kepada masalah dimana klien skizofrenia tidak mampu memproses dan mengatur pikirannya. Kebanyakan klien tidak mampu memahami hubungan antar kenyataan dan logika. Karena klien skizofrenia tidak mampu mengatur pikirannya membuat mereka berbicara secara serampangan dan tidak bisa ditangkap secara logika. Ketidakmampuan dalam berpikir mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita skizofrenia tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memedulikan sekelilingnya.

Semua itu membuat penderita skizofrenia tidak bisa memahami siapa dirinya. Tidak berpakaian, dan tidak bisa mengerti apa itu manusia. Dia juga tidak bisa mengerti kapan dia lahir, dimana dia berada, dan sebagainya.

2) Gejala Negatif

Klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas. Karena pasien skizofrenia hanya memiliki energi yang sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosi pasien skizofrenia menjadi datar. Pasien skizofrenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Tapi ini tidak berarti bahwa pasien skizofrenia tidak bisa merasakan perasaan apapun. Mereka mungkin bisa menerima pemberian dan perhatian orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka.

Depresi yang tidak mengenal perasaan ingin ditolong dan berharap, selalu menjadi bagian dari hidup klien skizofrenia. Mereka tidak merasa memiliki perilaku yang menyimpang, tidak bisa membina hubungan relasi dengan orang lain, dan tidak mengenal cinta. Perasaan depresi adalah sesuatu yang sangat menyakitkan. Di samping itu, perubahan otak secara biologis juga memberi andil dalam depresi. Depresi yang berkelanjutan akan

membuat klien skizofrenia menarik diri dari lingkungannya. Mereka selalu merasa aman bila sendirian. Dalam beberapa kasus, skizofrenia menyerang manusia usia muda antar 15 hingga 30 tahun, tetapi serang kebanyakan terjadi usia 40 tahun ke atas. Skizofrenia bisa menyerang siapa saja tanpa mengenal jenis kelamin, ras, maupun tingkat sosial ekonomi. Di perkirakan penderita skizofrenia sebanyak 1% dari jumlah manusia yang ada di bumi (Iyus Yosep, 2011; 212-213)

e. Tipe –tipe Skizofrenia

- 1) Skizofrenia Paranoid, dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrem disertai waham kejar atau kebesaran
- 2) Skizofrenia hebefrenik, gejala utama gangguan proses pikir gangguan kemaauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.
- 3) Skizofrenia simplex, dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemaauan.
- 4) Skizofrenia katatonik, dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.
- 5) Skizofrenia residual adalah skizofrenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia.
- 6) Episode skizofrenia akut (lir skizofrenia), adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.

- 7) Skizofrenia psiko-aktif, yaitu adanya gejala utama skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.

(Azizah, dkk, 2016)

2. Konsep Halusinasi

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi menurut Damaiyanti, (2012) adalah sebagai berikut :

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

a. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi

1) Definisi

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana pasien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Damaiyanti, 2012)

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

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

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

2) Etiologi

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

a) Faktor Predisposisi

(1) Faktor biologis

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

(2) Faktor psikologis

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

(3) Faktor sosial budaya

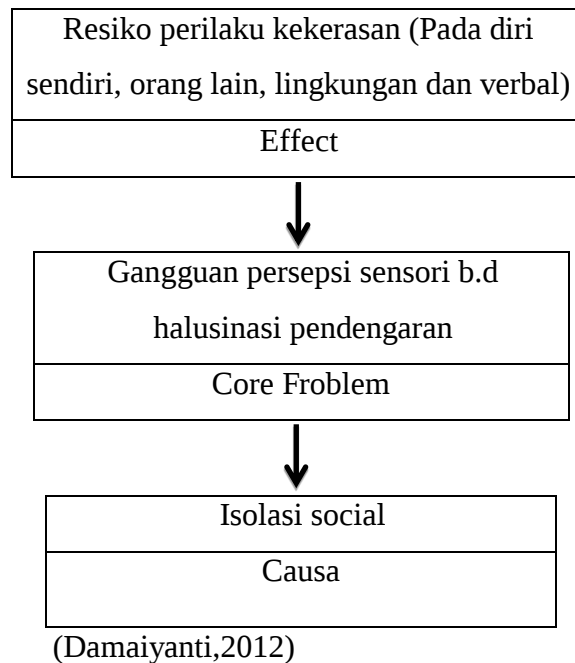
Klien dengan halusinasi didapatkan sosial ekonomi rendah, riwayat penolakan lingkungan pada usia perkembangan anak, tingkat pendidikan rendah, dan kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri), serta tidak bekerja.

b) Faktor Presipitasi

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

3) Pohon Masalah

Gambar 2.2
Pohon Masalah



4) Tahapan Halusinasi

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

Tabel 2.1
Tahapan Halusinasi

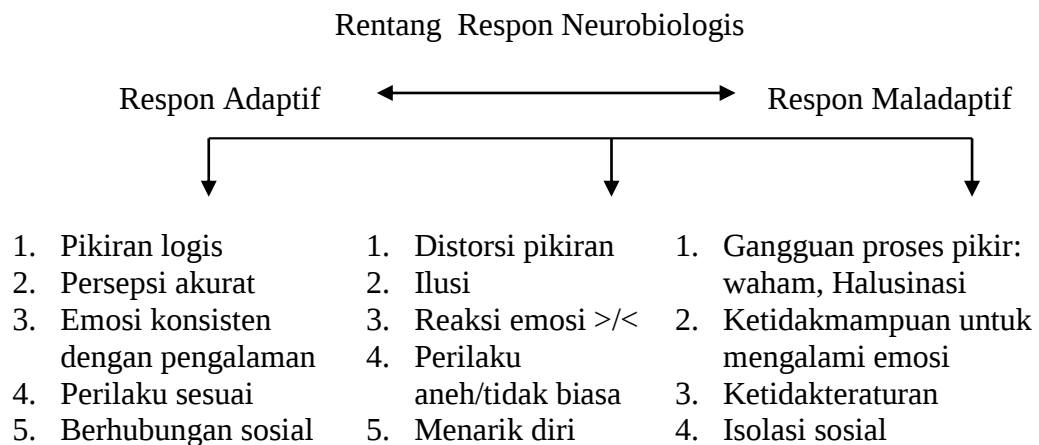
Tingkat	Karakteristik Halusinasi	Perilaku Klien
1	2	3
Tingkat I Memberi rasa nyaman Tingkat ansietas sedang Halusinasi merupakan	1. Mengalami ansietas kesepian, rasa bersalah, dan ketakutan. 2. Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas 3. Pikiran dan pengalaman	1. Tersenyum 2. Menggerakkan bibir tanpa suara 3. Menggerakkan mata dengan cepat 4. Respons verbal yang lambat 5. Diam dan konsentrasi

suatu kesenangan	sensori masih ada dalam kontrol kesadaran (jika ansietas dikontrol).	
Tingkat II Menyalahkan Tingkat ansietas berat Halusinasi menyebabkan rasa antipati	1. Pengalaman sensori menakutkan 2. Mulai merasa kehilangan kontrol 3. Merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut 4. Menarik diri dari orang lain NON PSIKOTIK	1. Peningkatan sistem saraf otak, tanda- tanda ansietas, seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah. 2. Rentang perhatian menyempit 3. Konsentrasi dengan pengalaman sensori 4. Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dari realita.
Tingkat III Mengontrol tingkat ansietas berat pengalaman sensori tidak dapat ditolak lagi.	1. Klien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya. 2. Isi halusinasi menjadi atraktif 3. Kesepian bila pengalaman sensori berakhir PSIKOTIK	1. Perintah halusinasi ditaati 2. Sulit berhubungan dengan orang lain. 3. Rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit. 4. Gejala fisika ansietas berkeringat, tremor, dan tidak mampu mengikuti perintah.
Tingkat IV Menguasai tingkat ansietas panik yang diatur dan dipengaruhi oleh waham	1. Pengalaman sensori menjadi ancaman. 2. Halusinasi dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari. PSIKOTIK	1. Perilaku panik. 2. Berpotensi untuk membunuh atau bunuh diri 3. Tindakan kekerasan agitasi, menarik diri, atau katatonnia. 4. Tidak mampu merespons perintah yang kompleks 5. Tidak mampu merespons terhadap lebih dari satu orang.

Sumber: Yusuf, dkk, 2016

5) Rentang Respon Halusinasi

Gambar 2.3
Rentang Respon Neurobiologis



Sumber: Stuart, 2013

6) Jenis – Jenis Halusinasi

a) Halusinasi Pendengaran (Auditif, Akustik)

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

b) Halusinasi Penglihatan (visual, Optik)

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

c) Halusinasi Penciuman (Olfaktorik)

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

d) Halusinasi Pengecapan (Gustatorik)

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

e) Halusinasi Perabaan (Taktil)

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

f) Halusinasi Kinestetik

Penderita merasa badannya bergerak- gerak dalam suatu ruang atau anggota badannya bergerak- gerak. Misalnya “*Phantom phenomom*” atau tungkai yang diamputasi selalu bergerak-gerak (*phantom limb*). Sering pada skizofrenia dalam keadaan toksik tertentu akibat pemakaian obat tertentu.

g) Halusinasi Viseral

Timbulnya perasaan tertentu di dalam tubuhnya.

