

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn.B DENGAN GANGGUAN
PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN SP 4 AKIBAT
SKIZOFRENIA PARANOID DI KLINIK REHABILITASI
MENTAL NUR ILAHI ASSANI SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk memenuhi syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan
Diploma III Keperawatan Di STikes Karsa Husada Garut

Oleh:
WINDI MEGA APRILIANTI
KHGA20092



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

LEMBAR PENGESAHAN

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. B Dengan Gangguan
Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia
Paranoid di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Samarang Garut.
Nama : Windi Mega Aprilianti
NIM : KHGA20092

Garut, Juni 2023

Karya Tulis Ilmiah ini telah Disidangkan Dan Dipertanggungjawabkan

Di Hadapan Penguji

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Dr. H. Dian Roslan H, S.Kep.,M.Kes.

Susan Susyanti, M.Kep.

Mengetahui,

Mengesahkan,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep

Rudy Alfiyansah, S.Kep.,Ners.,Mpd

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. B Dengan Gangguan
Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia
Paranoid di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Samarang Garut.

Nama : Windi Mega Aprilianti

NIM : KHGA20092

KTI ini disetujui untuk disidangkan dihadapan penguji
Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2023

Menyetujui,

Pembimbing

Rudy Alfiansah, S.Kep.,Ners.,M.Pd.

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn.B DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN SP 4 DENGAN AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILAHI ASANI SAMARANG GARUT

ABSTRAK

IV Bab, 98 Halaman, 13 Tabel, 1 Lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid” di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assani Samarang Garut. Penulis merasa tertarik untuk melakukan studi kasus pada klien dengan halusinasi pendengaran, karena halusinasi pendengaran merupakan gejala yang sering ditemukan pada penderita gangguan jiwa atau skizofrenia. Tujuan dibuatnya Karya tulis ilmiah ini untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psiko-sosial dan spiritual pada klien dengan gangguan persepsi sensori melalui pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Metode yang digunakan adalah deskriptif berupa studi kasus. Adapun masalah yang ditemukan pada kasus tersebut yaitu gangguan persepsi sensori halusinasi dan defisit perawatan diri. Penulis juga melaksanakan tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan yang tepat. Hasil evaluasi dari asuhan keperawatan Tn. B menunjukkan perkembangan dengan masalah teratasi. Adapun kesimpulan dalam karya tulis ilmiah ini adalah sesuai dengan perencanaan yang sudah disusun sebelumnya, perlunya banyak mendapat dukungan dari berbagai pihak, terutama keluarga yang merupakan faktor pendukung utama.

Kata Kunci : Skizofrenia, Halusinasi, Defisit Perawatan Diri .

Daftar Pustaka : 34 buah (2013- 2023) (Jurnal dan Buku)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah subhanahu taa'la, shalawat dan salam selalu tercurahkan kepada Baginda Rasulullah Shallallahu'alaihi wasallam, atas berkat dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan tepat waktu. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat akhir dalam menempuh akhir Perkuliahan Program Diploma III Keperawatan di STIKes KARSA HUSADA GARUT. Penulis mengambil judul : **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.B DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILAHI SAMARANG GARUT.** “

Dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini penulis mengalami banyak kesulitan dan hambatan tetapi semuanya bisa di lalui. Dalam penyusunan ini penulis mendapatkan begitu banyak bimbingan, bantuan dan saran dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada semua pihak terutama kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si M.M.Kes, 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 Prodi DIII Keperawatan.
5. Bapak Rudy Alfiyansah, S.Kep.,M.pd selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ini senantiasa memberikan arahan dan saran dengan penuh kesabaran.
6. Bapak Dr. H. Dian Roslan H, S.Kep.,M.Kes selaku penguji I
7. Ibu Susan Susyanti, M.Kep. selaku penguji II
8. Seluruh Staff dosen DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
9. Ibu Viera, S. Kep, selaku pembimbing di Klinik Yayasan Nur Ilahi Asani Garut yang telah memberikan begitu banyak ilmu pengetahuan, keterampilan yang bermanfaat dan motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Untuk Bapak Budianto, Ibu Sri Maryati, Ibu Mulyati yang telah membesarkan serta mengasuh penulis dengan cinta kasih dan sayang yang begitu besar, memberikan Doa dan dukungan yang tidak pernah putus, memberikan bantuan secara moril maupun materil. Semoga tetes keringat dan air mata dibalas dengan kebahagiaan dari Allah SWT Aamiin.
11. Untuk yang terkasih Abdul Syukur Ghofari yang telah menguatkan, memberikan berbagai macam kebahagiaan terimakasih untuk selalu kebersamai dalam suka dan duka.
12. Untuk sahabat Rizki Nugraha, Insan Padilah, Yeni Puspitawati, Vina Oktaviani, Xena Farid Ramadan, Resa Fauziyah, Serli Marlian, Riza Septiani, Sri Mustika, Putri Miraz. Terimakasih kalian sudah menjadi teman

main, teman gabut, teman gila – gilaan , teman yang selalu ada dan telah memberikan moment indah di perkuliahan.

13. Untuk rekan rekan 3C DIII Keperawatan, terimakasih selama 3 tahun ini kalian sudah menjadi teman seperjuangan, banyak cerita canda tawa sedih yang kita lewati di kelas, semoga kita semua sukses dan bahagia sesuai dengan cita cita yang diinginkan.

Penulis menyadari begitu banyak keterbatasan yang penulis miliki dari segi ilmu pengetahuan serta kemampuan, oleh karena itu dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan. Jika ada kritik dan saran penulis akan menerima demi perbaikan karya tulis ini. Penulis berharap agar karya tulis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak Aamiin.

Garut, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.	4
C. Metode Telaah.....	5
D. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	7
A. Konsep Dasar Penyakit	7
1. Konsep Dasar Skizofrenia	7
2. Rentang Respon Skizofrenia.....	8
3. Etiologi	8
4. Tanda dan Gejala Skizofrenia.....	12
5. Tipe – Tipe Skizofrenia	13
6. Konsep Halusinasi	14
1) Definisi Halusinasi.....	14
2) Etiologi Halusinasi	15
3) Pohon masalah Halusinasi	16
4) Jenis – jenis halusinasi.....	17
5) Tanda dan gejala Halusinasi	17
6) Penatalaksanaan.....	18
7) Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul pada halusinasi	20
8) Definisi	20
9) Etiologi Defisit Perawatan Diri	21
10) Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri	23

7. Defisit perawatan diri.....	23
1) Tanda dan gejala Defisit Perawatan Diri	23
2) Penatalaksanaan.....	24
3) Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul pada Defisit Perawatan Diri	24
B. Konsep Asuhan Keperawatan	24
1. Pengkajian	24
2. Diagnosa Keperawatan	31
3. Perencanaan Keperawatan	31
4. Implementasi Keperawatan	38
5. Evaluasi Keperawatan	38
BAB III TINJAUAN KASUS.....	40
A. Tinjauan Kasus.....	40
1. Pengkajian.....	40
2. Analisa Data.....	50
4. Perencanaan	52
5. Implementasi dan Evaluasi	56
6. Catatan Perkembangan	63
B. Pembahasan.	70
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	77
A. Kesimpulan	77
B. Rekomendasi.....	79
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Data 5 Diagnosa Medis dengan Gangguan Jiwa di Kabupaten Garut.....	3
Tabel 2.1 Rentang Respon Halusinasi	15
Tabel 2.2 Pohon Masalah Halusinasi	16
Tabel 2.3 Kebutuhan Persiapan Klien Pulang.....	29
Tabel 2.4 Perencanaan	32
Tabel 3.1 Daftar Obat.....	49
Tabel 3.2 Analisa Data	50
Tabel 3.3 Proses keperawatan	52
Tabel 3.4 Implementasi dan evaluasi	56
Tabel 3.5 Catatan Perkembangan hari ke 1.....	63
Tabel 3.6 Catatan Perkembangan hari ke 2.....	65
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan hari ke 3.....	67

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa atau mental adalah suatu keadaan secara fisik, mental dan emosional seseorang optimal atau sempurna. Dengan kata lain kesehatan mental bukan hanya tentang bebas dari gangguan mental, melainkan setiap orang berhak untuk sehat, bahagia dan mampu menghadapi tantangan hidup dan orang lain. Menerima orang dan diri sendiri apa adanya dan bersikap positif (Andri, Febriawati, Penzilion, & Sari, 2019)

Gangguan jiwa merupakan gangguan mental seperti perubahan pada emosi, persepsi, psikososial dan menghalangi untuk memenuhi peran sosial (Wulandari & Perdadas, 2021). Gangguan jiwa adalah gangguan pola pikir yang terkait dengan kesengsaraan atau penderitaan dan menyebabkan keterbatasan dalam aktivitas manusia (Apriani, Fitriah, & Kusyani, 2021).

