

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.Y DENGAN GANGGUAN
PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENGLIHATAN
AKIBAT SKIZOFRENIA DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR
ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D-III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

DEA RATNASARI

KHGA21070



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA D-III KEPERAWATAN
2024**

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.Y DENGAN GANGGUAN PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENGLIHATAN AKIBAT SKIZOFRENIA DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT

NAMA : DEA RATNASARI

NIM : KHGA21070

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Untuk Disidangkan Di Hadapan

Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2024

Pembimbing

H.Aceng Ali,S.Kep., Ners., M.H.Kes,

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.Y DENGAN
GANGGUAN PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI :
HALUSINASI PENGLIHATAN AKIBAT SKIZOFRENIA
DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHIE
ASSANIE SAMARANG GARUT**

NAMA : DEA RATNASARI

NIM : KHGA21070

KAYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Disidangkan dan Dipertanggungjawabkan di
Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2024

Mengesahkan

Penguji I

Penguji II

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

Angga Dipanagara, M.Kep.

Mengetahui,

Mengesahkan,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing

K.Dewi Budiarti, M.Kep.

H.Aceng Ali, S.Kep., Ners., M.H.Kes,

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.Y DENGAN GANGGUAN PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENGLIHATAN AKIBAT SKIZOFRENIA DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT

Nama : Dea Ratnasari

Nim : KHGA21070

4 bab, 88 halaman, 9 tabel, 3 bagan , 4 lampiran

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan akibat skizofrenia. Di latar belakang dengan banyaknya klien yang di rawat inap pada tahun 2024 di Klinik Rehabilitasi Nur Ilahie Assani Samarang Garut tercatat 37 orang. Dampak yang dapat menimbulkan oleh pasien yang mengalami halusinasi akibat skizofrenia adalah pasien mengalami perilaku yang tidak normal seperti sedang diawasi, sehingga ia kerap menunjukkan rasa marah, gelisah, bahkan benci terhadap seseorang dan bahkan dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain di sekitarnya. Untuk mengobati dampak tersebut maka diperlukan tindakan yang tepat dengan menggunakan proses keperawatan melalui 6 tahap proses keperawatan, guna menggali serta memecahkan masalah pada kasus halusinasi akibat skizofrenia.

Tujuan pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah untuk mendapatkan pengetahuan dan pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan. Selama melakukan proses keperawatan, yang menjadi fokus atau tujuan utama dari pemberian asuhan keperawatan ini adalah perbaikan daya persepsi klien dan klien dapat berhubungan dengan realita.

Penulis juga melaksanakan tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan yang terapeutik, memotivasi klien untuk mengendalikan halusinasinya. Keberhasilan asuhan keperawatan ini dapat dicapai dengan adanya pendekatan proses keperawatan dan di tunjang adanya kerja sama yang baik antara penulis, klien, dan tim kesehatan lainnya serta sarana penunjang kesehatan lainnya.

Kata Kunci (*Key Word*) : *Asuhan Keperawatan, Halusinasi, Skizofrenia*

Daftar Pustaka : (2015-2021)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, sholawat serta salam yang senantiasa dilimpah curahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala rahmat dan karunianya akhirnya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini dengan judul “ **ASUHAN KEPERAWATN JIWA PADA NY.Y DENGAN GANGGUAN PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENGLIHATAN AKIBAT SKIZOFRENIA DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHIE ASSANIE SAMARANG GARUT** “ .

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan Program Studi DIII-Keperawatn di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menyadari bahwa sepenuhnya tidak terlepas dari segala dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Maka dari itu dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya 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, M.Kep, selaku ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak H.Aceng Ali,S.Kep., Ners., M.H.Kes, selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan arahan dan bimbingannya dengan penuh tanggung jawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Seluruh Staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut terutama Program Studi DIII Keperawatan yang telah membei ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Seluruh staf dan karyawan tata usaha dan perpustakaan yang telah memberi bantuan dalam penyediaan buku sumber.
8. Seluruh staf dan pimpinan klinik rehabilitasi mental Nur Ilahie Assanie Samarang Garut yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama penulis melakukan asuhan keperawatan.
9. Ny. Y selaku klien, yang sudah sangat kooperatif sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Ayahanda, ibunda dan keluarga tercinta yang telah memberikan banyak sekali doa, perhatian serta dukungan noril maupun material . yang selalu menjadi support system serta menjadi alasan utama bagi penulis dalam menyelesaikan perkuliahan hingga sampai pada tahap akhir pembuatan karya tulis ilmiah ini.

11. Kepada diri sendiri yaitu Dea Ratnasari yang sudah bisa bertahan sejauh ini, dan terus melanjutkan penulisan karya tulis ilmiah sehingga dapat terselesaikan tepat pada waktunya.
12. Kepada budak mamih dey selaku sahabat terbaik penulis, yang senantiasa memberikan motivasi dan dukungan dalam pembuatan karya tulis ilmiah serta memberikan banyak moment kebersamaan selama perkuliahan yang tidak akan pernah terlupakan oleh penulis.
13. Seluruh rekan-rekan DIII- Keperawatan terutama kelas B dengan berbagai macam karakter, sifat sehingga memberi pelajaran dan kebersamaan yang tidak akan pernah terlupakan oleh penulis.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Semoga karya tulis ini bisa bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak serta mendapatkan keridhoan-Nya. Akhir kata penulis berharap semoga amal baik dari berbagai pihak senantiasa mendapatkan balasan yang berlipat dari Allah SWT. Aamiin.

Garut, Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian.....	4
C. Metode Telaahan	5
D. Sistematika Penulisan.....	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS	9
A. Konsep Dasar Skizofrenia	9
1. Definisi.....	9
2. Etiologi.....	10
3. Tanda dan Gejala	12
4. Tipe – tipe Skizofrenia.....	13
B. Konsep Dasar Halusinasi.....	14
1. Pengertian	14
2. Rentang Respon	14
3. Penyebab Halusinasi	16
4. Jenis jenis Halusinasi	18
5. Tanda Dan Gejala	20
6. Pohon Masalah.....	20
7. Diagnosa yang mungkin muncul	21

8.	Fase Halusinasi	21
9.	Mekanisme Koping.....	22
10.	Penatalaksanaan	23
C.	Konsep Dasar Perilaku kekerasan	27
1.	Definisi.....	27
2.	Etiologi.....	28
3.	Tanda dan Gejala	30
D.	Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	32
1.	Pengkajian.....	32
2.	Analisa Data.....	41
3.	Diagnosa Keperawatan	42
4.	Intervensi Keperawatan	43
5.	Implementasi.....	51
6.	Evaluasi.....	51
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....		53
A.	Tinjauan Kasus.....	53
1.	Pengkajian.....	53
2.	Analisa Data.....	64
3.	Diagnosa Keperawatan	65
4.	Perencanaan Keperawatan	66
5.	Implementasi dan Evaluasi	73
6.	Catatan Perkembangan	79
B.	Pembahasan	81
1.	Pengkajian.....	81
2.	Diagnosa Keperawatan	82

3.	Perencanaan	83
4.	Implementasi.....	83
5.	Evaluasi.....	85
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....		87
A.	Kesimpulan.....	87
B.	Rekomendasi	88
DAFTAR PUSTAKA		89
LAMPIRAN		91
DAFTAR RIWAYAT HIDUP		103

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Diagnosa Penyakit Klinik Nur Illahie Assanie Samarang	2
Tabel 2.1 Analisa Data	45
Tabel 2.2 Rencana Tindakan Keperawatan	48
Tabel 3.1 Terapi Medis Pasien Skizofrenia	75
Tabel 3.3 Analisa Data	77
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan	80
Tabel 3.5 Implementasi Dan Evaluasi	94
Tabel 3.6 Catatan Perkembangan	107

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Rentang Respon Halusinasi	14
Bagan 2.2 Pohon Masalah Halusinasi.....	20
Bagan 3.1 Genogram.....	56

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SPTK

Lampiran 2 Dokumentasi

Lampiran 3 Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 4 Lembar Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah suatu keadaan dimana seseorang berada dalam kesehatan kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan social yang baik sehingga mereka mampu memenuhi tanggung jawabnya. Selain itu juga, berfungsi secara efektif dilingkungannya, dengan perannya sebagai individu dan puas dalam hubungan interpersonal (Viedebeck, 2010 : Stuart, Keliat, 2016).

Gangguan jiwa merupakan suatu kondisi terganggunya fungsi mental, emosi, pikiran, kemauan, perilaku psikomotorik dan verbal, yang menjadi kelompok gejala klinis yang disertai oleh penderita dan mengakibatkan terganggunya fungsi humanistic individu. Gangguan jiwa dikarakteristikan sebagai respon maladaptif diri terhadap lingkungan yang ditunjukkan dengan pikiran, perasaan, tingkah laku yang tidak sesuai dengan norma setempat dan kultural sehingga mengganggu fungsi social, kerja dan fisik individu yang biasa disebut dengan skizofrenia (Sari&Maryam, 2020).

Menurut data dari dinas Kesehatan di Jawa Barat, terdapat sekitar 48.722 Orang dengan Gangguan jiwa (ODGJ) berat yang mendapat pelayanan Kesehatan di Jawa Barat, dengan nilai tertinggi 6.761 orang di Kabupaten Bogor, dan terendah 112 orang di Kota Banjar. Data untuk wilayah Kabupaten sendiri terdapat 2062 Orang dengan Gangguan jiwa (ODGJ) pada tahun 2021 (Dinas Kesehatan, 2023).

Sedangkan prevelensi orang dengan gangguan jiwa mendapat pelayanan di kabupaten garut pada tahun 2024 sekitar 3.935 jiwa.

Tabel 1. 1 Diagnosa Penyakit Dinas Kesehatan Kabupaten Garut

No.	Diagnosa Penyakit	Jumlah Orang	Presentasi
1.	Gangguan Afektif Bipolar	1.988	50.53 %
2.	Skizofrenia	1.353	34.38 %
3.	Penyalahgunaan Napza	389	9.89 %
4.	Intelektual Disability	205	5.2 %
Jumlah		3.935	100%

Sumber : (Dinas Kesehatan Kabupaten Garut)

Klinik Nur Illahie Assanie adalah salah satu klinik rehabilitasi mental yang konsen pada kesehatan jiwa. Klinik ini berada di kecamatan Samarang, Garut Jawa Barat.

Berdasarkan data yang didapat dari Klinik Nur Illahie Assanie Samarang Garut, Jumlah Pasien Gangguan Jiwa khususnya yang sudah terdiagnosa dari bulan Mei 2023 sampai saat ini terdapat pada table berikut:

Tabel 1. 2 Diagnosa Penyakit Klinik Nur Illahie Assanie Samarang

No.	Diagnose Penyakit	Jumlah	Presntasi
1.	<i>Halusinasi</i>	12	33 %
2.	Resiko Perilaku Kekerasaan	11	30 %
3.	Harga Diri Rendah	7	18 %
4.	Isolasi Sosial	5	13,6 %
5.	Defisit Perawatan Diri	0	0 %

6.	Waham	2	5,4 %
Jumlah		37 Orang	

Sumber : Klinik Nur Illahie Assanie Samarang

Tabel 1.2 Menjelaskan bahwa masalah keperawatan jiwa di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut periode bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2024 didapatkan dua orang yang mengalami Halusinasi Pendengaran sebanyak 33% dan merupakan masalah keperawatan tertinggi, resiko perilaku kekerasan sebanyak 30%, Harga diri rendah sebanyak 18%, Isolasi sosial sebanyak 13,6%, Defisit perawatan diri sebanyak 0%, merupakan masalah keperawatan terendah, dan Waham sebanyak 5,4%

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku yang aneh dan terganggu (Viedebeck, 2018). Halusinasi adalah suatu keadaan dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi yang disebabkan stimulus yang sebenarnya itu tidak ada (Sutejo, 2017).

Akibat dari halusinasi yang dibiarkan tanpa adanya tindakan dapat terjadi hal yang tidak diinginkan seperti halusinasi untuk menyuruh melukai diri. membunuh keluarga, atau berkomunikasi dengan orang yang sudah mati. Ketika melakukan aktivitas dengan orang lain reaksi pasien tidak stabil kadang meracau dan bertindak emosional (Wulandari & Perdadas, 2021)

Berdasarkan pengertian halusinasi itu dapat diartikan bahwa, halusinasi adalah gangguan persepsi yang membuat seorang mendengar, melihat, mencium atau merasakan sesuatu yang sebenarnya tidak ada. Pada

kondisi tertentu, halusinasi dapat mengakibatkan ancaman pada diri sendiri dan orang lain.. halusinasi penglihatan adalah stimulus visual dalam bentuk kilatan atau cahaya, gambar atau bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan yang di lihat biasa berupa bayangan yang menyenangkan dan menakutkan (Kusumawati & Hartono 2018).

Alasan mengapa penulis mengangkat masalah Ny.Y sebagai kasus dalam Laporan Tugas Akhir, karena dari studi yang didapatkan selama pengkajian pada tanggal 25 April 2024, klien Ny.Y mengatakan bahwa dirinya sering melihat bayangan orang, bayangan tersebut muncul pada saat sore hari atau pada saat mau tidur dan saat dilakukan pengkajian klien terlihat senyum dan tertawa sendiri. Tanda gejala dan keluhan utama yang dikatakan klien menunjukan klien mengalami Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Penglihatan. Oleh karena itu peran perawat sangat diperlukan dalam upaya melakukan proses pemecahan masalah pada klien yang mengalami halusinasi secara sistemik, untuk itu dapat dilakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien Ny.Y dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori : Penglihatan di Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Garut.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum :

Tujuan umum penelitian Karya Tulis Ilmiah ini adalah memperoleh pengalaman respon pasien skizofrenia dengan masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan terhadap pemberian asuhan

keperawatan jiwa secara komprehensif di Rehabilitasi Yayasan Nur Illahie Assanie Garut.

2. Tujuan Khusus :

Tujuan khusus penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah :

- a. Melakukan pengkajian pada pasien Ny.Y dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan di klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie.
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien Ny.Y dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan di klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie.
- c. Merencanakan asuhan keperawatan pada Ny.Y dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan di klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie.
- d. Melakukan intervensi keperawatan dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan di klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie.
- e. Melakukan pendokumentasian pada Ny.Y dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan di klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie.
- f. Melakukan evaluasi pada Ny.Y dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan di klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie.

C. Metode Telaahan

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menggunakan penelitian deskriptif dengan metode studi kasus, sedangkan teknik pengumpulan data pada studi kasus ini (Herman, 2015) :

1. Wawancara

Penulis mengadakan diskusi dan Tanya jawab dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan tenaga kesehatan lain yang terkait dengan kasus ini.

2. Observasi

Penulis mengadakan pengamatan secara langsung pada pasien dalam memberikan asuhan keperawatan.

3. Pemeriksaan fisik

Penulis melakukan pemeriksaan fisik secara keseluruhan pada pasien yang mempunyai masalah kesehatan dan keperawatan yang berkaitan dengan keadaan fisik dengan menggunakan pendekatan sistem dengan teknik inspeksi, auskultasi, perkusi, palpasi.

4. Studi Dokumentasi

Melakukan studi dokumentasi untuk memvalidasi data yang diperoleh dengan melihat status pasien.

5. Studi Kepustakaan

Penulis melakukan studi kepustakaan dengan cara mengumpulkan berbagai buku, artikel, dan makalah sebagai referensi yang berhubungan studi kasus.