- (1) Depersonalisasi adalah perasaan aneh pada dirinya bahwa pribadinya sudah tidak seperti biasanya lagi serta

tidak sesuai dengan kenyataan yang ada. Sering pada skizofrenia dan sindrom lobus parietalis. Misalnya sering merasa dirinya terpecah dua.

(2) Derealisasi adalah suatu perasaan aneh tentang lingkungannya yang tidak sesuai kenyataan. Misalnya perasaan segala sesuatu yang dialaminya seperti dalam impian.

(Yosep, 2007 dalam Damaiyanti, 2012)

7) Tanda dan Gejala Halusinasi

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

- a) Bicara sendiri.
- b) Senyum sendiri
- c) Ketawa sendiri
- d) Menggerakkan bibir tanpa suara.
- e) Pergerakan mata yang cepat.
- f) Respon verbal yang lambat.
- g) Menarik diri dari orang lain.
- h) Tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata.
- i) Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah.
- j) Perhatikan dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik.

- k) Berkonsentrasi dengan pengalaman sensori.
- l) Sulit berhubungan dengan orang lain.
- m) Ekspresi muka tegang.
- n) Mudah tersinggung, jengkel dan marah.
- o) Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat.
- p) Tampak tremor dan berkeringat.
- q) Perilaku panik.
- r) Agitasi dan kataton.
- s) Curiga dan bermusuhan.
- t) Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan.
- u) Ketakutan.
- v) Tidak dapat mengurus diri.
- w) Biasa terdapat disorientasi waktu, tempat dan orang.

(Damaiyanti, 2012)

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

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

b. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

1) Definisi

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

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

2) Etiologi

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

a) Faktor Predisposisi

(1) Teori Biologis

(a) *Neurologic Factor*

Beragam komponen dari sistem syaraf seperti sinap, dendrit yang mempunyai peran memfasilitasi dan

menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang akan mempengaruhi sifat agresif.

(b) *Genetic Faktor*

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

(c) *Cardyan Rytm*

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

(d) *Biochemistry Factor*

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

(e) *Brain area disorder*

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

(2) Teori Psikologis

(a) Teori Psikoanalisa

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

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

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

(c) *Learning theory*

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

b) Faktor Presipitasi

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

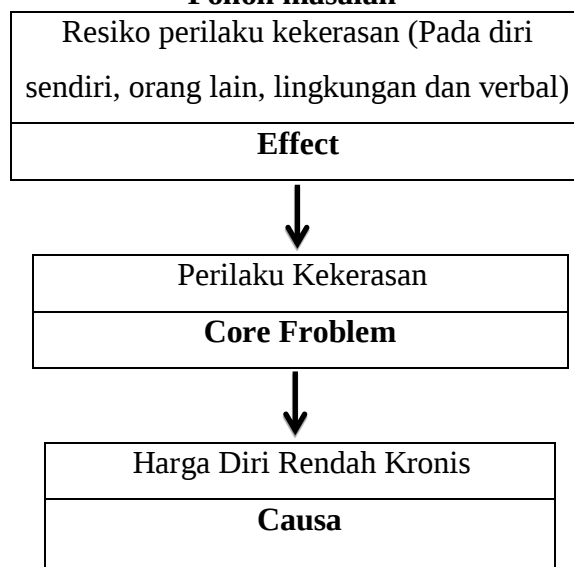
penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian massal dan sebagainya.

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

3) Pohon Masalah

Gambar 2.4

Pohon masalah



(Damaiyanti, 2012)

4) Tanda dan Gejala

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

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

5) Faktor Resiko

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

- a) Resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain

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

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

b) Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri

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

(5) Usia 15-19 tahun

(6) Usia 45 tahun atau lebih

(7) Masalah emosional

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

6) Rentang respon marah

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

Gambar 2.5
Rentang Respon Marah



Tabel 2.2
Rentang Respon Marah

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

(Damaiyanti, 2012)

7) Diagnosa Keperawatan

- a) Resiko Perilaku Kekerasan
- b) Harga diri rendah kronik
- c) Resiko Perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal).

c. Konsep Isolasi Sosial

1) Definisi

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

Sedangkan Isolasi social menurut Nanda-I (2012), merupakan kesepian yang dialami oleh individu dan dirasakan saat didorong oleh keberadaan orang lain dan sebagai pernyataan

negative atau mengancam. Dan menurut Townsend M. C dalam Muhith A (2015), Isolasi Sosial yaitu suatu keadaan dimana seseorang menemukan kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain.

2) Etiologi

Menurut Stuart dan Sundeen (2007) dalam Damaiyant (2012), belum adasuai kesimpulan yang spesifik tentang penyebab gangguan yang mempengaruhi hubungan interpersonal. Faktor yang mungkin mempengaruhi anantara lain yaitu :

a) Faktor Predisposisi

(1) Faktor Perkembangan

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

(2) Faktor Biologis

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

(3) Faktor Sosial Budaya

Isolasi social atau mengasingkan diri dari lingkungan merupakan factor pendukung terjadinya gangguan berhubungan.

b) Faktor Presipitasi

Stressor presipitasi terjadinya isolasi social dapat ditimbulkan oleh factor internal maupun eksternal, meliputi:

(1) Stressor Sosial Budaya

Stressor social budaya dapat memicu kesulitan dalam berhubungan terjadinya penurunan stabilitas keluarga seperti perceraian, berpisah dengan orang yang dicintai, kehilangan pasangan pada usia tua, kesepian karena ditinggal jauh, dirawat di rumah sakit atau dipenjara. Semua ini dapat menimbulkan isolasi social.

(2) Stresor Biokimia

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

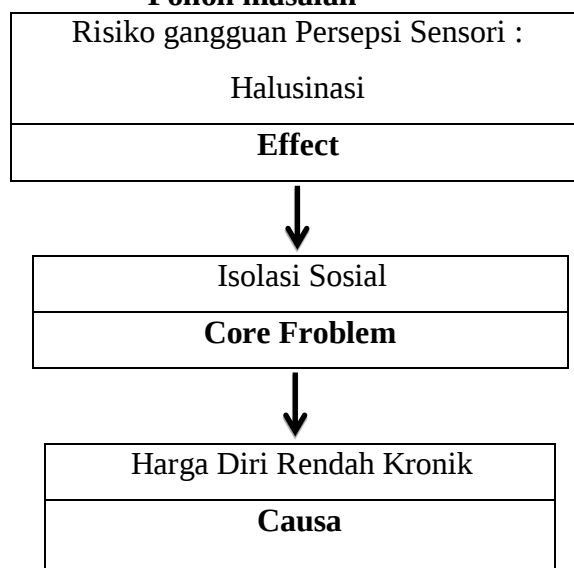
(b) Menurunnya MAO (Mono Amino Oksidasi) didalam darah akan meningkatnya dopamine dalam otak. Karena salah satu kegiatan MAO adalah sebagai enzim yang menurunkan dopamin, maka

menurunnya MAO juga dapat merupakan indikasi terjadinya skizofrenia.

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

3) Pohon Masalah

Gambar 2.6
Pohon masalah



(Damaiyanti, 2012)

4) Tanda dan Gejala

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

- a) Kurang Spontan
- b) Apatis (kurang acuh terhadap lingkungan)
- c) Ekspresi wajah kurang berseri
- d) Afek tumpul
- e) Tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri

6) Diagnosa keperawatan

Adapun diagnosa yang mungkin muncul pada klien dengan isolasi sosial:

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

3. Dampak Halusinasi Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

a. Kebutuhan biologis

1) Kebutuhan nutrisi

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

2) Kebutuhan istirahat tidur

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

3) Kebutuhan perawatan diri

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

4) Kebutuhan eliminasi

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

b. Kebutuhan rasa aman

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

c. Kebutuhan mencintai dan dicintai

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

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

e. Kebutuhan aktualisasi diri

1) Aktualisasi diri

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

2) Komunikasi

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

B. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perubahan Sensori Persepsi :

Halusinasi Pendengaran

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

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

1. Pengkajian

Pengkajian sebagai tahap awal proses keperawatan meliputi pengumpulan data, analisis data, dan perumusan masalah pasien. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara holistik, meliputi aspek biologi, psikologis, sosial, dan spiritual. Seorang perawat jiwa diharapkan memiliki kesadaran atau kemampuan tilik diri (*self awareness*), kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi secara terapeutik, dan kemampuan berespons secara efektif (Stuart & Sundeen, 2002 dalam Yusuf, 2015)

a. Pengumpulan Data

- 1) Identitas klien meliputi : nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, tanggal masuk, tanggal pengkajian, nomor rekam medis dan alamat.
- 2) Identitas penanggung jawab meliputi : nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat dan hubungan dengan klien.
- 3) Alasan masuk

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

4) Faktor predisposisi

a) Riwayat penyakit jiwa terdahulu

Kaji apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya, berapa lama klien dirawat, apakah pengobatannya

berhasil atau tidak serta kaji keluhan waktu mengalami gangguan.

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

c) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

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

5) Pemeriksaan fisik

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

6) Psikososial

a) Genogram

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

b) Konsep diri

(1) Gambar diri

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

(2) Identitas diri

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

(3) Peran

Tugas atau peran klien dalam keluarga atau kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, dan bagaimana perasaan klien akibat perubahan tersebut. Pada klien halusinasi bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain, perilaku agresif.