Skizofrenia adalah gangguan otak kronik yang ditandai dengan delusi, halusinasi, dan katatonik atau perilaku aneh. Skizofrenia adalah gangguan mental kronis dan berat yang ditandai dengan kesulitan komunikasi, kebenaran yang terganggu, aktivitas yang tidak biasa atau melemah, gangguan fungsi kognitif dan kesulitan melakukan aktivitas sehari – hari (Pradede, 2020). Skizofrenia merupakan salah satu jenis psikotik yang menunjukkan gejala yang salah satunya adalah halusinasi. Halusinasi merupakan manifestasi gangguan jiwa yang ditandai dengan gangguan persepsi sensori seperti merasakan sensasi palsu berupa suara,

penglihatan, pengecapan, perabaan, dan penciuman. Pasien halusinasi merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada. Stimulus berupa suara sangat sering dialami oleh pasien halusinasi dan merupakan gejala sangat umum terjadi. Gejala ini sering disebut halusinasi pendengaran (Devita & Hendriyani, 2019).

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, hal. 2). Salah satu tanda dan gejala defisit perawatan diri pada pasien halusinasi dapat ditemukan melalui observasi salah satunya adalah ketidakmampuan berhias/berdandan, ditandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, pada pasien wanita tidak berdandan (Herawati & Afconneri, PERAWATAN DIRI PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN HALUSINASI, 2020). Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, bau badan dan bau nafas.

Menurut data WHO tahun 2016 (Kemenkes, 2016) terdapat 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta orang terkena skizofrenia, serta 47,5 juta orang terkena demensia. Mengacu pada survei kesehatan dasar Kementerian Kesehatan tahun 2018 prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk usia 15 tahun keatas meningkat dari 6,1% di tahun 2013 menjadi 9,8% di tahun 2018. (Theresia Panni Koresy Marbun, 2021). Saat ini, pravelensi gangguan jiwa di Indonesia sekitar seperlima dari jumlah penduduk, yang berarti

sekitar 20% penduduk Indonesia mengidap gangguan jiwa (Kemenkes, 2021).

Terdapat sekitar 48.722 Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat yang mendapat Pelayanan Kesehatan di Jawa Barat, dengan nilai tertinggi 6.791 orang di Kabupaten Bogor, dan terendah 112 orang di Kota Banjar. Data untuk wilayah Kabupaten Garut sendiri terdapat 2062 Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) pada tahun 2021 (Dinas Kesehatan, 2023). Menurut data Dari Dinas Kesehatan Kabupaten Garut terdapat jumlah Orang dengan Gangguan Jiwa menjadi 3945 orang (Dinas Kesehatan Kabupaten Garut).

Tabel 1. 1 Data 5 Diagnosa Medis dengan Gangguan Jiwa di Kabupaten Garut

No.	Kode Diagnosa	Diagnosa Penyakit	Jumlah (orang)			Jumlah seluruh
			0-14 th	15-59 th	>60 th	
1.	F.22	Skizofrenia	65	1.273	130	1.468
2.	F.32-F.40	Gangguan Campuran Ansietas dan Depresi	72	724	358	1.154
3.	F.40	Gangguan Ansietas	-	494	164	658
4.	F.21	Gangguan Psikotik Akut	-	214	5	219
5.	F.30-39	Gangguan Depresi	3	152	3	155

(Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, 2023)

Berdasarkan data dari Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assanie Samarang Garut, Jumlah pasien Gangguan Jiwa yang sudah ada dari bulan Januari 2023 sampai saat ini Gangguan Afektif Bipolar 30 orang, Skizofrenia Paranoid 10 orang, Retardasi Mental 2 orang. yang menjadi subjek ini berjumlah satu orang dengan pasien gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran.

B. Tujuan Penulisan.

1. Tujuan Umum

Penulis mampu melakukan asuhan keperawatan jiwa secara langsung dan komprehensif meliputi bio-psiko-sosial dan spiritual melalui pendekatan proses keperawatan dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.

2. Tujuan Khusus

Pada tujuan khusus dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini agar penulis mampu melakukan beberapa hal antaranya :

- a. Mampu melaksanakan pengkajian dengan lengkap dan menyeluruh pada Tn.B dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran Tahun 2023.
- b. Mampu menegakan diagnosa keperawatan dengan tepat sesuai Strategi Pelaksanaan pada Tn.B dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran Tahun 2023.
- c. Mampu menyusun perencanaan asuhan keperawatan dengan tepat dan sesuai strategi pelaksanaan pada Tn.B dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran Tahun 2023.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi yang telah di rencanakan dan di sesuaikan dengan kondisi klien pada Tn.B dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran Tahun 2023.
- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan kperawatan dengan tepat selama proses asuhan keperawatan pada Tn.B dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran Tahun 2023.

C. Metode Telaah

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah penulis menggunakan metode deskriptif yaitu menggambarkan atau mennjelaskan suatu keadaan atau kondisi berdasarkan data fakta yang di peroleh melalui pendekatan proses asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan meliputi prioritas masalah, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Teknik penulisan yang di gunakan :

1. Wawancara

Selama pemeriksaan penulis mengumpulkan data dengan cara bina hubungan saling percaya atau menanyakan dan membuat tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang di hadapi oleh klien dan biasanya disebut dengan anamnesa.

2. Observasi

Penulis melakukan pengamatan secara langsung prilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien.

3. Studi dokumentasi

Penulis membaca dan mengumpulkan data dari status klien dan perawat untuk melengkapi data yang diperlukan selama proses asuhan keperawatan.

4. Hasil Kepustakaan

Penulis membaca sebagai literatur untuk mendapatkan keterangan dasar yang berbungan dengan kasus yang dialami klien yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

5. Partisipasi Aktif

Penulis melakukan asuhan keperawatan secara langsung kepada klien dengan menggunakan proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memberikan gambaran tentang penyusunan karya tulis ini penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut : Bab I merupakan pendahuluan yang terdiri dari latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, dan teknik pengumpulan data serta sistematika penulisan. Bab II merupakan tinjauan teoritis yang membahas tentang konsep dasar dan pendekatan proses asuhan secara teoritis kepada klien dengan masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

Bab III menguraikan tentang tinjaun kasus yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, serta pembahasan yang berisi tentang kesenjangan yang ditemukan dan perbandingan antara teoritis dengan kenyataan di lapangan. Bab IV menguraikan kesimpulan penulis setelah melakukan asuhan keperawatan dan rekomendasi untuk perbaikan karya tulis ilmiah.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Konsep Dasar Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan parah pikiran. Sekitar 75 % dari pasien dengan pengalaman skizofrenia halusinasi pendengaran, dan banyak dari pasien ini menanggapi jangka panjang antipsikotik, (Lee, kim, kwon 2017) dalam (Zainuddin & Hashari, 2017). Skizofrenia merupakan gangguan mental yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, emosi, persepsi, gerakan dan perilaku yang aneh (Putri, et al., Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, 2022).

Skizofrenia adalah gangguan otak kronik yang ditandai dengan delusi, halusinasi, dan katatonik atau perilaku aneh. Skizofrenia adalah gangguan mental kronis dan berat yang ditandai dengan kesulitan komunikasi, kebenaran yang terganggu, aktivitas yang tidak biasa atau melemah, gangguan fungsi kognitif dan kesulitan melakukan aktivitas sehari – hari (Pradede, 2020).

Skizofrenia merupakan gangguan mental yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, emosi, persepsi, gerakan dan perilaku aneh yang ditandai oleh kesulitan komunikasi, kebenaran

yang terganggu, aktivitas yang tidak biasa, gangguan kognitif dan kesulitan melakukan aktivitas sehari – hari.

2. Rentang Respon Skizofrenia



Sumber: Stuart, 2013

3. 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. Interaksi kompleks antar faktor inilah yang

ditengarai menjadi penyebab timbulnya penyakit skizofrenia (Sadock, 2019) dalam (Sitawati, Fhitriyah, & Karimah, 2022)

1) 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. Oleh karena itu, risiko seseorang menderita penyakit skizofrenia dipengaruhi oleh berbagai faktor.

2) 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. Faktor biologis lain yang berperan adalah neurotransmitter. Faktor biologis lain yang berperan adalah neurotransmitter. Otak manusia terdiri dari jutaan sel yang mampu terhubung, maupun berkomunikasi

antara satu dengan yang lain secara elektrik dan kimiawi. Ketika sebuah sel distimulasi, sel tersebut akan mengeluarkan neurotransmitter. Tiap sel memiliki neurotransmitter yang berbeda dan dapat berpotensi terjadinya ketidakseimbangan kadar neurotransmitter di otak yang dapat menimbulkan gejala-gejala skizofrenia. Ketidakseimbangan neurotransmitter di otak inilah yang menjadi target kerja obat antipsikotik yang diberikan pada penderita skizofrenia untuk mengendalikan gejala-gejala skizofrenia yang timbul.

3) 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. Hal ini juga dapat meningkatkan risiko seseorang rentan mengalami penyakit skizofrenia.

4) Kondisi lingkungan

Kondisi lingkungan Ada beberapa faktor lingkungan yang ditengarai dapat meningkatkan risiko seseorang rentan menderita penyakit skizofrenia, yang bisa disebut sebagai stressor psikososial. 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.

