

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

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

**Disusun Oleh :**

**RAFLI ABDUL MALIK**  
**KHGA20118**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT  
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
2023**

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

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

**PENYUSUN : RAFLI ABDUL MALIK**

**NIM : KHGA20118**

## **KARYA TULIS ILMIAH**

Karya Tulis Ilmiah ini Disetujui Untuk Disidangkan Di Hadapan  
Tim Penguji Program Studi D – III Keperawatan  
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2023  
Pembimbing

**Wahyudin, S.Kp.,M.Kes**

## LEMBAR PERSETUJUAN

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

**PENYUSUN : RAFLI ABDUL MALIK**

**NIM : KHGA20118**

Garut, September 2023

Mengesahkan,

Penguji I

Penguji II

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

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

Mengetahui,

Ketua Prodi D III Keperawatan  
STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing  
Karya Tulis Ilmiah

**K. Dewi Budiarti, M.Kep**

**Wahyudin, S.Kp.,M.Kes**

## ABSTRAK

### ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.Y DENGAN GANGGUAN PRESEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT

RAFLI ABDUL MALIK  
KHG.A.20118

#### IV Bab, 76 Halaman, 4 Tabel, 1 Gambar

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y Dengan Gangguan Presepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut”, penulis merasa tertarik untuk melakukan studi kasus pada klien halusinasi pendengaran, karena halusinasi pendengaran merupakan gejala yang sering ditemukan pada penderita gangguan jiwa khususnya skizofrenia. Tujuan dari pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah penulis dapat mengetahui, memahami serta dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan gangguan persepsi sensorial halusinasi pendengaran. Karya tulis ini menggunakan metode studi kasus. Penelitian dilaksanakan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut. Dengan partisipan 1 orang dengan diagnosa *skizofrenia simplek* dengan gangguan persepsi sensorial halusinasi pendengaran. Hasil yang dilakukan klien dapat mengenal halusinasi yang di alaminya, dapat mengontrol halusinasi dengan 4 cara yaitu mengahardik, bercakap-cakapan dengan orang lain, melakukan aktivitas sesuai jadwal, dan dapat menjalankan terapi obat dengan benar. Kerja sama antara tim kesehatan dan keluarga klien sangat di perlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan. Kesimpulan dari hasil asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien teratasi, dengan masalah gangguan persepsi sensorial halusinasi pendengaran. Maka diharapkan ada kerjasama dari berbagai pihak terkait kesehatan jiwa pada klien supaya klien bisa kembali beraktifitas dan menjalani kehidupan yang lebih baik.

Kata kunci (*Key Word*) : *Askep, Halusinasi Pendengaran, Skizofrenia Paranoid*  
Daftar Pustaka : 10 Sumber (2012-2022)

## **KATA PENGANTAR**

Segala puji dan syukur penyusun panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. y Dengan Gangguan persepsi sensorik : halusinasi pendengaran Dengan Diagnosa skizofrenia paranoid Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut” ini tepat pada waktunya.

Penyusun menyadari bahwa tanpa adanya bantuan dan peran serta dari semua pihak, karya tulis ini tidak dapat terwujud sesuai dengan yang diharapkan. Oleh karena itu, penyusun mengucapkan terimakasih terhadap semua pihak yang telah membantu penyusun dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, khususnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Bapak Wahyudin, S.Kp., M.Kes selaku Pembimbing yang telah memberi dukungan serta arahan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Tanti Suryawantie S.Kep,Ns,M.H.Kes selaku penguji satu dan Bapak Gin Gin Sugih Permana S.Kep,M.H.Kes selaku penguji dua untuk saran dan masukannya yang berarti bagi penulis
7. Seluruh Staf Dosen Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan Ilmu dan pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Staf Administrasi dan Perpustakaan yang telah membantu dalam kelancaran penulis selama proses pendidikan dan selama penyusunan karya tulis ilmiah.
9. Kepada Tn.Y yang telah bersedia bekerja sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Terimakasih khususnya kepada almarhum Ayah saya Dayat Hidayat dan Ibu saya Wiwi Tarwiyah terimakasih telah menjadi orangtua yang luar biasa untuk saya, yang bisa membesarkan saya, mencintai saya sepenuh hati, dan selalu mendoakan saya serta selalu mendukung saya.
11. Teruntuk teman-teman saya rian, galang rambu anarqi, helmi setiabudi, rizki nugraha,yulia eka setiani terimakasih telah menemani saya selama perkuliahan ini, terimakasih selalu mensupport penulis tiada henti, selalu

memberikan motivasi, semoga pertemanan ini terus berjaln hingga nanti,  
Aamiin.

12. Terimakasih untuk tulip family yang selalu mendukung dan mensupport dalam penulisan.

13. Seluruh teman seperjuangan khususnya kelas 3C dan angkatan XXVII D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang tidak bisa disebutkan satu persat “ semoga kita bahagia dan menjadi orang-orang sukses Aamiin”.

14. Penyusun menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini jauh dari kata sempurna, untuk itu saya mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca untuk kelengkapan karya tulis ilmiah ini.

Akhir kata, saya ucapkan semoga karya tulis ilmiah ini bisa bermanfaat bagi kita semua.

Garut, Juni 2023

Penyusun

Rafli Abdul Malik

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>i</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xi</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan .....	4
C. Metode Telaah .....	5
D. Sistematika penulisan .....	6
<b>BAB II TINJAUAN TEORI.....</b>	<b>8</b>
A. Konsep Dasar.....	8
1. Konsep Skizofrenia .....	8
2. Konsep Halusinasi .....	15
3. Konsep Prilaku Kekerasan .....	24
<b>BAB III TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>48</b>
A. Tinjauan kasus .....	48
B. Analisa data .....	57
C. Diagnosa Keperawatan .....	58



D. Pohon masalah .....	58
C. Intervensi keperawatan .....	59
D. Implementasi .....	61
E. Catatan perkembangan .....	63
F. Pembahasan .....	71
<b>BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....</b>	<b>74</b>
A. Kesimpulan .....	74
B. Rekomendasi .....	75

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tahapan Halusinasi.....	19
Tabel 2.3 Rentang adaptif sampai maldaptif.....	20
Tabel 3.1 Pohon Masalah.....	27
Tabel 3.2 Respon.....	29

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Genogram.....	53
--------------------------	----

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seseorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Adapun kondisi perkembangan yang tidak sesuai pada individu disebut gangguan jiwa (UU No. 18 tahun 2014).

Menurut World Health Organization (WHO, 2016) mengemukakan terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena demensia. Di Indonesia dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan produktifitas manusia untuk jangka Panjang.

Gangguan jiwa adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa, yang menimbulkan penderitaan pada individu atau hambatan dalam melaksanakan peran sosial (Depkes RI 2020).

Menurut data riskesdas 2018, melaporkan bahwa wilayah Jawa Barat memiliki tingkat prevalensi gangguan jiwa berat atau skizofrenia 5 per mil,

yang disini artinya ada 5 kasus dalam 1.000 mil penduduk yang mengalami gangguan jiwa berat. Tiga perempat dari jumlah schizoprenia umumnya dimulai pada usia 16 sampai dengan 25 tahun pada laki laki, dan untu perempuan biasanya dari usia 25-30 tahun, adapun faktor pemcetus schizoprenia adalah strees bisa disebabkan karena faktor ekonomi dan beban hidup yang sedang dijalani, kemudian faktor keluarga sedarah

Menurut hasil penelitian (Widianti, Keliat, & Wardhani) aplikasi terapi spesialis keperawatan jiwa pada pasien Skizofrenia adalah dengan menggunakan metode studi serial kasus dengan kombinasi tujuh paket terapi. Kombinasi terapi individu (terapi kognitif perilaku dan logoterapi ), terapi kelompok (terapi suportif kelompok) dan terapi keluarga (psikoedukasi keluarga) mampu menurunkan gejala, meningkatkan kemampuan pasien resiko perilaku kekerasan. Hasil terapi spesialis keperawatan jiwa ini menunjukkan adanya penurunan tanda dan gejala, peningkatan kemampuan pasien. Kombinasi terapi individu, terapi kelompok, dan terapi keluarga sangat tepat diberikan pada pasien gangguan jiwa khususnya pasien perilaku kekerasan dan perlu penelitian lebih lanjut (Widianti, Keliat, & Wardhani 2017).

Sedangkan data menurut dari Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. Terdapat peningkatan jumlah orang dengan gangguan jiwa menjadi 3945 orang dengan 155 orang gangguan mood atau bipolar (Dinas Kesehatan Garut

No.	Kode Diagnosa	Diagnosa Penyakit	Jumlah (orang)			Jumlah seluruh
			0-14 th	15-59 th	>60 th	
1.	F.22	Skizofrenia	65	1.273	130	1.468
2.	F.32-F.40	Gangguan Campuran Ansietas dan Depresi	72	724	358	1.154
3.	F.40	Gangguan Ansietas	-	494	164	658
4.	F.21	Gangguan Psikotik Akut	-	214	5	219
5.	F.30-39	Gangguan Depresi	3	152	3	155
6.	F.51.0	Insomnia	-	110	29	139
7.	F.45	Gangguan Somatoform	-	25	24	49
8.	F.80-89	Gangguan Perkembangan	1	26	-	27
9.	F.10	Gangguan Penyalahgunaan Napza	-	25	-	25
10.	F.70-F.79	Retardasi Mental	4	20	-	24

Berdasarkan data yang didapat dari Klinik Nur Ilahi Assanie Garut sendiri, jumlah pasien gangguan jiwa khususnya yang sudah terdiagnosis dari bulan Januari 2023 sampai saat ini ter dapat pada table berikut :

No	Diagnosa	Diagnosa penyakit	Jumlah orang
1	F.30.F.31	Gangguan afektif bipolar	30
2	F.20.0	Skizofrenia paranoid	10
3	F.70 F.79	Degradasi mental	2

Tabel 1.2 disini menunjukkan bahwa penyakit skizofrenia paranoid di posisi urutan ke 2 dengan jumlah 10 orang.urutan ini masih terbilang cukup karena urutan pertama yaitu gangguan afektif bipolar.

Adapun dampak akibat dari halusinasi yang dapat ditimbulkan adalah kehilangan kontrol dirinya. Dalam kondisi ini pasien dapat melakukan bunuh diri (suicide), membunuh orang lain dan bahkan melakukan kekerasan serta merusak lingkungan disekitarnya,

Berdasarkan data uraian diatas penulis tertarik untuk mengangkat kasus skizofrenia paranoid ini dalam karya tulis ilmiah yang berjudul ” ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.Y DENGAN GANGGUAN

PRESEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DI KLINIK REHABILITASI  
MENTAL NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT'

**B. Tujuan Penulisan**

1. Tujuan umum

Penulis memperoleh pengetahuan, keterampilan, wawasan serta pengalaman yang nyata dalam melaksanakan dan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi aspek bio, psikologi, sosial dan spiritual kepada klien dengan Gangguan sensori halusinasi indra pendengaran.

2. Tujuan khusus

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan Konsep Diri Gangguan sensori halusinasi indra pendengaran.

- a. Mampu melakukan pengkajian secara rinci, lengkap dan komprehensif pada Tn.y dengan skizofrenia paranoid gangguan halusinasi sensorik di Klinik Yayasan Nurilahi Insane Garut,
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang timbul pada Tn, Y dengan Gangguan sensori halusinasi indra pendengaran akibat Skizofrenia Paranoid Di Yayasan Nur Illahi Assanie.
- c. Mampu Menyusun rencana asuhan keperawatan pada Tn.Y dengan Gangguan sensori halusinasi indra pendengaran akibat Skizofrenia Paranoid Di Yayasan Nur Illahi Assanie

- d. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn.Y dengan Gangguan sensori halusinasi indra pendengaran akibat Skizofrenia Paranoid Di Yayasan nur illahi assanie.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi hasil Tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn.Y dengan Konsep Gangguan sensori halusinasi indra pendengaran akibat Skizofrenia Paranoid Di Yayasan nur illahi assanie. Namun adanya penolakan dari klien karena pada saat pengkajian klien mulai terganggu lagi kejiwaannya, dengan hasil klien tidak kooperatif dalam pengkajian, adanya perilaku kekerasan terhadap pasien lain dan kepada perawat, terlihat bingung serta berbicara sendiri.