6. Pengolahan Data

Pengolahan data secara manual yaitu dengan mengklasifikasikan, menginterpretasikan, mendokumentasikan, dan memverifikasikan, kemudian disajikan secara tekstural.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memudahkan dan memberi gambaran yang jelas dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis akan menguraikan sistematika penulisannya sebagai berikut :

BAB I PENDAHULUAN

Yang berisi dan menjelaskan mengenai latar belakang , tujuan penulisan , metode telaahan dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN TEORITIS

Berisikan tentang teori-teori yang berhubungan dengan judul diatas yang dapat dijadikan acuan pada waktu pembahasan, terdiri dari konsep dasar, definisi, tahapan halusinasi , factor predisposisi, factor presipitasi, tanda dan gejala, rentang respon neurobiologis, konsep asuhan keperawatan, diagnose keperawatan, intervensi, rasionalisasi, implementasi dan evaluasi.

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini di jelaskan tentang asuhan keperawatan yang dilakukan secara nyata di lapangan tahap pengkajian, analisa data , diagnose keperawatan, perencanaan, evaluasi dan catatan perkembangan pada pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan. Sedangkan pembahasan berisikan tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan dan

dibandingkan antara pendekatan teoritis dengan pelaksanaan langsung pada kasus serta pemecahan masalahnya.

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Berisikan tentang kesimpulan penulis setelah melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan dan rekomendasi yang bersifat membangun terhadap kesimpulan untuk perbaikan selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

Daftar pustaka merupakan daftar yang mencantumkan judul buku, nama pengarang, penerbit dan sebagainya yang ditempatkan pada bagian akhir suatu karangan atau buku, dan disusun menurut abjad.

LAMPIRAN

Lampiran ini merupakan dokumen tambahan yang disertakan dalam Skripsi ataupun Karya Tulis Ilmiah berisikan hasil dari suatu penelitian, baik berupa gambar, foto teks, dan lain sebagainya. Penempatan lampiran karya tulis ilmiah biasanya pada bagian paling belakang setelah daftar pustaka dengan keterangan yang sangat jelas.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Skizofrenia

1. Definisi

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yaitu "Shizein" yang berarti retak atau pecah dan "phren" yang berarti pikiran yang selalu dihubungkan dengan emosi. Dengan demikian skizofrenia dapat diartikan sebagai seseorang yang mengalami keretakan jiwa keretakan kepribadian serta emosi (Sianturi, 2014). Skizofrenia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu gangguan psikiatrik mayor yang ditandai dengan adanya perubahan dengan perspsi, pikiran, efek, dan perilaku seseorang. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun defisit kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Maramis, 2014).

Skizofrenia menyebabkan gangguan pikiran, presepsi, emosi, dan perilaku individu menjadi menyimpang. Skizofrenia dianggap sebagai sindrom atau proses penyakit dengan variasi dan gejala yang berbeda (Videbeck, 2020). Pengertian yang lebih ringkas dari skizofrenia adalah suatu penyakit yang dapat mempengaruhi fungsi otak yang juga dapat menyebabkan timbulnya gangguan pikiran, presepsi, emosi, gerakan, dan perilaku.

2. Etiologi

Skizofrenia disebabkan oleh multifaktorial. Penderita skizofrenia memiliki kerentanan biologis spesifik (diatesis), yang dipicu oleh kondisi stres, lalu menimbulkan gejala-gejala skizofrenia. Kondisi stres ini bisa berupa faktor genetik, biologis, kondisi psikologis maupun lingkungan sosial. (Sitawati, Fhitriyah, & Karimah, 2022)

a. Faktor genetik (faktor keturunan)

Individu dengan riwayat keluarga menderita skizofrenia (faktor genetik) akan lebih rentan juga menderita skizofrenia dibandingkan individu yang tidak memiliki keluarga yang menderita skizofrenia. Sebagai contoh, jika ada salah satu orang tua kandung seseorang menderita skizofrenia, maka risiko orang tersebut menderita skizofrenia adalah sebesar 13%, jika kedua orang tua kandungnya menderita skizofrenia maka risikonya naik menjadi 30-46%. Meskipun demikian, banyak penderita skizofrenia yang ternyata tak memiliki faktor genetik.

b. Faktor biologis

Terdapat beberapa abnormalitas pada struktur dan fungsi otak yang dikaitkan dengan pencetus penyakit skizofrenia, di antaranya adalah pelebaran ventrikel, penurunan ukuran otak dan penurunan konektivitas antara regio otak. Selain itu, juga didapatkan adanya kelainan fungsi kognitif penderita skizofrenia, terutama pada fungsi ingatan dan kemampuan berinteraksi dengan orang lain.

c. Kondisi psikologis

Ada kalanya seseorang tidak memiliki seseorang untuk berbagi cerita atau memiliki kepribadian yang pendiam dan tertutup di saat dirinya mengalami stressor, sehingga orang tersebut cenderung memendam permasalahannya sendiri.

d. Kondisi lingkungan

Stresor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang tersebut terpaksa beradaptasi agar dapat mengatasi stressor tersebut. Namun, tidak semua orang mampu beradaptasi dan mengatasi stresornya sehingga menimbulkan gangguan kejiwaan, di antaranya adalah skizofrenia. Jenis stressor psikososial yang dimaksud di antaranya adalah sebagai berikut.

- 1) Masalah perkawinan, misalnya pertengkaran, perceraian, perselingkuhan, kematian salah satu pasangan, dan sebagainya.
- 2) Masalah keluarga, misalnya keluarga mengkritik secara berlebihan atau menunjukkan sikap permusuhan, yang biasa disebut ekspresi emosi yang tinggi dan dapat menimbulkan kekambuhan gejala pada penderita skizofrenia jika terjadi kontak selama lebih dari 35 jam per minggu.
- 3) Masalah lingkungan, misalnya masalah pekerjaan, pendidikan dan lain-lain.
- 4) Masalah ekonomi.

- 5) Komplikasi selama kehamilan dan persalinan.
- 6) Lain-lain, misalnya dampak dari penyalahgunaan zat terlarang atau dampak trauma dari bencana alam, kebakaran, perkosaan, dan sebagainya

3. Tanda dan Gejala

Gejala skizofrena bisa berbeda dari satu orang ke satu orang lainya, beberapa gejala umum menurut (Rasa, 2023) adalah:

a. Halusinasi

Gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, pengecapan, pembau, dan perabaan).

b. Waham

yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran).

c. Perubahan arus pikir

1) Arus pikir terputus : dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.

2) Inkohoren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).

3) Neologisme: menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri tetapi tidak dimengerti oleh orang lain

d. Perilaku aneh

e. Pengurangan minat atau motivasi

4. Tipe – tipe Skizofrenia

Menurut (Tanjung, Neherta, & Sarfika, 2023) beberapa tipe skizofrenia yaitu:

a. Skizofrenia paranoid

Jenis skizofrenia adalah yang paling umum dengan gambaran klinis didominasi oleh waham yang relatif, sering kali paranoid, biasanya disertai dengan halusinasi, terutama halusinasi pendengaran, dan gangguan persepsi sensorik. Gangguan afektif, serta gejala katatonik yang tidak menonjol.

b. Skizofrenia hebefrenik

Skizofrenia dengan perubahan afektif yang secara umum terdapat waham dan halusinasi.

c. Skizofrenia katatonik

Gangguan psikomotor yang sangat menonjol seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.

d. Skizofrenia tak terinci (undifferentiated)

Undifferentiated skizofrenia merupakan salah satu penyakit atau gangguan mental yang ditandai dengan adanya delusi halusinasi dan gangguan tingkah laku.

B. Konsep Dasar Halusinasi

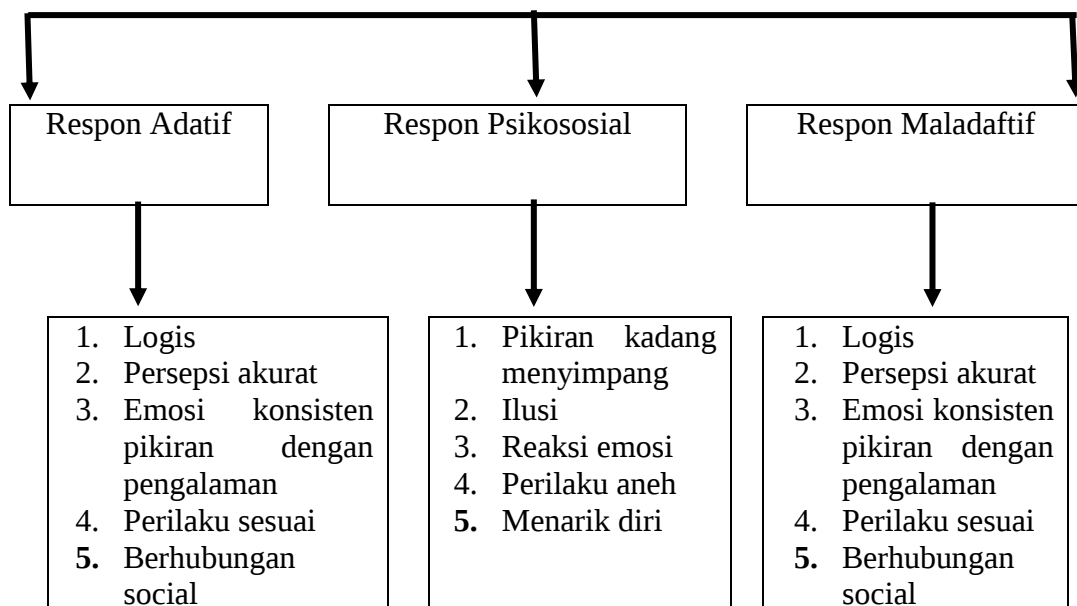
1. Pengertian

Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersiapkan sesuatu banyak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang dialami seperti suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksternal persepsi palsu. Halusinasi adalah suatu keadaan dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi yang disebabkan stimulus yang sebenarnya itu tidak ada (Sutejo, 2017).

Halusinasi Penglihatan stimulus visual dalam bentuk kilatan atau cahaya, gambar atau bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan (Kusmawati & Hartono 2011).

2. Rentang Respon

Bagan 2.1 Rentang Respon Halusinasi



(Sumber : Trimellia, 2021)

Keterangan :

a) Respon Adatif

Yaitu respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Adapun respon adatif yaitu:

- 1) Pikira logis merupakan pandangan yang mengarah pada kenyataan yang dapat diterima akal.
- 2) Persepsi akurat merupakan pandangan dari seseorang tentang Suatu peristiwa secara cermat dan tepat sesuai perhitungan.
- 3) Perilaku sosial dengan kegiatan individua tau sesuatu yang berkaitan dengan individu tersebut yang diwujudkan dalam bentuk gerak atau ucapan yang tidak bertentangan dengan moral.
- 4) Hubungan sosial merupakan proses suatu interaksi dengan orang lain dalam pergaulan ditengah Masyarakat dan lingkungan.

b) Respon Psikososial

- 1) Pikiran terkadang menyimpang berupa kegagalan dalam mengabstrakan dan mengambil kesimpulan
- 2) Ilusi merupakan pemikiran atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar benar terjadi (obyek nyata) karena rangsangan pancaindra
- 3) Emosi berlebihan dengan kurang pengalaman berupa rekasi emosi yang diekspresikan dengan sikap yang tidak sesuai.
- 4) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.

- 5) Menarik diri merupakan perabaan untuk menghindar dari interaksi dengan orang lain, baik dalam berkomunikasi maupun berhubungan dengan orang-orang di sekitarnya

c) Respon maladaptif

Merupakan respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan. Adapun respon maladaptif yaitu:

- 1) Kelainan pikiran atau waham, merupakan keyakinan yang kokoh dan dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan keyakinan sosial.
- 2) Halusinasi merupakan gangguan yang timbul berupa persepsi yang salah terhadap rangsangan.
- 3) Kerusakan proses emosi merupakan ketidakmampuan mengontrol emosi seperti menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan, kebahagiaan, dan kedekatan.
- 4) Perilaku tidak terorganisir merupakan ketidakteraturan perilaku dan Gerakan yang ditimbulkan.
- 5) Isolasi sosial merupakan kondisi Dimana seseorang merasa kesepian tidak mau berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan sekitarnya (Stuart, 2016).

3. Penyebab Halusinasi

a. Faktor Predisposisi

Menurut Direja (2021) faktor predisposisi yaitu :

1) Faktor Perkembangan

Perkembangan klien yang terganggu, kurangnya mengontrol emosi dan keharmonisan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri.

2) Faktor Sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima dilingkungna sejak bayi akan membekas diingatannya sampai dewasa dan ia akan merasa disingkirkan, kesepian dan tidak percaya diri pada lingkungannya.

3) Faktor Biokimia

Adanya stress berlebihan yang dialami seseorang maka didalam tubuhnya akan menghasilkan suatu zat yang dapat bersifat halosinogenik asteil kolin dan dopamin.

4) Faktor Psikologis

Tipe kepribadian yang lemah tidak bertanggung jawab akan mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat alam nyata menuju khayal.

b. Faktor Presipitasi

Penyebab halusinasi dapat dilihat, Menurut Direja (2021):

1) Dimensi Fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa.

2) Dimensi Emosional

Perasaan cemas berlebihan atas dasar masalah yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Klien tidak sanggup lagi menantang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

3) Dimensi Intelektual

Di dalam dimensi intelektual ini merangsang bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan.

4) Dimensi Sosial

Klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Sehingga klien asik tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, control diri dan harga diri telah didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi ini dijadikan system control oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berisikan ancaman, dirinya ataupun orang lain individu cenderung untuk itu.

4. Jenis jenis Halusinasi

Menurut (Pardede JA, Harjuliska H, 2021) beberapa jenis halusinasi antara lain :

- a. Halusinasi Pendengaran (Auditory) 70% mendengar suara yang membicarakan, mengejek, menertawakan, mengancam, memerintah

untuk melakukan sesuatu (kadang-kadang hal yang berbahaya). Perilaku yang muncul mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, mulut komat kamit, dan ada Gerakan tangan.

- b. Halusinasi Penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya, gambar, orang atau panorama yang luas dan kompleks, biasanya menyenangkan atau menakutkan. Perilaku yang muncul adalah tatapan mata pada tempat tertentu, menunjuk ke arah tertentu, serta ketakutan pada obyek yang dilihat.
- c. Halusinasi penciuman (Olfaktori) Tercium bau busuk, bau amis, dan menjijikan, seperti darah, urine, atau feses, kadang-kadang tercium bau parfum. Perilaku yang muncul adalah ekspresi wajah yang seperti mencium, mengarahkan hidung pada tempat tertentu dan menutup hidung
- d. Halusinasi Pengecapan (Gustatory) Merasa mengecap sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan, seperti rasa darah, feses dan urine. Perilaku yang muncul adalah seperti Gerakan mengecap, mengunyah sesuatu, sering meludah, dan muntah.
- e. Halusinasi Perabaan (Taktile) Mengalami rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi tanah, Listrik, benda mati atau orang lain, merasakan ada yang menggerayangi.