- a. Masalah perkawinan, misalnya pertengkar, perceraian, perselingkuhan, kematian salah satu pasangan, dan sebagainya.
- b. Masalah keluarga, misalnya keluarga mengkritik secara berlebihan atau menunjukkan sikap permusuhan, yang biasa disebut ekspresi emosi yang tinggi dan dapat menimbulkan ekambuhan gejala pada penderita skizofrenia jika terjadi kontak selama lebih dari 35 jam per minggu.
- c. Masalah lingkungan, misalnya masalah pekerjaan, pendidikan dan lain-lain.
- d. Masalah ekonomi.
- e. Komplikasi selama kehamilan dan persalinan.
- f. Lain-lain, misalnya dampak dari penyalahgunaan zat terlarang atau dampak trauma dari bencana alam, kebakaran, perkosaan, dan sebagainya.

4. Tanda dan Gejala Skizofrenia

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

a. Halusinasi

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

b. Waham

Keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulangulang (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

Perubahan perilaku pasien skizofrenia secara umum yaitu cenderung menarik diri dari orang lain, mudah tersinggung dan marah, terjadinya perubahan pola tidur, kurangnya motivasi, hingga terjadi kesulitan dalam menjalani aktivitas.

e. Pengurangan minat atau motivasi

Kurangnya minat dalam aktivitas yang biasanya menyenangkan serta kekurangan motivasi untuk beraktivitas.

5. 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.

6. Konsep Halusinasi

1) Definisi Halusinasi

Halusinasi merupakan manifestasi gangguan jiwa yang ditandai dengan gangguan persepsi sensori seperti merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, dan penciuman. Pasien halusinasi merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada. Stimulus berupa suara sangat sering dialami oleh pasien halusinasi dan merupakan gejala sangat umum terjadi. Gejala ini sering di sebut halusinasi pendengaran (Devita & Hendriyani, 2019). Individu yang mengalami halusinasi jika tidak dapat mengontrolnya maka akan melakukan perilaku yang dapat membahayakan dirinya, orang lain, dan juga lingkungannya (Nugroho, Santi, Soesanto, & Aisyah, 2021).

Halusinasi merupakan salah satu dari gangguan jiwa dimana seseorang tidak mampu membedakan antara kehidupan nyata dengan kehidupan palsu. Dampak yang muncul dari pasien dengan gangguan halusinasi mengalami panik, perilaku dikendalikan oleh halusinasinya, dapat bunuh diri atau membunuh orang, dan perilaku kekerasan lainnya yang dapat membahayakan dirinya maupun orang disekitarnya (Nugroho, Santi, Soesanto, & Aisyah, 2021).

Rentang Respon Halusinasi

Tabel Tabel 2 1 Rentang Respon Halusinasi

RESPON ADAPTIF —————> RESPON MALADATIF

• Pikiran logis • Persepsi akurat • Emosi konsisten dengan pengalaman • Perilaku sesuai • Berhubungan sosial	• Gangguan pikir • Sulit merespon emosi • Perilaku aneh / tidak biasa • Isolasi sosial
--	---

2) Etiologi Halusinasi

Halusinasi yang dialami oleh individu dapat disebabkan oleh faktor presipitasi dan predisposisi.

Faktor presisposisi

1) Faktor Biologis

Faktor biologi disebabkan karena faktor heredieter yaitu keadaan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, adanya riwayat ttauma kepala, adanya riwayat penggunaan NAPZA.

2) Faktos psikologis

Suatu respon psikolog terhadap stimulus eksternal maupun internal dan lingkungan. Halusinasi dapat terjadi akibat dari sebuah ekpektasi individu untuk mewujudkan sesuatu mengalami kegagalan.

3) Faktor Sosiokultural

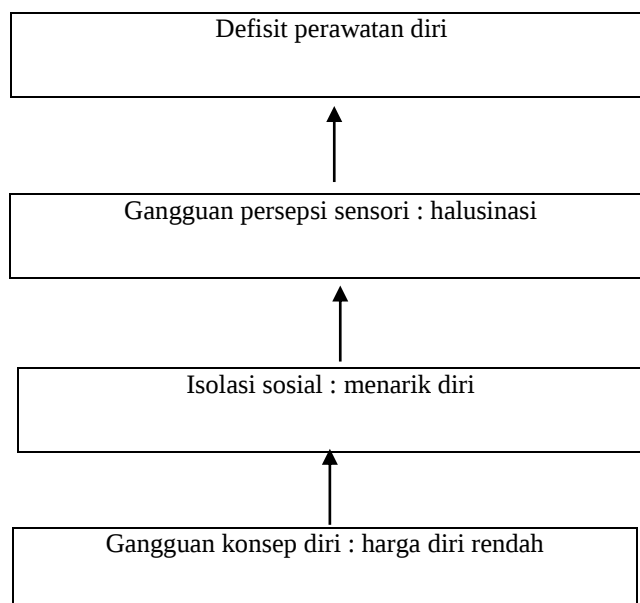
Lingkungan sosial sangat mempengaruhi perilaku individu dalam menggambarkan kemarahannya.

Faktor presipitasi

Faktor dari dalam individu meliputi kehilangan relasi atau hubungan dengan orang lain (putus cinta, perceraian, kematian), kehilangan kasih sayang, kekhawatiran terhadap penyakit fisik, dan lain – lain. Sedangkan faktor dari luar lingkungan meliputi serangan fisi, lingkungan yang tidak kondusif, kritikan, tindakan kekerasan (hasannah & solikhah, 2019) Didukung dengan berbagai penyebabnya seperti faktor biologis, faktor pola asuh orang tua, lingkungan, sosial budaya, ekonomi, stress. (Nugroho, Santi, Soesanto, & Aisyah, 2021).

3) **Pohon masalah Halusinasi**

Tabel 2 2 Pohon masalah Halusinasi



(Hulu & Pardede, 2023)

4) **Jenis – jenis halusinasi**

Jenis-jenis halusinasi terbagi menjadi 4 antaranya:

1. Halusinasi pendengaran

Halusinasi pendengaran merupakan mendengar suara atau bunyi yang sederhana seperti kebisingan, suara bercakap-cakap, sehingga klien berespon terhadap suara dan bunyi tersebut.

2. Halusinasi penglihatan

Halusinasi gangguan penglihatan yang stimulus visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambar geometris, dapat dilihat dari kontak mata kurang, senang menyendiri, dan sulit berkonsentrasi.

3. Halusinasi penghidu

halusinasi penghidu merupakan gangguan penciuman bau yang biasanya ditandai dengan membaui aroma seperti darah, urine dan feses terkadang membaui aroma segar.

4. Halusinasi Pengecapan

Merasa seperti mengecap rasa seperti darah,urin atau feses

5. Halusinasi sentuhan

Merasa disentuh, disentuh, ditiup, dibakar, atau bergerak di bawah kulit seperti ulat . (Putri, et al., 2022)

5) **Tanda dan gejala Halusinasi**

Menurut (Hulu & Pardede, 2023) Tanda dan gejala halusinasi penting diketahui oleh perawat agar dapat menempatkan masalah halusinasi antara lain :

1. Berbicara, tertawa dan tersenyum sendiri.
2. Bersikap seperti mendengarkan sesuatu.
3. Berhenti berbicara sesaat ditengah-tengah kaimat untuk mendengarkan sesuatu.
4. Disorientasi.
5. Tidak mampu atau kurang konsentrasi
6. Cepat berubah pikiran.
7. Alur Sosial kacau.
8. Respon yang tidak sesuai.
9. Menarik diri.
10. Suka marah dengan tiba- tiba dan menyerang orang lain tanpa sebab
11. Sering melamun

6) Penatalaksanaan

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang paling sering terjadi pada gangguan Skizofrenia. Dimana Skizofrenia merupakan jenis psikosis, adapun tindakan penatalaksanaan dilakukan dengan berbagai terapi yaitu dengan:

1. Psikofarmakologis Obat sangat penting dalam pengobatan skizofrenia, karena obat dapat membantu pasien skizofrenia untuk meminimalkan gejala perilaku kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah. Sehingga

pasien skizofrenia harus patuh minum obat secara teratur dan mau mengikuti perawatan

- a. Haloperidol (HLD) Obat yang dianggap sangat efektif dalam pengelolaan hiperaktivitas, gelisah, agresif, waham, dan halusinasi.
 - b. Chlorpromazine (CPZ) Obat yang digunakan untuk gangguan psikosis yang terkait skizofrenia dan gangguan perilaku yang tidak terkontrol
 - c. Trihexilpenidyl (THP)
 - d. Psikosomatik
2. Terapi kejang listrik (*Electro Compulsive Therapy*), yaitu suatu terapi fisik atau suatu pengobatan untuk menimbulkan kejang grand mal secara artifisial dengan melewatkan aliran listrik melalui elektroda yang dipasang pada satu atau dua temples pada pelipis. Jumlah tindakan yang dilakukan merupakan rangkaian yang bervariasi pada setiap pasien tergantung pada masalah pasien dan respon terapeutik sesuai hasil pengkajian selama tindakan. Pada pasien Skizofrenia biasanya diberikan 30 kali. ECT biasanya diberikan 3 kali seminggu walaupun biasanya diberikan jarang atau lebih sering. Indikasi penggunaan obat: penyakit depresi berat yang tidak berespon terhadap obat, gangguan bipolar di mana pasien sudah tidak berespon lagi terhadap obat dan pasien dengan bunuh diri akut yang sudah lama tidak mendapatkan pertolongan.