### **C. Metode Telaah**

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

#### **1. Wawancara**

Biasa juga disebut anamnesa adalah menanyakan atau tanya jawab yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi klien dan merupakan suatu komunikasi yang di rencanakan. Dalam berkomunikasi ini perawat mengajak klien dan keluarga untuk bertukar pikiran dan yang diistilahkan dengan teknik komunikasi terapeutik.



## 2. Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui tatap muka dan tanya jawab antara perawat dan klien. Data yang dikumpulkan melalui observasi yaitu dengan cara melihat atau mengamati langsung keadaan klien baik yang adaptif maupun mal adaptif.

## 3. Pemeriksaan fisik

Hal-hal yang dilakukan pada pemeriksaan fisik ini diantaranya memeriksa tanda-tanda vital dan keadaan umum, sehingga didapatkan data dari pasien yang bisa menimbulkan masalah Kesehatan.

## 4. Studi dokumentasi

Data yang diperoleh penulis dari rekam medik atau buku status klien berupa data-data dan catatan yang berhubungan dengan asuhan keperawatan.

## 5. Studi kepustakaan

Penulis mempelajari buku-buku dari bahan-bahan perpustakaan institusi maupun dari internet untuk mendapatkan teori yang berhubungan dengan kasus yang diambil.

## 6. Partisipasi aktif

Partisipasi aktif yaitu penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn,Y dengan Gangguan sensori halusinasi indra pendengaran secara langsung dengan bimbingan petugas kesehatan lain.

#### **D. Sistematika penulisan**

Untuk memudahkan penyusunan karya tulis ilmiah ini, maka penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I : Pendahuluan, bab ini membahas mengenai latar belakang, tujuan penulisan, metode telaahan dan sistematika penulisan.

BAB II : Tinjauan Teoritis, bab ini membahas tentang teori-teori yang berhubungan dengan judul di atas yang dapat dijadikan acuan pada waktu pembahasan, terdiri dari konsep dasar penyakit, definisi, 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 dan Pembahasan, dalam bab ini dijelaskan tentang asuhan keperawatan yang dilakukan secara nyata di lapangan melalui tahap pengkajian, pelaksanaan, evaluasi, dan catatan perkembangan pada klien dengan Gangguan sensori halusinasi indra pendengaran. Sedangkan dalam pembahasannya berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan dan dibandingkan antara pendekatan teoritis dengan pelaksanaan langsung pada kasus serta pemecahan masalahnya.

BAB IV : Kesimpulan dan Rekomendasi, dalam bab ini berisikan tentang kesimpulan penulis setelah melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan dan rekomendasi yang bersifat membangun terhadap kesimpulan untuk perbaikan selanjutnya.

Daftar Pustaka, Lampiran

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **A. Konsep Dasar**

##### **1. Konsep Skizofrenia**

###### a. Definisi

Skizofrenia merupakan bentuk gangguan psikotik (penyakit mental berat yang relative sering (Davies & Craig 2017). Menurut Nancy Andreasen (2016) dalam *Broken Brain, The Biological Revolution in Psychiatry*, bahwa bukti-bukti terkini tentang serangan skizofrenia merupakan suatu hal yang melibatkan banyak sekali faktor. Faktor-faktor itu meliputi perubahan struktur fisik otak, perubahan struktur kimia otak, dan faktor genetik.

Selain itu Melinda Hermann (2017), mendefinisikan skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (*neurological disease that affects a person's perception, thinking, language, emotion, and social behavior*).

###### b. Proses Terjadinya Skizofrenia

Di dalam otak terdapat milyaran sambungan sel. Setiap sambungan sel menjadi tempat untuk meneruskan maupun menerima pesan dari sambungan sel yang lain. sambungan sel tersebut melepaskan zat kimia yang disebut *neurotransmitters* yang membawa

pesan dari ujung sambungan sel yang satu ke ujung sambungan sel yang lain. Di dalam otak yang terserang skizofrenia, terdapat kesalahan atau kerusakan pada sistem komunikasi tersebut.

Bagi keluarga dengan penderita skizofrenia di dalamnya, akan mengerti dengan jelas apa yang dialami penderita skizofrenia dengan membandingkan otak dengan telepon. Pada orang normal, sistem switch pada otak bekerja dengan normal. Sinyal-sinyal persepsi yang datang dikirim kembali dengan sempurna tanpa gangguan sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan akhirnya melakukan tindakan sesuai kebutuhan saat itu. Pada otak klien dengan skizofrenia sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan yang dituju.

Skizofrenia terbentuk secara bertahap dimana keluarga maupun klien tidak menyadari ada sesuatu yang tidak beres dalam otaknya dalam kurun waktu yang lama. Kerusakan yang perlahan-lahan ini yang akhirnya menjadi skizofrenia yang tersembunyi dan berbahaya. Gejala yang timbul secara perlahan-lahan ini bisa saja menjadi skizofrenia akut. Periode skizofrenia akut adalah gangguan yang singkat dan kuat, yang meliputi halusinasi, penyesatan pikiran (delusi), dan kegagalan berpikir.

Kadang kala skizofrenia menyerang secara tiba-tiba. Perubahan perilaku sangat dramatis terjadi dalam beberapa hari atau beberapa minggu. Serangan yang mendadak selalu memicu terjadinya periode

akut secara cepat. Beberapa penderita mengalami gangguan seumur hidup, tapi banyak juga yang bisa kembali hidup secara normal dalam periode akut tersebut. Kebanyakan didapati bahwa mereka dikucilkan, menderita depresi yang hebat, dan tidak dapat berfungsi sebagaimana layaknya orang normal dalam lingkungannya.

Dalam beberapa kasus, serangan dapat meningkat menjadi apa yang disebut skizofrenia kronis. Klien buas, kehilangan karakter sebagai manusia dalam kehidupan sosial, tidak memiliki motivasi sama sekali, depresi dan tidak memiliki kepekaan tentang perasaannya sendiri (Yosep, 2017).

#### c. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Secara general gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi 2 yaitu, gejala positif dan gejala negatif.

##### a) 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 hallucinations*, gejala yang biasanya timbul, yaitu klien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukkan hati, member 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 sedang diamat-amati, diintai, atau hendak diserang.

Kegagalan berpikir mengarah kepada masalah dimana klien skizofrenia tidak mampu memproses atau mengatur pikirannya membuat mereka berbicara secara serampangan dan tidak bisa ditangkap secara logika. Keidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan ketidakmampuan mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita skizofrenia tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memedulikan sekelilingnya.

b) Gejala negatif

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

skizofrenia tidak bisa merasakan apapun. Mereka mungkin bisa menerima pemberian dan perhatian orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka.(Yosep,2017).

#### d. Etiologi Skizofrenia

Terdapat bukti yang kuat adanya komponen genetik, dengan meningkatnya jumlah penderita skizofrenia dan psikosis afektif pada keluarga penderita skizofrenia. Risiko berkembang menjadi penderita skizofrenia diperkirakan sebesar 50% pada seseorang yang memiliki saudara kembar monozigot yang menderita skizofrenia dan 15% pada kembar dizigot. Kajian adoptif menunjukkan bahwa keturunan penderita skizofrenia yang diadopsi keluarga lain akan memiliki peluang yang meningkat sekitar 12% menderita penyakit tersebut. Diperkirakan bahwa sejumlah gen yang mempengaruhi perkembangan otak memperbesar kerentanan menderita skizofrenia (Katona et.al, 2012)

#### e. Jenis-Jenis Skizofrenia

Menurut Maramis (2016) jenis-jenisnya sebagai berikut:

##### a) Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia paranoid agak berlainan dari jenis-jenis yang lain dalam jalannya penyakit. Skizofrenia hebefrenik dan katatonik sering lama kelamaan menunjukkan gejala-gejala skizofrenia simplex, atau gejala-gejala hebefrenik dan katatonik bercampuran. Tidak demikian halnya dengan skizofrenia paranoid yang jalannya

agak konstan. Gejala-gejala yang mencolok adalah waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Baru dengan pemeriksaan yang teliti ternyata ada juga gangguan gangguan proses berpikir, gangguan afek, emosi dan kemauan.

b) Skizofrenia Hebefrenik

Permulaannya perlahan-lahan subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah : gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau *double personality*. Gangguan psikomotor seperti *mannerism*, neologisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik. Waham dan halusinasinya banyak sekali.

c) Skizofrenia Katatonik

Timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh-gelisah katatonik atau stupor katatonik.

d) Skizofrenia Simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang jarang sekali terdapat. Jenis ini timbulnya perlahan-lahan sekali. Pada permulaan mungkin penderita mulai kurang memperhatikan keluarganya atau mulai



menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia makin mundur dalam pekerjaan atau pelajaran dan akhirnya menjadi penganggur. Bila tidak ada yang menolongnya ia mungkin akan menjadi pengemis, pelacur atau “penjahat”.

e) Skizofrenia Residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang ke arah gejala negatif yang lebih menonjol. Gejala negatif terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi nonverbal yang menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial.

f. Pengobatan Skizofrenia

Terapi awal dengan obat antipsikosis merupakan pengobatan utama untuk mengurangi gejala yang tidak menyenangkan dan berbahaya. Terapi ini pertama memerlukan obat penyekat dopamin seperti haloperidol, chlorpromazine, trifluoperazine, sulpride, dan pimazoid. Beberapa obat tersebut hanya tersedia dalam bentuk sediaan oral, dan efek sedatif dan sifat ansietasnya beragam, begitu pula dengan efek sampingnya.

Terapi lanjutan – injeksi depot dengan efek lepas lambat yang stabil dalam waktu satu hingga empat minggu sangat bermanfaat. Obat tersebut meningkatkan kepatuhan, suatu masalah utama pada pasien

dengan *insight* yang buruk.

Efek samping merupakan masalah umum, terutama yang melibatkan pergerakan benzodiazepine sangat berguna untuk mengobati masalah - masalah yang sering ditemukan seperti rangsangan atau ansietas yang berlebihan atau sulit tidur. Obat antipsikosis “atipikal” terbaru, seperti clozapine atau resperidone, memiliki kerja penyekat tambahan pada reseptor serotonin yang tampaknya mengurangi efek samping dan gejala negatif. Perkembangan obat yang lebih “bersih” tersebut merupakan salah satu aspek yang paling menarik dalam penatalaksanaan skizofrenia (Davies & Craig 2018).

## **2. Konsep Halusinasi**

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi menurut (Kaplan dan Saddock 1997 dalam Dermawan (2017)). adalah sebagai berikut :

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

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien gangguan persepsi halusinasi pendengaran akibat skizofrenia menurut Yosep, (2016) yaitu :

## a. Konsep Halusinasi

### 1) Definisi

Halusinasi adalah penginderaan tanpa rangsangan eksternal yang berhubungan dengan salah satu jenis indera tertentu yang khas (Kaplan dan Saddock 1997, Dalam buku Rusdi Dermawan. D 2017).

Halusinasi adalah gerakan penyerapan (persepsi) panca indera tanpa ada rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem panca indera terjadi pada saat kesadaran individu penuh / baik (Depkes RI 2018). Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu yang berada dalam rentang neuro biologi (Dermawan. D 2017)

Menurut *Varcarolis*, Halusinasi dapat di definisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak terdapat stimulus. Tipe halusinasi yang paling sering adalah halusinasi pendengaran (*Auditory-hearing voices or sounds*), penglihatan (*Visual-seeing persons or things*), penciuman (*Olfactory-smelling odors*), pengecap (*Gustatory-experiencing tastes*).

Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Pasien merasa ada suara padahal tidak ada stimulus suara. Melihat bayangan orang atau sesuatu yang menakutkan padahal tidak ada bayangan tersebut. Membau bau-bauan tertentu padahal orang lain tidak merasakan sensasi serupa. Merasakan mengecap sesuatu padahal tidak sedang akan apapun dalam permukaan kulit.

## 2). Tanda dan Gejala Halusinasi

Menurut Hamid (2018), perilaku klien yang terkait dengan halusinasi adalah sebagai berikut :

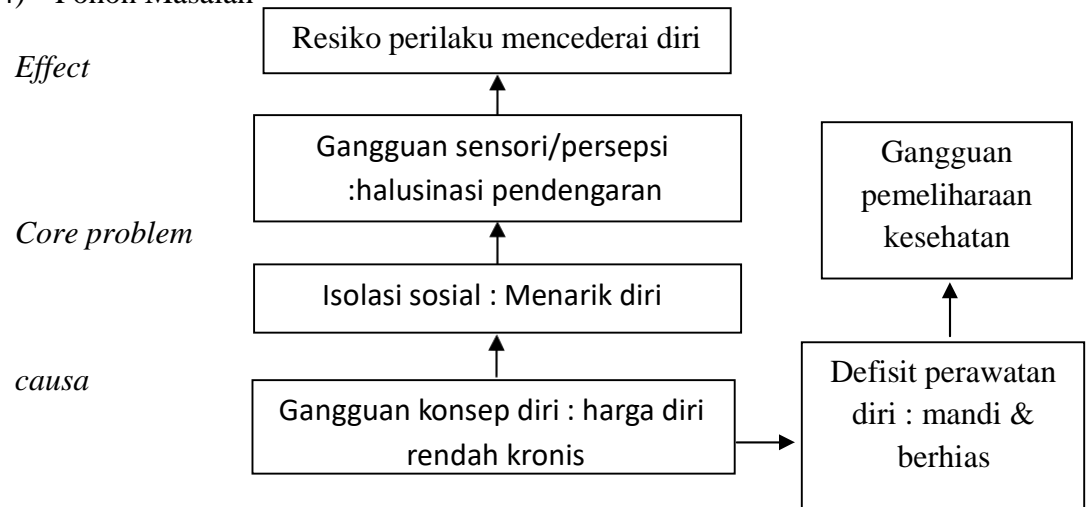
- a. Bicara sendiri
- b. Senyum sendiri
- c. Ketawa sendiri
- d. Menggerakkan bibir tanpa suara
- e. Pergerakan mata yang cepat
- f. Respon verbal yang lambat
- g. Menarik diri dari orang lain
- h. Berusaha untuk menghindari orang lain
- i. Tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata
- j. Terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah
- k. Perhatian dengan lingkungan yang kurang atau hanya beberapa detik
- l. Berkonsentrasi dengan pengalaman sensor
- m. Sulit berhubungan dengan orang lain
- n. Ekspresi muka tegang
- o. Mudah tersinggung, jengkel, dan marah
- p. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat
- q. Tampak tremor dan berkeringat
- r. Perilaku panik

- s. Agitasi dan kataton
- t. Curiga dan bermusuhan
- u. Bertindak merusak diri, orang lain dan lingkungan
- v. Ketakutan
- w. Tidak mengurus diri
- x. Biasa terdapat disorientasi, waktu, tempat dan, orang

### 3) Psikopatologi

Psikopatologi dari halusinasi yang belum di ketahui. Banyak teori yang di ajukan yang menekankan pentingnya faktor-faktor psikologik, fisiologik dan lain-lain. Beberapa orang mengatakan bahwa situasi keamanan di otak normal di bombardier oleh aliran stimulus yang bersal dari tubuh, jika masuk an akan terganggu atau tidak ada sama sekali saat bertemu dalam keadaan normal atau patologis, materi berada dalam prasadar dapat unconscious atau di lepaskan dalam bentuk halusinasi, pendapat lain mengatakan bahwa halusinasi dimulai dengan keinginan yang di represike unconscious dan kemudian karena kepribadian rusak dan kerusakan pada realitas tingkat kekuatan keinginan sebelumnya di proyeksikan keluar dalam bentuk stimulus eksternal.(Damaiyanti, 2014)

## 4) Pohon Masalah



Sumber : Damaiyanti (2014)

5) **Faktor Penyebab halusinasi**

## a. Faktor predisposisi

Menurut Yosep (2017) faktor predisposisi klien dengan halusinasi di bagi 5 faktor :

## 1) Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi hilang percaya diri dan lebih rentan terhadap stress.

## 2) Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima di lingkungannya sejak bayi ( *unwanted child* ) akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungannya.

### 3) Faktor biokimia

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang bersifat halusinogenik neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan acetylcholin dan dopamin.

### 4) Faktor psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya. Klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam hayal.

### 5) Faktor genetik dan pola asuh

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua schizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

#### b. faktor presipitasi

Menurut (Yosep 2017) mencoba memecahkan masalah halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosio- spiritual. Sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi

yaitu :

1) Dimensi fisik

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

2) Dimensi emosional

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

3) Dimensi intelektual

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

4) Dimensi sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal



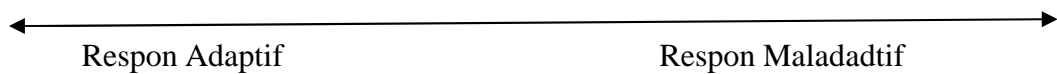
dan comforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di dalam bersosialisasi di dalam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan sistem kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung untuk itu. Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusahakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dengan halusinasi tidak berlangsung.

##### 5) Dimensi spiritual

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

## 6) Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata.



Respon Adaptif	Respon Maladaptif
1. Pikiran Logis	1. Distorsi pikiran
2. Persepsi Kuat	2. Delusi
3. Emosi Konsisten	3. Reaksi emosi
4. Perilaku sesuai	4. Perilaku aneh
5. Berhubungan sosial	5. Menarik diri

## 7). Jenis-Jenis Halusinasi

- a. Halusinasi Pendengaran (Auditory): Klien mendengar suara dan bunyi tidak berhubungan dengan stimulasi nyata dan orang lain tidak mendengarnya.
- b. Halusinasi Penglihatan (visual): Klien melihat gambar yang jelas atau samar tanpa stimulus yang nyata dan orang lain tidak melihat
- c. Halusinasi penciuman (Olfactory): Klien mencium bau yang muncul dari sumber tertentu tanpa stimulus yang nyata dan orang lain tidak mencium
- d. Halusinasi pengecapan (Gustatory): Klien merasa makan sesuatu yang tidak nyata. Biasanya merasakan makanan yang tidak enak.

- e. Halusinasi perabaan (Taktil): Klien merasakan sesuatu pada kulit tanpa stimulus yang nyata

**Tabel 2.1 Jenis Halusinasi**

Jenis halusinasi	Data Objektif	Data Subjektif
Dengar /Suara	Bicara atau tertawa sendiri Marah tanpa sebab	Mendengar suara-suara atau kegaduhan Mendengar suara yang
	Mencondongkan telinga ke arah tertentu Menutup telinga	mengajak bercakap-cakap Mendengar suara memerintah melakukan sesuatu yang berbahaya
Penglihatan	Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas	Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau Monster
Penghidu	Tampak seperti sedang mencium bau-bauan tertentu Menutup hidung	Mencium bau-bauan, seperti bau darah, urine, feses, terkadang bau yang menyenangkan
Pengecapan	Sering meludah Muntah	Merasakan rasa seperti darah, urine, feses
Perabaan	Menggaruk-garuk permukaan kulit	Mengatakan ada serangga di permukaan kulit Merasa seperti tersengat listrik

(Sumber: Yosep, 2017)

### 8) Tahapan terjadinya halusinasi

**Table 1.2 Tahap Terjadinya Halusinasi**

Stage 1 : <i>Sleep Disorder</i>  Fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi	Klien merasa banyak masalah, ingin menghindar dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi, misalnya kekasih hamil, terlibat narkoba, dkhianati kekasih, masalah dikampus, <i>drop out</i> dan sebagainya. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan <i>support</i>
--	--

	<p><i>system</i> kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk. Sulit tidur berlangsung terus- menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecahan masalah.</p>
<p>Stage II : <i>Comforting Moderate Level of Anxiety</i></p> <p>Halusinasi secara umum ia terima sebagai sesuatu yang alami</p>	<p>Pasien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas, kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencobamemusatkan pikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat ia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman degan halusinasinya</p>
<p>Stage III : <i>Condemning Severe Level of Anxiety</i></p> <p>Secara umum halusinasi sering mendatangi klien</p>	<p>Pengalaman sensori klien menjadi sering datang dan mengalami bias. Klien mulai merasa tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan klien mulai menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama.</p>
<p>Stage IV : <i>Controlling Severe Level of Anxiety</i></p> <p>Fungsi sensori menjadi tidak relevan dengan kenyataan</p>	<p>Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.</p>
<p>Stage V : <i>Conquering Panic Level of Anxiety</i></p> <p>Klien mengalami gangguan dalam menilai lingkungannya</p>	<p>Pengalaman sensorinya terganggu, klien mulai merasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung minimal 4 jam atau seharian bila klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik terjadi gangguan psikotik berat</p>

## **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**

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

**Effect**



Perilaku Kekerasan

**Core Problem**



Harga Diri Rendah Kronis

**Causa**

(Damaiyanti, 2012)

### 4) Tanda dan Gejala

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

- a) Muka 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: berisiko melakukan perilaku, yang individu menunjukkan bahwa dirinya dapat membahayakan dirinya sendiri secara fisik, emosional atau seksual.

- (1) Usia 15-19 tahun
- (2) Usia 45 tahun atau lebih
- (3) Masalah emosional
- (4) Latar belakang keluarga misalnya riwayat bunuh diri, atau penuh konflik.

## 6) Rentang respon marah

Menurut Yosep (2010), perilaku kekerasan merupakan status rentang emosi dan 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**

<b>Asertif</b>	<b>Frustasi</b>	<b>Pasif</b>	<b>Agresif</b>	<b>Amuk</b>
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

Sumber : (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. Isolasi sosial ISOS

### 1. Definisi

Isolasi sosial menurut Nanda-1 (2012), merupakan kesepian yang dialami oleh individu dan dirasakan saat didorong oleh keberadaan orang lain dan sebagai pernyataan negatif atau mengancam. Sedangkan 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

#### 1) Faktor predisposisi

Menurut Stuart G.W & Lararia M.T, (2011), ada beberapa faktor predisposisi penyebab isolasi sosial, meliputi:

##### a) Faktor perkembangan

##### b) Faktor sosiokultural

Norma yang tidak mendukung pendekatan terhadap orang lain atau tidak menghargai anggota masyarakat yang kurang produktif, seperti lanjut usia (lansia).

##### c) Faktor biologis

Faktor genetik dapat berperan dalam respons sosial maladaptif.

##### d) Faktor sosial budaya

Isolasi sosial atau mengasingkan diri dari lingkungan dapat disebabkan karena norma-norma yang salah dianut oleh satu keluarga seperti anggota tidak produktif diasingkan dari lingkungan sosial.

e) Faktor presipitasi

Menurut Direja (2011), ada beberapa faktor presipitasi isolasi sosial, meliputi sebagai berikut:

(1) Faktor eksternal contohnya stressor sosial

budaya, yaitu stres yang ditinggalkan oleh faktor sosial budaya seperti keluarga.

(2) Faktor internal contohnya adalah stressor

psikologis, yaitu stress yang terjadi akibat ansietas atau kecemasan yang berkepanjangan.