5. Tanda Dan Gejala

Tanda dan gejala halusinasi menurut (Sutejo, 2019) :

a. Data Subjektif

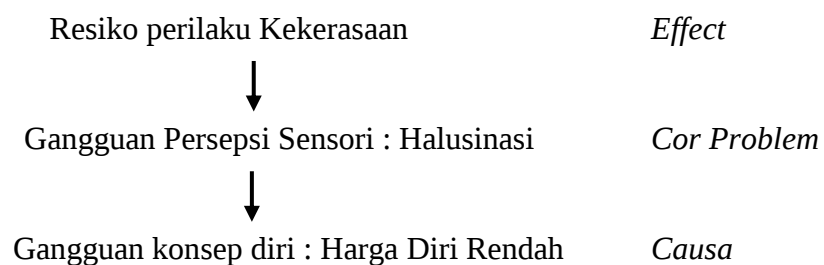
- 1) Mendengar suara-suara kegaduhan.
- 2) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.
- 3) Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.
- 4) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.

b. Data Objektif

- 1) Bicara atau tertawa sendiri.
- 2) Marah-marah tanpa sebab.
- 3) Mengarahkan telinga ke arah tertentu
- 4) Ketakutan Menutup telinga.
- 5) Mencium sesuatu seperti sedang membau-bauan tertentu
- 6) Menutup hidung.
- 7) Meludah.
- 8) Menggaruk-garuk permukaan kulit

6. Pohon Masalah

Bagan 2.2 Pohon Masalah Halusinasi



7. Diagnosa yang mungkin muncul

(pada kasus halusinasi : Sutejo 2019)

- a. Gangguan Persepsi sensori : Halusinasi
- b. Gangguan Emosi : Resiko Perilaku Kekerasaan

8. Fase Halusinasi

Menurut Arikunto (2020) Proses terjadinya halusinasi yaitu :

a. Tahap I (Comforting)

Perilaku klien yang mencirikan dari tahap I (Comforting) yaitu tersenyum atau tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan berkonsentrasi.

b. Tahap II (Condemning)

Perilaku klien yang mencirikan dari tahap II yaitu dengan terjadi peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah, perhatian dengan lingkungan berkurang, konsentrasi terhadap pengalaman sensorinya, kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dengan realitas.

c. Tahap III (Controlling)

Perilaku klien pada Tahap III ini yaitu perintah halusinasi dapat ditaati sulit berhubungan dengan orang lain, perhatian terhadap lingkungan berkurang, hanya beberapa detik, tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, tampak tremor dan berkeringat.

d. Tahap IV (Conquering)

Klien sudah sangat dikuasai oleh halusinasi, klien tampak panik, perilaku klien pada tahap IV adalah perilaku panik, resiko tinggi mencederai, agitasi atau kataton, tidak mampu berespon terhadap lingkungan.

9. Mekanisme Koping

Menurut Direja (2021) mekanisme koping merupakan perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri, mekanisme koping halusinasi, diantaranya :

a. Regrasi

Proses untuk menghindari stress, kecemasan dan menampilkan perilaku perembangan anak atau berhubungan dengan masalah proses informasi dan supaya untuk menganggulangi ansietas.

b. Proyeksi

Keinginan yang tidak dapat di toleransi mencurahkan emosi pada orang lain karena kesalahan yang dilakukan sendiri sebagai upaya menjelaskan keracunan identitas.

c. Menarik Diri

Reaksi yang ditampilkan dapat berupa reaksi fisik maupun psikologis. Reaksi fisik adalah individu pergi atau lari menghindar dari sumber stressor, sedangkan reaksi psikologis yaitu menunjukkan perilaku apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, dan sering disertai rasa takut bermusuhan.

10. Penatalaksanaan

Menurut Rahayu (2016), penatalaksanaan medis pada pasien halusinasi pendengaran dibagi menjadi dua:

a. Terapi Farmakologi

1) Haloperidol

- a) Klasifikasi : antipsikotik, neuroleptic, butirofenon
- b) Indikasi penatalaksanaan psikosis kronik akut, pengendalian hiperaktivitas dan masalah perilaku berat pada anak-anak.
- c) Mekanisme Kerja anti psikotik yang tepat belum dipenuhi sepenuhnya, tampak menekan susunan saraf pusat pada Tingkat subkortikal formasi reticular otak, mesenfalon dan batang otak.
- d) Kontraindikasi Hipersensivitas terhadap obat ini pasien depresi SSP dan sumsum tulang belakang, kerusakan otak subkortikal, penyakit Parkinson dan anak dibawah usia 3 tahun.
- e) Efek samping sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, mulut kering dan anoreksia.

2) Chlorpromazin

- a) Klasifikasi : sebagai antipsikotik, antiemetic.
- b) Indikasi : Penanganan gangguan psikotik seperti skizofrenia, fase mania pada gangguan bipolar, gangguan skizofrenia, ansietas dan agitasi, anak hiperaktif yang menunjukkan aktivitas motoric berlebih.

- c) Mekanisme Kerja : Mekanisme kerja antipsikotik yang tepat belum dipahami sepenuhnya, namun berhubungan dengan efek antidopaminergic. Antipsikotik dapat menyekat reseptor dopamine postsinaps pada ganglia basa, hipotalamus, system limbic, batang otak dan medulla.
- d) Kontraindikasi Hipersensitivitas terhadap obat ini, pasien koma tau depresi sumsum tulang, penyakit Parkinsos, insufiensi hati, ginjal dan jantung, anak usia dibawah 6 tahun dan Wanita selama masa kehamilan dan laktasi.
- e) Efek samping : kantuk,mulut kering,hidung tersumbat, penglihatan suram, sembelit,impotensi sulit organisme

3) Hexymer

- a) Klasifikasi ; antipsikotik
- b) Indikasi penatalaksanaan : untuk mengatasi pasien yang memiliki gangguan gerakan akibat parkonson
- c) Mekanisme kerja : dapat dicermati dari kandungan bahan aktifnya yang berupa Trihexyphenidyl HCl. Senyawa ini merupakan antikolinergik yang bersifat antagonis selektif terhadap reseptor M1 acetylcholine muscarinic. Akibatnya senyawa ini mampu memisahkan antara M1 (Cortical, neuronal) serta subtype muscarinic pheripheral (cardiac, glandular).

- d) Kontraindikasi hipersensivitas sebaiknya tidak memberikan hexymer kepada orang yang memiliki riwayat hipersensitif terhadap trihexyphenidyl hydrochloride
- e) Efek samping : sakit kepala, pusing, mulut kering, mual, konstipasi, penglihatan buram, takikardia, kesulitan mengeluarkan urine

4) Framania

- a) Klasifikasi : Antipsikosis
- b) Indikasi penatalaksanaan ; untuk menstabilkan suasana hati terutama pada penderita bipolar, yang dapat menyebabkan gangguan seperti : mania, hipomania, depresif.
- c) Mekanisme kerja : obat dengan kandungan litium yang bekerja dengan cara menghambat inositol monofostate. Penggunaan obat ini pada penderita episode depresi hanya diberikan bila obat lain seperti antidepresan tidak responsif.
- d) Kontraindikasi hipersensitivitas tidak boleh digunakan pada orang dengan kondisi gangguan ginjal, penyakit jantung
- e) Efek samping : mual muntah, diare, pusing, kaku otot, kebingungan, tremor, ingatan menurun, pembengkakan di beberapa tubuh seperti kaki.

5) Amitripyline

- a) Klasifikasi : antidepresan trisiklik (TCA)

- b) Indikasi penatalaksanaan : pengobatan depresi pada dewasa, nyeri neuropatik, profilaksis dari tension type headache kronis pada dewasa, profilaksis migraine, dan tata laksana aneuris nokturnal pada anak
 - c) Mekanisme kerja : Menghambat mekanisme pompa membran yang bertanggungjawab untuk pengambilan norepinefrin dan serotonin di neuron adrenergik dan serotonergik
 - d) Kontraindikasi adalah pasien yang hipersensitif terhadap amitriptyline dan penggunaan bersama dengan antidepresan monoamine oxidase inhibitor (MAOI).
 - e) Efek samping ; kantuk, pusing, mulut kering, pandangan kabur, kenaikan berat badan, sulit buang air kecil, gatal, sakit, nyeri pada payudara, penurunan libido atau gairah seks
- 6) Stelosi
- 1) Klasifikasi : antipsikotik
 - 2) Indikasi penatalaksanaan ; adalah untuk skizofrenia, gangguan ansietas berat nonpsikotik dan antiemetik
 - 3) Mekanisme kerja menghambat reseptor D1 dan D2 dopaminergic mesolimbic postsynaptic di otak
 - 4) Kontraindikasi pada pasien hipersensitivitas pada phenothiazine, pasien koma atau terdapat supresi pada sistem saraf pusat, diskarasia darah, penyakit kardiovaskuler yang

berat,hipotensi yang berat,depresi sumsum tulang,riwayat gangguan hepar.

- 5) Efek samping : kantuk,mulut kering, sembelit, berat badan, meningkat gangguan tidur, lelah, penglihatan buram, pusing atau melayang

2. Terapi non Farmakologii

- a) Terapi Aktivitas kelompok yang sesuai dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi adalah Tak stimulasi persepsi.
- b) Elektro Convulsive Therapy (ECT) pengobatan secara fisik menggunakan arus listrik dengan kekuatan 75-100 volt.
- c) Pengekapan atau pengikatan pengembangan fisik menggunakan pengekangan mekanik seperti manset untuk pergelangan tangan dan pergelangan kaki dimana klien pengekangan dapat dimobilisasi dengan membalutnya, cara ini dilakukan pada klien halusinasi yang mulai menunjukkan.

C. Konsep Dasar Perilaku kekerasan

1. Definisi

Perilaku kekerasan adalah respon kemarahan yang maladaptif dalam bentuk perilaku mencederai diri sendiri, orang lain dan sekitarnya dalam bentuk verbal maupun non verbal (Moomina dkk, 2020). Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal (Sutejo, 2018).

Dalam respons terhadap stres yang dialami seseorang, perilaku kekerasan dapat muncul sehingga dapat menyebabkan baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Perilaku seperti mengancam, tidak bisa diam, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, agresif, nada suara tinggi, dan bergembira secara berlebihan ditunjukkan oleh individu yang rentan terhadap perilaku kekerasan. Mereka juga mengalami penurunan kemampuan untuk memecahkan masalah, berorientasi pada waktu, tempat, orang, dan kegelisahan (Pardede, Siregar, & Hawa, 2020)

2. Etiologi

Resiko Perilaku Kekerasan pasien beresiko untuk melakukan perilaku kekerasan disebabkan oleh cemas secara terus menerus. Sehingga teknik relaksasi adalah salah satu cara untuk mencegah perilaku kekerasan. Teknik relaksasi yang paling umum digunakan untuk menghilangkan stres, mengurangi kecemasan dan depresi, meningkatkan perasaan kontrol diri menjadi lebih baik dalam mengatasi stres (Pardede, 2020). Selain itu, faktor psikologis seperti kepribadian yang tertutup, kehilangan, aniaya seksual, dan kekerasan dalam keluarga adalah beberapa penyebab perilaku kekerasan pada pasien (Pardede, Siregar, & Hulu, 2020)

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Psikologis

Teori ini mendukung gagasan bahwa insting adalah sumber perilaku agresif. Pandangan psikologi tentang perilaku agresif

juga mendukung peran perkembangan atau pengalaman hidup. Beberapa ilustrasi pengalaman hidup ini

- a) Kerusakan otak organik dan retardasi sehingga tidak mampu menyelesaikan secara efektif.
- b) Rejeksi yang berlebihan saat anak-anak.
- c) Terpapar kekerasan selama masa perkembangan

2) Faktor Sosial Budaya

Ini menunjukkan bahwa reaksi agresif tidak berbeda dari reaksi yang lain; faktor-faktor kultural juga dapat memengaruhi perilaku kekerasan.

3) Faktor Biologi

Neurotransmitter sering dikaitkan dengan perilaku agresif. Masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan, sering mengalami kegagalan, kehidupan yang penuh dengan tindakan agresif, dan lingkungan budaya ini yang tidak kondusif adalah faktor pendorongnya

4) Perilaku

Faktor-faktor seperti tanggapan yang mereka terima saat melakukan kekerasan dan fakta bahwa mereka sering melihat kekerasan terjadi di dalam atau di luar rumah meningkatkan kemungkinan mereka perilaku kekerasan.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dipengaruhi oleh klien, lingkungan, dan interaksi dengan orang lain. Dalam kebanyakan kasus, seseorang akan mengeluarkan respons marah saat merasa terancam, meskipun terkadang mereka tidak tahu apa yang menyebabkan kemarahannya. Ada dua penyebab perilaku kekerasan (Susilawati, 2018 dalam Hulu, & Pardede, 2022).:

1. Klien : Kelemahan fisik, keputusasaan, ketidak berdayaan, kurang percaya diri.
2. Lingkungan : Ribut, kehilangan orang atau objek yang , konflik interaksi sosial.

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala menurut Yosep & Sutini, 2014 diantara lain :

a. Fisik

- 1) Muka merah dan tegang.
- 2) Mata melotot/pandangan tajam.
- 3) Tangan mengepal.
- 4) Rahang mengatup.
- 5) Postur tubuh kaku da jalan mondar - mandir.

b. Verbal

- 1) Bicara kasar.
- 2) Suara tinggi, membentak atau teriak.

3) Mengancam secara verbal atau fisik. Mengumpat dengan kata – kata kotor.

4) Ketus.

c. Perilaku

1) Melempar atau memukul benda/orang lain.

2) Menyerang orang lain.

3) Melukai diri sendiri/orang lain.

4) Merusak lingkungan.

5) Amuk/agresif.

d. Emosi

Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, rasa terganggu, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut.

e. Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme.

f. Spiritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.

g. Sosial

Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, sindiran.

h. Perhatian

Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses pengumpulan data yang sistematis dan objektif untuk menentukan tindakan keperawatan untuk individu, keluarga, dan komunitas. (Damayanti, 2014). Pada tahap ini ada beberapa yang perlu dieksplorasi baik pada klien yang berkenaan dengan kasus halusinasi yang meliputi :

a. Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan mencakup semua aspek pasien, termasuk biologi, psikologi, sosial, dan spiritual. Seorang perawat jiwa diharapkan memiliki kesadaran atau kemampuan tilik diri (self awareness), kemampuan berkomunikasi secara terapeutik, kemampuan mengobservasi dengan akurat, dan kemampuan untuk berespons dengan baik (Yusuf, 2015).

b. Identitas Klien

Perawat yang merawat klien melakukan pengenalan dan kontrak waktu dengan klien tentang : nama perawat, nama klien, panggilan perawat, panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan, usia, alamat, pekerjaan.

c. Keluhan Utama Atau Alasan Masuk

Keluhan utama biasanya berupa bicara sendiri, tertawa sendiri, senyum sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, menarik diri dari orang lain, tidak dapat membedakan yang nyata dan tidak nyata,

ekspresi muka tegang mudah tersinggung, jengkel dan marah ketakutan biasa terdapat disorientasi waktu tempat dan orang, tidak dapat mengurus diri dan tidak melakukan kegiatan sehari-hari.

d. Faktor Presdiposisi

Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya, mengenai faktor perkembangan, sosial kultural, biokimia, psikologis dan genetik yaitu faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres.

- 1) Faktor Perkembangan : biasanya tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu maka individu akan mengalami stres dan kecemasan.
- 2) Faktor Sosiokultural : berbagai faktor di masyarakat dapat menyebabkan seseorang merasa disingkirkan oleh kesepian terhadap lingkungan tempat klien dibesarkan.
- 3) Faktor Biokimia : adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neuro kimia.
- 4) Faktor Psikologis : hubungan interpersonal yang tidak harmonis, adanya peran ganda yang bertentangan dan tidak diterima oleh anak akan mengakibatkan stres dan kecemasan yang tinggi dan berakhir dengan gangguan orientasi realitas seperti halusinasi.