3. Psikoterapi Membantu waktu yang relatif lama, juga merupakan bagian penting dalam proses teraupetik. Upaya dalam psikoterapi ini meliputi : memberikan rasa aman dan tenang, menciptakan lingkungan teraupetik, memotivasi klien untuk dapat mengungkapkan perasaan secara verbal, bersikap ramah, sopan dan jujur terhadap klien (Putri, et al., Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, 2022, hal. 11)

7) Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul pada halusinasi

Menurut (Hulu & Pardede, 2023)

1. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
2. Gangguan pemeliharaan kesehatan : Defisit perawatan diri
3. Isolasi sosial
4. Gangguan konsep diri : harga diri rendah

8. Konsep Defisit Perawatan Diri

1) Definisi

Defisit perawatan diri adalah masalah yang sering dijumpai pada pasien dengan skizofrenia. Gangguan perawatan diri ini terjadi karena pasien mengalami gangguan kognitif sehingga mengakibatkan ketidakmampuan pasien dalam mengatur dan merawat dirinya sendiri seperti mandi, berhias, makan minum serta toileting (Emilyani, 2023). Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi seseorang yang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk

mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi. Defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah yang timbul pada pasien gangguan jiwa (wati, Hasanah, & Utami, 2023).

Kesimpulan dari pengrtian diatas alah defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah yang timbul pada pasien gangguan jiwa seperti tidak ada keinginan untuk merawat dirinya seperti mandi, berhias, makan minum serta toileting.

2) Etiologi Defisit Perawatan Diri

Faktor predisposisi (Nurhalimah, 2016).

- a. Biologis , dimana defisitperawatan diri disebabkan oleh adanya penyakit fisik dan mental yang disebabkan klien tidak mampu melakukan kperawatan diri dan dikarenakan adanya faktor herediter dimana terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
- b. Psikologis, adanya faktor perkembangan yang memegang peranan yang tidak kalah penting, hal ini dikarenakan keluarga terlalu melindungi dan memanjakan individu tersebut sehingga perkembangan inisiatif menjadi terganggu. Klien yang mengalami defisitperawatan diri dikarenakan kemampuan realitas yang kurang yang menyebabkan klien tidak peduli terhadap dir dan lingkungannya termasuk perawatan diri.
- c. Sosial, kurangnya dukungan sosial dan situasi lingkungan yang mengakibatkan penurunan kemampuan dalam merawat diri.

Faktor presipitasi Faktor presipitasi yang menyebabkan defisit perawatan diri yaitu penurunan motivasi, kerusakan kognitif/persepsi, cemas, lelah, lemah yang menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri. Menurut Rochmawati (2013), faktor-faktor yang mempengaruhi personal hygiene adalah :

- a. Body Image Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya dengan adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli dengan kebersihan dirinya.
- b. Praktik Sosial Pada anak-anak yang selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola personal hygiene.
- 3) Status Sosial Ekonomi Personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, shampoo, alat mandi semuanya yang memerlukan uang untuk menyediakannya
- c. Pengetahuan Pengetahuan personal hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Misalnya pada klien penderita DM, ia harus menjaga kebersihan kakinya.
- d. Budaya Disebagian masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan. Kebiasaan Seseorang Ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, shampoo dan lain-lain. Dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene : 1) Dampak Fisik Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik

yang sering terjadi adalah : Gangguan integritas kulit, gangguan membrane mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku.

- e. Dampak Psikososial Masalah sosial yang berhubungan dengan personal hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri dan gangguan interaksi sosial.

3) Pohon Masalah Defisit Perawatan Diri



Menurut Pardede 2015 dalam (Emilyani, 2023)

4) Tanda dan gejala Defisit Perawatan Diri

Menurut Nurhalimah (2016) dalam (Herawati & Afconeri, Perawatan Diri Pasien Skizofrenia Dengan Halusinasi, 2023) tanda dan gejala defisit perawatan diri kepada pasien halusinasi dapat ditemukan melalui observasi salah satunya adalah ketidakmampuan berhias/berdandan, ditandai dengan

rambut acak-acakkan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, pada pasien wanita tidak berdandan.

5) Penatalaksanaan

- a. Meningkatkan kesadaran dan kepercayaan diri
- b. Membimbing dan menolong klien merawat diri
- c. Ciptakan lingkungan yang mendukung

6) Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul pada Defisit Perawatan Diri

- a. Defisit perawatan diri
- b. Halusinasi
- c. Isolasi sosial
- d. Harga diri rendah
- e. Perilaku kekerasan

menurut (Emilyani, 2023)

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Konsep dasar asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis dan berkesinambungan dalam pemecahan masalah kesehatan klien, dimulai dari pengumpulan data, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal biasanya meliputi anamnesa, pemeriksaan fisik, pengkajian diagnostik

a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, tanggal pengkajian, tanggal dirawat, nomor medis.

b. Alasan masuk

Alasan klien datang ke RSJ biasanya klien sering berbicara sendiri, mendengar atau melihat sesuatu, suka berjalan tanpa tujuan, mengamuk, mengacak.

c. Faktor predisposisi

- 1) Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa dan kurang berhasil dalam pengobatan.
- 2) Pernah mengalami aniaya fisik, penolakan dan kekerasan dalam keluarga.
- 3) Klien dengan gangguan orientasi bersifat hereditier.
- 4) Pernah mengalami trauma masa lalu yang sangat mengganggu

d. Faktor presipitasi

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

e. Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda tanda vital, tinggi badan, berat badan, tekanan darah, suhu, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan.

f. Psikososial

a. Genogram

Pada genigram biasanya terlihat ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, pola komunikasi klien terganggu begitupun dengan pengambilan keputusan dan pola asuh.

b. Konsep diri

- a) Gambaran diri klien biasanya mengeluh dengan keadaan tubuhnya, ada bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.
- b) Identitas diri klien dengan halusinasi biasanya tidak puas akan dirinya merasa bahwa klien tidak berguna.
- c) Peran klien dalam keluarga atau dalam kelompok masyarakat, kemampuan dalam melaksanakan fungsi atau peranya dan bagaimana perasaan akibat perubahan tersebut.
- d) Ideal diri yaitu harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran, dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan kenyataan.
- e) Harga diri klien yaitu menerima dirinya.

8) Hubungan Sosial

Tanyakan siapa orang terdekat dikehidupan klien tempat mengadu, berbicara, minta bantuan, atau dukungan, serta tanyakan organisasi yang diikuti dalam kelompok atau masyarakat. Klien dengan halusinasi cenderung tidak mempunyai orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat. Lebih senang menyendiri dan asik dengan isi halusinasinya.

9) Spiritual

Nilai dan keyakinan biasanya klien dengan sakit jiwa dipandang tidak sesuai dengan agama dan budaya, kegiatan ibadah klien biasanya menjalankan ibadah di rumah sebelumnya, saat sakit ibadah terganggu atau sangat berlebihan.

10) Status Mental

a. Penampilan

Biasanya penampilan diri yang tidak rapi, tidak serasi atau cocok.

b. Pembicaraan

Tidak terorganisir dan bentuk yang maladaptif seperti kehilangan, tidak logis, berbelit belit.

c. Aktifitas motorik

Meningkat atau menurun, impulsif, dan beberapa yang abnormal.

d. Alam perasaan

Berupa suasana emosi yang memanjang akibat dari faktor presipitasi misalnya sedih dan putus asa disertai apatis.

e. Afek

Afek sering tumpul, datar, tidak sesuai dan ambivalen.

f. Interaksi selama wawancara

Selama berinteraksi dapat di deteksi sikap klien tampak komat kamit, tertawa sendiri, tidak terkait dengan pembicaraan.

11) Persepsi

Halusinasi apa yang terjadi dengan klien. Data yang terkait tentang halusinasi yaitu klien menyendiri, berbicara sendiri dan tertawa sendiri, nyaman dengan dunia nya sendiri, dan merasa senang dengan halusinasinya.

a. Waktu

Perawat juga perlu mengkaji waktu munculnya halusinasi yang dialami klien. Kapan halusinasi terjadi ? Apakah pagi, siang, sore, malam ? jika muncul jam berapa ?

b. Frekuensi

Frekuensi terjadinya apakah terus menerus atau hanya kadang kadang, jarang atau

c. Situasi

Situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi, situasi terjadinya apakah ketika sendiri, atau setelah terjadi kegiatan tertentu. Hal ini dilakukan untuk intervensi khusus pada waktu terjadi halusinasi,

menghindari situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi, sehingga klien tidak larut dengan halusinasinya,

d. Respon

Untuk mengetahui apa yang dilakukan klien ketika halusinasi muncul. Perawat dapat menanyakan kepada klien hal yang dirasakan atau yang dilakukan saat halusinasi itu muncul. Perawat juga dapat menanyakan kepada keluarga nya atau orang terdekat klien. Selain itu, dapat juga dengan meng observasi perilaku klien saat halusinasi timbul.

12) Proses pikir

Biasanya klien tidak mampu mengorganisir dan menyusun pembicaraan logis dan koheren, tidak berhubungan, berbelit belit.