3. Tanda dan gejala

Menurut Muhith, A. (2015), tanda dan gejala isolasi sosial meliputi:

- 1) Kurang spontan
- 2) Apatis (acuh tak acuh pada lingkungan)
- 3) Ekspresi wajah kurang berseri (ekspresi bersedih)
- 4) Afek tumpul
- 5) Tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri
- 6) Tidak ada atau kurang terhadap komunikasi verbal
- 7) Menolak berhubungan dengan orang lain.
- 8) Mengisolasi diri (menyendiri)
- 9) Kurang sadar dengan lingkungan sekitarnya.
- 10) Asupan makan dan minum terganggu.
- 11) Aktivitas menurun.
- 12) Rendah diri.

#### 4. Batasan karakteristik isolasi sosial

Batasan karakteristik klien dengan isolasi sosial menurut Nanda-I (2012), dibagi menjadi dua yaitu Objektif dan Subjektif:

##### 1) Objektif

- a) Tidak ada dukungan orang yang dianggap penting
- b) Perilaku yang tidak sesuai dengan perkembangan
- c) Afek tumpul
- d) Sakit
- e) Tindakan tidak berarti
- f) Tidak ada kontak mata
- g) Dipenuhi dengan pikiran sendiri
- h) Menunjukkan permusuhan
- i) Tindakan berulang
- j) Afek sedih
- k) Ingin sendirian
- l) Tidak komunikatif
- m) Menarik diri

##### 2) Subjektif

- a) Minat yang tidak sesuai dengan perkembangan
- b) Mengalami perasaan berbeda dengan orang lain
- c) Ketidak mampuan memenuhi harapan orang lain.
- d) Tidak percaya diri saat berhadapan dengan orang lain.
- e) Mengungkapkan perasaan penolakan.

1) Mengungkapkan tujuan hidup yang tidak adekuat.

g) Mengungkapkan nilai yang tidak dapat diterima oleh kelompok kultural yang dominan.

#### 5. Diagnosa keperawatan

Adapun diagnosa yang mungkin muncul pada klien dengan isolasi sosial:

- 1) Risiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal)
- 2) Isolasi sosial
- 3) Harga diri rendah kronik

#### **D. 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 klien yang muncul dengan gangguan sensori persepsi : halusinasi adalah sebagai berikut :

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

#### **E. Perencanaan**

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perawat dapat memberikan alasan ilmiah terbaru dari tindakan yang diberikan. Alasan ilmiah merupakan pengetahuan yang berdasarkan pada literatur, hasil penelitian atau pengalaman praktik. Rencana tindakan disesuaikan dengan standart asuhan keperawatan jiwa Indonesia (Keliat, 2012).

a. SP 1 pasien :

- 1) membina hubungan saling percaya.
- 2) Mengidentifikasi jenis halusinasi klien.
- 3) Mengidentifikasi isi halusinasi klien.
- 4) Mengidentifikasi waktu halusinasi klien.
- 5) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien.
- 6) Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi
- 7) Mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi
- 8) Mengajarkan klien menghardik halusinasi.
- 9) Mengajarkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwalkegiatan harian

Kriteria Hasil:

Klien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa sayang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menjawab salam, mau menyebutkan nama, mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

- 1)Klien menyebutkan : waktu, isi, dan frekuensi situasi dan kondisi

yang menimbulkan halusinasi, serta respon dari halusinasi

- 2) Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik
- 3) Klien dapat memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian

b. SP 2 pasien :

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- 2) Melatih mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan oranglain.
- 3) Menganjurkan klien memasukkan kegiatan bercakap-cakap dengan orang lain dalam jadwal kegiatan harian.

Kriteria hasil :

- 1) Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

c. SP 3 pasien :

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- 2) Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien )
- 3) Menganjurkan klien memasukkan kegiatan kebiasaan di rumah ke dalam jadwal kegiatan harian

Kriteria hasil :

- 1) Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan terjadwal.

d. SP 4 pasien :



- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- 2) Memberikan pendidikan kesehatan mengenai penggunaan obat secara teratur
- 3) Menganjurkan klien memasukkan penggunaan obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian

Kriteria hasil :

- 1) Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara minum obat dan klien dapat menyebutkan nama/ jenis obat, warna obat, waktu obat diminum, fungsi obat dan efek samping obat yang diminum.

e. SP 1 keluarga :

- 1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
- 2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, jenis halusinasi serta proses terjadinya halusinasi
- 3) Menjelaskan cara merawat klien dengan keluarga

Kriteria hasil :

- 1) Keluarga mengetahui penyakit yang diderita oleh klien dan keluarga mengerti tentang pengertian, jenis, tanda dan gejala, serta proses terjadinya halusinasi dan keluarga juga mengerti tentang bagaimana cara merawat klien dengan halusinasi.

f. SP 2 keluarga :

- 1) Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat klien dengan halusinasi
- 2) Memberi kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien halusinasi secara langsung dihadapan klien

Kriteria hasil :

- 1) Keluarga mampu merawat lansung klien dengan halusinasi

g. SP 3 Keluarga

- 1) Membantu keluarga membentuk jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat
- 2) Menjelaskan *follow up* klien setelah pulang

Kriteria hasil :

- 1) Keluarga mampu melanjutkan jadwal aktifitas klien selama di rumah sakit jika sudah pulang ke rumah.

## **f. Implementasi**

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan, yang biasa dilakukan perawat adalah menggunakan rencana tidak tertulis yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan itu yang dilaksanakan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika tindakan berakibat fatal, dan juga tidak memenuhi aspek legal. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana

tindakan masih dibutuhkan dan sesuai oleh keadaan klien saat ini (*her and now*). Pada saat akan melaksanakan tindakan perawat membuat kontrak terlebih dahulu dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien (Keliat, 2005)

No	Diagnosa	Tujuan	Kriteria evaluasi	Rencana tindakan
1	Gangguan Persepsi sensori : Halusinasi pendengaran	SP 1: 1. Klien dapat Membina hubungan saling percaya 2. Klien mampu mengenali halusinasinya 3. Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik 4. Klien mampu memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian	1. Bina hubungan saling percaya a. Klien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat b. Menunjukkan rasa sayang c. Ada kontak mata d. Mau berjabat tangan e. Mau menjawab salam, f. Mau menyebutkan nama g. Mau duduk berdampingan dengan perawat h. Mau mengutarakan masalah yang dihadapi 2. Klien menyebutkan : waktu, isi, dan frekuensi situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi, serta respon dari halusinasi 3. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik	1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2. Identifikasi jenis, isi, waktu, frekwensi, situasi halusinasi klien 3. Ajarkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 4. Anjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi ke dalam jadwal kegiatan harian klien

		<p>SP 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat Membina hubungansaling percaya</li> <li>2. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakapdengan orang lain</li> <li>3. Klien mampu memasukkan ke dalam jadwal harian</li> </ol> <p>SP 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat Membina hubungansaling percaya</li> <li>2. Evaluasi SP2, mempraktekkan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain</li> <li>3. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan melaksanakan aktivitas terjadwal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu berorientasi dengan baik dan pasien mampu mengingat nama perawat</li> <li>2. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu berinteraksi dengan baik</li> <li>2. Klien mampu mempraktikkan kembali hasil dari SP 2 (Bercakap-cakap dengan orang lain)</li> <li>3. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan caramelakukan kegiatan terjadwal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik</li> <li>2. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien dan kontrak waktu selanjutnya</li> <li>3. Latih klien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain</li> <li>4. Anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya</li> <li>2. Evaluasi klien cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain</li> <li>3. Latih klien mengendalikan halusinasinya dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien)</li> <li>4. Anjurkan klien</li> </ol>
--	--	--	--	---

2.	Resiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal)	<p>SP 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat Membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Evaluasi SP 3 yaitu tentang mengontrol halusinasi dengan melaksanakan aktivitas terjadwal</li> <li>3. Memberikan penjelasan kepada klien tentang minum obat secara teratur</li> </ol> <p>SP 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat membina hubungan saling percaya, Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu berinteraksi dengan baik</li> <li>2. Klien mampu mempraktikkan kembali SP 3 (Cara mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal</li> <li>3. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara minum obat dan klien dapat menyebutkan nama/ jenis obat, warna obat, waktu obat diminum, fungsi obat dan efek samping obat yang diminum</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien mau membalas salam.</li> <li>2. klien mau menyebutkan nama.</li> <li>3. klien tersenyum dan ada kontak mata.</li> <li>4. mampu menyebutkan</li> </ol>	<p>memasukkan dalam kegiatan harian</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya</li> <li>2. evaluasi jadwal kegiatan harian klien</li> <li>3. berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur</li> <li>4. anjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p>SP1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda dan gejala rpk</li> <li>2. Latihan fisik ( Tarik nafas dalam ).</li> <li>3. Masukan dalam jadwal harian.</li> </ol>
----	---	--	---	--

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan</li> <li>3. Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam merespon terhadap kemarahan.</li> <li>4. Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku</li> <li>5. Klien dapat menggunakan obat-obatan yang diminum dan yang digunakannya (jenis, dosis, waktu, dan efek).</li> </ol>	<p>nama perawat.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. klien mampu menandatangani kontrak waktu.</li> </ol>	<p>SP II :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan dan beri pujian.</li> <li>2. Latihan cara fisik : Pukul kasur dan bantal.</li> <li>3. Masukkan dalam jadwal harian klien.</li> </ol>
2	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Klien mampu mengatasi atau mengendalikan resiko perilaku kekerasan</li> <li>2 Klien dapat membina hubungan saling percaya</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan 1x pertemuan diharapkan pasien menunjukkan tanda tanda :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mau membalas salam.</li> <li>2. Pasien mau menyebutkan nama.</li> <li>3. Pasien tersenyum dan ada kontak mata.</li> <li>4. Pasien mampu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beri salam dan panggil nama pasien.</li> <li>2. Sebutkan nama perawat, sambil salaman.</li> <li>3. jelaskan maksud hubungan interaksi.</li> <li>4. Berikan rasa nyaman dan empati.</li> <li>5. Melaksanakan kontrak singkat tapi sering.</li> </ol>

			<p>menyebutkan nama perawat.</p> <p>5. Pasien mampu menyepakati kontrak waktu.</p>	
		<p>SP 1</p> <p>Mengidentifikasi penyebab dan tanda gejala rpk</p>	<p>Setelah dilakukan 1x pertemuan diharapkan pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyebutkan tanda gejala rpk</li> <li>2. Memperagakan cara fisik 1 ( Tarik nafas dalam ) untuk mengontrol perilaku kekerasan.</li> </ol>	<p>SP1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda dan gejala rpk</li> <li>2. Latihan fisik ( Tarik nafas dalam ).</li> <li>3. Masukan dalam jadwal harian.</li> </ol>
		<p>Sp: 2</p> <p>Klien dapat menyebutkan cara mengontrol rpk secara fisik</p>	<p>Setelah dilakukan 1x pertemuan diharapkan pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan</li> <li>2. Peragaan cara fisik memukul bantal, kasur ( Untuk mengontrol perilaku kekerasan ).</li> </ol>	<p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan dan beri pujian.</li> <li>2. Latihan cara fisik : Pukul kasur dan bantal.</li> <li>3. Masukan dalam jadwal harian klien.</li> </ol>
		<p>SP 3</p> <p>Klien dapat menyebutkan cara mengontrol rpk secara sosial atau perbal.</p>	<p>Setelah dilakukan 1x pertemuan diharapkan pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan.</li> </ol>	<p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu ( SP I dan SP II ) dan berikan pujian.</li> </ol>