(4) Ideal diri

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

(5) Harga diri

Tanyakan hubungan klien dengan orang lain, penilaian atau Klien yang mengalami halusinasi cenderung menerima

diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan ia tetap merasa dirinya sangat berharga.

c) Hubungan sosial

(a) Orang yang berarti

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

(b) Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat

Tanyakan pada klien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.

(c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

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

d) Spiritual

(a) Nilai dan keyakinan

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

(b) Kegiatan ibadah

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

7) Status mental

a) Penampilan

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

b) Pembicaraan

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

c) Aktivitas motorik

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

d) Afek

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

e) Interaksi selama wawancara

Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan

spontan) dan kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara) mudah tersinggung.

f) Persepsi

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

g) Proses pikir

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

h) Tingkat kesadaran

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

i) Memori

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

j) Tingkat konsentrasi berhitung

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

k) Kemampuan penilaian

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

l) Daya tilik diri

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

8) Kebutuhan persiapan pulang

a) Makan

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

b) BAB/BAK

Kebiasaan BAB , BAK, menggunakan WC atau tidak.

c) Mandi

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

d) Istirahat tidur

Observasi lama dan waktu tidur siang atau tidur malam.

Persiapan sebelum tidur dan kegiatan sesudah tidur.

e) Penggunaan obat

Klien yang mengalami halusinasi biasanya diberikan obat:

(3) Haloperidol 5mg 2x1 tablet per oral

(4) Chlorpromazine 100 mg 1x1 tablet per oral

(5) Trihexpenidil 2mg 2x1 tablet per oral

(6) Perphenazine 4mg 2x1 tablet per oral

f) Pemeliharaan kesehatan

Apakah klien minum obat secara teratur dan teratur dan sesuai dengan anjuran dokter atau tidak. Pada saat di rumah apakah klien akan mampu melakukan perawatan sendiri dan mengontrol perilaku dan emosi dengan baik.

g) Kegiatan di luar rumah

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

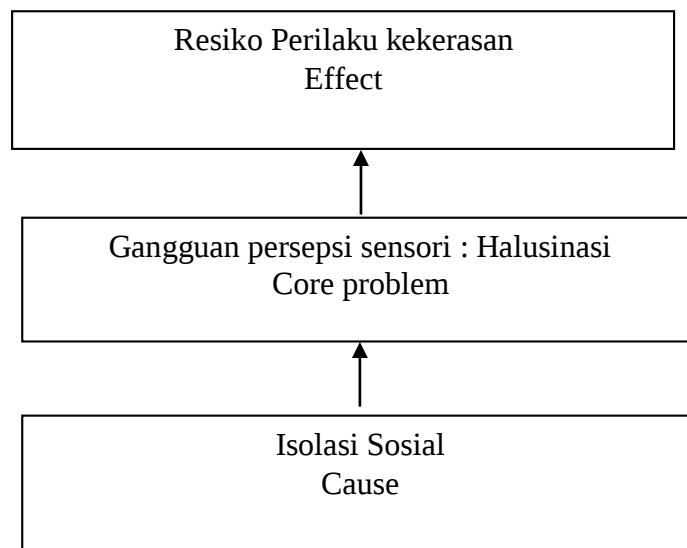
2. Analisa Data

Dengan melihat data subyektif dan objektif dapat menentukan permasalahan yang dihadapi pasien. Dan dengan memperhatikan pohon masalah dapat diketahui penyebab, *affeck* dari masalah tersebut.

Dari hasil analisa data inilah dapat diketahui diagnosa keperawatan (Keliat, 2011)

3. Pohon Masalah

Gambar 2.8
Pohon Masalah



4. Diagnosa Keperawatan

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

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

- a. Gangguan Persepsi sensori : halusinasi
- b. Isolasi Sosial

- c. Resiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal) (Damaiyanti, 2012)

5. Rencana Tindakan Keperawatan

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

6. Intervensi

Tabel 2.3
Intervensi Keperawatan Halusinasi

No	Diagnosa	Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
1.	Gangguan sensori persepsi : halusinasi	Klien mampu : a. Mengenali halusinasi yang dialaminya b. Mengontrol halusinasinya c. Mengikuti program pengobatan secara optimal	Setelah...pertemuan Klien dapat menyebutkan : a. Isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, perasaan. b. Mampu mempragakan cara dalam mengontrol halusinasi	SP I a. Bantu klien mengenali halusinasi: Isi, waktu terjadinya, frekuensi, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi b. Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik tahapannya : c. Jelaskan cara menghardik halusinasi d. Peragakan cara menghardik e. Minta pasien mempragakan ulang f. Pantau penerapan cara ini, beri penguatan perilaku klien.

No	Diagnosa	Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
				g. Masukan dalam kegiatan jadwal klien.
			Setelah...pertemuan klien mampu : a. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan b. Memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain.	SP II a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP I) b. Latih berbicara dengan orang lain saat halusinasi muncul. c. Masukan dalam jadwal kegiatan klien.
			Setelah...pertemuan klien mampu : a. Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan dan b. Memberi jadwal kegiatan sehari-hari dan mampu memperagakannya.	SP III a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP I dan SP II) b. Latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul tahapannya adalah: 1) Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi 2) Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh klien 3) Latih klien melakukan aktivitas 4) Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang dilatih (dari bangun pagi sampai tidur malam) 5) Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku klien yang positif.
			Setelah pertemuan klien mampu :	SP IV a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1,2&3)

No	Diagnosa	Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
			a. Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan dan b. Menyebutkan manfaat dari program pengobatan.	b. Tanyakan program pengobatan c. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa d. Jelaskan akibat bila tidak digunakan sesuai program e. Jelaskan akibat bila putus obat f. Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat g. Jelaskan pengobatan 5B h. Latih klien minum obat Masukkan dalam jadwal harian klien.
		Keluarga mampu : Merawat klien di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif untuk klien.	Setelah...pertemuan, keluarga mampu menjelaskan tentang halusinasi.	SP I a. Identifikasi masalah keluarga dalam merawat klien. b. Jelaskan tentang halusinasi 1) Pengertian halusinasi 2) Jenis halusinasi yang dialami klien 3) Tanda dan gejala halusinasi 4) Cara merawat klien halusinasi (cara berkomunikasi, pemberian obat & pemberian aktivitas kepada klien) c. Sumber-sumber pelayanan kesehatan yang bisa dijangkau d. Bermain peran cara merawat e. Rencana tindak lanjut keluarga, jadwal

No	Diagnosa	Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
				keluarga untuk merawat klien
			Setelah...pertemuan keluarga mampu : a. Menyelesaikan kegiatan yang telah dilaksanakan b. Memperagakan cara merawat klien	SP II a. Evaluasi kemampuan keluarga (SP I) b. Latih keluarga merawat klien c. RTL keluarga atau jadwal keluarga untuk merawat klien
			Setelah...pertemuan keluarga mampu : a. Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan b. Memperagakan cara merawat klien serta mampu membuat RTL	SP III a. Evaluasi kemampuan keluarga (SP 2) b. Latih keluarga merawat klien c. RTL keluarga atau jadwal keluarga untuk merawat klien
			Setelah...pertemuan keluarga mampu : a. Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan b. Melaksanakan <i>Follow Up</i> rujukan	SP IV a. Evaluasi kemampuan keluarga (SP 3) b. Evaluasi kemampuan klien c. RTL keluarga atau jadwal keluarga untuk merawat klien 1) <i>Follow Up</i> 2) Rujukan
2.	Resiko Perilaku Kekerasan	Klien mampu : 1. Menyebutkan penyebab, tanda gejala, akibat PK 2. Menyebutkan jenis PK yang pernah dilakukan 3. Menyebutkan cara mengontrol PK	Setelah...pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan penyebab, tanda gejala, perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, dan akibat PK 2. Memperagakan cara fisik 1 : Tarik nafas dalam	SP I 1. Identifikasi penyebab PK 2. Identifikasi tanda gejala PK 3. Identifikasi PK yang dilakukan 4. Identifikasi akibat PK 5. Latih cara fisik 1: tarik nafas dalam 6. Masukkan ke dalam jadwal harian

No	Diagnosa	Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
		dengan cara : a. Fisik 1 : tarik nafas dalam b. Fisik 2 : memukul bantal c. Sosial verbal d. Spiritual e. Patuh minum obat		
			Setelah...pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara fisik 2 mengontrol PK : memukul bantal	SP II 1. Evaluasi SP I 2. Latih cara fisik 2 ; pukul bantal atau kasur 3. Masukan ke dalam jadwal harian
			Setelah...pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara sosial verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP III 1. Evaluasi SP II 2. Latih cara sosial verbal a. Ajarkan menolak dengan baik b. Ajarkan meminta dengan baik c. Ajarkan mengungkapkan dengan baik 3. Masukan ke dalam jadwal harian klien
			Setelah...pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara mengontrol PK dengan spiritual	SP IV 1. Evaluasi SP III 2. Latihan cara mengontrol PK : spiritual 3. Masukan ke dalam jadwal harian klien