13) Isi pikir

Selalu merasa curiga terhadap suatu hal yaitu perasaan yang aneh atau asing terhadap diri sendiri, orang lain lingkungan sekitar, berisikan keyakinan berdasarkan penilaian non realistis.

14) Tingkat kesadaran

Biasanya klien mengalami disorientasi terhadap orang, tempat dan waktu.

15) Memori

Daya ingat jangka panjang : mengingat kejadian masa lalu lebih dari satu bulan. Daya ingat jangka menengah : dapat mengingat kejadian yang

terjadi satu minggu terakhir. Daya ingat jangka pendek : dapat mengingat kejadian yang terjadi disaat ini

Tingkat konsentrasi dan berhitung : Pada klien dengan halusinasi tidak dapat berkonsentrasi dan menjelaskan kembali pembicaraan yang baru saja di bicarakan dirinya atau orang lain

Kemampuan penilaian : Klien mengalami ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, menilai, dan mengevaluasi diri sendiri dan juga tidak mampu melaksanakan keputusan yang telah disepakati. Sering tidak merasa yang dipikirkan dan diucapkan adalah salah.

Daya tilik diri : Pada klien halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang diderita : klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan atau klien menyangkal keadaan penyakitnya, klien tidak mau bercerita tentang penyakitnya.

16) Kebutuhan Persiapan Klien Pulang

Tabel 2 3Kebutuhan Persiapan Klien Pulang

No.	Kegiatan	Keterangan
1.	Makan	Pada diagnosa halusinasi pendengaran biasanya klien sibuk degan halusinasinya dan cenderung tidak memperhatikan diri termasuk tidak peduli makanan karena tidak memiliki minat dan kepedulian
2.	BAB/BAK	Pada diagnosa halusinasi pendengaran biasanya klien BAB/Bal tidak pada tempatnya.
3.	Mandi	Pada diagnosa halusinasi pendengaran biasanya klien mandi berulang ulang atau tidak mandi.
4.	Berpakaian	Pada diagnosa halusinasi pendengaran biasanya tidak rapi, tidak sesuai, tidak diganti.

5.	Istirahat dan tidur	Pada diagnosa halusinasi pendengaran biasanya aktivitas tidur klien terganggu apabila halusinasi datang
6.	Penggunaan obat	Jika klien mendapat obat, biasanya klien minum obat tidak teratur.
7.	Aktivitas dalam rumah	Pada diagnosa halusinasi pendengaran biasanya klien tidak mampu mengerjakan pekerjaan rumah apabila halusinasi datang.
6.	Aktivitas di luar rumah	Klien tidak bisa berbelanja untuk keperluan sehari – hari.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis Keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan ini bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Terdapat beberapa masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan gangguan persepsi sensori diantaranya adalah:

- a. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran (D.0085)
- b. Defisit perawatan diri (D.0109)
- c. Isolasi sosial (D.0121)
- d. Gangguan konsep diri : harga diri rendah kronis (D.0086)

3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah keputusan yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk

bagaimana, kapan, dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

Rencana tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa persepsi sensori halusinasi melalui Strategi Pelaksanaan (SP)

SP 1 : Bantu klien mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara pertama yaitu menghardik halusinasi.

SP 2 : Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ke dua yaitu bercakap cakap dengan orang lain.

SP 3 : Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan aktivitas terjadwal.

SP 4 : Melatih pasien menggunakan obat secara teratur. Mengonsumsi obat secara teratur sesuai jadwal dan dosis yang di berikan

Perencanaan

Tabel 2 4 Perencanaan

1) Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran		
Tujuan	Intervensi	Rasional
4	5	6
Setelah dilakukan intervensi selama 7x pertemuan diharapkan klien dapat : 1. Mengenal halusinasi. 2. Klien menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara yang pertama yaitu menghardik halusinasi. 3. Mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu bercakap cakap dengan orang lain. 4. Mengontrol halusinasi dengan cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal. 5. Mengonsumsi obat secara teratur.	SP 1. Bantu klien mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara pertama yaitu menghardik halusinasi. SP 2 Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ke dua yaitu bercakap cakap dengan orang lain. a. Menyarankan untuk bercakap cakap dengan orang lain untuk mengalihkan halusinasi. b. Bantu klien dalam mengungkapkan perasaan. c. Berikan respon positif.	1. Klien mengetahui/ mengenal halusinasi. 2. klien mengetahui cara mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi.

**Gangguan Persepsi Sensasi :
Halusinasi Pendengaran**

Tujuan	Intervensi	Rasional
4	5	6
	SP 3 Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan aktivitas terjadwal. a. Diskusikan dengan klien beberapa aktifitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan.	3. membantu mengembangkan kemampuan yang dimiliki klien dan membantu untuk mengalihkan dari halusinasi.
	SP 4 Melatih pasien menggunakan obat secara teratur. Mengonsumsi obat secara teratur sesuai jadwal dan dosis yang diberikan	4. mengontrol halusinasi dengan bantuan obat.

2) Defisit Perawatan Diri

Defisit Perawatan Diri		
Tujuan	Intervensi	Rasional
4	5	6
Setelah dilakukan intervensi selama 7x pertemuan diharapkan klien dapat :	SP 1	
6. Mengenal halusinasi.		
7. Klien menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara yang pertama yaitu menghadik halusinasi.	1.Bina hubungan saling percaya (ucapkan salam,berkenalan,mengungkapkan perasaan dan keluhan saat ini,kontrak waktu).	1.Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya.
8. Mengontrol halusinasi denngan cara kedua yaitu bercakap cakap dengan orang lain.	2.Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian.	2.Mengeksplorasi kemampuan positif yang dimiliki pasien
9. Mengontrol halusinasi dengan cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal.		
10. Mengonsumsi obat secara teratur.	a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien.	a. Membantu pasien menghargai kemampuan.
	b. Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan	b.membantu pasien menghargai kemampuan yang dimiliki.

Defisit Perawatan Diri		
Tujuan	Intervensi	Rasional
4	5	6
	SP 2	
	1. Melatih pasien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien.	1.Memantau perkembangan pasien dalam melakukan kegiatannya.

3). Isolasi sosial

Isolasi Sosial		
Tujuan 4	Intervensi 5	Rasional 6
Setelah dilakukan intervensi selama 7x pertemuan diharapkan pasien mampu: 1. Membina hubungan saling percaya 2. Menyadari penyebab isolasi sosial 3. Berinteraksi dengan orang lain	SP 1 Pasien: 1. Membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenal penyebab isolasi sosial, membantu pasien mengenal keuntungan berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, dan mengajarkan pasien berkenalan . SP 2 Pasien : 2. Mengajarkan pasien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang pertama - seorang perawat) SP 3 3. Melatih Pasien Berinteraksi Secara Bertahap(berkenalan dengan orang kedua-seorang pasien)	1. membantu pasien untuk percaya diri sehingga pasien mampu untuk bersosialisa kepada orang lain. 2. membantu melatih pasien cara berkenalan dengan perawat agar tidak canggung untuk berkenalan dengan orang lain. 3. setelah pasien percaya diri dan tidak canggung atau malu latihan berkenalan dengan perawat, perawat membantu pasien untuk berinteraksi dengan seorang pasien.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan salah satu tahap pelaksanaan dalam proses keperawatan. Dalam implementasi terdapat susunan dan tatanan pelaksanaan yang akan mengatur kegiatan pelaksanaan sesuai dengan diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan yang sudah ditetapkan. Implementasi keperawatan ini juga mengacu pada kemampuan perawat baik secara praktik maupun intelektual (Lingga, 2019).

Pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing-masing masalah utama. Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan klien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta klien yang diharapkan, dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan serta respon klien (Gasril, 2021).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah langkah terakhir pada proses keperawatan, evaluasi keperawatan ini dilakukan untuk menandai apakah rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien sudah tercapai atau sudah sesuai dengan perencanaan atau tidak.

Evaluasi ada beberapa jenis, antara lain :

b. Evaluasi Proses (Evaluasi Formatif)

Pada evaluasi proses (Formatif) ini perawat memfokuskan pada aktivitas apa saja yang telah dilakukan dalam proses keperawatan serta bagaimana hasil akhir dari aktivitas yang telah dilakukan dan bagaimana kualitas pelayanan tindakan keperawatan. Metode yang dilakukan pada evaluasi ini adalah pengumpulan data analisis rencana asuhan keperawatan, obeservasi terhadap klien, pertemuan kelompok, adanya wawancara serta pengisian form evaluasi .

c. Evaluasi Hasil (Evaluasi Sumatif)

Pada evaluasi sumatif ini, perawat memfokuskan pada hasil akhir tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada klien. Perawat dapat melihat apakah ada perubahan status kesehatan atau perubahan status di akhir tindakan (wanda, 2020)

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Inisial	: Tn. B
Umur	: 32 th
Jenis Kelamin	: Laki – Laki
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Tidak Bekerja
Tanggal Pengkajian	: 03 - 04 – 2023
Diagnosa Medis	: Skizofrenia
No. RM	: 334456
Alamat	: Bandung

b. Identitas Penanggung Jawab

Inisial	: Tn. M
Pekerjaan	: Kontraktor
Alamat	: Bandung
Hubungan dengan klien	: Ayah

c. Riwayat Kesehatan

1) Alasan Masuk

Klien dibawa keluarga ke yayasan Nur Ilahi Asani karena sering menyendiri dan berbicara sendiri. Keadaan semakin parah ketika Ibu klien meninggal.