5) Faktor Genetik : Apa yang berpengaruh dalam skizoprenia. Belum diketahui, tetapi Hasil studi menunjukkan bahwa faktor keluarga menunjukkan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini

e. Faktor Presipitasi

Faktor yang menyebabkan presipitasi pada klien dengan halusinasi dapat berupa infeksi penyakit, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam keluarga atau kegagalan dalam hidup, kemiskinan, aturan atau tuntutan keluarga atau masyarakat yang sering tidak selaras dengan klien, dan konflik antar masyarakat.

f. Pemeriksaan Fisik

Hasil pengukuran tanda vital (TD, nadi, suhu, pernapasan, TB,BB) dan keluhan fisik yang dialami oleh klien dengan tehnik palpasi, auskultasi, perkusi.

g. Psikososial

1) Genogram

Genogram yang dibuat tiga generasi sehingga dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga.

h. Konsep Diri

1) Citra Tubuh

Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah/ tidak menerima perubahan tubuh yang terjadi / yang akan terjadi.

Menolak penjelasan perubahan tubuh, persepsi negatif tentang tubuh.

2) Identitas Diri

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

3) Peran Diri

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

4) Ideal Diri

Harapan klien terhadap tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya.

5) Harga Diri

Tanyakan hubungan Klien dengan orang lain, penilaian atau klien yang mengalami halusinasi cenderung menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan ia tetap merasa dirinya berharga. Perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, mencederai diri dan kurang percaya diri.

i. Hubungan Sosial

1) Orang Terdekat

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

2) Peran Serta Dalam Kegiatan Kelompok/Masyarakat

Tanyakan pada klien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.

3) Hambatan Dalam Berhubungan Dengan Orang Lain

Tanyakan pada klien hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, sejauh mana ia terlibat dalam kelompok masyarakat.

j. Spiritual Dan Kultural

1) Nilai dan Keyakinan

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

2) Kegiatan Ibadah

Mengkaji kegiatan ibadah secara individu atau kelompok, pendapat klien tentang kegiatan ibadah

k. Status Mental

1) Penampilan

Kaji penampilan klien, penampilan tidak rapi atau rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, berapa kali mandi, gosok gigi, keramas. Pada Klien dengan halusinasi mengalami

perawatan diri. Raut wajah tampak takut, kebingungan dan cemas

2) Pembicaraan

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

3) Aktivitas Motorik

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

4) Alam Perasaan

Kaji perasaan klien, biasanya klien dengan halusinasi akan merasa terganggu, gelisah, takut.

5) Afek

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

6) Interaksi Selama Wawancara

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

7) Persepsi

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

8) Proses Pikir

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

9) Tingkat Kesadaran

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

10) Memori

Daya ingat jangka Panjang meningkatkan kejadian masa lalulebih dari I bulan. Daya ingat jangka pendek dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini.

11) Tingkat Konsentrasi Berhitung

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

12) Kemampuan Penilaian

Gangguan ringan dapat mengambil keputusan secara sederhana baik dibantu orang lain/tidak. Gangguan tidak dapat

mengambil keputusan secara sederhana cenderung mendengar atau melihat ada yang diperintahkan

13) Daya Tilik Diri

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

1. Kebutuhan Periapian Pulang

1) Makan

Observasi makan dan tanyakan tentang frekuensi makan, jumlah, variasi, observasi kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan makan.

2) BAB Dan BAK

Kebersihan BAB, BAK, menggunakan WC atau tidak

3) Mandi

Kaji tentang frekuensi mandi, menggosok gigi, cuci muka, gunting kuku dan mencuci rambut.

4) Berpakaian

Kaji berpakaian klien dan kerapihannya

5) Istirahat Dan Tidur

Observasi lama dan waktu tidur siang atau tidur malam.

Persiapan sebelum tidur dan kegiatan sesudah tidur

6) Penggunaan Obat

Klien yang mengalami halusinasi biasanya diberikan obat:

- a) Haloperidol 5mg 2x1 tablet per oral
- b) Chlorpromazine 100 mg 1x1 tablet per oral
- c) Amitriptyline 2mg 1x1 per oral
- d) Hexymer 2mg 3x1 per oral
- e) Framania 200 mg 2x1 peroral

7) Pemeliharaan Kesehatan

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

8) Kegiatan Di Dalam Rumah

Kaji apa saja yang dilakukan klien saat dirumah

9) Kegiatan Di Luar Rumah

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

m. Mekanisme Koping

Kaji apakah ada masalah terkait dengan kelompok, hubungan dengan orang lain/lingkungan, pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, pelayanan kesehatan, dan masalah lainnya. Mekanisme koping yang digunakan pasien sebagai usaha mengatasi kecemasan yang merupakan suatu kesepian nyata yang

mengancam dirinya. Mekanisme koping yang sering digunakan pada halusinasi adalah

- 1) Regresi : menjadi malas beraktivitas sehari-hari.
- 2) Proyeksi : menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.
- 3) Menarik diri : sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal

n. Pengetahuan

Kaji pengetahuan klien terkait gangguan yang klien alami.

o. Aspek Medis

Terapi yang diterima klien bisa berupa terapi farmakologi psikomotor terapi okupasional, TAK dan rehabilitas.

2. Analisa Data

Analisa data merupakan kegiatan pengelompokkan dan menginterpretasikan kelompok data itu serta mengkaitkan untuk menarik kesimpulan kemudian membandingkan dengan standar yang normal serta menemukan masalah atau penyimpangan baik actual mampu potensial yang merupakan suatu kesimpulan dengan demikian akan ditemukan masalahnya dan menentukan data subjektif dan objektif lain dibuat intervensinya.

Tabel 2.1 Analisa Data

No.	Data	Masalah
1.	Ds : • Melihat bayangan atau mendengar bisikan • Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, atau pengecap. Do : • Distorsi sensori • Respon tidak sesuai • Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, menyium sesuatu. • Menyendiri • Melamun • Mondar-mandir • Bicara sendiri.	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi
2.	DS : • Klien mengatakan sering marah • Klien melempar barang-barang • Klien mengatakan suka tempamen DO : • Klien selalu curiga saat di dekati orang • Klien tampak kesal saat melihat orang berkumpul	Resiko Perilaku Kekerasaan

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial (PPNI, 2017).

Berikut diagnosa yang muncul menurut Sutejo (2019) :

- a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Penglihatan
- b. Gangguan emosi : Resiko Perilaku Kekerasaan
- c. Gangguan konsep diri: Harga Diri Rendah

4. Intervensi Keperawatan

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

Intervensi keperawatan jiwa. Mengetahui halusinasi, mengajarkan menghardik Intervensi merupakan salah satu yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis, untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. (PPNT, 2017).

Berikut Perencanaan :

- a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi
- b. Resiko Perilaku Kekerasaan
- c. Harga diri rendah

Tabel 2.2

Rencana Tindakan Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan	TUM: Klien tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya	Setelah dilakukan tindakan satu kali interaksi mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat kriteria hasil : 1. Membalas sapaan perawat 2. Ekspresi wajah bersahabat dan senang 3. Ada kontak mata 4. Mau menyebutkan nama 5. Klien mampu mengutarakan masalah yang dihadapi	SP 1 1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komter a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama kegiatan klien d. Jelaskan maksud tujuan interaksi e. Berikan perhatian pada klien 2. Beri kesempatan pada klien mengungkapkan perasaanya dengarkan ungkapan isi klien.	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar interaksi yang selanjutnya akan dilakukan
2.		TUK 2 : Klien dapat mengontrol halusinasinya	Klien mampu mengenal halusinasinya dengan kriteria hasil : 1. Klien dapat	SP 2 1. Ada kontak sering dan singkat secara bertahap 2. Katakan apa yang di lihat	Dengan mengenal halusinasi klien dapat mengontrol halusinasi

			menyebutkan waktu timbul halusinasi 2. Klien dapat mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu saat terjadi halusinasi. 3. Klien dapat mengungkapkan perasaannya saat muncul halusinasi	halusinasi dari halusinasi 3. Tanyakan kapan halusinasi datang 4. Tanyakan halusinasinya 5. Bantu mengontrol halusinasi a. Jika menemukan klien yang halusinasi apakah ada yang dilihat b. Jika klien menjawab ada lanjutkan apa yang dikatakan c. Katakan bahwa perawat percaya klien melihat bayangan namun, perawat tidak bisa melihat, katakan bahwa pasien lainya sama d. Katakan bahwa perawat mau membantu pasien 6. Diskusi dengan klien a. Situasi yang menimbulkan / tidak menimbulkan halusinasi b. Waktu frekuensi halusinasi (pagi,siang,sore,malam) c. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi.	
--	--	--	---	--	--

		TUK 3 Klien dapat mengontrol	1. Klien dapat menyebutkan tindakan yang dilakukan untuk mengendalikan halusinasi 2. Klien dapat menunjukan cara baru untuk mengontrol halusinasi 3. Klien dapat mengikuti aktivitas kelompok 4. Klien dapat mengikuti kepatuhan minum obat untuk mencegah halusinasi	SP 3 1. Identifikasi bersama klien tindakan yang bisa dilakukan apabila terjadi halusinasi 2. Diskusikan manfaat dan cara yang di gunakan klien jika bermanfaat beri pujian 3. Diskusikan cara terbaik memutuskan/mengontrol halusinasi a. Tutup mata,telinga, dan katakan saya tidak mau melihat, kamu palsu b. Temui orang lain atau perawat untuk bercakap-cakap halusinasi yang di lihat c. Membuat jadwal sehari-hari d. Meminta teman, keluarga atau perawat menyapa klien jika tampak berbicara sendiri 4. Bantu klien memilih dan melatih cara mengontrol halusinasi secara bertahap 5. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang dilatih	Dengan mengendalikan halusinasi klien dapat mengontrol halusinasi
--	--	--	--	--	--

				evaluasi hasilnya jika benar beri pujian 6. Anjurkan mengikuti TAK jenis orientasi realita atau stimulus persepsi 7. Klien dapat menyebutkan jenis, ,dosis, dan waktu Klien dapat menyebutkan jenis, ,dosis, dan waktu minum obat, serta manfaat obat 8. Diskusikan dengan klien jenis obat yang di minum, waktu minum obat, dosis dan cara Diskusikan proses minum obat	
		TUK 4 : Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi	1. Klien dapat melihat cara mengatasi halusinasi 2. Klien melaksanakan cara mengatasi halusinasi	SP 4 1. Anjurkan klien memberikan tahu kepada 2. Diskusikan dengan keluarga a. Gejala halusinasi yang dialami b. Cara klien dan keluarga yang mengalami halusinasi dirumah beri kegiatan dan jangan biarkan sendiri c. Beri informasi waktu follow up atau karena perlu bantuan halusinasi tidak terkontrol dan resiko mencenderai	Dengan ikut sertakan keluarga klien mendapatkan mengontrol halusinasi dengan efektif

				orang lain 3. Diskusikan dengan klien tentang jenis, dosis, frekuensi dan manfaat 4. Pastikan klien minum obat, dengan anjuran dokter	
2.	Gangguan Emosi Resiko Perilaku Kekerasaan	TUM : Klien klien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat TUK 1 : 5. Klien mengetahui perilaku kekerasan yang dialaminya dan dapat mengontrol emosinya dengan tarik nafas dalam	Setelah satu kali pertemuan klien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat : 1. Klien dapat menyebutkan penyebab, perilaku yang dilakukan 2. Klien dapat memperagakan cara tarik nafas dalam	SP 1 : 1. Bina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik 2. Identifikasi penyebab, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, cara mengendalikan kemarahan 3. Jelaskan dan latih cara mengendalikan kemarahan dengan cara tarik nafas dalam 4. Masukkan dalam jadwal	1. Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran interaksi selanjutnya 2. Dapat mengenal perilaku kekerasaanya 3. Agar dapat mengontrol kemarahannya 4. Agar dilakukan secara terjadwal
		TUM : klien mampu mengendalikan kemarahan dengan pukul bantal	Setelah dilakukan 1x interaksi mampu mengendalikan kemarahan dengan pukul bantal	SP 2 : 1. Bina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik 2. Identifikasi	1. Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran

		TUK : 1. Klien dapat mengobrol halusinasi dengan bercakap-cakap 2. Klien dapat melatih cara SP 1 dan SP 2	Kriteria hasil : 1. Klien dapat melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuannya 2. Menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih	penyebab, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, cara mengendalikan kemarahan 3. Jelaskan dan latih cara mengendalikan kemarahan dengan cara tarik nafas dalam 4. Masukan dalam jadwal	iinteraksi selanjutnya 2. Dapat mengenal perilaku kekerasaanya 3. Agar dapat mengontrol kemarahannya 4. Agar dilakukan secara terjadwal
		TUM : Klien mampu mengendalikan kemarahan dengan verbal TUK : 1. Kien dapat mengendalikan kemarahan dengan verbal 2. Evaluasi SP 1-3	Setelah dilakukan 1x interaksi mampu mengendalikan kemarahan dengan pukul bantal Kriteria hasil : 1. Klien dapat mempraktikan 2. Klien dapat menyampaikan kemarahan dengan cara berbicara baik	SP 3 1. Evaluasi kegiatan tarik nafas dalam dan pukul bantal, berikan pujian 2. Jelaskan dan latih mengendalikan kemarahan dengan cara verbal (meminta, menolak, marah dengan baik) 3. Masuksn dalam jadwal	1. Mengetahui daya ingat klien 2. Mampu melakukan kegiatan yang bermanfaat 3. Kegiatan tersusun
		TUM : Klien mampu mengendalikan dengan kegiatan spiritual TUK : 1. Klien dapat	Setelah dilakukan 1x pertemuan interaksi mampu mengendalikan kemarahan dengan kegiatan spiritual Kriteria Hasil :	SP 4 1. Evaluasi jadwal kegiatan tarik nafas dalam, pukul bantal, verbal, beriikan pujian. 2. Jelaskan dan latih	1. Mengetahui daya ingat klien 2. Mampu melakukan kegiatan yang bermanfaat

		melakukan kegiatan spiritual 2. Evaluasi SP 1 – SP 4	1. Klien dapat melakukan cara berespon terhadap kemarahan dengan kegiatan spiritual	mengendalikan kemarahan dengan kegiatan spiritual 3. Masukan dalam jadwal	3. Kegiatan tersusun
		TUM : Klien mampu mengontrol kemarahan dengan patuh obat TUK : 1. Klien dapat mengontrol kemarahan dengan patuh obat 2. Evaluasi aktivitas terjadwal klien	Setelah dilakukan 1x interaksi mampu mengendalikan kemarahan dengan patuh obat Kriteria hasil : 1. Klien dapat menyebutkan nama obat,manfaat dan dosis obat 2. Klien dapat mempraktikan kembali SP 1 –SP 5	SP 5 1. Evaluasi kegiatan tarik nafas dalam, pukul bantal, verbal,kegiatan spritual dan patuh obat, berikan pujian 2. Jelaskan akibat bila tidak minum obat,akibat penggunaan obat tidak sesuai 3. Latih minum obat 4. Masukan dalam jadwal	1. Mengetahui daya ingat klien 2. Dapat mengerti tentang program obat dan mengetahui sebab akibat 3. Agar pengobatan berjalan lancar 4. Agar terjadwal

5. Implementasi

implementasi adalah tahapan ketika perawat mengaplikasikan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan saling percaya dan saling membantu kemampuan melakukan teknik, psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan kemampuan evaluasi (Anggit, 2021)

Setelah membuat rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada klien dengan halusinasi penglihatan, selanjutnya adalah menerapkan rencana tindakan keperawatan tersebut kepada klien. Implementasi merupakan tahapan ketika perawat mengaplikasikan ke dalam bentuk intervensi keperawatan untuk membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan dilakukan evaluasi setiap kali selesai pemberian implementasi.