No	Diagnosa	Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
			Setelah...pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara mengontrol PK dengan cara patuh minum obat	SP V 1. Evaluasi SP IV 2. Latih cara kontrol PK : patuh meminum obat dengan prinsip 5 Benar 3. Masukan ke dalam jadwal harian klien
3.	Isolasi Sosial	Klien Mampu : 1. Menyadari penyebab isolasi sosial 2. Berinteraksi dengan orang lain	Setelah...pertemuan klien mampu: 1. Membina hubungan saling percaya 2. Menyadari penyebab isolasi sosial, keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain 3. Melakukan interaksi dengan orang lain secara bertahap	SP I 1. Bina hubungan saling percaya a. Jelaskan tujuan pertemuan b. Tunjukkan sifat empati dari menerima klien apa adanya c. Beri perhatian kepada klien dan kebutuhan dasar klien 2. Identifikasi penyebab isolasi sosial 3. Tanyakan keuntungan dan kerugian berinteraksi dengan orang lain a. Tanyakan apa yang menyebabkan klien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain b. Diskusikan keuntungan bila klien memiliki banyak teman dan bergaul dengan orang lain c. Diskusikan kerugian bila klien hanya mengurung diri dan tidak bergaul dengan

No	Diagnosa	Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi
1	2	3	4	5
				orang lain d. Jelaskan pengaruh isolasi sosial terhadap kesehatan fisik klien 4. Latih berkenalan a. Jelaskan kepada klien cara berinteraksi b. Berikan contoh berinteraksi c. Beri kesempatan klien mempraktekan cara berinteraksi dengan orang lain d. Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh klien 5. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan klien
				SP II 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP I) 2. Latih berhubungan sosial secara bertahap 3. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan klien
				SP III 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP II) 2. Latih cara berkenalan dengan 2 orang atau lebih 3. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan klien.

7. Implementasi

Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (*here and now*). Perawat juga perlu mengevaluasi diri sendiri apakah mempunyai kemampuan interpersonal intelektual, dan teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Setelah tidak ada hambatan lagi, maka tindakan keperawatan bisa diimplementasikan.

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

8. Evaluasi

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

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

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP, yaitu sebagai berikut:

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

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

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

P : Tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons pasien.

Rencana tindak lanjut dapat berupa hal sebagai berikut:

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

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

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

1. PENGKAJIAN

A. Identitas Klien

Nama	: Ny. L
Umur	: 35 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Alamat	: Kp. Halimun Kec. Bungbulang
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Tanggal Pengkajian	: 26 April 2021
No. RM	:
Diagnosa Medis	: Skizofrenia Paranoid

B. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. O
Alamat	: Kp. Halimun Kec. Bungbulang
Hubungan Dengan Klien	: Suami

C. Riwayat Kesehatan

Keluarga klien Mengatakan sebelum dibawa berobat ke puskesmas klien sering mendengar suara atau bisikan bisikan yang menyuruh melakukan sesuatu, klien sering melamun bahkan berbicara sendiri pada saat bertemu, klien pernah marah marah sambilukul barang yang ada di sekitarnya.

D. Faktor Predisposisi

1. Riwayat Gangguan Jiwa

Keluarga klien mengatakan, klien belum pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya.

2. Riwayat Pengobatan

Keluarga klien mengatakan sebelum pengobatan di garut klien sering berobat di puskesmas.

3. Aniaya Fisik

Keluarga klien mengatakan klien tidak pernah melakukan penganiayaan selain menghancurkan barang ketika mengamuk.

4. Riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa

Keluarga klien mengatakan ada juga anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

E. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : Cukup baik

b. Tingkat Kesadaran : Cukup baik/composmentis GCS: 15

c. Tanda-Tanda Vital

TD: 120/70 mmHg

R: 23 x/menit

N: 89 x/menit

S: 36,0 °C

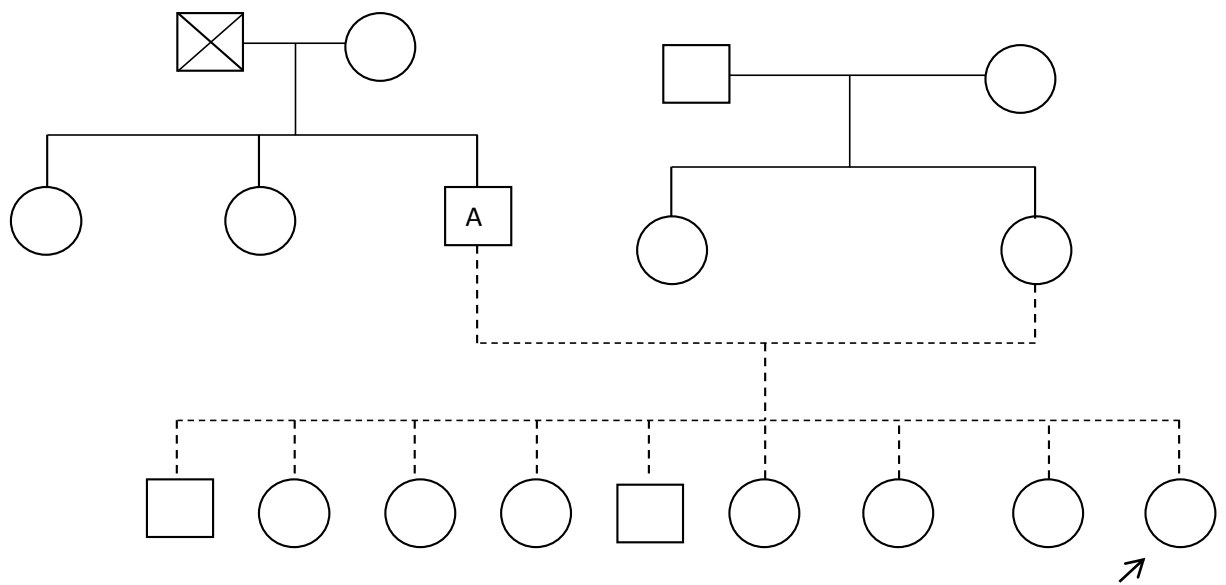
d. Antropometris

BB: 50 kg

TB: 152 cm

e. Kondisi Fisik : Terlihat baik tidak ada keluhan dari klien.

F. Genogram



Keterangan:

-  : Laki-laki
 : Perempuan
 : Tinggal serumah
 : Klien
 : Meninggal

Psikososial

- Didalam keluarga klien di temukan riwayat penyakit keturunan dengan riwayat gangguan jiwa

- Menurut klien jika ia menghadapi masalah kebiasaan klien lebih senang menyimpan masalah sendiri yang di hadapinya

- a. Konsep diri

- 1) Citra diri:

- Klien mengatakan tidak ada bagian tubuhnya yang tidak ia suka dan tidak ada yang paling disukai

- 2) Identitas:

- Klien mengatakan bahwa dirinya seorang perempuan dan sudah menikah

- 3) Ideal diri:

- Klien ingin segera sembuh dan tidak pernah mendengar suara suara

- 4) Peran:

- Klien mengatakan bahwa perannya sebagai seorang istri dan seorang ibu

- 5) Harga diri:

- Klien sudah berinteraksi dengan perawat dan keluarga seperti biasa.

- b. Hubungan Sosial

- 1) Orang terdekat dengan klien adalah anak-anaknya

- 2) Peran serta dalam kegiatan masyarakat (kegiatan kelompok), maupun berhubungan dengan orang lain.

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Pada saat di kaji klien nampak bisa bercengkrama dengan yang lain.

4) Spiritual

Klien beragama Islam, dan mengakui adanya Allah SWT, klien melaksanakan ibadah.

G. Status Mental

- a. Penampilan: klien tampak rapi, bersih
- b. Pembicaraan: Dalam pembicaraan dengan perawat, kadang bicara sendiri
- c. Aktivitas motorik: Klien tampak lemas
- d. Alam perasaan: Klien mengatakan sedih dan suka melamun jika mendengar kata kata hinaan.
- e. Efek: Klien dalam keadaan stabil.
- f. Interaksi selama wawancara: Klien tampak kooperatif kontak mata kadang mengalihkan pandangan jika di singgung masalahnya.
- g. Persepsi: Klien merasa mendengar suara suara bisikan aneh di siang hari sampai sore.
- h. Proses pikir: Tidak ada masalah.
- i. Isi pikir: Tidak memiliki gangguan
- j. Tingkat kesadaran: Tidak memiliki gangguan.
- k. Memori: Tidak memiliki gangguan.

- l. Tingkat konsentrasi dan berhitung: Tidak memiliki gangguan.
- m. Kemampuan penilaian: Klien dapat mengambil keputusan sederhana untuk dirinya.
- n. Daya tilik: Klien tidak mengingat penyakit yang di deritanya.

H. Aktivitas sehari hari

a. Makan

Klien makan dengan lancar dan tidak pilih pilih makanan, bisa menyiapkan makanan dan mencuci alat makanan yang sudah di pakai.

b. Pola eliminasi

Klien mampu BAB dan BAK secara mandiri

c. Personal hygiene

Klien mandi 2 x sehari, sikat gigi 2 x sehari dengan menggunakan odol, klien mampu mandi secara mandiri

d. Berpakaian

Klien mampu untuk menggunakan pakaian sendiri tanpa bantuan perawat

e. Istirahat tidur

Klien sulit untuk tidur siang namun pada malam hari klien dapat tidur pulas

f. Penggunaan obat

Klien dibantu dalam menyiapkan obat dan meminum obat secara teratur

g. Pemeliharaan kesehatan

Klien mau mengikuti pengobatan yang di jadwalkan

h. Aktivitas di rumah

Aktivitas di rumah klien mengurus rumah tangganya

i. Aktivitas di luar rumah

Klien mengatakan jarang beraktivitas di luar rumah

I. Mekanisme Koping

Adaptif : Berbicara dengan perawat.