2) Riwayat Keluhan Sekarang

Klien terlihat menyendiri dan berbicara sendiri asik dengan dunianya dan tatapan kosong. Pada saat dikaji tanggal 03 April 2023. Klien mengatakan selain berbicara dengan perawat klien juga berbicara dengan ibunya yang sudah meninggal, mantan pasangannya dan teman teman kuliahnya. Klien mengatakan dia tidak berhalusinasi tetapi sedang mengobrol dan membuat klien bahagia. Pada saat perawat memberi tahu bahwa itu halusinasi dan tidak nyata klien membenarkannya dan menjawab “saya menyukai halusinasi itu karena mereka tidak mengganggu dan membahayakan saya mereka membuat saya bahagia”.

3). . Faktor Predisposisi

Klien mengatakan belum pernah mengalami hal seperti ini sebelumnya, klien mengalami gangguan jiwa sejak 5 tahun lalu. Awal mulainya gangguan jiwa klien mengatakan lelah dengan kehidupan perkuliahanya. Beban skripsi yang belum beres ditambah banyak kegiatan yang harus dilakukan di dalam

organisasi. Klien merasa sedih dikecewakan dan dikhianati oleh pasangannya. Semenjak ditinggal pergi oleh pasangan dan ibunya klien merasa terpuruk dan sering berhalusinasi bahwa pasangan dan ibunya selalu bersama klien.

d. Pemeriksaan Fisik

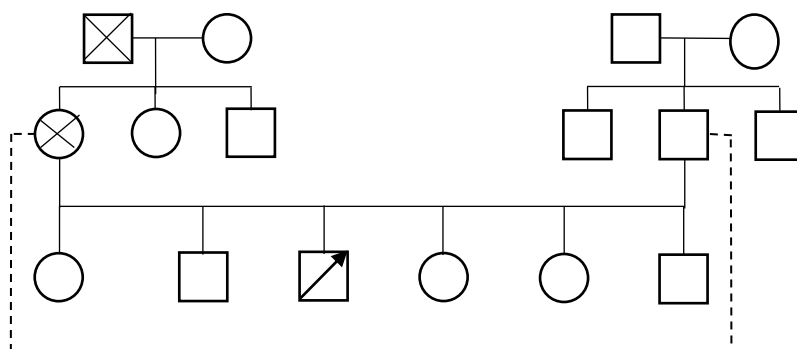
1) Tanda tanda Vital

- Tekanan darah : 110 / 70 mmHg
- Suhu : 36°C
- Respirasi : 16 x / menit
- Tinggi badan : 165 cm
- Berat badan : 57 kg

2) Keluhan fisik : Tidak ada keluhan

e. Psikososial

1) Genogram



Keterangan :

○ : Perempuan

□ : Laki laki

✕ : Meninggal

⋮ : Tinggal serumah

↗ : Pasien

2) Konsep Diri

a) Citra Tubuh

Pada saat dikaji klien menyukai seluruh bagian tubuhnya.

b) Identitas Diri

Klien mengatakan anak ke 4 dari 3 dari 6 bersaudara, klien mengatakan belum menikah.

c) Peran Diri

Klien mengatakan saat ini dirinya tidak bekerja, sebelumnya klien bekerja dan kuliah.

d) Ideal diri

Klien mengatakan ingin segera pulang dan ingin menambah berat badan

e) Harga diri

Klien mengatakan tidak terlalu suka dengan teman yang ada di yayasan. Klien tidak merasa malu dengan keadaanya saat ini.

3) Hubungan Sosial

a) Orang yang berarti

klien mengatakan kedua orang tuanya adalah orang yang Paling berarti buat hidupnya. Namun ibunya sudah meninggal 5 tahun lalu. Sedangkan di yayasan klien merasa bosan dan ingin segera pulang.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

klien mengatakan aktif dalam kegiatan di masyarakat ataupun kegiatan di kampus dan aktif dalam berorganisasi.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

klien mengatakan tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain kecuali dalam hubungan percintaan.

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan bahwa klien dan keluarganya beragama islam, semua yang telah di terima kesenangan dan cobaan berasal dari tuhan. Klien yakin dirinya akan diberikan kesembuhan dan segera pulang ke rumah.

b) Kegiatan ibadah

Klien mengatakan jarang beribadah baik di rumah maupun di yayasan.

f. Status Mental

1) Penampilan

Klien menggunakan pakaian sesuai, klien tampak rapi rambut pendek dan bersih, gigi kuning, kuku hitam tangan kotor.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

2) Pembicaraan

Klien bisa diajak berkomunikasi dengan kooperatif, nada suara rendah bicara klien santai tidak lambat atau cepat, klien sering berbicara sendiri di sela sela obrolan.

3) Aktivitas motorik

Klien melakukan aktivitasnya sendiri seperti memakai baju, mandi, makan. Klien melakukan kegiatan yang berulang ulang seperti bercakap cakap sendiri.

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

4) Alam perasaan

Pada saat di kaji klien mengatakan senang dan bahagia bisa mengenal teman mahasiswa.

5) Afek

Apa yang diekspresikan sesuai dengan yang di rasakan, afek tumpul hanya berekspresi bila ada stimulus emosi yang kuat.

6) Interaksi selama wawancara

Klien aktif dan kooperatif, klien merasa senang ketika di ajak mengobrol.

7) Persepsi

Klien memiliki riwayat halusinasi sejak 5 tahun lalu dengan jenis halusinasi dengar/suara. Klien mendengar suara yang mengajak

bercakap cakap dengan frekuensi yang sering terjadi pagi, siang, sore, malam.

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Senosori Halusinasi Pendengaran.

8) Proses pikir

Klien sering teralihkan dengan halusinasiya sendiri. Pembicaraan klien terhenti tiba tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali.

9) Isi pikir

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

10) Tingkat kesadaran

Klien memiliki tingkat kesadran cukup baik, dapat beroroentasi pada tempat (klien dapat menyebutkan sekarang berada di yayasan), waktu (klien dapat menyebutkan hari ini), orientasi orang (klien dapat menyebutkan dengan benar nama perawat pada saat melakukan pengkajian).

11) Memori

- a) Jangka Panjang : klien dapat mengingat kejadian masa lalunya pada saat klien masih kuliah dan bekerja.
- b) Jangka Pendek : klien dapat mengingat kegiatan yang telah dilakukan pagi hari yaitu mandi, sarapan, dan minum obat.

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien mampu berhitung secara sederhana dan dapat menjawab pertanyaan perawat tanpa di ulang meskipun klien sering teralihkan oleh halusinasi.

13) Kemampuan penilaian

Pengambilan keputusan menggunakan bantuan dari orang lain.

14) Daya tilik diri

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

g. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Klien makan 2x /hari pada saat sahur dan buka, makan sendiri sesuai menu yang tersedia, klien makan dengan tenang dan tertib.

2) BAB/BAK

Klien bab 1x/hari dan bak $\pm$ 3x/hari , dilakukan di kamar mandi dan secara mandiri.

3) Mandi

Klien mampu mandi sendiri, 2 x/ hari, mampu menjaga kebersihan rambut, gigi klien kuning , nafas bau, dan kuku panjang kotor.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri.

4) Berpakaian / Berhias

Klien mampu mengganti pakaian secara mandiri, ganti pakaian 1 kali dalam 3 hari sesuai ketentuan yayasan.

5) Istirahat dan Tidur

Klien tidur malam 7-8 jam/hari klien mengatakan tidur nyenyak.

Klien mengatakan jarang tidur siang.

6) Penggunaan Obat

Menurut penuturan klien minum obat 3x/hari dengan mandiri dan obat yang sudah disiapkan perawat. Klien mengetahui nama obat yang harus diminum.

a) Jenis obat : - Haloperidol

Heximer

Stelosi

Clozapine

b) Cara pemberian : Oral

7) Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan jika sembuh nanti, ia akan menjaga kesehatanya dan rutin melakukan pemeriksaan.

8) Aktivitas di Dalam Rumah

Klien mengatakan jika sembuh nanti, klien kan melakukan aktivitaas sehari hari seperti beres- beres rumah, mencuci pakaian sendiri dan bekerja.