			2. Memperagakan secara sosial/perbal untuk mengontrol rpk	2. Latihan mengontrol rpk secara perbal, meminta dengan baik, menolak dengan baik.
		<p>SP 4</p> <p>Klien dapat menyebutkan cara mengontrol rpk secara sepiritual.</p>	<p>Setelah dilakukan 1x pertemuan diharapkan pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan.</li> <li>2. Memperagakan cara kontrol rpk secara spiritual.</li> </ol>	<p>SP 4 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu ( SP I, SP II, SP III ), berikan pujian.</li> <li>2. Latihan cara mengontrol rpk secara sepiritual berdoa atau beribadah seusai dengan kepercayaan.</li> <li>3. Masukan dalam jadwal harian pasien.</li> </ol>
		<p>SP 5</p> <p>Klien dapat menggunakan obat yang telah di tetapkan</p>	<p>Setelah dilakukan 1x pertemuan diharapkan :</p> <p>Pasien mampu menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan, memperagakan cara patuh obat.</p>	<p>SP 5 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan ( SP I, SP II, SP III, dan SP IV ) beri pujian.</li> <li>2. Latihan cara mengontrol rpk dengan obat ( jelaskan yang benar, jenis, golongan, dosis, frekuensi, continuitas minum obat )</li> <li>3. Minum obat secara teratur perinsip 6 benar.</li> <li>4. Minum sesua dengan jadwal teratur.</li> </ol>

3	solasi sosial Klien mampuan membina hubungan dengan orang lain	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minat interaksi meningkat</li> <li>2. Minat terhadap aktivitas</li> <li>3. Verbalisasi sosial meningkat</li> <li>4. Perilaku menarik diri menurun</li> <li>5. Kontak mata meningkat</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain</li> <li>2. Identifikasi hambatan interaksi dengan orang lain</li> <li>3. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok</li> <li>4. Motivasi interaksi di luar lingkungan</li> <li>5. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri</li> <li>6. Anjurkan interaksi dengan orang lain secara bertahap</li> <li>7. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain</li> <li>8. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus</li> </ol>
---	--	--	--	--

## **G. Evaluasi**

Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus-menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dibagi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon klien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan pendekatan SOAP (Keliat, 2005) sebagai pola pikir yaitu :

S: Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan menanyakan “ Bagaimana perasaan ibu setelah latihan nafas dalam ?”

O: Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan atau menanyakan kembali apa yang telah diajarkan atau memberi umpan balik sesuai dengan hasil observasi.

A: Analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap muncul masalah baru atau ada data yang kontraindikasi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.

P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut perawat.

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. Tinjauan kasus**

##### **1. Identitas**

###### **a. Identitas klien**

Nama : Tn.Y  
Usia : 43 tahun  
Agama : Islam  
Suku : Sunda  
Pendidikan : S1 Jurusan Bahasa Inggris  
Alamat : Bandung  
Jenis kelamin : laki-laki

###### **b. Identitas penanggung jawab**

Nama : Ny. A  
Usia : 54 tahun  
Agama : Islam  
Suku : Sunda  
Pekerjaan : Pegawai Negri Sipil  
Alamat : Bandung  
Jemis kelamin : Perempuan  
Hubungan : Kakak kandung

## 2. Alasan masuk

### a. Data menurut rekam medik

Klien berada di klinik yayasan nur ilahi sudah 8 bulan, klien sebelumnya, pernah masuk pesantren di tasik namun tidak bertahan lama karena klien mengamalkan ilmu sehingga tidak kesampaian, klien bingung dan mulut komat kamit.

### b. Data dari klien

Klien datang ke klinik nurilahi Garut bersama kakak ke 4, klien mengatakan awal mula masuknya karena memukul kakak kandung anak ke 4 dari 5 bersaudara, setelah itu klien mengamuk tidak jelas didalam rumahnya dengan melempar barang yang ada di dalam rumah, klien kemudian oleh pihak keluarga dibujuk untuk direhab, sempat ada penolakan namun klien dapat menerima dengan bertahap.

## 3. Faktor predisposisi

### a. Gangguan jiwa di masa lalu

Klien sebelumnya mengalami gangguan jiwa pada saat klien jadi mahasiswa

### b. Pengobatan sebelumnya

Klien sebelumnya sudah pernah berobat, namun pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena setelah 3hari pulang klien kembali lagi kumat

c. Aniaya fisik, seksual, dalam keluarga dan tindakan kriminal

Klien seringkali menerima kekerasan verbal dari keluarganya dan juga dari temanya.

d. Adakah anggota keluarga sebelumnya yang mengalami gangguan jiwa sebelumnya? ada sepupu klien yang sama mempunyai penyakit seperti klien

e. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan pengalaman dimasa lalunya yang tidak menyenangkan adalah ketika klien disuruh untuk bekerja, klien tidak menerima kemudian terjadi kekerasan fisik dari klien ke kakak kandungnya.

4. Pemeriksaan fisik

a) TTV

Tekanan darah : 130/90 mmhg

Nadi : 90/m

Suhu : 34,2

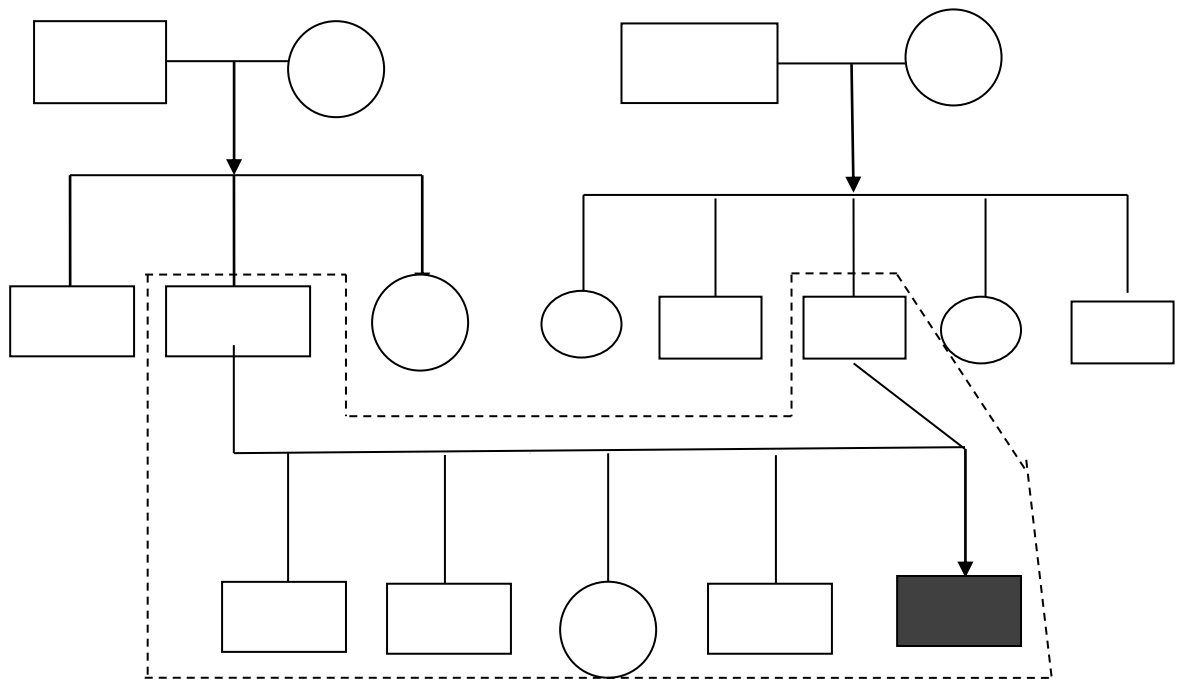
b) Tb : 159

c) Bb : 59kg

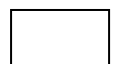
d) Respirasi : 20x/m


5. Psikososial

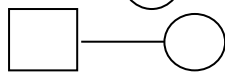
a) Genogram




Keterangan :

 = Laki-laki

 = perempuan

 = hubungan keluarga

 = klien sudah tinggal 8 bulan di klinik rehabilitasi mental  
Nur Illahi Assani

## b) Konsep diri

### 1) Citra tubuh

Klien mengatakan menyukai seluruh tubuhnya dan bersyukur atas kehidupannya saat ini, karena diberi kecukupan.

### 2) Peran

Klien adalah kepala rumah tangga sekaligus yang mencari nafkah dengan bekerja sebagai mandor dan membuka bisnis konter didepan rumahnya, yang sepenuhnya jadi tanggung jawab klien

a. Ideal diri

Klien berharap agar cepat sembuh agar bisa kembali berkumpul bersama keluarga dan melakukan aktivitas, pekerjaan sehari-hari seperti biasanya.

b. Harga diri

Klien sering merasa malu untuk berinteraksi karena merasa berbeda dari orang lain, timbulnya pikiran derajat klien lebih rendah dari orang lain, karena kondisi klien saat ini sedang terganggu kejiwannya.

c. Hubungan social

klien mengatakan orang yang berarti dalam hidup adalah anak, klien juga aktif dalam karang taruna dan organisasi kemahasiswaan

d. Spiritual

Kegiatan ibadah klien buruk, dari tahun 2004 sampai sekarang klien belum pernah melakukan ibadah karena menurut guru spiritual klien tidak diwajibkan untuk beribadah karena kondisi jiwanya terganggu.

c) Status mental

1) Penampilan

Klien menggunakan pakaian sesuai dengan aturan yayasan, rambut klien tampak bau, gigi terlihat bersih, kuku panjang dan kotor, adanya koreng di area kaki sebelah kanan dan klien mengeluhkan hal tersebut.



2) Pembicaraan

Klien ketika melakukan komunikasi harus dimulai dulu dari orang lain, nada pembawaan bicara tegang, klien dapat menjawab pertanyaan dengan tepat.

3) Aktivitas motorik

Klien dalam melakukan aktivitas kurang baik, klien melakukan kegiatan aktivitasnya seperti berpakaian sesuai aturan, sikat gigi dan mandi 3x hari.

4) Alam perasaan

Klien merasa sedih karena dulu kuliahnya jurusan S1 bahasa inggris terpaksa diberhentikan oleh pihak keluarga karena kejiwaannya terganggu, klien juga terpaksa melakukan pekerjaan dengan tidak sesuai dengan kemauannya yaitu menjadi mandor

5) Afek

Klien pada saat pengkajian tampak ekspresi datar tapi merespons terhadap stimulus.

6) Interaksi selama wawancara

Klien pada saat pengkajian dapat menjawab pertanyaan dengan sesuai dengan apa yang ditanyakan, kontak mata kurang dan terkadang klien tampak gelisah.

#### 7) Presepsi

Klien pada saat pengkajian mengatakan, setiap ada bisikan tubuh klien tidak bisa dikontrol dan selalu mengikuti perintah dari bisikan tersebut, seperti memukul orang atau mengikuti arah dari suara bisikan tersebut, klien juga mengatakan bisikan itu tidak ada sebatas halusinasinya tetapi klien secara tidak sadar hilangnya kontrol tubuh ketika ada bisikan tersebut.

#### 8) Proses pikir

Klien pada saat dilakukan tindakan pengkajian mengungkapkan seluruh hatinya, terbuka atas masalah hidupnya dan jawaban klien sesuai dengan apa yang ditanyakan

#### 9) Isi pikir

Klien menunjukkan kelainan obsesi kepada kakak kandungnya, karena awal mula klien dimasukan ke klinik yayasan nurilahi garut terjadinya kekerasan fisik yang dilakukan klien ke saudara kandungnya dengan alasan tidak terima disuruh bekerja, klien menunjukkan waham curiga kepada saudara kandung karena beranggapan adanya dendam pribadi.

#### 10) Tingkat kesadaran

Klien menyadari bahwa sedang mengalami gangguan jiwa dengan selalu berhalusinasi mendengar bisikan-bisikan, klien mengatahui sptk dan melakukan tindakan pertama ketika

adanya bisikan tersebut, klien mengetahui dirinya saat ini sedang dimana dan menyebutkan hari.

11) Memori

Klien dapat mengingat jangka panjang dan jangka pendek dari kejadian yang sudah lampau maupun yang baru terjadi, dari hasil pengkajian klien memiliki daya ingat yang baik.