Maladaptif : Berbicara dengan keluarga dan teman dekatnya.

J. Masalah Psikososial dan Lingkungan

a. Masalah dengan dukungan kelompok

Dalam kegiatan berkelompok klien kadang-kadang turut ikut berperan serta.

b. Masalah dengan lingkungan

Klien tidak mempunyai masalah dengan lingkungan sekitar.

c. Masalah dengan pendidikan

Klien mengatakan hanya tamatan SMA karena tidak mempunyai biaya jadi tidak bisa melanjutkan kejenjang selanjutnya.

d. Masalah dengan pekerjaan

Klien mengatakan tidak berkerja, hanya berkerja dirumah saja.

K. Kurang Pengetahuan Tentang Penyakit

Klien tidak mengetahui obat obatan yang diminum dan tidak tahu manfaat untuk apa dan klien tidak tahu penyakit yang di deritanya.

L. Aspek Medik

Terapi:	Haloperidol 1,5 mg	3 x 1
	THD 2 mg	3 x 1
	Vitamin B komplek	1 x 1
	Fridep	1 x 1

M. Daftar Masalah Keperawatan

- a. Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran
- b. Resiko tinggi perilaku kekerasan
- c. Gangguan sosial isolasi harga diri rendah

1. ANALISA DATA

Tanggal	Data	Masalah
26-04-2021	DS: Ny. L mengatakan sering mendengar bisikan bisikan -Keluarga membenarkan Ny. L saat ini sering mendengar bisikan-bisikan. -Keluarga mengatakan belum tahu mengatasi bila bisikan bisikan itu muncul. DO: - Keluarga tampak bingung.	Gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran
26-04-2021	DS: - Keluarga mengatakan Ny. L mudah marah-marah tanpa sebab nada bicara tinggi mudah tersinggung. - Keluarga mengatakan bila Ny. L marah- marah hanya dibiarkan saja, sebentar juga reda marahnya. DO: - Klien tampak bingung	Resiko tinggi perilaku kekerasan (Mencederai diri, keluarga, dan orang lain).

2. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Rasional
			Kriteria Evaluasi	Intervensi	
1	Gangguan sensori persepsi halusinasi	Klien mampu mengenali : a. Klien mampu mengontrol halusinasi b. Menghardik halusinasi c. Mengajak bercakap cakap dengan keluarga d. Melakukan aktivitas kebiasaan e. Patuhi minum obat-obatan.	Setelah pertemuan klien dapat menyebutkan -Isi, waktu, frekuensi, pencetus halusinasi -Mampu mempragakan cara mengontrol halusinasi	SP 1 Bantu klien mengenal halusinasi meliputi isi, waktu terjadinya, frekuensi, situasi pencetus dan perasaan saat terjadi halusinasi Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik tahapanya: -Jelaskan cara menghardik halusinasi -Peragakan cara menghardik -Minta klien mempragakan ulang -Pantau penerapan cara ini beri penguatan perilaku klien -Masukkan dalam jadwal kegiatan harian klien -Evaluasi kegiatan harian pasien	-Klien mengerti halusinasi dengan harapan menjadi tau bahwa yang didengar adalah tidak nyata dan menempatkan merubah persepsi klien kedalam nyata -Dengan Mengontrol cara klien menghardik diharapkan dapat melihat perkembangan dari gangguan halusinasi pendengaran -Dengan memasukkan kegiatan klien diharapkan semua kegiatan/perkembangan klien dapat tercatat dan bisa menjadi bahan untuk menggunakan cara hardik yang lain

			Setelah pertemuan klien mampu -Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan - Memperagakan cara berkomunikasi secara kooperatif dengan orang lain	SP 2 -Latih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain -Kegiatan klien dimasukkan dalam jadwal	-Klien dapat mengerti halusinasi dengan harapan klien menjadi tahu bahwa yang didengar tidaklah nyata dan klien dapat menempatkan kedalam nyata -Dengan mengontrol dan memberi penjelasan halusinasi dengan harapan klien dapat melawannya
			Setelah pertemuan	SP 3 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1 dan 2) 2. Latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul Tahapannya : a. Jelaskan pentingn ya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinas i b. Diskusikan aktivitas yang biasa	1. Evaluasi akan membantu untuk merencanakan selanjutnya 2. Melakukan kegiatan yang sesuai dengan kegiatan yang biasa dilakukan klien di rumah merupakan salah satu tindakan yang dapat mengendalikan halusinasi dan memasukan kegiatan klien di dalam jadwal harian klien membantu mempercepat klien dapat mengontrol halusinasi.

				dilakukan oleh klien - Latih klien melakukan aktivitas - Susun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai aktivitas yang telah dilatih dari bangun pagi sampai tidur lagi - Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap sikap klien yang positif	
			Setelah pertemuan ke klien mampu: - Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan dan - Menyebutkan manfaat dari program pengobatan.	SP 4 - Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1, 2 dan 3) - Tanyakan program pengobatan - Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada klien gangguan jiwa. - Jelaskan akibat bila putus obat - Jelaskan	- Evaluasi akan membantu untuk merencanakan selanjutnya - Menggunakan obat secara teratur merupakan salah satu tindakan yang dapat mengendalikan halusinasi - Memasukan kegiatan menggunakan obat secara teratur ke dalam jadwal harian klien membantu mempercepat

				cara mendapatkan obat atau berobat 6. Jelaskan pengobatan (5B) 7. Latih klien minum obat Masukan dalam jadwal harian klien.	klien dapat mengontrol halusinasi
2	Resiko perilaku kekerasan	Klien mampu : 1. Menyebutkan penyebab, tanda gejala, akibat PK 2. Menyebutkan jenis PK yang pernah dilakukan 3. Menyebutkan cara mengontrol PK dengan cara : a. Fisik 1 : tarik nafas dalam b. Fisik 2 :	Setelah pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan penyebab, tanda gejala, perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, dan akibat PK 2. Memperagakan cara fisik 1 : Tarik nafas dalam	SP I 1. Identifikasi penyebab PK 2. Identifikasi tanda gejala PK 3. Identifikasi PK yang dilakukan 4. Identifikasi akibat PK 5. Latih cara fisik 1: tarik nafas dalam Masukan ke dalam jadwal harian	1. Mengetahui penyebab PK 2. Mengetahui tanda gejala PK 3. Mengetahui PK yang dilakukan 4. Mengetahui rencana lanjut 5. Agar klien mampu mengontrol Agar kegiatan terjadwal

		memukul bantal c. Sosial verbal d. Spiritual Patuh minum obat	Setelah pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan Memperagakan cara fisik 2 mengontrol PK : memukul bantal	SP 2 1. Evaluasi SP I 2. Latih cara fisik 2 ; pukul bantal atau kasur 3. Masukan ke dalam jadwal harian.	1. Mengetahui sejauh mana kegiatan mampu dilakukan 2. Agar klien dapat mengontrol emosinya 3. Agar kegiatan terjadwal.
			Setelah pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan Memperagakan cara sosial verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan	SP 3 1. Evaluasi SP II 2. Latih cara sosial verbal a. Ajarkan menolak dengan baik b. Ajarkan memintakan dengan baik c. Ajarkan mengungkap dengan baik	1. Mengetahui sejauh mana kegiatan mampu dilakukan 2. Membantu mengontrol perilaku kekerasan secara sehat melalui tutur kata yang baik 3. Agar kegiatan terjadwal.

			Masukan ke dalam jadwal harian klien SP 4 1. Evaluasi SP III 2. Latihan cara mengontrol PK : spiritual 3. Masukan ke dalam jadwal harian klien.	1. Mengetahui sejauh mana kegiatan mampu dilakukan 2. Agar klien dapat mengontrol halusinasinya 3. Agar kegiatan terjadwal.
		Setelah pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara mengontrol PK dengan spiritual	SP 5 1. Evaluasi SP V 2. Latih cara kontrol PK : patuh meminum obat dengan prinsip 5 Benar 3. Masukan ke dalam jadwal harian klien	1. Mengetahui sejauh mana kegiatan mampu dilakukan 2. Agar klien dapat mengontrol halusinasinya 3. Agar kegiatan terjadwal

3. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
1	Gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran	Tanggal: 27-04-2021 Jam 09.00 WIB. SP 1 1. Membantu klien mengenal halusinasi : (isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi) 2. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik Tahapan tindakan meliputi : a. Menjelaskan cara menghardik b. Memperagakan cara menghardik c. Meminta klien mempragakan ulang d. Memantau penerapan cara ini, beri penguatan e. Memasukan dalam jadwal kegiatan klien.	Tanggal: 27-04-2021 Pukul: 09.10 S : - Klien mengatakan "saya masih sering mendengar suara-suara aneh, suara itu terdengar sedang tidur atau sedang sendiri dan saya merasa tidak tenang ketika suara itu datang. - Klien mengatakan "saya sudah bisa mempraktekan cara menghardik dengan cara tutup mata, tutup telinga lalu katakan "pergi-pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu" dan yakinkan dalam hati bahwa itu tidak nyata" O : - Klien tampak tenang dan kooperatif - Klien tampak melamun - Klien tampak tersenyum sendiri - Klien mau mempraktekan cara menghardik ke 1 A : SP I teratasi