9) Aktivitas di Luar Rumah

Klien mengatakan jika sembuh nanti, klien akan mencari pekerjaan dan menghasilkan uang lalu menikah.

h. Mekanisme Koping

Mekanisme koping klien saat ini adaptif, klien mampu menceritakan masalah, keluhan atau keinginannya kepada perawat.

i. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Klien mengatakan kecewa paada mantan pasanganya. Selain itu klien merasa sedih ketika ibunya meninggal.

j. Aspek Medik

1) diagnosa Medis : Skizofrenia

2) therapy :

Tabel 3 1

No.	Nama Obat	Waktu	Dosis	Keterangan
1.	Haloperidol	P. S. M	5 gr, 3 x 1 tablet/ Pemberian	Obat ini membantu menjernihkan pikiran dan mengurangi halusinasi, rasa gelisah, agresi, pikiran negatif, atau keinginan untuk melukai diri sendiri.
2.	Heximer	P. S. M	2 ml, 3 x 1 tablet/ Pemberian	Obat penyeimbang, anti depresi bagi penderita skizofrenia
3.	Stelosi	P. S. M	25 mg 3 x 1 tablet/ Pemberian	Obat anti halusinasi bagi penderita skizofrenia
4.	Clozapine	M	100 ml, 3 x 1 tablet/ Pemberian	Obat tidur dan penurun tekanan darah bagi pasien skizofrenia

k. Daftar Masalah Keperawatan

1) Gangguan persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran

2) Defisit perawatan Diri

2. Analisa Data

Tabel 3.2
Analisa Data

No.	Data	Masalah Keperawatan
1	2	3
1.	DS : - Klien mengatakan sedang bercakap cakap dengan ibu dan mantan pasanganya. - Klien mengatakan senang dan menikmati halusinasi. DO : - Klien sering bercakap cakap sendiri. - Klien asik dengan dunia nya sendiri. - Ekspresi wajah yang bahagia.	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran
2.	DS: - Klien mengatakan ganti baju 1 kali dalam 3 hari - Klien mengatakan malas menggunakan sandal. - Klien mengatakan tidak masalah kuku panjang dan kotor. DO : Klien terlihat jarang memakai sandal, gigi kuning, nafas bau, kuku panjang dan hitam.	Defisit Perawatan Diri

3. Diagnosa Keperawatan

1) Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

DS :

- Klien mengatakan sedang bercakap cakap dengan ibu dan mantan pasanganya.
- Klien mengatakan senang dan menikmati halusinasi.

DO :

- Klien sering bercakap cakap sendiri.
- Klien asik dengan dunia nya sendiri.
- Ekspresi wajah yang bahagia.

2) Defisit Perawatan Diri

DS :

- Klien mengatakan ganti baju 1 kali dalam 3 hari
- Klien mengatakan malas menggunakan sandal.
- Klien mengatakan tidak masalah kuku panjang dan kotor.

DO :

Klien terlihat jarang memakai sandal, gigi kuning, nafas bau, kuku panjang dan hitam.

4. Perencanaan

Nama	: Tn. B	Yayasan	: Nur Ilahi Assani Samarang Garut
Umur	: 32 Tahun	No. Rm	: 224456
Jenis Kelamin	: Laki – Laki	Dx.	: Skizofrenia

Tabel 3.3
Proses Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5	6
1	Gangguan persepsi sensori	Klien mampu : 1. Mengenali halusinasi yang dialaminya. 2. Mengontrol halusinasi. 3. Mengobati program pengobatan secara optimal . 4. mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu bercakap cakap 5. Mengontrol halusinasi dengan melaksanakan aktivitas terjadwal 6. Megonsumsi obat secara teratur	Setelah dilakukan intervensi selama 7x pertemuan diharapkan klien dapat : 1. Mengenal halusinasi. 2. Klien menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara yang pertama yaitu menghadik halusinasi. 3. Mengontrol halusinasi denngan cara kedua yaitu bercakap cakap dengan orang lain. 4. Mengontrol	SP 1. Bantu klien mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara pertama yaitu menghardik halusinasi. SP 2 Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ke dua yaitu bercakap cakap dengan orang lain. d. Menyarankan untuk bercakap cakap dengan orang lain untuk mengalihkan halusinasi. e. Bantu klien dalam	1. Klien mengetahui/ mengenal halusinasi. 2. klien mengetahui cara mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi.

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5	6
			halusinasi dengan cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal. 5. Mengonsumsi obat secara teratur.	mengungkapkan perasaan. f. Berikan respon positif. SP 3 Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan aktivitas terjadwal. b. Diskusikan dengan klien beberapa aktifitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan. SP 4 Melatih pasien menggunakan obat secara teratur. Mengonsumsi obat secara teratur sesuai jadwal dan dosis yang di berikan	3. membantu mengembangkan kemampuan yang dimiliki klien dan membantu untuk mengalihkan dari halusinasi. 4. mengontrol halusinasi dengan bantuan obat.
2.	Defisit	Klien mampu :	Setelah dilakukan tindakan	SP 1.	

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5	6
	Perawatan Diri	1. melakukan kebersihan diri secara mandiri. 2. Melakukan berhias/ berdandan secara mandiri. 3. Melakukan makan dan minum dengan baik. 4. Melakukan BAB/BAK secara mandiri.	intervensi selama 4x pertemuan klien mampu : 1. Melakukan kebersihan diri, cara melakukan kebersihan diri, mempraktikan kebersihan diri. 2. Melaksanakan berpakaian, menyisir rambut, bercukur. 3. Melaksanakan makan dan minum secara mandiri. 4. Melakukan BAB/BAK secara mandiri	Mendiskusikan pentingnya kebersihan diri, cara cara merawat diri dan melatih pasien tentang cara cara perawatan kebersihan diri. a. Menjelaskan pentingnya kebersihan diri dan merawat diri. b. Menjelaskan cara melakukan kebersihan diri. c. Mempraktikan cara menjaga kebersihan diri. SP 2. Percakapan saat melatih pasien laki laki berdandan. a. Latih klien bagaimana cara berpakaian, menyisir rambut, bercukur, dan memotong kuku	a. Klien mampu mengetahui pentingnya menjaga kebersihan diri. b. Klien mampu mengetahui cara melakukan kebersihan diri. c. Klien mampu mempraktikan cara menjaga kebersihan diri. a. klien mengetahui cara untuk berpakaian, menyisir rambut bercukur, dan memotong kuku.

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5	6
				SP 3. latih klien makan dan minum secara mandiri. a. Latih kliem jika kesulitan saat makan. b. Latih klien untuk membersihkan alat makan setelah selesa digunakan.	a. klien mampu untuk makan dan minum secara mandiri. b. Klien mampu untuk merapikan alat makan setelah selesai di gunakan.
				SP 4. Mengajarkan klien BAB/BAK secara mandiri. a. Jelaskan cara membilas BAB/BAK. b. jelaskan cara memcuci tangan sebelum dan sesudah BAB/BAK.	a. klien untuk tetap bersih dan wangi setelah BAB/BAK. b. Agar klien tetap bersih.

5. Implementasi dan Evaluasi

Nama : Tn. B

Umur : 32 Tahun

Yayasan : Nur Ilhai Assanie Garut

No. Rm. : 334456

Tabel 3.4
Implementasi dan Evaluasi

No.	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4	5
1.	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran.	Senin, 03-03-2023 Pukul 10.00 SP 1. 1. Membantu pasien mengenal halusinasi 2. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi. Terapi : - Mendiskusikan tentang apa itu halusinasi. - Melatih cara menghardik halusinasi RTL : - Mengevaluasi cara menghardik halusinasi. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain.	Senin, 03-03-2023 Pukul 11. 00. S : SP 1 1. Klien mampu mengenal halusinasi dengan menceritakan jenis, waktu dan frekuensi halusinasi. 2. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara mengahrdik halusinasi klien mengatakan senang dan bahagia ketika bercakap cakap sendiri. O : 1. klien mampu mengetahui jenis, frekuensi, dan waktu halusinasi 2. Klien mampu	Windi Mega Aprilianti

			mempraktikan mengontrol cara menghardik halusinasi.	
			A : SP 1 teratasi Klien mampu mengenal halusinasi dan menghardik halusinasi.	
			P : Latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara yang kedua yaitu bercakap cakap dengan orang lain.	
2	Defisit Perawatan diri	Senin, 03-04-2023 Pukul 10.00 Sp 1	Senin, 03-04-2023 Pukul 13.00 S : SP 1 1.Klien mengatakan mampu mengetahui pentingnya kebersihan diri. 2.klien mampu menjelaskan cara melakukan kebersihan diri. Dengan hasil : klien mampu menjelaskan bagaimana cara melakukan kebersihan diri yaitu dengan mencuci tangan, mandi dsb. 3. Melatih klien mempraktikan cara melakukan kebersihan diri. Dengan hasil :	Windi Mega Aprilianti
			3. klien mampu mempraktikan bagaimana cara mencuci tangan,	

Klien mampu gosok gigi, mandi.
menjelaskan Bab/bak.
bagaimana cara
mencuci tangan,
gosok gigi, mandi.
Bab/bak

SP 2

Mendiskusikan bersama SP 2
klien berdandan/berhias.

1. Melatih klien berpakaian.
Dengan hasil : 1. klien mengatakan klien mampu berpakaian dengan mandiri
2. Melatih klien menyisir rambut.
Dengan hasil : 2. klien mengatakan jika klien tidak menyisir rambutnya tumbuh mampu untuk menyisir secara mandiri.
3. Melatih klien bercukur.
Dengan hasil : 3. klien mengatakan klien mampu bercukur kumis dan jenggot sendiri

Terapi :

1. Membantu mengidentifikasi cara perawatan kebersihan diri. Klien mampu untuk menggunting kuku tetapi klien mengatakan malas untuk menggunting kuku dan memakai sandal.
2. Mempraktika dan mendiskusikan mengenai berpakaian, bercukur.