12) Tingkat konsentrasi berhitung

Klien mampu berhitung dengan baik dengan mengetahui jumlah hari dan proses berhitung secara sederhana, klien dapat menjawab pertanyaan tanpa ada pengulangan kata

13) Kemampuan penilaian

Klien bisa melakukan keputusan sendiri

d) Persiapan untuk pulang

1) Makan:klien dapat melakukan pemenuhan secara mandiri tanpa bantuan dari klien

2) Bab/bak:klien dapat memenuhi kebutuhan bak/bab secara mandiri

3) Berpakaian/berhias:klien berpakaian rapih

4) Istirahat dan tidur: kebutuhan istirahat klien terpenuhi dan tanpa hambatan

5) Penggunaan obat: klien mengatakan meminum obat sesuai dari anjuran dokter

Jenis obat

- a. stelosi 5 mg 2x1
- b. Heximer 2x1
- c. Clozapin 2x1

6) Pemeriksaan kesehatan:klien selalu melakukan pemeriksaan dari dokter secara teratur dan rutin setiap ada kunjungan, klien akan rutin meminum sesuai anjuran dokter biar segera cepat sembuh.

7) Aktivitas didalam rumah

Klien mengatakan setelah sembuh klien akan melakukan aktivitasnya seperti dulu seperti bekerja, membantu tugas peran istri ketika dalam rumah dan menjalankan bisnis ruko bersama klien.

e) Aspek medik

Diagnosa keperawatan : Scizofrenia paranoid

Terapi medis : Stelosi 2x1 mgr/hari

Heximer 2x1 mgr /hari

Clozapin 2x1 mgr / hari

## B. Analisa data

No	Data	Masalah
1	<p><b>DS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sering mendengar bisikan-bisikan untuk seakan menuruti dari perintah bisikan tersebut.</li> <li>- Klien mengatakan muncul pada malam hari ketika sedang sepi</li> <li>- Suara bisikannya muncul pada saat klien sedang sendiri</li> </ul> <p><b>DO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak kebingungan dan berbicara sendiri</li> <li>- Kurangnya kontak mata saat berinteraksi</li> </ul>	Halusinasi Pendengaran
2	<p><b>DS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan suka marah-marah tidak jelas dan secara tidak sadar melakukan kekerasan fisik</li> <li>- Muncul ketika bangun tidur dan juga jika ditegur</li> </ul> <p><b>DO</b></p> <p>Klien tampak melakukan kekerasan fisik terhadap pasien lainnya yaitu seperti meludah,menendang dan memukul</p>	Resiko perilaku kekerasan

### C. Diagnosa Keperawatan

#### Gangguan Persepsi Sensorik

##### DS

- Klien mengatakan sering mendengar bisikan-bisikan
- Muncul pada malam hari ketika lagi sepi
- Suara bisikan muncul pada saat klien sedang sendiri

##### DO

- Klien sesekali kebingungan dan berbicara sendiri
- Kurangnya kontak mata pada saat Interaksi

#### Prilaku kekerasan

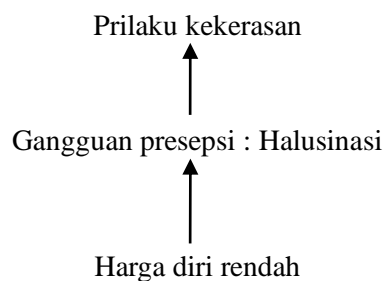
##### DS

- Klien suka marah-marah tidak jelas dan secara tidak sadar melakukan kekerasan fisik.
- Klien mengatakan datangnya rasa marah ketika ditegur dan pada saat bangun tidur.

##### DO

- Klien terlihat sesekali melakukan kenakalan fisik terhadap pasien lainnya

### D. Pohon masalah



### C. Intervensi keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5
1	Halusinasi pendengaran	Setelah dilakukan TK diharapkan halusinasi berkurang dengan KTH : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu mengidentifikasi jenis halusinasi</li> <li>- Klien mampu mengidentifikasi frekuensi halusinasi</li> <li>- Klien dapat mengidentifikasi hal yang menyebabkan halusinasi</li> <li>- Klien mampu mengidentifikasi waktu halusinasi pasien</li> <li>- Klien dapat memasukan jadwal harian</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi jenis halusinasi</li> <li>- Bantu Klien mengidentifikasi frekuensi halusinasi</li> <li>- Membantu klien mengidentifikasi hal yang menyebabkan halusinasi</li> <li>- Membantu klien mengidentifikasi waktu halusinasi pasien</li> <li>- Membantu Klien memasukan jadwal harian</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk mengetahui jenis-jenis halusinasi</li> <li>- Untuk mengetahui berapa lama halusinasi</li> <li>- Untuk mengetahui penyebab halusinasi</li> <li>- Untuk mengetahui waktu datangnya halusinasi</li> <li>- Untuk memasukan jadwal harian</li> </ul>

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5
2	Prilaku kekerasan	<p>Setelah dilakukan PK diharapkan perilaku kekerasan menurun dengan KTH :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu mengidentifikasi penyebab PK</li> <li>- Klien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala PK</li> <li>- Klien diharapkan mampu cara mengontrol PK</li> <li>- Klien mampu mengidentifikasi PK</li> </ul> <p>Klien diharapkan mampu mengetahui PK yang dilakukan</p>	<p>Setelah dilakukan PK diharapkan perilaku kekerasan menurun dengan KTH :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu mengidentifikasi penyebab PK</li> <li>- Klien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala PK</li> <li>- Klien diharapkan mampu cara mengontrol PK</li> <li>- Klien mampu mengidentifikasi PK</li> </ul> <p>Klien diharapkan mampu mengetahui PK yang dilakukan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk mengetahui penyebab PK</li> <li>- Untuk mengetahui tanda dan gejala PK</li> <li>- Untuk mengetahui cara mengontrol PK</li> <li>- Untuk membantu mengidentifikasi PK</li> </ul> <p>Untuk mengetahui PK apa yang akan dilakukan</p>



#### D. Implementasi

Hari/tanggal	NO DX	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
6 april 2023	1	a) Mengidentifikasi jenis halusinasi R. Klien bisa menyebutkan jenis-jenis halusinasi b) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi R. Klien mengetahui lamanya/ tingkatan dari halusinasi a) Mengidentifikasi hal yang menyebabkan halusinasi R. Klien bisa menyebutkan penyebab-penyebab halusinasi a) Mengidentifikasi waktu datangnya halusinasi A. Klien bisa menjawab pada saat malam hari a) Membantu memajukan jadwal harian R. Setiap pagi pukul 10.00	S : Klien mengatakan sudah mengetahui jenis-jenis serta penyebab halusinasi, juga mengatakan bisikan-bisikannya sudah mulai menurun O : Klien dalam berinteraksi sekarang sudah bisa kontak mata dan lebih terbuka A : P : Evaluasi SP1 lanjutan SP2
6 april 2023	2	a) Mengidentifikasi penyebab PK R. Klien mengetahui penyebab-penyebab PK a) Klien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala PK R. Hanya mengangguk tidak mengeluarkan kata apapun. a) Mengidentifikasi cara mengontrol PK R. Klien hanya mengangguk b) Membantu Identifikasi PK  R. Tidak ada respon a) Mengidentifikasi apa yang akan dilakukan Klien menjawab dengan melakukan rutinitas seperti biasanya pada saat di rumah	: - Klien dapat menyebutkan penyebab PK - Untuk perasaan saat ini klien sedang kesal karena ada masalah dengan teman satu kamarnya. O : - Klien tampak marah - Tidak menerima dalam diajak berkomunikasi A : P : Evaluasi SP1 Ulangi SP 1

### E. Catatan perkembangan

Nama : Tn.Y

Umur ; 43 tahun

no rekam medic : 0437

NO	Hari/tanggal	Diagnose	Catatan perkembangan	pelaksana
1	2	3	4	5
1	06 april 2023	Halusinasi pendengaran	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan halusinasinya berangsur menurun</li> <li>• Klien mengatakan dirinya menyukai melakukan kegiatan yang bersifat menyibukan diri</li> <li>• klien mengatakan kondisi perasaannya saat ini sedang senang</li> </ul> <p>O.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien sudah bisa menyimpulkan tentang halusinasi dan mengetahui beserta waktunya</li> <li>• klien mengetahui sp 1-4 dan bisa menyebarkan cara menanggulangi jika bilamana halusinasinya itu muncul lagi yaitu dengan cara menghardik menutup telinga.</li> <li>• Dalam melakukan pengkajian klien kooperatif dan terbuka</li> </ul> <p>A.</p>	

NO	Hari/tanggal	Diagnose	Catatan perkembangan	pelaksana
1	2	3	4	5
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• y</li> <li>P.</li> <li>• pertahankan intervensi sp1 dan sp 2</li> <li>I.</li> <li>• lanjutkan sp 3</li> <li>E.</li> <li>• sp 1 dan sp 2</li> <li>R.</li> <li>• pertahankan intervensi lanjutkan sp 3</li> </ul>	
		Prilaku kekerasan	<ul style="list-style-type: none"> <li>S.</li> <li>• klien mengatakan sulit untuk menahan diri untuk tidak melakukan kekerasan verbal dan maupun non verbal</li> <li>O.</li> <li>• klien menyadari apa yang dilakukannya salah, tapi klien tidak bisa menahan prilaku kekerasan</li> <li>• klien tampak melakukan kenakalan verbal kepada pasien lain</li> <li>• klien tampak gelisah dan berkeringat</li> <li>A,</li> <li>• prilaku kekerasan</li> <li>P.</li> </ul>	

NO	Hari/tanggal	Diagnose	Catatan perkembangan	pelaksana
1	2	3	4	5
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• melatih cara mengontrol fisik dan cara mengontrol perilaku kekerasan</li> <li>• ulangi sp 1</li> </ul> <p>I.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• evaluasi sp 1 dan pertahankan yang telah dilakukan</li> </ul> <p>E.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ulangi sp1</li> </ul> <p>R.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• evaluasi kegiatan telah dilakukan ( ulangi sp 1)</li> </ul>	
2	08 april 2023	Halusinasi	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan sekarang kondisinya sedang tidak stabil</li> <li>• klien mengatakan halusinasinya kini muncul dengan frekuensi 2x dalam sehari</li> <li>• klien mengatakan jika dirinya sedang kambuh kejiwaannya maka frekuensi datangnya bisikan tersebut semakin sering</li> </ul> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak bingung dan sesekali ngelantur</li> <li>• klien merasa terganggu akan kehadiran orang lain</li> <li>• klien bersikap kooperati dan dapat menjawab</li> </ul>	

NO	Hari/tanggal	Diagnose	Catatan perkembangan	pelaksana
1	2	3	4	5
			<p>pertanyaan sesuai dengan apa yang ditanyakan, namun sesekali tampak kebingungan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak mengucapkan pengulangan kata</li> </ul> <p>A.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gangguan persepsi halusinasi sensorik</li> </ul> <p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ajarkan kembali cara menghardik halusinasi secara bertahap</li> <li>• evaluasi sp 1</li> </ul> <p>I.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ulangi dan evaluasi sp 1</li> <li>• kaji frekuensi halusinasi secara menyeluruh</li> </ul> <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ulangi dan evaluasi sp 1</li> </ul> <p>R</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• evaluasi pertahankan yang telah dilakukan sp 1</li> </ul>	
		Prilaku kekerasan	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan penyebab dirinya kembali terganggu kejiwaannya karena ditegur oleh teman sekamar klien</li> <li>• klien mengatakan dirinya sekarang sedang pusing dan</li> </ul>	