		- Klien sudah dapat mengenal halusinasi sebagian seperti : (isi, waktu terjadi, frekuensi, situasi pencetus dan perasaan saat terjadi halusinasi) - Klien mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik P : Klien : - Belajar cara menghardik setiap jam 08.00 pagi Perawat: - Motivasi klien untuk mempraktekan cara menghardik apabila halusinasi itu muncul - Lanjut SP II (Latih bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul) - Masukkan dalam jadwal kegiatan klien. Tanggal: 27-04-2021 Jam : 09.20 SP 2 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu SP 1 2. Melatih bercakap-cakap apabila halusinasi itu datang 3. Menganjurkan klien untuk banyak berlatih dengan	- Klien sudah dapat mengenal halusinasi sebagian seperti : (isi, waktu terjadi, frekuensi, situasi pencetus dan perasaan saat terjadi halusinasi) - Klien mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik P : Klien : - Belajar cara menghardik setiap jam 08.00 pagi Perawat: - Motivasi klien untuk mempraktekan cara menghardik apabila halusinasi itu muncul - Lanjut SP II (Latih bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul) - Masukkan dalam jadwal kegiatan klien. Tanggal: 27-04-2021 Jam : 09.40 S : - Klien mengatakan “saya sering mempraktekan cara menghardik saat halusinasi itu
--	--	---	--

		orang lain 4. Memasukan dalam jadwal kegiatan sehari-hari.	muncul dengan cara tutup mata, tutup telinga lalu katakan “Pergi-pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu” dan yakinkan dalam hati bahwa semua itu tidak nyata “ - Klien mengatakan “saya harus melakukan cara yang ke 2 tentang bercakap-cakap dengan orang lain sesuai yang perawat ajarkan seperti bu/kakak saya mau mengobrol dengan ibu/kakak karena saya mendengar suara itu lagi” O : - Klien tampak tenang dan kooperatif - Klien mau bercakap-cakap dengan orang lain apabila halusinasi itu muncul A : SP II teratasi - Klien sudah dapat mengenal halusinasi - Klien mampu memperagakan cara menghardik halusinasi - Klien sudah bisa bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi datang
--	--	--	---

		Tanggal: 27-04-2021 Jam : 09.50 SP 3 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan 2) 2. Melatih kegiatan agar halusinasi tidak muncul Tahapannya : a. Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi b. Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh klien c. Melatih klien melakukan aktivitas d. Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai aktivitas yang telah dilatih dari bangun pagi sampai tidur lagi e. Memantau pelaksanaan	P : Klien : - Belajar cara menghardik halusinasi dan bercakap-cakap dengan orang lain setiap jam 8 pagi Perawat : - Lanjut SP III (Latih dengan cara melakukan kegiatan atau aktivitas sehari-hari seperti merapihkan tempat tidur agar halusinasi tidak muncul) - Masukan dalam jadwal kegiatan klien. Tanggal: 27-04-2021 Jam : 10.00 S : - Klien mengatakan “saya sering mempraktekan cara menghardik saat halusinasi itu muncul dengan cara tutup mata, tutup telinga lalu katakan “Pergi-pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu” dan yakinkan dalam hati bahwa semua itu tidak nyata “ - Klien mengatakan “saya selalu melakukan cara yang ke 2 untuk
--	--	--	---

		jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap sikap klien yang positif.	mencegah halusinasi itu muncul yaitu saya harus bercakap-cakap dengan orang lain” - Klien mengatakan “saya harus melakukan cara yang ke 3 yaitu saya harus melakukan aktivitas sehari-hari yang positif untuk mencegah halusinasi datang kembali sesuai yang suster ajarkan kepada saya seperti apabila suara itu datang pada waktu malam hari, saya harus bangun dan segera melaksanakan sholat malam, mengaji atau berdzikir atau jika pada waktu siang hari aktivitas yang saya lakukan ketika suara itu muncul yaitu dengan cara merapihkan tempat tidur”. O : - Klien tampak tenang dan kooperatif - Klien tampak tersenyum sendiri - Klien mau mempraktekan cara yang ke 3 A : SP III teratasi - Klien sudah dapat
--	--	--	---

		mengenal halusinasi - Klien mampu memperagakan cara menghardik halusinasi - Klien sudah bisa bercakap-cakap saat halusinasi datang - Klien sudah bisa melakukan aktivitas sehari-hari untuk mencegah halusinasi itu datang. P : Klien : - Belajar cara melakukan aktivitas sehari-hari ketika malam hari setiap halusinasi itu muncul Perawat : - Lanjut SP IV (Jelaskan pentingnya penggunaan obat, akibat bila putus obat, cara mendapatkan obat dan penggunaan obat 5B) - Masukkan dalam jadwal kegiatan klien Tanggal: 27-04-2021 Jam : 10.10 SP 4 1. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP1,2 dan 3) 2. Menanyakan program pengobatan	mengenal halusinasi - Klien mampu memperagakan cara menghardik halusinasi - Klien sudah bisa bercakap-cakap saat halusinasi datang - Klien sudah bisa melakukan aktivitas sehari-hari untuk mencegah halusinasi itu datang. P : Klien : - Belajar cara melakukan aktivitas sehari-hari ketika malam hari setiap halusinasi itu muncul Perawat : - Lanjut SP IV (Jelaskan pentingnya penggunaan obat, akibat bila putus obat, cara mendapatkan obat dan penggunaan obat 5B) - Masukkan dalam jadwal kegiatan klien Tanggal: 27-04-2021 Jam : 10.20 S : - Klien mengatakan “saya sudah bisa dan suka
--	--	--	---

		3. Menjelaskan pentingnya penggunaan obat pada pasien gangguan jiwa. 4. Menjelaskan akibat bila putus obat 4. Menjelaskan cara mendapatkan obat atau berobat 5. Menjelaskan pengobatan (5B) 6. Melatih klien minum obat 7. Memasukan dalam jadwal harian klien.	mempraktekan cara menghardik halusinasi dengan tutup mata tutup telinga lalu katakana “Pergi-pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu” dan yakinkan dalam hati bahwa itu tidak nyata “ - Klien mengatakan “saya suka bercakap-cakap dengan orang lain apabila halusinasi itu muncul” - Klien mengatakan “saya suka melakukan aktivitas sehari-hari untuk mencegah terjadinya halusinasi, saya suka sholat malam, mengaji dan berdzikir atau jika pada waktu siang hari aktivitas yang saya lakukan ketika suara itu muncul yaitu dengan cara merapihkan tempat tidur“ - Klien mengatakan “ saya sudah mengerti tentang pentingnya minum obat dan apa akibat apabila obat tidak diminum” O : - Klien tampak tenang dan
--	--	--	--

			kooperatif - Klien tampak melamun - Klien mau minum obat secara teratur A : - Klien sudah dapat mengenal halusinasi - Klien mampu memperagakan cara menghardik halusinasi - Klien sudah bisa bercakap-cakap saat halusinasi datang - Klien sudah bisa melakukan aktivitas sehari-hari untuk mencegah halusinasi itu datang - Klien sudah paham tentang pentingnya minum obat dan akibat apabila tidak minum obat P : Klien : - Belajar kembali cara menghardik halusinasi - Belajar cara bercakap-cakap dengan orang lain apabila halusinasi muncul - Belajar melakukan aktivitas sehari-hari untuk mencegah halusinasi - Belajar untuk selalu minum obat
--	--	--	---

2	Resiko Perilaku Kekerasan	Tgl : 28/04/2021 Jam :09.00 SP I 1. Mengidentifikasi penyebab PK 2. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK 3. Mengidentifikasi PK yang dilakukan 4. Melatih cara fisik 1 : tarik nafas dalam Memasukan ke dalam jadwal harian	secara teratur Perawat : Masukan dalam jadwal harian klien. Tgl : 28/04/2021 Jam :09.10 S : - Klien mengatakan kadang-kadang suka merasa kesal, jengkel,dan ingin marah tanpa alasan yang jelas - Klien mengatakan sudah bisa mempraktekan cara mengontrol emosi dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam O : - Klien tampak tenang dan kooperatif - Klien dapat menyebutkan penyebab PK - Klien dapat menyebutkan tanda gejala PK - Klien dapat menyebutkan PK yang dilakukan - Klien mau mempraktekan cara fisik 1 : tarik nafas dalam A : - Masalah teratasi P : - Lanjut SP II (Latih cara fisik 2 :
---	----------------------------------	---	--

		memukul bantal) Tgl : 28/04/2021 Jam :09.20 SP II 1. Mengevaluasi SP I 2. Melatih cara fisik 2 : memukul bantal atau kasur 3. Memasukkan dalam jadwal harian klien	Tgl : 28/04/2021 Jam :09.30 S: - Klien mengatakan “suka memukul-mukul tembok ketika tidak bisa mengontrol emosi” - Klien mengatakan “saya masih ingat cara mengontrol emosi dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam dan saya suka melakukannya ketika emosi saya tidak dapat dikontrol” - Klien mengatakan “Iya saya bisa mempraktikkan cara mengontrol emosi yang kedua dengan cara fisik 2 yaitu memukul bantal” O : - Klien tampak tenang dan kooperatif - Klien tampak bisa mempraktikkan cara mengontrol emosi dengan cara fisik 2 yaitu memukul bantal A : - Masalah teratasi P : Lanjutkan intervensi SP III cara mengontrol emosi dengan sosial
--	--	---	--

			verbal
--	--	--	--------

4. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : Ny. L Dx. Medis : Skizofrenia