6. Evaluasi

Evaluasi adalah langkah proses keperawatan yang memungkinkan untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil meningkatkan kondisi klien. Evaluasi adalah langkah terakhir pada proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidaknya. Evaluasi dapat dilakukan dengan cara

membandingkan hasil akhir yang sudah teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan(Sutejo, 2017).

Evaluasi dengan Halusinasi penglihatan harus dengan cara observasi perubahan persepsi sensori dan respon subjektif. Diharapkan klien mampu mengidentifikasi penyebab terjadinya halusinasi penglihatan, cara mengalihkan halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas yang terjadwal dan menggunakan obat secara benar.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Nama : Ny. Y
Usia : 58 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Suku / Bangsa : Sunda
Alamat : Jln. Permata Cimahi
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT
No. RM : 8399
Tanggal Pengkajian : 25 April 2024

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. S
Usia : 26 Tahun
Alamat : Jln. Permata Cimahi
Hubungan : Anak

c. Keluhan utama

Pada saat dikaji tanggal 25 April 2024 Klien mengatakan sering melihat bayangan-bayangan dan suka marah-marah tak tentu. Isi dari bayangan klien seperti orang jaman dulu, yang sedang berkumpul dan akan menyerang klien, klien merasa ketakutan dan gelisah karena bayangan tersebut, bayangan- bayangan itu muncul ketika klien sendirian, gejala muncul pada saat klien sedang banyak pikiran, pada saat sore hari atau pada saat mau tidur.

d. Faktor Predisposisi

1) Riwayat gangguan jiwa

Klien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu pada saat usia 15 tahun karena melihat saudaranya yang dianiaya sehingga membuat klien trauma.

2) Pengobatan Sebelumnya

Klien mengatakan pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena terputusnya obat.

3) Riwayat masa lalu tidak menyenangkan

Klien mengatakan merasa tidak senang apabila kaka klien ada yang mau menikah karena dirinya berpisah dengan suaminya, sehingga klien tidak suka kakanya menikah.

4) Riwayat penganiayaan

Klien mengatakan pernah mengalami perundungan saat bekerja.

5) Riwayat anggota keluarga

Klien mengatakan bahwa tidak ada yang gangguan jiwa pada keluarganya.

e. Faktor presipitasi

Stresor presipitasi pada klien dengan halusinasi penglihatan ditemukan adanya tekanan sosial yang dialami klien saat di rumah dan klien selalu mendapat rundungan oleh keluarganya dan klien mengatakan malu karena belum menikah lagi.

f. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda Vital

Tekanan Darah : 130 / 90 mmHg

Respirasi : 21 x / menit

Nadi : 90 x / menit

Suhu : 36,4 C

2) Antropometri

Tinggi Badan : 155 Cm

Berat Badan : 74 Kg

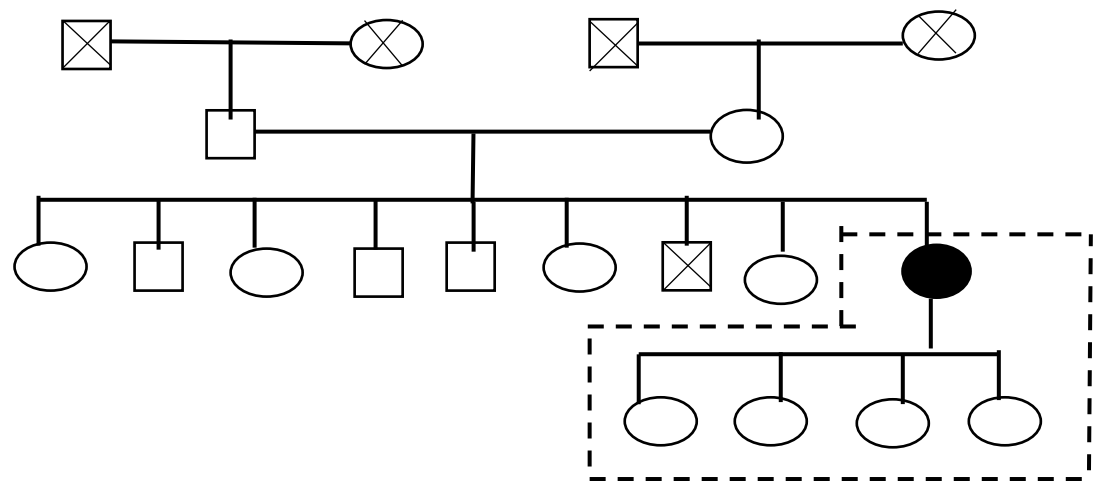
Keluhan Fisik : Klien mengeluh masih suka melihat bayangan banyangan

Masalah Keperawatan : Perubahan persepsi sensori : halusinasi Penglihatan

g. Psikososial

1) Genogram

Bagan 3.1 Genogram



Keterangan :



: Perempuan



: Laki-laki



: Klien



: Perempuan meninggal



: Laki-laki meninggal



: Tinggal serumah

Penjelasan :

Klien anak terakhir (bungsu) ke 9 dari 9 bersaudara, klien merupakan ibu rumah tangga yang memiliki anak kembar 4, klien tinggal dengan anak-anaknya karena orangtuanya sudah meninggal.

2) Konsep Diri

a. Citra Tubuh

Klien mengatakan merasa puas dan nyaman terhadap bentuk, ukuran dan fungsinya.

b. Identitas Diri

Klien dapat menyebutkan identitas dirinya (Nama, umur, alamat, hobi) klien mengatakan setiap harinya mengurus anak anaknya atau sebagai IRT (Ibu Rumah Tangga)

c. Peran diri

Sebelum sakit klien pernah bekerja diluar kota sebagai pegawai kantor, namun setelah sakit klien tidak bekerja dan setiap harinya membantu pekerjaan rumah.

d. Ideal Diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh otal dan berkumpul dengan keluarga serta ingin mempunyai pekerjaan yang menetap.

e. Harga diri

Klien mengatakan bahwa dirinya sering dikucilkan oleh keluarganya dirumah karena belum bekerja

3) Hubungan sosial

6. Orang terdekat

Klien mengatakan orang yang berarti dikehidupannya keluarga dan orang tua

7. Peran serta dalam kelompok tau masyarakat

Klien mengatakan berinteraksi baik dengan tetangganya

8. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Tidak ada hambatan

a) Spiritual

1) Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan beragama islam dan patuh terhadap perintah alloh

2) Kegiatan ibadah

klien mengatakan krgiatan ibadah yang dilakukan yaitu seperti mendengarkan ceramah..

b) Status mental

1) Penampilan

Klien berpenampilan rapih dan berpakaian sesuai dengan kebutuhanya

2) Pembicaraan

Suara klien normal dan terdengar jelas,klien dapat menjawab semua pertanyaan dengan terarah

3) Aktivitas Motoric

Klien tampak sering berdiam diri diruangan dan biasanya klien melakukan aktivitas rumah, tetapi ketika halusinasi klien selalu berdiam diri diruangannya

4) Alam perasaan

Klien mengatakan sangat khawatir bila melihat bayangan-bayangan itu muncul sehingga membuat klien gelisah

5) Afek

Saat diwawancarai emosi klien stabil, ketika diberi pertanyaan menjawab sesuai dan klien tenang saat dilakukan interaksi

6) Interaksi selama wawancara

Klien mampu menjawab semua pertanyaan yang diajukan dengan sesuai, tetapi dengan kontak mata kurang.

7) Persepsi

Klien mengatakan suka melihat bayangan-bayangan bayi yang menangis keras, klien mengatakan melihat bayangan tersebut ketika sedang sendiri, klien mengatakan gejala muncul ketika kelelahan saat dikaji klien tampak melamun dan gelisah.

Masalah Keperawatan : Halusinasi Penglihatan

8) Proses Pikir

Klien mengatakan tidak ada yang mengendalikan pikirannya, klien tidak mempunyai pikiran yang aneh, walaupun sering melihat bayangan palsu.

9) Isi pikir

Klien menyadari bahwa dirinya sedang sakit jiwa, dan sedang berobat di klinik, perkataan klien dapat di mengerti baik oleh perawat.

10) Tingkat kesadaran

Kesadaran klien cukup baik, klien dapat mengatakan dimana dia tinggal, hari dan jam

11) Memori

Klien mampu mengingat, berhitung dengan baik, seperti mengingat dimasa lalunya.

12) Tingkat konsentrasi

Tingkat konsentrasi klien baik, klien masih mampu berhitung tanpa bantuan orang lain.

13) Kemampuan penilaian

Klien dapat mengambil keputusan sederhana dengan bantuan dimana saat diajukan pilihan berbincang diteras atau dikursi klien dapat memutuskan berbincang dikursi

14) Daya tarik diri / insight

Klien menyadari penyakit yang di deritanya

c) Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Makan di siapkan sendiri dan klien makan 2x sehari.

2) BAB/BAK

Klien BAB 1 hari sekali saat di rumah dan BAK 1-3X sehari.

3) Mandi

Klien mengatakan mandi 1x sehari atau ketika mau saja.

4) berpakaian

Klien mampu menggunakan pakaian sendiri, ganti pakaian 1x sehari.

5) Istirahat tidur

Klien mengatakan susah tidur dan selalu terbangun saat tengah malam.

6) Penggunaan obat

Klien mengatakan selalu teratur minum obat.

7) Pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan ingin segera sembuh

8) Aktivitas dirumah

Klien mengatakan kadang-kadang membersihkan rumah dan mencuci pakaian sendiri.

9) Aktivitas diluar rumah

Klien pergi ke luar rumah untuk belanja keperluan dengan menggunakan alat transportasi angkot.

d) Mekanisme Koping

1) Koping adaptif

Pada saat pengkajian klien mengatakan ketika bayangan itu muncul klien melakukan kegiatan merajut.

2) Koping maladaptif

Klien merupakan pengganggu

e) Masalah psikososial dan lingkungan

1) Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mengatakan Tidak ada masalah dalam berinteraksi dengan kelompok atau masyarakat.

2) Masalah dengan lingkungan

Klien mengatakan Tidak ada masalah dalam berinteraksi dengan Tidak ada masalah dengan lingkungan

3) Masalah dengan pendidikan

Klien mengatakan sekolah sampai SMA, tidak ada masalah.

4) Masalah dengan perumahan

Klien mengatakan tidak suka dengan kakaknya

5) Masalah dengan pekerjaan.

Klien mengatakan bahwa dirinya menganggur.

6) Masalah dengan ekonomi

Keluarga klien berkecukupan walaupun tidak bekerja dan
Tidak ada masalah

7) Masalah dengan pelayanan kesehatan

Tidak ada masalah dalam kesehatan

f) Aspek Medis

Diagnosa medis : Skizofenia paranoid

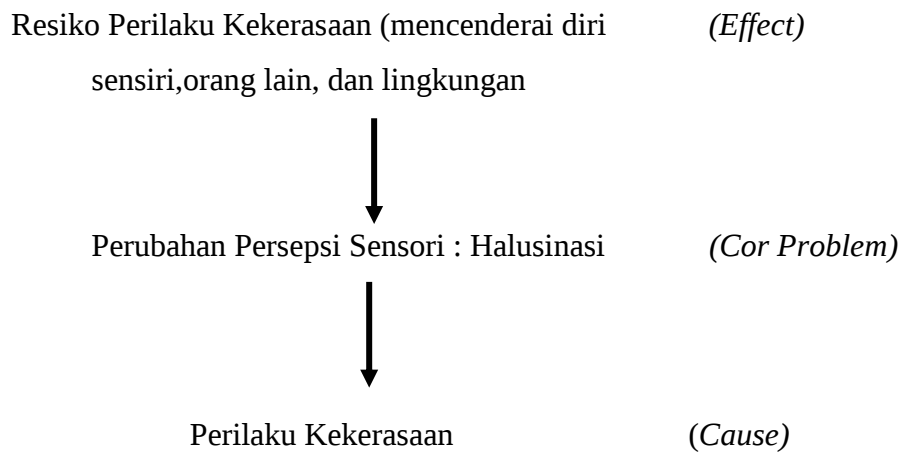
Terapi medis

Tabel 3.1
Terapi Medis Pasien Skizofrenia

Nama obat	Dosis	Indikasi	Efek
Haloperidol	3 x 5 Mg	Sebagai terapi psikosis	Sedasi, gangguan menstruasi pada perempuan
Stelosi	3 x 5 mg	Mengatasi kecemasan, mual muntah, halusinasi keinginan menyakini diri atau orang lain, serta mengurangi perilaku agresif	Kantuk, mulut kering, sembelit, berat badan, meningkat, gangguan tidur, lelah, penglihatan buram, pusing/melayang
Hexymer	3 x 2 mg	Untuk mengatasi pasien yang memiliki gangguan gerakan akibat penyakit parkinson	Sakit kepala, pusing, mulut kering, mual, konstipasi penglihatan buram, takikardia, kesulitan mengeluarkan urine
Framania	2 x 200 mg	Mengatasi gangguan bipolar 9 gangguan suasana hati	Mual muntah, diare, pusing, kaku otot, kebingungan, tremor ingatan menurun, pembengkakan di beberapa tubuh seperti dikaki
Amitriptyline	1 x 2 mg	Mengatasi gejala depresi dapat digunakan untuk mengobati saraf (neuropati) migran dari enurasis (kebiasaan mengompol)	Kantuk, pusing, mulut kering, pandangan kabur, kenaikan berat badan, sulit buang air kecil, gatal, sakit perut, nyeri pada payudara, penurunan libido atau gairah seks
Chlorpromazine	1 x 100 mg	Mengatasi skizofrenia dan psikosis lainnya, gangguan bipolar, mual muntah, berat badan.	Kantuk, mulut kering, hidung tersumbat, penglihatan suram, sembelit, sulit organisme

g) Pohon Masalah

Bagan 3.2
Pohon Masalah

**2. Analisa Data**

Nama : Ny.Y

Usia : 58 Tahun

Tabel 3.3
Analisa Data

No.	DATA	MASALAH
1.	Data Subjektif : 1. Klien mengatakan sering melihat bayangan 2. Isi halusinasi ada bayangan orang – orang zaman dulu 3. Bayangan itu muncul padasore hari dan ketika mau tidur pada saat sedang melamun dengan frekuensi 2x sehari Data Objektif : 1. Klien tampak gelisah 2. Klien sering melamun 3. Tatapan kosong	Gangguan persepsi sensorial : halusinasi Penglihatan

2.	Data Subjektif : 1. Klien mengatakan kesal apabila kaka klien ada yang mau menikah Data Objektif : 1. Klien tampak tersinggung 2. Klien tampak jalan mondar mandir 3. Tidak punya kemampuan mencegah / mengontrol	Gangguan Emosi : Resiko Perilaku Kekerasaan
----	--	--