NO	Hari/tanggal	Diagnose	Catatan perkembangan	pelaksana
1	2	3	4	5
			<p>bingung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan dirinya ingin segera pulang</li> </ul> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak melakukan kekerasan verbal kepada klien lainnya</li> <li>• klien tidak menerima atas kedatangan orang lain</li> <li>• klien melakukan pemukulan pada saat adanya pengajian kepada klien lain</li> </ul> <p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prilaku kekerasan</li> </ul> <p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ajarkan kembali cara mengontrol fisik dan cara menghardik prilaku kekerasan</li> <li>• kaji resiko prilaku kekerasan secara menyeluruh</li> </ul> <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• evaluasi sp 1 dan ulang sp 1</li> </ul> <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ulangi sp1</li> </ul> <p>R</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pertahankan tindakan sebelumnya dan ulangi sp 1</li> <li>• evaluasi secara menyeluruh sp 1</li> </ul>	

NO	Hari/tanggal	Diagnose	Catatan perkembangan	pelaksana
1	2	3	4	5
3	10 april 2023	Halusinasi pendengaran	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan tidak mau berbicara dan berbaur dengan orang lain, klien memilih mengurung diri dikamar</li> </ul> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak bingung dan mengatakan dirinya sedang tidak ingin diganggu</li> <li>• klien sesekali berbicara sendiri dengan menghadap ke tembok</li> <li>• intervensi dihentikan adanya penolakan dari klien</li> </ul> <p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• intervensi terpaksa dihentikan karena adanya penolakan dari klien</li> </ul> <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sp 1 dan 2 teratasi sebagian</li> <li>• intervensi dhentikan adanya penolakan dari klien</li> </ul> <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• evaluasi kembali keadaan klien selama dines</li> </ul> <p>R</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• intervensi dihentikan adanya penolakan serta sudah tidak bisa digali lagi data subjektif dan objektif dari klien</li> </ul>	

NO	Hari/tanggal	Diagnose	Catatan perkembangan	pelaksana
1	2	3	4	5
		Prilaku kekerasan	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan tidak mau berbicara dan berbaur dengan orang lain, klien memilih mengurung diri dikama</li> </ul> <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak bingung dan mengatakan dirinya sedang tidak ingin diganggu</li> <li>• intervensi dihentikan adanya penolakan dari klien</li> </ul> <p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• intervensi terpaksa dihentikan karena adanya penolakan dari klien</li> </ul> <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sp 1 teratasi sebagian</li> <li>• intervensi dihentikan</li> </ul> <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• evaluasi kembali keadaan klien selama dines</li> </ul> <p>R</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• intervensi dihentikan adanya penolakan serta sudah tidak bisa digali lagi data subjektif dan objektif dari klien</li> </ul>	





## **F. Pembahasan**

Dalam pembahasan ini, penulis membahas masalah tentang yang didapatkan selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn.Y di yayasan nur ilahie asanie garut. Adapun kesenjangan masalah yang didapat adalah teori dengan keadaan langsung di lapangan, serta adanya hambatan yang dialami penulis selama melakukan pengkajian adalah adanya penolakan dari klien kondisi kejiwaanya mulai terganggu lagi dengan terpaksa pengkajian, disini alasan penulis tidak mengganti klien dengan klien yang lain karena waktu yang terbatas. Serta adapun faktor yang menghambat dan mendukung dan menghambat selama pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan halusinasi sensori dari mulai pengkajian sampai evaluasi.

### **1) Pengkajian**

- a. Pada tahap pengkajian, penulis memperoleh data klien dengan baik data yang bersifat subjektif maupun objektif. Data subjektif didapatkan dari hasil wawancara kepada klien, sedangkan data objektif diperoleh penulis dengan cara observasi langsung yang terlihat oleh penulis,

### **2) Diagnosa keperawatan**

Diagnose keperawatan yang penulis temukan pada saat pengkajian Tn.Y dengan gangguan halusinasi sensorik dan perilaku kekerasan. Diagnose ini muncul karena adanya data yang didapatkan dari klien mengarah pada gangguan halusinasi sensorik berupa data subyektif yaitu klien mengatakan sering mendengar bisikan.

Sedangkan masalah yang muncul pada teori namun tidak muncul pada laporan kasus yaitu :

Defisit perawatan diri, masalah tersebut tidak muncul karena pada saat pengkajian klien tidak menunjukkan tanda dan gejala defisit perawatan diri, klien mampu menjaga kebersihan secara mandiri dan atas keinginan sendiri

### 3) Perencanaan

Pada tahap ini disusun berdasarkan tinjauan teoritis yaitu sp dan strategi pelaksanaan, namun perencanaan terpaksa dihentikan karena klien kembali kejiwaannya terganggu dan kambuh adapun faktor pendukung intervensi dihentikan data subjektif dan objektif dari klien sudah tidak bisa digali kembali, demi keselamatan penulis karena klien melakukan kekerasan fisik, dan adanya saran dari perawat yayasan untuk menghentikan intervensi

### 4) Implementasi

Pada tahap ini, penulis melaksanakan tindakan sesuai dengan perencanaan yang ditetapkan dan disesuaikan dengan situasi kondisi klien.

### 5) Evaluasi

Evaluasi dapat dilihat dari hasil tindakan dengan tujuan atau criteria evaluasi, apakah masalah dapat teratasi atau belum. Namun disini baru teratasi sebagian karena pada saat pengkajian klien kejiwaannya kembali terganggu, dengan berat hati terpaksa intervensi dihentikan dan didukung oleh beberapa faktor sebagai berikut

- a. Data objektif dan subjektif dari klien sudah tidak bisa digali kembali, karena klien pada saat pengkajian dalam berinteraksi tidak kooperatif, adanya permohonan dan penolakan dari klien dengan alasan ingin sendiri.
- b. Membahayakan orang lain dan penulis, karena klien disini melakukan kekerasan secara verbal dan non verbal seperti memukul klien lain pada saat pengajian, adanya perilaku kekerasan yang dapat membahayakan kepada penulis
- c. Adanya saran dari perawat yayasan nur illahie asanie garut untuk memberhentikan intervensi, karena klien saat ini sedang membutuhkan istirahat yang cukup
- d. Disini adapun alasan penulis tidak mengganti klien lain adalah faktor waktu dinas di yayasan, karena 3 hari sebelum dinas berakhir kejiwaan klien kembali kambuh kembali dan adanya persetujuan pada saat response untuk melanjutkan lagi ke tahap bimbingan selanjutnya.

## **BAB IV**

### **KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn.Y dengan skizofrenia paranoid: gangguan persepsi sensorik di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut mulai dari tanggal 03-15 April 2023 dalam proses keperawatan jiwa akhirnya penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis dapat melaksanakan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif Tn.y dengan gangguan persepsi sensorik : halusinasi pendengaran dengan diagnosa skizofrenia paranoid Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
2. Penulis dapat merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.Y dengan Gangguan persepsi sensorik : halusinasi pendengaran Dengan Diagnosa Medis skizofrenia paranoid Di Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut
3. Penulis dapat menyusun rencana asuhan keperawatan terhadap masalah-masalah yang muncul sesuai prioritas masalah pada Tn.Y dengan Gangguan persepsi sensorik : halusinasi pendengaran Dengan Diagnosa Medis skizofrenia paranoid Di Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.

4. Penulis dapat melaksanakan tindakan asuhan keperawatan sesuai rencana yang ditetapkan pada Tn.Y dengan Gangguan persepsi sensorik : halusinasi pendengaran Dengan Diagnosa Medis skizofrenia paranoid Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
5. Penulis dapat melakukan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn.Y dengan Gangguan persepsi sensorik : halusinasi pendengaran Dengan Diagnosa Medis skizofrenia paranoid Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn.Y dengan Gangguan persepsi sensorik: halusinasi pendengaran Diagnosa Medis skizofrenia paranoid Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Samarang Garut

## **B. Rekomendasi**

### 1. Untuk Yayasan

Diharapkan dapat terus melakukan asuhan keperawatan yang optimal dan pelayanan secara maksimal pada pasien jiwa, khususnya pada klien dengan gangguan gangguan persepsi sensorik agar lebih sesuai dalam pelayanan.

### 2. Untuk institusi Stikes Karsa Husada Garut

Studi kasus dapat digunakan sebagai data dasar untuk penelitian lebih lanjut untuk penelitian kedepannya.

### 3. Untuk Mahasiswa

Diharapkan lebih bersungguh-sungguh dan lebih cermat dalam melihat kebutuhan klien, juga pemberian motivasi terhadap klien untuk mengenal sisi positif dirinya dan berinteraksi dengan orang lain.

## DAFTAR PUSTAKA

- Azizah, I., & Hargiana, G. (2016). Aplikasi Asuhan Keperawatan Generalis Dan Psikoreligius Pada Klien Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran. *Jurnal Riset Kesehatan Nasional*, 2(2), 1–9. <https://doi.org/10.37294/jrkn.v2i2.106>
- Afnuazi, Ns Ridhyalla, (S.Kep). 2015. *Komunikasi Terapeuti dalam Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta. Gosyen Publishing
- Deden. D. dan Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa; Konsep Dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publising.
- Damaiyanti, Mukhriyah, (S.Kep., Ns.). 2012. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama
- Damayanti, M. Dan Iskandar. (2014). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama
- Katona, C., Cooper, C., & Robetson, Mary (2012). *At a Glance PSIKIATRI Edisi Keempat*. Indonesia: Erlangga
- Keliat, Budi, Anna, (DR, S.Kp, M.App.Sc). 2012. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa* edisi 2. Jakarta. Buku Kedokteran EGC
- Keliat, B. A. dan Akemat. (2012). *Model Praktkl Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: ECG.
- RAHAYU;, S. (2020) „Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan Dengan Skizofrenia Paranoid  
[http://repository.poltekkessmg.ac.id/index.php?p=show\\_detail&id=21305&keywords=](http://repository.poltekkessmg.ac.id/index.php?p=show_detail&id=21305&keywords=) (Accessed: 28 October 2022)
- Yosep, I. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama



## LAMPIRAN

Lampiran 1

### **STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK) PADA KLIEN GANGGUAN PRESEPSI SENSORI**

Hari ke-1 tanggal 05/04/2023

1. Proses keperawatan
  - a. Kondisi klien

Data subjektif :

- 1) Klien mengatakan dirinya selalu mendengar suara bisikan bisikan,dengan isi suara bisikan tersebut yaitu menyuruh untuk menuruti bisikan tersebut
- 2) Klien mengatakan sesekali jika suara bisikan itu muncul terkadang dirinya kehilangan kontrol terhadap diri.
- 3) Klien mengatakan datangnya suara tersebut ketika sedang sendiri dan sering muncul pada waktu malam hari

Data objektif:

- 1) Klien tampak gelisah
- 2) Klien tampak sesekali berbicara sendiri
- 3) Kontak mata kurang
- 4) Klien dalam berkomunikasi kurang kooperatif
- 5) Klien tampak suka menyendiri

- b. Diagnosa keperawatan
  - 1) Halusinasi pendengaran
  - 2) Prilaku kekerasan (PK)

## **STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN 2 SP 1 KLIEN**

Membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan mengharik halusinasi.

### **FASE ORIENTASI**

Salam terapeutik: “Selamat siang pak! Perkenalkan nama saya “rafli”, saya lebih senang dipanggil Afi. Saya mahasiswa dari stikes karsa husada yang akan merawat bapak selama 14 hari ini. Nama ibu siapa? Senangnya dipanggil apa?”

Evaluasi/validasi: “Bagaimana perasaan pak y pada hari ini? Apa keluhan Ibu saat ini?”

Kontrak (topik, waktu, tempat): “Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini ibu dengar, tetapi tidak tampak wujudnya? Dimana kita duduk, bu? Di ruang tamu? Berapa lama? Bagaimana kalau ±30 menit?”

### **FASE KERJA**

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

“Apa yang bapak rasakan pada saat mendengar suara itu? Apa yang bapak lakukan saat mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suara itu hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul?”  
” bapak ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang keempat minum obat dengan teratur.”

“Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik. Caranya adalah saat suara-suara itu muncul, langsung ibu bilang, pergi saya tidak mau dengar... Saya tidak mau dengar! Kamu suara palsu! Begitu diulang-ulang sampai suara itu tidak terdengar lagi. Coba bapak peragakan! Nah begitu... Bagus! Coba lagi! Ya, bagus, bapak sudah bisa.”