Paranoid

Umur : 35 th Ruang : Puskesmas

Sindangratu

Jenis Kelamin : Perempuan

No	Tgl&Jam	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
1	27-04-2021 Jam 13.00	Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran	S : Klien mengatakan “ Ketika saya mendengar suara-suara, saya harus tutup mata, tutup telinga lalu katakan “Pergi-pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu” dan yakinkan dalam hati bahwa semua itu tidak nyata dan saya harus bercakap-cakap dengan orang lain apabila halusinasi itu datang” O : - Klien tampak tenang - Klien mau melakukan cara mengontrol halusinasi cara ke 1 dan 2 - Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi ketika halusinasi itu datang. A : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran SP 1 dan SP 2 P : a. Bantu klien mengenal halusinasi : (isi, frekuensi, waktu,	Soni H

			situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi) b. Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik c. Latih bercakap-cakap apabila halusinasi itu datang d. Anjurkan klien untuk banyak berlatih dengan orang lain e. Masukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari I : a. Membantu klien mengenal halusinasi : (isi, frekuensi, waktu, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi) b. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, yaitu tutup mata, tutup telinga lalu katakan "Pergi- pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu" dan yakinkan dalam hati bahwa semua itu tidak nyata c. Melatih klien agar bercakap-cakap dengan orang lain apabila halusinasi itu muncul d. Memasukkan dalam jadwal kegiatan klien E : SP 1 dan SP 2 tercapai R : Perawat : - Lanjut SP 3 - Evaluasi kembali kegiatan yang lalu SP 1 dan SP 2 cara menghardik	
--	--	--	--	--

	27-04-2021 Jam 13.00		- Masukan dalam jadwal kegiatan klien Klien : Latih cara menghardik sesuai jadwal S : Klien mengatakan “ Ketika saya mendengar suara-suara yang menyuruh untuk saya untuk memukul orang lain, saya harus tutup mata, tutup telinga lalu katakan “Pergi-pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu” dan yakinkan dalam hati bahwa semua itu tidak nyata, kemudian harus bercakap-cakap dengan orang lain dan harus melakukan aktivitas sehari-hari supaya halusinasi itu tidak muncul “ O : - Klien tampak tenang - Klien mau melakukan cara mengontrol halusinasi cara ke 1 ,2 dan 3 - Klien dapat melakukan cara mengontrol halusinasi ketika halusinasi itu datang. - Klien dapat melakukan aktivitas sehari-hari untuk mencegah halusinasi itu muncul A : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran SP 1, 2 dan 3 P : a. Evaluasi kegiatan yang lalu (1 ,2 dan 3) b. Latih kegiatan sehari-hari agar halusinasi tidak muncul	Soni H
--	-------------------------	--	---	--------

			c. Masukan dalam jadwal harian klien I : a. Membantu klien mengenal halusinasi : (isi, frekuensi, waktu, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi) b. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, yaitu tutup mata, tutup telinga yakinkan dalam hati bahwa semua itu tidak nyata c. Melatih klien agar bercakap-cakap dengan orang lain apabila halusinasi itu muncul d. Melatih klien melakukan kegiatan sehari-hari supaya halusinasi tidak muncul e. Memasukan dalam jadwal kegiatan klien E : SP 3 tercapai R : Perawat : - Lanjut SP 4 - Evaluasi kembali kegiatan yang lalu SP 1,2 dan 3 cara mengontrol halusinasi - Masukan dalam jadwal kegiatan klien Klien : - Latih cara mengontrol halusinasi sesuai jadwal	
--	--	--	--	--

	27-04-2021 Jam 13.00		S : Klien mengatakan “ Ketika saya mendengar suara-suara yang menyuruh untuk memukul orang lain, saya harus tutup mata, tutup telinga lalu katakana “Pergi- pergi saya tidak mau dengar, kamu suara palsu” dan yakinkan dalam hati bahwa semua itu tidak nyata, kemudian harus bercakap-cakap dengan orang lain, harus melakukan aktivitas sehari-hari supaya halusinasi itu tidak muncul dan harus teratur dalam minum obat “ O : - Klien tampak tenang - Klien mau melakukan cara mengontrol halusinasi cara ke 1 ,2, 3 dan 4 - Klien dapat melakukan cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain halusinasi ketika halusinasi itu datang. - Klien dapat melakukan kegiatan sehari-hari untuk mencegah halusinasi itu muncul - Klien mau minum obat secara teratur A : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran SP 1, 2, 3 dan 4 P : a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1,2 dan 3) b. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada klien gangguan jiwa. c. Jelaskan akibat bila putus obat	Soni H
--	-------------------------	--	--	--------

			d. Jelaskan cara mendapatkan obat atau berobat e. Jelaskan pengobatan (5B) f. Latih pasien minum obat g. Masukan dalam jadwal harian klien I : a. Mengevaluasi kegiatan yang lalu (SP1,2 dan 3) b. Menjelaskan pentingnya penggunaan obat pada klien gangguan jiwa. c. Menjelaskan akibat bila putus obat d. Menjelaskan cara mendapatkan obat atau berobat e. Menjelaskan pengobatan (5B) f. Melatih klien minum obat g. Memasukan dalam jadwal harian klien E : SP 4 tercapai R : Perawat : - Evaluasi kembali kegiatan yang lalu SP 1, 2, 3 dan 4 cara mengontrol halusinasi - Masukan dalam jadwal kegiatan klien. Klien : Latih cara mengontrol halusinasi sesuai jadwal.	
2	27-04-2021 Jam 13.15	Resiko Perilaku Kekerasan	S : - Klien mengatakan “Sekarang perasaan saya sudah tenang”	Soni H

			- Klien mengatakan “akibat dari saya suka ingin marah tanpa alasan yang jelas karena dipikiran saya selalu ada yang menyuruh saya untuk memukul orang lain sehingga saya selalu ingin marah-marah dan emosi” - Klien mengatakan “iya, saya bisa dan sering melakukannya cara mengontrol emosi dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam” O : - Klien tampak tenang dan kooperatif - Klien dapat menyebutkan tanda gejala PK - Klien dapat menyebutkan akibat dari pk yang dilakukan - Klien tampak bisa memperagakan cara mengontrol emosi dengan cara tarik nafas dalam A : Resiko Perilaku Kekerasan P : SP 1 - Identifikasi penyebab PK - Identifikasi tanda gejala PK - Identifikasi PK yang dilakukan - Identifikasi akibat PK - Latih cara fisik 1 : tarik nafas dalam - Masukkan ke dalam jadwal kegiatan klien I : SP I - Mengidentifikasi	
--	--	--	---	--

	27-04-2021 Jam 13.15		penyebab PK - Mengidentifikasi tanda gejala PK - Mengidentifikasi PK yang dilakukan - Mengidentifikasi akibat PK - Melatih cara fisik 1 : tarik nafas dalam - Memasukan ke dalam kegiatan klien E : Masalah teratasi R : Lanjut SP II - Latih cara fisik 2 : memukul bantal Masukan dalam jadwal kegiatan klien. S : - Klien mengatakan “ saya masih ingat cara fisik 1 untuk mengontrol emosi dengan cara tarik nafas dalam, saya sudah bisa dan sering melakukannya” - Klien mengatakan “ iya saya juga sudah bisa cara mengontrol emosi dengan cara fisik 2 yaitu memukul bantal” O : - Klien tampak tenang dan kooperatif - Klien tampak bisa melakukan cara mengontrol emosi dengan cara fisik 2 yaitu memukul bantal A : Resiko Perilaku Kekerasan P : SP II - Evaluasi kegiatan lalu (SP I) - Latih cara fisik 2 : memukul bantal	Soni H
--	-------------------------	--	---	--------

			- Masukan ke dalam jadwal kegiatan klien I : SP II - Mengevaluasi kegiatan lalu (SP I) - Melatih cara fisik 2 : memukul bantal - Memasukan ke dalam jadwal kegiatan klien E : Masalah teratasi R : Lanjutkan SP III cara mengontrol emosi dengan sosial verbal.	
--	--	--	---	--

5. PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini, penulis membahas tentang masalah yang didapatkan selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. L di Puskesmas Sindang Ratu selama dua hari. Masalah yang ditetapkan berupa kesenjangan antara teori dengan keadaan lapangan, serta faktor yang mendukung dan menghambat selama pemberian asuhan keperawatan, pada lien dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Dengar, dari mulai pengkajian sampai dengan evaluasi.

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian, penulis melakukan anamnesa baik kepada klien sendiri maupun keluarganya mengenai identitas klien, identitas penanggung jawab, alasan masuk, faktor predisposisi,

serta melakukan pemeriksaan fisik, dan pada saat pengkajian tidak menemukan hambatan.