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan
- b. Gangguan Emosi Resiko Perilaku Kekerasaan

4. Perencanaan Keperawatan

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan	TUM : Klien dapat mengontrol halusinasinya TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya	tindakan satu kali interaksi mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat kriteria hasil : 1. Membalas sapaan perawat 2. Ekspresi wajah bersahabat dan senang 3. Ada kontak mata 4. Mau menyebutkan nama 5. Klien mampu mengutarakan masalah yang di hadapi	SP 1 1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komter a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal b. Perkenalkan diri dengan sopan c. Tanyakan nama lengkap klien dan nama kegiatan klien d. Beri kesempatan pada klien mengungkapkan perasaannya Ndengarkan ungkapan isi klien.	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk mempelancar interaksi yang selajutnya akan dilakukan
		TUK 2 : Klien dapat mengontrol halusinasinya	Klien mampu mengenal halusinasinya dengan kritria hasil : 1. Klien dapat	SP 2 1. Ada kontak mata sering dan singkat secara bertahap 2. Katakan apa yang dilihat	Dengan mengenal halusinasi klien dapat mengontrol halusinasi

			menyebutkan waktu timbul halusinasi 2. Klien dapat mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu saat terjadi halusinasi 3. Klien dapat mengungkapkan perasaannya saat muncul halusinasi	halusinasi dari halusinasi 3. Tanyakan kapan halusinasi datang 4. Tanyakan halusinasinya 5. Bantu mengontrol halusinasi a. jika menemukan klien yang halusinasi apakah ada yang dilihat b. jika klien menjawab ada lanjutkan apa yang dikatakan c. katakan bahwa perawat percaya klien melihat bayangan namun perawat tidak bisa melihat, katakan bahwa pasien lainnya sama d. katakan bahwa perawat mau membantu pasien 6. Diskusi dengan klien a. situasi yang menimbulkan /tidak menimbulkan halusinasi b. waktu frekuensi halusinasi : (pagi,siang,sore,malam)	
--	--	--	--	---	--

				/ jika sendiri jengkel atau sedih c. diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi	
		TUK 3 : Klien dapat mengontrol halusinasi	1. klien dapat menyebutkan tindakan yang dilakukan untuk mengendalikan halusinasi 2. klien dapat menunjukan cara baru untuk mengontrol halusinasi 3. klien dapat mengikuti aktivitas kelompok 4. Klien dapat mengikuti kepatuhan minum obat untuk mencegah halusinasi.	SP 3 1. Identifikasi bersama klien tindakan yang bisa dilakukan apabila terjadi halusinasi 2. Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan klien jika bermanfaat beri pujian 3. Diskusikan cara terbaik memutus/ mengontrol halusinasi a. tutup mata, telinga, dan katakan saya tidak mau melihat, kamu palsu b. temui oranglain atau perawat untuk bercakap-cakap halusinasi yang dilihat c. membuat jadwal sehari-hari d. meminta teman, keluarga atau perawat menyapa klien jika tampak	Dengan mengendalikan halusinasi klien dapat mengontrol halusinasi

				berbicara sendiri 4. Bantu klien memilih dan melatih cara mengontrol halusinasi secara bertahap 5. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang di latih evaluasi hasilnya jika benar beri pujian 6. Anjurkan mengikuti TAK jenis orientasi realita atau stimulus persepsi 7. Klien dapat menyebutkan jenis,dosis, dan waktu minum obat, serta manfaat obat 8. Diskusikan dengan klien jenis obat yang diminum, waktu minum obat,dosis dan cara 9. Diskusikan proses minum obat	
		TUK 4 Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi	1.klien dapat melihat cara mengatasi halusinasi 2.klien melaksanakan cara mengatasi halusinasi	SP 4 1. Anjurkan klien memberi tahu kepada keluarga jika mengalami halusinasi 2. Diskusikan dengan keluarga a. Gejala halusinasi yang dialami	Dengan ikut srrtakan keluarga klien mendapatkan mengontrol halusinasi dengan efektif

				b. Cara klien dan keluarga yang mengalami halusinasi dirumah beri kegiatan dan jangan biarkan sendiri c. Beri informasi waktu follow up ataw cara perlu bantuan halusinasi tidak terkontrol dan resiko mencendrai orang lain	
2.	Gangguan Emosi Perilaku kekerasan	TUM : Klien klien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat TUK 1 : Klien mengetahui perilaku kekerasan yang dialaminya dan dapat mengontrol emosinya dengan tarik nafas dalam	Setelah satu kali pertemuan klien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat : i. Klien dapat menyebutkan penyebab, perilaku yang dilakukan ii. Klien dapat memperagakan cara tarik nafas dalam	SP 1 : 1. Bina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik 2. Identifikasi penyebab, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, cara mengendalikan kemarahan 3. Jelaskan dan latih cara mengendalikan kemarahan dengan cara tarik nafas dalam 4. Masukan dalam jadwal	1. Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran iinteraksi selanjutnya 2. Dapat mengenal perilaku kekerasaanya 3. Agar dapat mengontrol kemarahannya 4. Agar dilakukan secara terjadwal

		TUM : klien mampu mengendalikan kemarahan dengan pukul bantal TUK : 1. Klien dapat mengobrol halusinasi dengan bercakap-cakap 2. Klien dapat melatih cara SP 1 dan SP 2	Setelah dilakukan 1x interaksi mampu mengendalikan kemarahan dengan pukul bantal Kriteria hasil : 1. Klien dapat melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuannya 2. Menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih	SP 2 : 1. Bina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik 2. Identifikasi penyebab, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, cara mengendalikan kemarahan 3. Jelaskan dan latih cara mengendalikan kemarahan dengan cara tarik nafas dalam 4. Masukkan dalam jadwal	1. Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran interaksi selanjutnya 2. Dapat mengenal perilaku kekerasaanya 3. Agar dapat mengontrol kemarahannya 4. Agar dilakukan secara terjadwal
		TUM : Klien mampu mengendalikan kemarahan dengan verbal TUK : 3. Kien dapat mengendalikan kemarahan dengan verbal 4. Evaluasi SP 1-3	Setelah dilakukan 1x interaksi mampu mengendalikan kemarahan dengan pukul bantal Kriteria hasil : 1. Klien dapat mempraktikan 2. Klien dapat menyampaikan kemarahan dengan cara berbicara baik	SP 3 1. Evaluasi kegiatan tarik nafas dalam dan pukul bantal, berikan pujian 2. Jelaskan dan latih mengendalikan kemarahan dengan cara verbal (meminta, menolak, marah dengan baik) 3. Masukkan dalam jadwal	1. Mengetahui daya ingat klien 2. Mampu melakukan kegiatan yang bermanfaat 3. Kegiatan tersusun

		TUM : Klien mampu mengendalikan dengan kegiatan spiritual TUK : 1. Klien dapat melakukan kegiatan spiritual 2. Evaluasi SP 1 – SP 4	Setelah dilakukan 1x pertemuan interaksi mampu mengendalikan kemarahan dengan kegiatan spiritual Kriteria Hasil : 1. Klien dapat melakukan cara berespon terhadap kemarahan dengan kegiatan spiritual	SP 4 1. Evaluasi jadwal kegiatan tarik nafas dalam, pukul bantal, verbal, berikan pujian. 2. Jelaskan dan latih mengendalikan kemarahan dengan kegiatan spiritual 3. Masukan dalam jadwal	1. Mengetahui daya ingat klien 2. Mampu melakukan kegiatan yang bermanfaat 3. Kegiatan tersusun
		TUM : Klien mampu mengontrol kemarahan dengan patuh obat TUK : 1. Klien dapat mengontrol kemarahan dengan patuh obat 2. Evaluasi aktivitas terjadwal klien	Setelah dilakukan 1x interaksi mampu mengendalikan kemarahan dengan patuh obat Kriteria hasil : 1. Klien dapat menyebutkan nama obat, manfaat dan dosis obat 2. Klien dapat mempraktikan kembali SP 1 –SP 5	SP 5 1. Evaluasi kegiatan tarik nafas dalam, pukul bantal, verbal, kegiatan spritual dan patuh obat, berikan pujian 2. Jelaskan akibat bila tidak minum obat, akibat penggunaan obat tidak sesuai 3. Latih minum obat 4. Masukan dalam jadwal	1. Mengetahui daya ingat klien 2. Dapat mengerti tentang program obat dan mengetahui sebab akibat 3. Agar pengobatan berjalan lancar 4. Agar terjadwal

5. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.5 Implementasi Dan Evaluasi

No.	Tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	26/04/2024	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan	SP 1 : 1. Membina hubungan saling percaya dengan klien 2. Membantu klien mengenal halusinasi, isi, frekuensi, jenis, waktu 3. Menjelaskan rasa mengontrol halusinasi 4. Menjelaskan klien mengontrol halusinasi dengan cara yaitu menghardik.	S : - Klien mau memperkenalkan dirinya - Klien mau menceritakan isi,jenis,waktu,frekuensi halusinasi O : - Klien dapatmeragakan cara menghardik halusinasi - Klien mampu mengenal isi,jenis,waktu,frekuensi halusinasi - Klien mengetahui cara mengontrol halusinasi A : - Masalah Teratasi sebagian P : - Evaluasi SP 1 - lanjutkan intervensi SP 2 - Melatih klien menghardik halusinasi	Dea

2.		Gangguan Emosi Perilaku kekerasan	SP 1 : 1. Membina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik 2. Mengidentifikasi penyebab, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, cara mengendalikan kemarahan 3. Menjelaskan dan latih cara mengendalikan kemarahan dengan cara tarik nafas dalam 4. Memasukan dalam jadwal	S : - Klien mengatakan tau bagaimana penyebab pk bagaimana cara menanganinya menjelaskan tentang pk O : - Klien tampak tenang dan mampu melakukan latihan tarik napas dalam. A : - Masalah teratasi sebagian P : - Lanjutkan SP 2 dan evaluasi SP 1	Dea
1.	27/04/2024	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan	SP 2 : 1. Mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 2. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu dengan bercakap-cakap 3. Menganjurkan memasukan kejadwal latihan harian.	S : - Klien merasa senang dan masih suka melihat bayangan-bayangan saat sedang sendiri - Klien mengatakan mengerti dengan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik O : - Klien dapat memperagakan cara	Dea

				mengontrol dengan menghardik - Klien dapat mempragakan cara bercakap-cakap - Klien tidak banyak melamun A : - Masalah Teratasi sebagian P : - Evaluasi SP 1, SP 2 - Lanjutkan Intervensi	
2.		Gangguan Emosi Perilaku kekerasan	SP 2 : 1. Bina hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik 2. Identifikasi penyebab, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, cara mengendalikan kemarahan 3. Jelaskan dan latih cara mengendalikan kemarahan dengan cara tarik nafas dalam Masukan dalam jadwal	S : - Klien mengatakan bisa melakukan SP 1 O : Klien memperhatikan saat melakukan tindakan SP 2 dengan tenang A : - Masalah Teratasi sebagian P : - Lanjutkan SP 3 dan evaluasi SP 2	
1.	29/04/2024	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi	SP 3 : 1. Mengevaluasi tindakan hariandan bercakap-cakap lalu beri pujian	S : - Klien mengatakan bayangan-bayangan muali sedikit	Dea

			2. Melatih cara menontrol halusinasi dengan melakukan 3. Menjelaskan obat dan melatih cara minum obat yang teratur 4. Mengajukan masukan ke jadwal kegiatan harian	berkurang dengan cara bercakap-cakap - Klien mengatakan lebih tenang O : - Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik dan bercakap-cakap - Klien mampu dan mengerti cara halusinasi dengan kegiatan harian contohnya menanyam. - Klien mengerti penjelasan dari perawat mengenai obat dan mengingat waktu untuk memakan obat A : - Masalah Teratasi sebagian P : - Lanjutkan Intervensi SP 4, evaluasi SP 3	
2.		Gangguan Emosi Perilaku kekerasan	SP 3 1. Mengevaluasi kegiatan tarik nafas dalam dan pukul bantal, berikan pujian 2. Menjelaskan dan latihan mengendalikan kemarahan	S : - Klien mengatakan mampu melakukan SP 1,2 O : - Klien tampak memperhatikan saat perawat mengajarkan SP 3	Dea

			dengan cara verbal (meminta,menolak,marah dengan baik) 3. Memasukan dalam jadwal	dengan cara sosial verbal dan non verbal A: - SP 3 Tercapai klien mampu melakukan SP 3 dengan cara sosial verbal P : - Lanjut SP 4 dengan evaluasi SP 3	
1.	30/04/2024	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi	SP 4 : 1. Menganjurkan klien memberitahu kepada perawat jika mengalami halusinasi 2. Menjelaskan pengertian ,tanda gejala terjadinya halusinasi 3. Mendiskusikan dengan klien tentang jenis,dosis,frekuensi dan manfaat obat. 4. Memastikan klien meminum obat dengan anjuran dokter.	S : - Klien mengatakan bayangan-bayangan mulai mengurang karena obat O ; - Klien tampak tenang - Klien tampak memperhatikan cara mengontrol halusinasi secara mandiri dengan baik. A : - Masalah teratasi Sebagian P : - Anjurkan klien meminum obat teratur	Dea
2.		Gangguan Emosi : Perilaku Kekerasaan	SP 4 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan tarik nafas dalam, pukul bantal, verbal, beriikan pujian. 2. Menjelaskan dan latih	S : - Klien mampu melakukan SP 1,2,3 O :	Dea

			mengendalikan kemarahan dengan kegiatan spiritual 3. Memasukan dalam jadwal	- Klien memperhatikan saat perawat melakukan SP 4 dengan cara spiritual A : - SP 4 tercapai klien mampu melakukan SP 4 dengan cara spiritual P : Lanjut SP 5 dan evaluasi SP 4	
2.	01/05/2024	Gangguan Emosi : Perilaku Kekerasaan	SP 5 1. Mengvaluasi kegiatan tarik nafas dalam, pukul bantal, verbal, kegiatan spritual dan patuh obat, berikan pujian 2. Menjelaskan akibat bila tidak minum obat, akibat penggunaan obat tidak sesuai 3. Melatih minum obat 4. Memasukan dalam jadwal	S : - Klien mampu melakukan SP 1,2,3,4 O : - Klien memperhatikan dengan focus saat perawat melakukan SP 5 dengan cara meminum obat secara teratur A : - SP 5 tercapai dan mampu melakukannya P : Intervensi dihentikan dan lakukan evaluasi 1,2,3,4	Dea

6. Catatan Perkembangan

Nama Klien : Ny.Y

Umur : 58 Tahun

Tabel 3.6 Catatan Perkembangan

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	02/05/2024	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan	S : - Klien merasa senang dan tenang, namun masih suka melihat bayangan-bayangan saat sedang sendiri - Klien mengatakan mengerti cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik O : - Klien tampak tenang - Klien tampak mempraktikkan cara mengontrol halusinasi secara mandiri A : - Halusinasi Penglihatan P : - Anjurkan menghardik di setiap melihat bayangan	Dea
		Gangguan Emosi Resiko Perilaku Kekerasaan	S : - Klien mengatakan tau bagaimana penyebab pk bagaimana cara menanganinya menjelaskan tentang	Dea

			pk O : - Klien tampak tenang dan mampu melakukan latihan tarik napas dalam A : - RPK P : - Anjurkan SP 2	
2.	03/05/2024	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan	S : - Klien mengatakan bayangan-bayangan mulai berkurang O : - Klien tampak tenang - Klien tampak memperhatikan cara mengontrol halusinasi secara mandiri dengan baik A : - Halusinasi Penglihatan P : - Anjurkan klien meminum obat teratur	Dea
			S : - Klien mampu melakukan SP 1,2,3,4 O : - Klien tampak tenang - Klien dapat mempraktikkan SP 1 sampai 5 dengan baik secara mandiri A : - RPK	Dea

			P : - Latih terus klien dengan SP 1 sampai 5	
--	--	--	--	--

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan jiwa pada Ny. Y dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi penglihatan akibat skizofrenia paranoid di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Garut mulai tanggal 24 April 2024 sampai 07 Mei 2024, penulis melaksanakan tahap-tahap proses keperawatan dan membandingkan dengan kasus di lapangan.