#### FASE TERMINASI

Evaluasi respon subjektif: “Bagaimana perasaan ibu setelah memeragakan latihan tadi?” Evaluasi respon objektif: “Coba ibu sebutkan kembali suara-suara yang ibu dengar itu namanya apa? Suaranya mengatakan apa? Berapa kali muncul dalam sehari? Dalam keadaan apa suara itu terdengar? Apa yang Ny. H rasakan dan apa yang ibu lakukan?” “Coba sebutkan lagi 4 cara untuk mencegahnya? Ya, bu!” “Nah, sekarang coba ibu H praktikkan lagi cara menghardik. Iya bagus sekali ibu!”

Rencana tindak lanjut: “Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya? Mau jam berapa bu latihannya? Mau berapa kali? (Memasukkan kegiatan latihan menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian pasien)”

Kontrak yang akan datang: “Bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua? Pada jam berapa Ny. H? Bagaimana kalau jam 11.30 siang? Dimana tempatnya? Baiklah, sampai jumpa”

#### **SP 2 Klien**

Melatih klien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap bersama orang lain.

#### FASE ORIENTASI

Salam terapeutik: “Selamat siang ibu H ! Sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang saya datang lagi. Ibu masih ingat dengan saya? Coba siapa? Iya bagus.” “Tujuan saya sekarang ini akan mengajarkan cara mencegah/mengontrol halusinasi yang kedua”

Evaluasi/validasi: “Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah suara-suaranya masih sering terdengar? Apakah ibu sudah berlatih cara menghardik

sesuai jadwal yang dibuat dan apakah ibu sudah mempraktikkannya? Coba ibu praktikkan lagi cara meghardik halusinasi tersebut. Ya bagus!”

Kontrak (topik, waktu, tempat): “Baik sekarang kita akan belajar cara mencegah/mengontrol halusinasi yang kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain. Mau berapa lama bincang-bincangnya ibu? Bagaimana kalau 30 menit? Dimana tempatnya? Disini saja ya.”

#### FASE KERJA

“Cara kedua untuk mencegah/mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap- cakap dengan orang lain. Jadi kalau ibu.H mulai mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan ibu. Contohnya begini: Tolong, saya mulai mendengar suara-suara. Ayo ngobrol dengan saya!”

“Atau kalau ada orang di rumah, misalnya anak ibu, katakan: Bapak, ayo ngobrol dengan saya. Saya sedang mendengar suara-suara. Begitu bu Coba ibu H lakukan seperti yang saya tadi lakukan. Ya, begitu! Bagus! Coba sekali lagi! Bagus! Nah, latihan terus ya bu!”

#### FASE TERMINASI

Evaluasi respon subjektif: “Bagaimana perasaan ibu S setelah kita berlatih cara kedua, yaitu menemui orang lain dan bercakap-cakap?”

Evaluasi respon objektif: “Coba ibu H praktikkan lagi cara yang barusan saya ajarkan. Ya bagus ibu! Jadi sudah berapa cara yang kita latih ibu? Coba sebutkan lagi? Ya bagus, jadi sudah 2 yaitu meghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain”

Rencana tindak lanjut: “Mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian ibu. Mau jam berapa berlatihnya bu? Bagaimana tiga kali sehari? Baik jadi jam 8 pagi, 2 siang dan 4 sore. Jangan lupa dilatih terus ya pak. Jadi kalau ibu.H mendengar suara-suara itu, ibu H bisa praktikkan ke 2 cara yang sudah kita latih ya”

Kontrak yang akan datang (topik, waktu, tempat): “Besok kita ketemu lagi ya ibu, kita akan berlatih cara mengontrol halusinasi yang ketiga yaitu melaksanakan aktivitas terjadwal. Mau jam berapa ibu? Baik jam 11.30.00 siang. Waktunya berapa lama? Ya, ± 30 menit. Tempatnya dimana? Baiklah disini saja lagi ya Bu. Sampai jumpa.”

### **SP 3 Klien**

Melatih klien mengontrol halusinasi dengan melaksanakan aktivitas terjadwal.

#### **FASE ORIENTASI**

Salam terapeutik: “Selamat siang ibu.H! Sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang saya datang kembali. ibu masih ingat dengan saya? Coba siapa? Iya bagus!”

“Tujuan saya sekarang ini akan mengajarkan cara mencegah/mengontrol halusinasi halusinasi yang ketiga”

Evaluasi/validasi: “Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah suara-suara itu masih muncul? ibu masih ingat tidak apa yang sudah kita latih? Ada berapa cara? Ya bagus! Ada dua cara ya bu, yaitu menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain.”

“Lalu apakah ibu sudah berlatih cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain sesuai jadwal yang dibuat? Bisa saya liat jadwalnya? Dan apakah ibu H sudah mempraktikkannya? Ya bagus sekali bu! Apa yang Ibu rasakan setelah melakukan latihan secara teratur?”

“Coba bapak praktikkan kembali 2 cara yang sudah kita latih. Ya bagus sekali bu!”

Kontrak (topik, waktu, tempat): “Baik sekarang kita akan belajar cara mengontrol halusinasi dengan cara ketiga yaitu melaksanakan aktivitas terjadwal. Mau berapa lama berlatihnya? Bagaimana kalau ± 30 menit? Dimana tempatnya? Baiklah disini saja.”

#### **FASE KERJA**

“Tujuan melaksanakan aktivitas terjadwal ini adalah untuk mencegah suara-suara itu datang lagi. Apa saja yang biasa ibu lakukan? Coba tulis lembar kegiatan

ini ya? Tulis dari pagi bangun tidur sampai malam mau tidur lagi. Setelah itu apa lagi? (terus disebutkan atau ditulis sampai didapat kegiatannya sampai malam hari)” “Wah bagus. Banyak sekali kegiatannya ya Ibu Sekarang kita latih satu kegiatan yang sudah ibu tulis ya. ibu mau melatih kegiatan yang mana? Bagaimana kalau sesuai jam sekarang? Sekarang jam 11.30 malam, jadi kegiatannya adalah membersihkan rumah ya bu!”

“Caranya menyapu bagaimana bu? Ya bagus, cara merapikan tempat tidur. Sekarang kita lakukan ya bu. Bagus sekali ibu H bisa melakukannya.”

“Kegiatan ini dapat ibu lakukan untk mencegah suara-suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih lagi ya ibu, supaya dari pagi sampai malam ibu selalu ada kegiatan.”

#### FASE TERMINASI

Evaluasi respon subjektif: “Bagaimana perasaan ibu H setelah kita berlatih melakukan kegiatan?”

Evaluasi respon objektif: “Coba ibu sebutkan jadwal kegiatan hariannya. Ya bagus! Coba sekarang sebutkan lagi bagaimana cara menyapu yang barusan saya ajarkan? Ya bagus sekali bu! Jadi sudah berapa cara yang kita latih bu? Coba sebutkan lagi. Ya bagus bu, jadi sudah ada 3 cara yaitu menghardik, bercakap-cakap dan melakukan aktivitas terjadwal.”

Rencana tindak lanjut: “Jangan lupa kegiatan yang terjadwal ini dilakukan ya bu, juga dilatih cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lainnya sesuai jadwal. Jadi kalau ibu mendengar suara-suara itu lagi, ibu bisa praktikkan ke 3 cara yang sudah kita latih ya bu.”

Kontrak yang akan datang: “Baik ibu sekarang bincang-bincangnya sudah selesai. Bagaimana kalau besok saya datang lagi untuk latihan cara mengontrol halusinasi yang ke 4 yaitu minum obat. Mau jam berapa bu? Baik jam 11.30 ya Buk. Waktunya berapa lama dan tempatnya mau dimana? Baik ±30 menit saja dan tempatnya disini lagi ya bu! Baiklah Buk, saya permisi dulu ya, jangan lupa

ibu berlatih ya. Sampai jumpa!”

#### SP 4 Pasien

Melatih pasien minum obat secara teratur.

#### FASE ORIENTASI

Salam terapeutik: “Selamat siang Ibu! Sesuai dengan janji saya kemarin. Sekarang saya kembali lagi. Ibu. H masih ingat dengan saya? Coba siapa? Wahh bagus. Tujuan saya sekarang ini akan mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan minum obat.”

Evaluasi/validasi: “Bagaimana perasaan Ibu saat ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai tiga cara yang telah kita latih? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan? Bisa saya lihat jadwalnya? Wahh bagus sekali Ibu! Ibu masih ingat apa yang sudah kita latih? Ya bagus! Coba praktekkan! Ya bagus! Apakah Ny. H pagi ini sudah minum obat? Nama obatnya apa saja? Oh Ibu belum tau ya nama obatnya?”

Kontrak (topik, waktu, tempat): “Baik sekarang kita akan belajar cara mengontrol atau mencegah halusinasi dengan minum obat. Mau berapa lama berbincang- bincangnya? Bagaimana kalau 30 menit? Dimana tempatnya? Disini saja ya Buk.

#### FASE KERJA

“Bapak Y, adakah bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah suara-suara berkurang atau hilang? Minum obat sangat penting agar suara-suara yang Ny.H dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam Ny.H minum? (Perawat menyiapkan obat pasien). Ini yang berwarna orange (Chlorpromazine, CPZ) gunanya untuk menghilangkan suara-suara. Obat yang berwarna putih (Tpyhexilpendil, THP) gunanya agar Ny.S merasa rileks dan tidak kaku, sedangkan yang merah jambu (Haloperidol, HLP) berfungsi untuk menenangkan pikiran dan menghilangkan suara-suara. Semua obat ini diminum 3 kali sehari, setiap pukul 7 pagi, 1 siang, dan 7 malam. Kalau suara-suara sudah hilang, obatnya tidak boleh dihentikan. Nanti konsultasikan dengan dokter, sebab kalau putus obat, Ibu akan kambuh dan sulit sembuh seperti keadaan semula. Kalau obat habis, Ibu bisa ke Puskesmas ditemani oleh keluarganya untuk mendapatkan obat lagi. Ibu juga harus teliti saat minum obat-obat ini. Pastikan

obatnya benar, artinya Bapak P harus memastikan bahwa itu obat yang benar-benar punya bapak. Jangan keliru dengan obat milik orang lain. Baca nama kemasannya. Pastikan obat diminum pada waktunya, dengan cara yang benar, yaitu diminum sesudah makan dan tepat jamnya. Ibu juga harus memperhatikan berapa jumlah obat sekali minum, dan ibu juga harus cukup minum 10 gelas per hari”

#### FASE TERMINASI

Evaluasi respon subjektif: “Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap- cakap mengenai obat?”

Evaluasi respon objektif: “Coba bapak sebutkan kembali obat-obat yang bapak konsumsi? Ya benar sekali! Lalu sebutkan apa saja yang sudah saya ajarkan hari- hari sebelumnya?”

Rencana tindak lanjut: “Baiklah ibu, bagaimana kalau besok kita mendiskusikan lebih dalam lagi tentang apa yang belum Ny. H pahami”

Kontrak yang akan datang: “Pukul berapa pak? Kita bertemu ditempat ini lagi ya? Baik,selamat siang”



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Identitas

Nama : Rafli Abdul Malik  
Jenis kelamin : Laki-laki  
Tempat tanggal lahir : Garut, 28 Oktober 2021  
Agama : Islam  
Status : Belum menikah  
Pekerjaan : mahasiswa  
Alamat : Kp.Ciburial RT/RW 01/08  
Desa. Hanjuang Kec. Bungbulang  
Kab. Garut

### B. Riwayat pendidikan

1. SDN Hanjuang 03 : 2008-2014
2. Madrasah Tsanawiyah Bungbulang : 2014-2017
3. SMAN 7 Garut : 2017-2020
4. STIKes Karsa Husada Garut : 2020-2023