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

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

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

- a. Produktivitas menurun
- b. Mudah marah dan tersinggung
- c. Keluhan-keluhan fisik
- d. Pandangan hidup terpolarisasi
- e. Mengingkari kemampuan diri sendiri
- f. Mengejek diri sendiri
- g. Mencederai diri sendiri
- h. Ketegangan peran
- i. Khawatir

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada Ny. L dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi dengar yang mungkin muncul ada 2 diagnosa dan sesuai dengan kasus yang penulis temukan yaitu:

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

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

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

Untuk masalah keperawatan yang muncul pada saat pengkajian tidak semuanya sesuai dengan teori pada laporan ini, karena dalam merumuskan masalah keperawatan harus sesuai dengan keluhan-keluhan yang didapatkan dari klien, pemeriksaan fisik dan observasi perilaku klien secara langsung.

3. Perencanaan

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

Dalam perencanaan, penulis tidak mengalami kesulitan yang berarti, baik dalam melakukan hubungan dengan klien maupun dalam melakukan penyusunan masalah yang dialami klien, hal ini dikarenakan klien yang hanya mengalami kondisi halusinasi

dengar yang dapat ditangani dengan cara menumbuhkan rasa percaya kepada klien.

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

- a. Adanya hubungan yang tercipta secara baik antara klien dengan penyusun, sehingga perencanaan yang dilakukan dan disetujui oleh klien.
- b. Tersedianya sumber daya yang menunjang dalam penyusun studi kasus yang menyusun laksanakan sehingga dapat membantu penyusun dalam melakukan perencanaan.
- c. Adanya pihak yang dapat membantu dalam proses perencanaan sehingga memudahkan dalam proses perencanaan, seperti pihak keluarga dan suami yang memberikan kesempatan bagi penyusun untuk melakukan studi kasus.

4. Pelaksanaan/Implementasi

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

5. Evaluasi

Evaluasi dapat dilihat dari hasil tindakan dan membandingkannya dengan tujuan atau kriteria evaluasi, apakah masalah dapat diatasi atau belum. Dalam kenyataannya masalah yang dihadapi klien dapat dicapai yaitu: Baik ancaman integritas/halusinasi sudah berkurang baik akan sifat, jumlah maupun waktu, perilaku klien menunjukkan kemajuan, klien mulai belajar mengendalikan halusinasi dan mengikuti terapi di rumah, klien mulai menyadari perlunya berada bersama keluarga/orang lain untuk mengusir halusinasinya.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. L dengan perubahan sensori persepsi: halusinasi pendengar dari tanggal 27 April sampai 28 April 2021, maka dapat diambil kesimpulan berikut ini:

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

6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien Ny. L dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Paranoid.

B. REKOMENDASI

Berdasarkan kesimpulan diatas dan mengingat masih ada rencana yang belum terselesaikan, maka penulis memberikan rekomendasi sebagai berikut:

1. Perawat Puskesmas Sindang Ratu. Agar perawatan klien dengan halusinasi mencapai hasil yang optimal, maka perlu dilakukan tindakan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan jiwa, perawat tidak terkonsentrasi oleh pekerjaan rutin sehingga kemajuan perkembangan klien kurang terdukung. Terapi aktivitas kelompok sebaiknya dilakukan secara rutin agar kesadaran dan persepsi klien tentang lingkungan maupun dirinya terdukung.

2. Pihak Keluarga

Mempertahankan dan mengingatkan kepada keluarga agar perhatiannya terhadap klien dengan mengunjungi klien minimal satu minggu sekali, dan mengajak untuk mengikuti kegiatan yang ada di rumah jika klien sudah pulang nanti serta mau menerima kembali klien setelah dirawat di rumah sakit, serta selalu membantu klien agar minum obat secara rutin. Juga agar keluarga melibatkan klien pada kegiatan sehari-hari di rumah, agar klien tidak melamun lagi guna menghindari kondisi yang mendorong timbulnya kembali halusinasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Muhith, 2015. *Teori dan aplikasi pendidikan keperawatan jiwa*:Yogyakarta.
- AH. Yusuf dkk. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta : Salemba Medika
- Azizah, Ma'rifatul Lilik dkk. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Damaiyanti, Mukhrisah dan Iskandar. 2012. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- Departemen Kesehatan RI (2014). *Buku Pedoman Asuhan Keperawatan Jiwa, Teori dan Tindakan Keperawatan*.
- Iyus, Yosep, 2011. *Keperawatan Jiwa*, Edisi 4, Jakarta : Refika Aditama
- Keliat, B.A, dkk (2016). *Proses Keperawatan Jiwa*, Jakarta: EGC.
- Mansjoer, Arif, (2011). *Kapita Selekta Kedokteran* Edisi Ke 3 Jilid I Medika Aesculavius, FKUI.
- Maramis, W.F, (2015). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa Edisi Ke 7* Surabaya: Erlangga Univercity Press.
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Andi.
- Riskesdas. 2018. *Hasil Utama Riskesdas 2018* : Jakarta : Balitbang Kemenkes RI
- Sadock BJ, Kaplan HI, Grebb JA. 2014, *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatri*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Stuart, G.W, (2016). *Buku Saku Keperawatan* Edisi Ke 5. Jakarta: EGC.
- Suliswati, dkk (2015). *Konsep Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Townsend, M.C (2014). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan pada Psikiatri Alih Bahas* Edisi Ke 3. Jakarta: EGC.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas

Nama : Soni Hidayat

Jenis Kelamin : Laki-laki

Tempat Tanggal Lahir : Garut, 06 Juni 2000

Agama : Islam

Status : Belum menikah

Alamat : Kp. Garawangsa RT/RW 03/01 Desa.
Sindangprabu Kec. Wanaraja Kab. Garut

B. Riwayat Pendidikan

- | | |
|------------------------------|-----------------|
| 1. SDN Sindangmekar III | Tahun 2006-2012 |
| 2. SMPN 1 Sucinaraja | Tahun 2012-2015 |
| 3. SMA 18 Garut | Tahun 2015-2018 |
| 4. STIKes Karsa Husada Garut | Tahun 2018-2021 |

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK)

PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN SENSORI PERSEPSI :

HALUSINASI PENDENGARAN

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi klien:

DS :

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

DO :

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

2. Diagnosa keperawatan:

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Keperawatan

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

- c. Klien mengikuti program pengobatan secara optimal

4. Tindakan Keperawatan

- a. Membantu klien mengenal halusinasinya

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

- b. Melatih klien dengan cara mengontrol halusinasi

Dapat dilakukan dengan empat cara :

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

- c. Membantu klien mengenal PK

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

- d. Melatih klien dengan cara mengontrol PK

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

B. Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Halusinasi

Tujuan tindakan untuk pasien meliputi:

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

SP 1 Pasien :

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

Orientasi:

”Selamat siang Bu, Nama saya Soni Hidayat saya senang dipanggil Soni. Nama ibu siapa? Ibu senang dipanggil apa”

”Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apa keluhan ibu saat ini”

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

Kerja:

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

”Apa yang ibu rasakan pada saat mendengar suara itu? Apakah ibu bisa mengenali suara tersebut?

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

”Bu, ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang ke empat minum obat dengan teratur.”

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

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

Terminasi:

”Bagaimana perasaan ibu setelah peragaan latihan tadi? ”Kalau suara-suara itu muncul lagi, silakan coba cara tersebut! bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya? Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua? Jam berapa? Bagaimana kalau nanti jam 09:20? Berapa lama kita akan berlatih?Dimana tempatnya”

”Baiklah, sampai jumpa ibu”.

SP 2 Pasien :

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

Orientasi:

“Selamat siang ibu? Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul ? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih? Berkurangan suara-suaranya Bagus! Sesuai janji kita saya akan latih cara kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kita akan latihan selama 10 menit. Mau di mana? Di sini saja?

Kerja:

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

Terminasi:

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

bercakap-cakap? Nah nanti lakukan secara teratur serta sewaktu-waktu suara itu muncul! Nanti saya akan ke mari lagi. Bagaimana kalau kita latihan cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal? Mau Kapan? Bagaimana kalau besok jam 09:00 siang? Mau di mana/Di sini lagi? Sampai nanti ya. Selamat siang”

SP 3 Pasien :

Mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal

Orientasi:

“Selamat siang ibu, Masih ingat dengan saya bu? Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah suara-suarnya masih muncul ? Apakah sudah dipakai dua cara yang telah kita latihan ? Bagaimana hasilnya ? Bagus! Sesuai janji kita, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan terjadwal. Mau di mana kita bicara? Baik kita duduk di ruang tamu. Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 10 menit? Baiklah.”

Kerja:

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

Terminasi:

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

SP 4 Pasien :

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

Orientasi:

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

Kerja:

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

Terminasi:

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

LEMBAR BIMBINGAN
KARYA TULIS ILMIAH STIKes KARSA HUSADA GARUT

Nama : SONI HIDAYAT
 NIM : KHGA18164
 Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa PADA Ny. L DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID DI PUSKESMAS SINDANG RATU
 Pembimbing : Tanti Suryawantie, Ns., M.H.Kes

No	Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing	Tanda Tangan Mahasiswa
1	24/07/21	BAB I	- Cari kasus terbanyak masalah keperawatan jiwa		
2	26/07/21	BAB I	- ACC		
3	28/07/21	BAB II	- Buat Askep selengkap mungkin		
4	29/07/21	BAB II	- Pohon masalah dibuat		
5	31/07/21	BAB III	- Pengkajian lengkapi		

6	02/08/21	BAB III BAB IV	- ACC - Pembahasan dibuat		
7	04/08/21	BAB IV	- ACC - Lengkapi Draft		
8	05/08/21		- ACC Sidang KTI		