Penulis melakukan proses keperawatan melalui tahap pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Berikut uraian hasil dari asuhan keperawatan jiwa yang dilakukan oleh penulis kepada Ny. Y mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

1. Pengkajian

Dalam pengkajian untuk mengumpulkan data penulis menggunakan teknik komunikasi terapeutik yaitu pendekatan pada klien (bina hubungan saling percaya). Pendekatan tersebut berupa wawancara dan observasi. Pada tahap ini, tidak semua masalah keperawatan pada tinjauan teoritis di temukan pada kasus Ny. Y karena dalam menentukan diagnosa penulis melihat dari data yang di dapat dari hasil pengkajian.

Pada awal pengkajian, penulis mengalami hambatan, hal ini di pengaruhi oleh faktor kondisi klien yang mengalami gangguan jiwa dan halusinasi dan resiko perilaku kekerasan. Untuk mengatasi masalah ini penulis berusaha menciptakan hubungan saling percaya melalui teknik komunikasi terapeutik yang di mulai dari fase pra interaksi, orientasi, kerja dan terminasi.

Menurut Gail W. Stuart (2013), beberapa faktor pendukung terjadinya perubahan sensori persepsi: Halusinasi penglihatan dan pendengaran akibat skizofrenia, yaitu:

a. Faktor predisposisi

- 1) Faktor genetik
- 2) Faktor Psikologis

Klien belum bekerja lagi (Menganggur)

- 3) Sosial budaya dan lingkungan

Klien tidak bekerja setelah terjadi perundungan

b. Faktor presipitasi

Kehilangan pekerjaan karena berhenti bekerja

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan diagnosa skizofrenia menurut sutejo (2019) antara lain:

- a. Gangguan Presepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan
- b. Gangguan Emosional: Resiko Perilaku Kekerasan.

Pada tahap ini tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan teoritis ditemukan pada kasus Ny. Y. Dikarenakan dalam menentukan diagnosa penulis melihat dari data yang didapat dari hasil pengkajian.

Faktanya hanya terdapat 2 diagnosa keperawatan yang muncul pada klien, diantaranya yaitu:

- 1) Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan
- 2) Gangguan Emosi : Resiko Perilaku Kekerasan

Penulis mengangkat 2 masalah tersebut untuk dilakukan pelaksanaan keperawatan

3. Perencanaan

Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan literature keperawatan yang ada. Rencana keperawatan ini juga di buat berdasarkan perioritas masalah dan di sesuaikan dengan permasalahan yang klien alami. Karena keterbatasan waktu, dari beberapa masalah yang di temukan pada klien, penulis hanya dapat membuat perencanaan untuk masalah Gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan dan Resiko perilaku kekerasan. Penyusunan rencana dibuat selengkap mungkin sesuai dengan standar kriteria asuhan keperawatan meliputi tujuan, kriteria evaluasi, serta intervensi tindakan dan rasionalisasi tindakan.

4. Implementasi

Tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan pada situasi nyata implementasi sering kali jauh lebih

berbeda dengan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan, yang biasa dilakukan perawat setelah menggunakan rencana tidak tertulis yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan itu yang dilaksanakan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai dengan keadaan klien saat ini. Sesuai dengan teori pada saat akan melaksanakan tindakan perawat membuat kontrak atau janji terlebih dahulu dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang dikerjakan dan peran serta yang diharapkan klien. Kemudian dokumentasi semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien, namun direncanakan tindakan menggunakan tujuan umum dan tujuan khusus, diimplementasi menggunakan strategi pelaksanaan sesuai dengan kriteria keperawatan.

Pada tanggal 26 April 2024 dilakukan SP I yang isinya mencakup untuk masalah halusinasi perawat membina hubungan saling percaya dengan klien, mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, respon, dan mengajarkan klien cara menghardir halusinasi dalam jadwal kegiatan harian. Kemudian untuk masalah resiko perilaku kekerasan perawat mengidentifikasi, menilai, dan membantu klien dalam mengontrol emosinya dengan cara teknik napas dalam.

Pada tanggal 27 April 2024 dilakukan SP 2 yang isinya mencakup untuk masalah halusinasi mengevaluasi cara mengontrol halusinasi

dengan cara menghardik, klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, dan mengajarkan klien memasukan cara menghardik halusinasi dan didalam pelaksanaan klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap, untuk masalah resiko perilaku kekerasan melakukan evaluasi kegiatan latihan fisik yang lalu, kemudian latihan fisik dua yaitu pukul bantal atau guling, latihan fisik tiga mengungkapkan marah dengan verbal. meminta dengan baik atau menolak dengan baik, latihan empat berdoa dan beribadah dan latihan fisik lima yaitu minum obat secara teratur.

Pada tanggal 28 April 2024 dilakukan SP 4 untuk masalah halusinasi yaitu mendiskusikan masalah yang dilakukan klien, melatih klien dalam menciptakan suasana lingkungan untuk mengontrol halusinasi mendiskusikan tanda dan gejala dan melatih klien dalam obat untuk klien halusinasi.

5. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai perkembangan klien setelah diberikan asuhan keperawatan. Pada tahap ini penulis tidak mendapatkan hambatan yang berarti karena kriteria evaluasi dapat di nilai jelas melalui observasi ataupun ungkapan secara verbal dari klien.

Penulis menerapkan asuhan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang harus diberikan, namun tidak semua proses perencanaan dapat terlaksana dalam tahanan implementasi untuk

mengatasi masalah tersebut dilakukan asuhan keperawatan yang lebih optimal dengan di dukung oleh informasi, sarana, lingkungan klinis dan kerja sama dari berbagai pihak yang memenuhi kondisi klien secara tepat dan optimal.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. Y dengan perubahan persepsi sensori, halusinasi penglihatan dari tanggal 24 April 2024 sampai 07 Mei 2024, maka dapat diambil kesimpulan berikut ini :

1. Penulis dapat melakukan pengkajian secara komprehensif terhadap klien dengan perubahan sensori persepsi: halusinasi penglihatan, setelah dilakukan analisa data berdasarkan hasil pengkajian, maka penulis menemukan empat masalah keperawatan; ansietas, deposit pengetahuan, hambatan komunikasi, dan hambatan interaksi sosial.
2. Penulis dapat merumuskan diagnosa keperawatan dari hasil pengkajian terhadap masalah klien.
3. Penulis dapat merencanakan tindakan keperawatan sesuai dengan prioritas masalah keperawatan.
4. Penulis dapat melaksanakan tindakan keperawatan yang mengacu pada rencana yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi klien.
5. Penulis dapat melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan menilai bahwa klien sudah mau berinteraksi dengan orang lain serta mau melakukan kegiatan harian dan kegiatan sosial untuk menghindari halusinasinya.

6. Penulis dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

B. Rekomendasi

1. Bagi perawat

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

2. Bagi konstitusi pendidikan

Dengan mengetahui permasalahan yang dapat timbul pada klien halusinasi, diharapkan institusi dapat meningkatkan mutu dan kualitas serta perkembangan sesuai prosedur dalam memberi asuhan dalam pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan dalam memecahkan suatu masalah.

3. Untuk klinik terkait

Diharapkan lebih mengembangkan data terkait kasus pasien jiwa skizofrenia dengan halusinasi penglihatan, didukung dengan adanya SOP pada pasien skizofrenia dengan halusinasi penglihatan berkaitan dengan strategi pelaksanaan, tetapi aktivitas kelompok dan senantiasa melihat perkembangan secara rutin.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggit ,M.A. (2021) . Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasaan. Universitas Kusuma Husada Surakarta.
- Ah,Y usuf,R.F. (2015). *BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA*. Jakarta : Salemba Medika
- Candra wayan I. 2017. Psikologi Landasan Keilmuan Praktik Keperawatan Jiwa. Yogyakarta:CV. Andi Offeset
- Dinas Kesehatan , . (2023, mei 10) . *Jumlah Orang debgan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat yang mendapatkan Pelayanan Keshatan Berdasarkan Kabupaten/kota di Jawa Barat*. Retrieved from OPEN DATA JABAR : [https://opendata.jabarprov.go.id/id/dataset/jumlah -orang-dengan-gangguan-jiwa-odgj-berat-vang- mendapat-pelayanan-kesehatan-berdasarkan-kabupatenkota-di-jawa-bara](https://opendata.jabarprov.go.id/id/dataset/jumlah-orang-dengan-gangguan-jiwa-odgj-berat-vang-mendapat-pelayanan-kesehatan-berdasarkan-kabupatenkota-di-jawa-bara)
- Direja, A.H.S (2021). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Nuha Medika
- 1 Made Kariasa, S.Kp, NI Made Sumarwati, S.Kp. Edisi3, Jakarta EGC.
- Herawati,N.,& Afconneri,A.(2020) perawatan diri pasien skizofrenia dengan halusinasi.Jurnal keperawatan jiwa volume 8 No 1,hal 9-20,11.
- Rahayu,D.R.2016. *Asuhan Keperawatan Ganguuan Persepsi Sensori : Halusinasi dengan pasien Ny.S diruang bima instalasi jiwa rumah sakit umum daerah Banyumas*. Universitas Nuhammadiyah: Purwokerto
- Pardede, J. A., & Hasibuan, E. K. (2020). Lamanya Perawatan Pasien Skizofrenia Rawat Jalan Dengan Tingkat Stres Keluarga. Indonesian Trust Health Journal, 3 (1),283-288.
- PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan(1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- Sutejo, NS. 2017. KeperawatanJiwa, Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Sitawati,A.d.,Fhtriyah,I.,&Karimah,A.2022.mendampingi orang dengan skizofrenia.kampus C Unair,Mulyorejo surabaya 60115:Airlangga University press.

- Stuart, W, Gail. 2013. Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart Buku I, Edisi Indonesia. Singapore. Elvisier
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia(SDKI), Edisi 1, Jakarta, PersatuanPerawat Indonesia
- Viebeck,2010 : Stuart,keliat, & P. (2016). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC
- Viebeck, S. L. (2008) . *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Wulandari,Y.,& paradedes,A.J.(2021).Aplikasi terapi generalis pada penderita Skizofrenia Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran.Jurnal Ilmiah keperawatan .2
- Wiramihardja, Sutarjo A 2015. *Pengantar Psikologi Abnormal*. Bandung: PT Refilika Aditama
- Yosep, lyus H. Titin Sutini. 2016. Buku Ajar Keperawatanliwa. Bandung PRefika Aditama

LAMPIRAN

Lampiran 1 SPTK

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SP)

Masalah : Halusinasi

SP 1 : Klien Ny. Y pada tanggal 26 April 2024 pukul 09.00 WIB, membantu klien mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara pertama menghardik halusinasi.

Fase Orientasi:

"Assalamualaikum bu, Saya perawat yang akan merawat ibu. Nama saya Adinda, senang dipanggil dinda. Nama ibu siapa? Senang dipanggil siapa?"

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

"Baiklah bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang bayangan yang selama ini ibu lihat? Dimana kita duduk? Di ruang tamu? Berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit?"

Fase Kerja:

"Apakah ibu melihat bayangan seperti orang-orang apa bayangan itu menakuti ibu?"

"Apakah bayangan itu terus-menerus terlihat atau sewaktu-waktu? Kapan yang sering ibu lihat? Berapa hari sehari ibu alami? Pada keadaan apa bayangan itu muncul? Apakah ada waktu sendiri?" Apa yang ibu rasakan ketika melihat bayangan itu? Apakah dengan cara itu bayangan-bayangan itu hilang? Bagaimana kita belajar cara-cara mencegah bayangan-bayangan itu muncul? "

"Bu ada empat cara untuk mencegah bayangan-bayangan itu muncul. Pertama dengan menghardik bayangan tersebut. Kedua, dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang terjadwal. Keempat, minum obat teratur."

"Bagaimana kalau kita belajar dengan satu cara dulu yaitu dengan mehardik"

"Caranya sebagai berikut: saat bayangan-bayangan itu muncul langsung ibu bilang, pergi sana saya tidak mau melihat, bayangan kamu palsu. Begitu di ulang-ulang sampai bayangan itu tidak muncul lagi. Coba ibu peragakan! Nah begitu..... Bagus! Coba lagi! Ya bagus bu sudah bisa"

Fase Terminasi:

Bagaimana perasaan ibu setelah peragaan latihan tadi? Kalau muncul lagi bayangan-bayangan, silahkan ibu coba cara tersebut! Bagaimana kita buat jadwal latihannya?(saudara masukan kegiatan latihan menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan latihan pasein). Bagaimana kalau kita ketemu lagi untuk belajar dan katihan mengendalikan bayangan-bayangan dengan cara yang kedua? Jam berapa ibu? Bagaimana kalau jam satu lagi? Barapa lama kita akan berlatih? Dimana tempatnya?"

"Baiklah sampai jumpa"

"Assalamualamu'alaikum"

SP 2 : Klien Ny. Y pada tanggal 27 April 2024 pukul 08.300 WIB. Melatih pasein mengontrol halusinasinya dengan cara kedua (bercakap-cakap dengan orang lain)

Fase Orientasi:

"Assalamualaikum ibu, bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah bayangan-bayangannya masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang kita latih? Berkurangkan bayangan-bayangannya? Bagus! Sesuai janji kita kemarin saya akan melatih cara yang kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kita akan latihan selama 20 menit. Mau dimana? Disini saja?"

Fase Kerja:

"Cara kedua untuk mencegah/mengontrol halusinasi yang lain. Jadi kalau ibu

mulai melihat bayangan-bayangan, langsung saja mencari teman untuk di ajak ngobrol. Minta teman untuk mengontrol dengan ibu. Contohnya begini" tolong. saya mulai melihat bayangan-bayangan. Ayo ngobrol dengan saya!

Fase Terminasi:

"Bagaimana perasaan Bu setelah latihan ini? Jadi sudah ada berapa cara yang sudah Bu pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus! Cobalah kedua cara ini kalau Bu mendengar suara-suara. Bagaimana kalau kita masukan ke dalam jadwal harian Bu? Mau jam berapa latihan bercakap-cakap? Nah nanti kita lakukan secara teratur serta sewaktu-waktu suara itu muncul! Besok saya akan kemari lagi. Bagaimana kalau kita latih cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas yang terjadwal? Mau jam berapa? Mau dimana/ disini lagi? Sampai jumpa besok ya".

"Assalamu'alaikum".

SP 3 : Klien Ny. Y pada tanggal 29 April 2024 pukul 09.15 WIB. Melatih pasien mengontrol halusinasinya dengan cara ke tiga (Melakukan aktivitas yang terjadwal)

Fase Orientasi

"Assalamu'alaikum Bu, bagaimana perasaan Bu hari ini? Apakah suara-suara masih muncul? Apakah sudah pakai dua cara yang telah kita latih? Bagaimana hasilnya? Bagus! Sesuai janji kita, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan yang terjadwal. Mau dimana kita bicara? Bisa kita duduk di ruang TV? Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 30 menit?".

Fase Kerja

"Apa saja yang biasa Bu lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya? Terus jam

berikutnya? (terus ajak sampai mendapatkan kegiatannya sampai malam) wah banyak sekali kegiatannya. Mari kita latih dua kegiatan hari ini (latih kegiatan tersebut). Bagus sekali Bu bisa lakukan. Kegiatan ini dapat Bu lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih lagi agar dari pagi sampai malam ada kegiatan".

Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan Bu setelah kita bercakap-cakap cara yang ketiga untuk mencegah suara-suara itu? Bagus sekali! Coba sebutkan 3 cara yang telah kita latih untuk mencegah suara-suara! Bagus sekali, mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian. Coba lakukan sesuai jadwal ya! (perawat dapat melakukan aktivitas yang lain pada pertemuan berikut sampai terpenuli seluruh aktivitas dari pagi sampai malam) bagaimana kalau besok kita membahas cara meminum obat Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 09.00? pagi? Di ruang makan ya, sampai jumpa. Wassalamu'alaikum".

SP 4 : Klien Ny. Y pada tanggal 30 April 2024 pukul 10.00 WIB. Melatih pasein mengontrol halusinasinya dengan cara ke empat(Melatih klien menggunakan obat secara teratur)

Fase Orientasi

"Assalamu'alaikum Bu, bagaimana perasaan Bu hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai juga cara yang telah kita latih? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan? Apakah pagi ini sudah minum obat? Baik, hari ini kita akan mendiskusikan tentang obat-obatan yang Bu minum. Kita akan diskusi selama 20 menit, disini saja ya Bu?"

Fase Kerja

"Bu adakah bedanya setelah minum obat secara teratur? Apakah suara-suaranya berkurang hilang? Minum obat sangat penting supaya suara-suara yang Bu dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang Bu minum? (perawat menyiapkan obat pasien). Oh obatnya ada selosi, hexamer, clozapine. Selosi diminum pagi sama malam kemudian heximer diminum pagi sama malam ya bu, dan clozapine diminum malam aja".

Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan Bu setelah kita bercakap-cakap tentang obat? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara-suara? Coba jelaskan! Bagus! (jika jawaban benar). Mari kita masukkan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan Bu. Jangan lupa pada waktu minum obat minta obat pada perawat. Besok kita ketemu lagi untuk melihat 4 cara mencegah suara yang telah kita bicarakan. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 09.00? sampai jumpa. Assalamu'alaikum".

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

Hari ke-1 tanggal 26/04/2024

SP1	:	Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan
-----	---	---

Fase Orientasi

"Assalamualaikum Bu, perkenalkan nama saya Dea, saya perawat yang dinas di sini. Hari ini saya dinas pagi dari pk. 07.00-14.00. Saya yang akan merawat bapak selama Ibu di sini. Nama Ibu siapa, senangya dipanggil apa?"

"Bagaimana perasaan Ibu saat ini?, Masih ada perasaan kesal atau marah?"

"Baiklah kita akan berbincang-bincang sekarang tentang perasaan marah Ibu"

"Berapa lama Ibu mau kita berbincang-bincang?"

"Bagaimana kalau 10 menit?"

"Dimana enaknya kita duduk untuk berbincang-bincang. Bu? Bagaimana kalau di ruang tamu?"

Fase Kerja

"Apa yang menyebabkan Bu marah?, Apakah sebelumnya Bu pernah marah? Terus, penyebabnya apa? Samakah dengan yang sekarang?. O..iya, jadi ada 2 penyebab marah Ibu"

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

"Setelah itu apa yang Ibu lakukan? O..iya, jadi Ibu marah-marah pada keluarga dan mengacak-acak masjid terdekat, apakah dengan cara ini Ibu jadi lega? Iya, tentu tidak. Apa kerugian cara yang Ibu lakukan? Betul, keluarga Ibu jadi takut, masjid jadi berantakan. Menurut Ibu adakah cara lain yang lebih baik? Maukah Ibu belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?"

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

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

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

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

Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan Ibu setelah berbincang-bincang tentang kemarahan Ibu?"

"Iya jadi ada 1 penyebab Ibu marah yaitu sering mendengar suara-suara yang

membully dan yang Ibu rasakan kesal dan ingin marah-marah dan yang Ibu lakukan marah-marah pada sekitar serta akibatnya orang sekitar takut pada Ibu"

"Coba selama saya tidak ada, ingat-ingat lagi penyebab marah Ibu yang lalu, apa yang Ibu lakukan kalau marah yang belum kita bahas dan jangan lupa latihan napas dalamnya ya Bu. 'Sekarang kita buat jadwal latihannya ya Bu, berapa kali sehari Ibu mau latihan napas dalam?, jam berapa saja Bu?"

"Baik, bagaimana kalau besok saya datang dan kita latihan cara yang lain untuk mencegah/mengontrol marah. Tempatnya disini saja ya Bu, assalamualaikum"

Hari ke-2 27/04/2024

SP2 : Melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik yang ke-2 yaitu memukul kasur dan bantal

Fase Orientasi

"Assalamualaikum Bu, sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang saya datang lagi"

"Bagaimana perasaan Ibu saat ini, adakah hal yang menyebabkan Ibu marah?"

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

"Mau berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?"

"Dimana kita bicara? Bagaimana kalau di ruang tamu?"

Fase Kerja

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

"Sekarang mari kita latihan memukul kasur dan bantal, Mana kamar Ibu? Jadi kalau nanti Ibu kesal dan ingin marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal. Nah, coba Ibu lakukan,

pukul kasur dan bantal. Ya, bagus sekali Ibu melakukannya".

"Kekesalan lampiaskan ke kasur atau bantal."

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

Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan Ibu setelah latihan cara menyalurkan marah tadi?"

"Ada berapa cara yang sudah kita latih, coba Ibu sebutkan lagi? Bagus!"

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

"Besok kita ketemu lagi kita akan latihan cara mengontrol marah dengan belajar bicara yang baik. Mau jam berapa Bu? Baik, jam 11 pagi ya. Sampai jumpa"

Hari ke-3 29/04/2024

SP 3 : Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal

Fase Orientasi

"Assalamualaikum Bu, sesuai dengan janji saya kemarin sekarang kita ketemu lagi"

"Bagaimana Bu, sudah dilakukan latihan tarik napas dalam dan pukul kasur bantal?, apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur?"

"Coba saya lihat jadwal kegiatan hariannya."

"Bagus. Nah kalau tarik nafas dalamnya dilakukan sendiri tulis M, artinya mandiri, kalau diingatkan suster baru dilakukan tulis B, artinya dibantu atau diingatkan. Nah kalau tidak dilakukan tulis T, artinya belum bisa melakukan

"Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara bicara untuk mencegah marah?"

"Dimana enaknya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat yang sama? "Berapa lama Ibu mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit?

Fase Kerja

“ Sekarang kita latihan cara bicara yang baik untuk mencegah marah. Kalau marah sudah dusalurkan melalui tarik nafas dalam atau pukul kasur dan bantal, dan sudah lega, maka kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah. Ada tiga caranya pak:

1. Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin Ibu bilang penyebab marahnya karena sering mendengar suara-suara. Coba Ibu menghardik dan bilang "Tidak ini palsu." Nanti bisa dicoba di sini. Coba Ibu praktekan. Bagus Bu"
2. Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan Ibu tidak ingin melakukannya, katakan: 'Maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan. Coba Ibu praktekan. Bagus Bu"
3. Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal Ibu dapat mengatakan: Saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu. Coba praktekan. Bagus"

Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan Ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol marah dengan bicara yang baik?"

"Coba Ibu sebutkan lagi cara bicara yang baik yang telah kita pelajari "Bagus sekali, sekarang mari kita masukkan dalam jadwal. Berapa kali sehari bu mau latihan bicara yang baik?, bisa kita buat jadwalnya?"

“Coba masukkan dalam jadwal latihan sehari-hari, misalnya meminta obat, uang, dll. Bagus nanti dicoba ya Bu!"

"Bagaimana kalau besok kita ketemu lagi?"

"Nanti kita akan membicarakan cara lain untuk mengatasi rasa marah Ibu yaitu

dengan cara ibadah, Ibu setuju? Mau di mana Bu? Di sini lagi? Baik sampai nanti ya"

Hari ke-4 30/04/2024

SP 4 : Melatih mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual

Fase Orientasi

"Assalamualaikum Bu, sesuai dengan janji saya dua jam yang lalu sekarang saya datang lagi" Baik, yang mana yang mau dicoba?"

"Bagaimana Bu, latihan apa yang sudah dilakukan? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur? Bagus sekali, bagaimana rasa marahnya"

"Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara lain untuk mencegah rasa marah yaitu dengan ibadah?"

"Dimana enaknyanya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat tadi?"

"Berapa lama Ibu mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit?"

Fase Kerja

"Coba ceritakan kegiatan ibadah yang biasa Ibu lakukan! Bagus. Baik, yang mana mau dicoba?"

"Nah, kalau Ibu sedang marah coba Ibu langsung duduk dan tarik napas dalam. Jika tidak reda juga marahnya rebahkan badan agar rileks. Jika tidak reda juga, ambil air wudhu kemudian sholat",

"Ibu bisa melakukan sholat secara teratur untuk meredakan kemarahan."

"Coba Ibu sebutkan sholat 5 waktu? Bagus. Mau coba yang mana? Coba sebutkan caranya".

Fase Terminasi

Bagaimana perasaan Ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara yang ketiga ini?"

"Jadi sudah berapa cara mengontrol marah yang kita pelajari? Bagus".

"Mari kita masukkan kegiatan ibadah pada jadwal kegiatan Ibu. Mau berapa

kali Ibu sholat. Baik kita masukkan sholat semua jadwal shalat wajib dan sunnah"

"Coba Ibu sebutkan lagi cara ibadah yang dapat Ibu lakukan bila Ibu merasa marah"

"Setelah ini coba Ibu lakukan jadwal sholat sesuai jadwal yang telah kita buat tadi"

"Besok kita ketemu lagi ya Bu, nanti kita bicarakan cara keempat mengontrol rasa marah, yaitu dengan patuh minum obat. Mau jam berapa Bu? Seperti sekarang saja, jam 11 ya?"

"Nanti kita akan membicarakan cara penggunaan obat yang benar untuk mengontrol rasa marah bapak, setuju Bu?",

Hari ke-5 01/05/2024

SP 5 : Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat

Fase Orientasi

Assalamualaikum Bu, sesuai dengan janji saya kemarin hari ini kita ketemu

"Bagaimana Bu, sudah dilakukan latihan tarik napas dalam, pukul kasur bantal, bicara yang baik serta sholat? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur? Coba kita lihat cek kegiatannya"

"Bagaimana kalau sekarang kita bicara dan latihan tentang cara minum obat yang benar untuk mengontrol rasa marah?"

"Dimana anaknya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat kemarin?"

"Berapa lama Ibu mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit"

Fase Kerja

"Ibu sudah dapat obat dari dokter? Berapa macam obat yang Bapak minum? Warnanya apa saja? Bagus! Jam berapa Bapak minum? Bagus!"

"Obatnya ada tiga macam Bu, yang warnanya oranye namanya CPZ gunanya agar pikiran tenang, yang putih ini namanya THP agar rileks dan tegang, dan

yang merah jambu ini namanya HLP agar pikiran teratur dan rasa marah berkurang. Semuanya ini harus Ibu minum 3 kali sehari jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 7 malam".

"Bila nanti setelah minum obat mulut Ibu terasa kering, untuk membantu mengatasinya Ibu bisa mengisap-isap es batu".

"Bila terasa mata berkunang-kunang, Ibu sebaiknya istirahat dan jangan beraktivitas dulu"

"Nanti sebelum minum obat ini Ibu lihat dulu label di kotak obat apakah benar nama Ibu tertulis disitu, berapa dosis yang harus diminum, jam berapa saja harus diminum. Baca juga apakah nama obatnya sudah benar? Di sini minta obatnya pada suster kemudian cek lagi apakah benar obatnya!"

"Jangan pernah menghentikan minum obat sebelum berkonsultasi dengan dokter ya Bu, karena dapat terjadi kekambuhan."

"Sekarang kita masukkan waktu minum obatnya kedalam jadwal ya Bu."

Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan Ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara minum obat yang benar?"

"Coba Ibu sebutkan lagi jenis obat yang Ibu minum! Bagaimana cara minum obat yang benar?"

"Nah, sudah berapa cara mengontrol perasaan marah yang kita pelajari?. Sekarang kita tambahkan jadwal kegiatannya dengan minum obat. Jangan lupa laksanakan semua dengan teratur ya".

"Baik, Besok kita ketemu kembali untuk melihat sejauh mana Ibu melaksanakan kegiatan dan sejauh mana dapat mencegah rasa marah. Sampai jumpa".

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. IDENTITAS

Nama : Dea Ratnasari
TTL : Garut, 01 Maret 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jl.Talagabodas Kp.Bayubud RT/01 RW/04 Desa.
Sindangmekar Kec.Wanaraja Kab.Garut
Status : Belum Menikah
Instagram : dearatnasri

2. Riwayat Pendidikan

1. SDN 02 Sindangmekar (2008-2013)
2. Mts Muhammadiyah Bayubud (2014 -2016)
3. SMA Muhammadiyah Wanaraja (2017-2019)

3. Riwayat Organisasi

1. Paskibraka Kecamatan wanaraja 2014
2. Drum Band SMAMUJA 2017
3. Hizbul Wathan (HW) 2016/2017
4. Ikatan Pelajar Muhammadiyah 2018
5. PMR SMA Muhammadiyah Wanaraja 2019

Lampiran 2 Dokumentasi

DOKUMENTASI



Kegiatan Komunikasi Terapeutik



Kegiatan menulis



Kegiatan Game Uno (Melatih Daya konsentrasi)



Kegiatan Setelah TAK

LEMBAR BIMBINGAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa pada NY.Y dengan Gangguan Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Skizofrenia di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahie Assanie Samarang Garut

NAMA : DEA RATNASARI

NIM : KHGA21070

No.	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Senin 27/05/2024	Judul dan BAB I	1. ACC judul 2. Perbaiki larat belakang 3. Perbaiki penulisan Perbaiki keterkaitan natar paragraf	
2.	Kamis 30/05/2024	BAB I	1. ACC BAB I 2. Lanjutkan penyusunan BAB I	
3.	Selasa 04/06/2024	BAB II	1. Perbaiki penulisan 2. Perbarui Teori 3. Perbarui kutipan	
4.	Jumat 07/06/2024		1. ACC BAB II 2. Lanjutkan penyusunan BAB III	
5.	Senin 10/06/2024	BAB II	1. Perbaiki penulisan 2. Perbaiki tabel	
6.	Rabu 12/06/2024	BAB III	1. ACC BAB III 2. Lanjutkan penyusunan BAB IV	
7.	Jumat 14/06/2024	BAB IV	1. ACC BAB IV 2. Lanjutkan penyusunan Abstrak 3. Buat Draff sidang	
8.	Rabu 19/06/2024	BAB IV	1. ACC abstrak 2. ACC sidang	