RTL :

1. Mengevaluasi SP 1 dan SP 2
2. Lanjut SP 3 : Mendiskusikan cara makan secara mandiri.

O :

1. klien mampu untuk berpakaian secara mandiri
2. klien

		3. Melatih makan mandiri.	klien secara	mampu untuk mencukur jenggot dan kumis secara mandiri.	
				3. Klien malas untuk menggunting kuku dan menggunakan sandal	
				A : Defisit perawatan diri. SP 1 teratasi : Klien mengetahui pentingnya kebersihan diri, melakukan perawatan diri, melakukan kebersihan diri secara mandiri. SP 2 teratasi sebagian. Klien malas untuk menggunting kuku dan memakai sandal	
				P : Melatih klien untuk menggunting kuku dan memakai sandal	
1	Gangguan persepsi sensori : hakusinasi	Selasa, 04 – 04 -2023 Pukul 10.00 SP 2	1. Latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ke dua yaitu bercakap cakap	Selasa, 04 – 04 - 2023 Pukul 11.00 S : SP 2 Klien merasa senang bisa bercakap cakap	Windi Mega Aprilianti

		dengan orang lain. Dengan hasil : Klien merespon ketika diajak bercakap cakap oleh perawat dan mahasiswa.	dengan perawat dan mahasiswa. SP 3 Klien merasa senang dan antusias mengikuti aktivitas terjadwal yaitu bermain games dan karoke.
	SP 3	1. Latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal. Dengan hasil : Klien senang dan antusias mengikuti games dan karoke.	O : 1. Klien mampu bercakap cakap dengan baik Klien kooperatif dan antusias. 2. Klien antusias untuk merencanakan dan melaksanakan aktivitas terjadwal seperti menulis, karoke, dan bercerita dengan banyak orang.
	RTL :	Mengevaluasi kemampuan mengontrol halusinasi dengan cara ke 2 dan ke 3.	A : Halusinasi Pendengaran SP 2 dan SP 3 teratasi sebagian. P : Latihan bercakap cakap dengan banyak orang.
2	Defisit perawatan diri	Selasa, 04 – 04 -2023 SP 2 1. Mendiskusikan dengan klien untuk memotong kuku Dengan hasil : Klien mampu untuk menggunting kuku secara mandiri setelah di berikan	Selasa, 04 – 04 - 2023 Pukul 13.00 S : 1. Klien mengatakan nyaman dan bersih setelah menggunting kuku. 2. Klien
			Windi Mega Aprilianti

	penjelasan kuku hitam tidak baik untuk kesehatan. RTL : 3. Mengevaluasi SP 2 4. Lanjut SP 3 Melatih klien makan secara mandiri.	mengatakan sudah mandi pagi 3. Klien mengatakan belum gosok gigi O : Klien mampu menggunting kuku secara mandiri. A : Defisit perawatan diri. SP 2 teratasi. P : Pertahankan SP 2 Lanjut intervensi SP 3 Melatih klien makan secara mandiri
Gangguan persepsi sensorial : Halusinasi Pendengaran	Rabu 05 – 04 – 2023 Pukul 10.00 mengevaluasi SP 2 dan SP 3 Sp2 : Latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ke dua yaitu bercakap cakap dengan orang lain. Dengan hasil : Klien merespon ketika diajak bercakap cakap oleh perawat dan mahasiswa. SP 3 : Latih pasien mengontrol	Rabu 05 – 04 – 2023 Pukul 11.00 S : Mengevaluasi SP2 dan SP3 SP 2 Klien merasa senang bisa bercakap cakap dengan perawat dan mahasiswa. SP 3

		halusinasi dengan cara ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal. Dengan hasil : Klien semakin senang, menikmati dan antusias mengikuti games, karoeko dengan banyak orang. RTL : 1. Melatih pasien menggunakan obat secara teratur. 2. Mengonsumsi obat secara teratur sesuai jadwal dan dosis yang diberikan.	Klien merasa senang, menikmati dan antusias mengikuti aktivitas terjadwal yaitu bermain games karoeko, dan bercerita dengan banyak orang. O : 1. Klien mampu bercakap cakap dengan baik Klien kooperatif dan antusias. 2. Klien antusias untuk merencanakan dan melaksanakan aktivitas terjadwal seperti menulis, karoeko, dan bercerita dengan banyak orang. A : Halusinasi Pendengaran SP 2 dan SP 3 teratasi Lanjutkan intervensi SP 4 P : 1. Melatih pasien menggunakan obat secara teratur. Mengonsumsi obat secara teratur sesuai jadwal dan dosis yang diberikan.
2.	Defisit perawatan	Rabu, 05 – 04 -2023 Pukul 10.00	Rabu, 05 – 04 - 2023

diri	Mengevaluasi SP 2 SP 2 Mendiskusikan dengan klien untuk menggunting kuku Dengan hasil : Klien mampu untuk memotong kuku secara mandiri. SP 3 Melatih klien makan dan minum secara mandiri dengan hasil : Klien mengatakan sudah makan waktu sahur. RTL : Mengevaluasi SP 3 Lanjutkan intervensi SP 4	Pukul 13.00 S : Mengevaluasi SP 2 Klien mengatakan sudah menggunting kuku. SP 3 Klien mengatakan mampu untuk makan dan minum secara mandiri. O : 1. Klien mampu menggunting kuku secara mandiri 2. klien mampu untuk makan dan minum secara mandiri. A : Defisit perawatan diri. SP 3 teratasi. P : Pertahankan SP 2 Lanjut intervensi SP 3 Melatih klien makan secara mandiri
------	---	--

6. Catatan Perkembangan

Nama : Tn. B

Umur : 32 Tahun

Klinik : Nur Ilhai Assanie Garut

No. Rm. : 334456

a. Catatan perkembangan hari ke – 1

Tabel 3.5

No	Tanggal / hari	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
1	Kamis 06 – 04 – 2023 Pukul 13.00	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran	S : 1. Klien mengatakan senang melakukan aktivitas terjadwal. 2. Klien mengatakan senang menulis. 3. Klien mengatakan sangat antusias untuk mengikuti rencana terjadwal yang di buat. O : Klien mengikuti kegiatan bermain game, karoeke, menulis dan bercerita. A : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran. P : 1. Latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara keempat menggunakan obat secara teratur. 2. Latih pasien mengonsumsi obat secara teratur sesuai jadwal dan dosis yang diberikan I : Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ke 4 1. Melatih pasien menggunakan obat secara teratur. 2. Melatih pasien mengonsumsi obat secara teratur sesuai	Windi Mega Aprilianti

No	Tanggal / hari	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
			jadwal dan dosis yang diberikan	
			E : Mengevaluasi Sp 3 Lanjutkan Sp 4	
			R : 1. Lanjutkan intervensi SP 4	
2	Kamis 06- 04 – 2023 Pukul 13. 00	Defisit perawatan diri	Kamis, 06 – 04 -2023 Pukul 13.00 S : 1. Klien mengatakan mampu untuk makan dan minum secara mandiri. 2. Klien mengatakan sudah makan sahur. 3. Klien mengatakan mampu merapikan alat makan sesudah di gunakan.	Windi Mega Aprilianti
			O : 1. klien mampu untuk makan dan minum secara mandiri. 2. Klien mampi merapihkan alat makan yang sudah digunakan.	
			A : Defisit perawatan diri. SP 4 teratasi.	
			P : Mengevaluasi SP 4 Lanjut intervensi SP 5 Melatih klien melakukan BAB/BAK secara mandiri	
2	Kamis 06-04- 2023 Pukul 13.00	Defisit perawatan diri	S : Klien mengatakan makan 2 x dalam sehari dan sudah disiapkan. O : 1. Klien makan menggunakan	Windi Mega Aprilianti

No	Tanggal / hari	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
			sendok. 2. Klien membereskan alat makan.	
			A : Defisit perawatan diri (sp 3 dan sp 4).	
			P : 1. Evaluasi sp 1 dan 2. 2. Pertahankan kemampuan klien.	
			I : 1. Mengevaluasi SP 1 – SP 4 2. SP 3 dan SP 4 teratasi	
			R : Pertahankan intervensi.	

b. Catatan Perkembangan hari ke – 2

Tabel 3.6

No	Tanggal / hari	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
1	Jumat 07 – 04 – 2023 Pukul 13.00	Gangguan persepsi : Halusinasi Pendengaran	S : 1. Klien mengatakan sudah minum obat dengan terpaksa,dan kadang membuang obatnya. 2. Klien mengeluh tentang obat yang menurutnya malah memperburuk keadaan.	Windi Mega Aprilianti
			O : Klien minum obat jika dipaksa, dan dilihat langsung oleh perawat	
			A : Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran (sp 4)	

No	Tanggal / hari	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
			P : Evaluasi sp 4 Pertahankan intervensi yang telah dilakukan. Berikan edukasi pentingnya minum obat bagi kesehatan. E : Sp 4 belum teratasi R : 1. Pertahankan sp 4 2. Jelaskan konsekuensi tidak minum obat. 3. Jelaskan manfaat tidak minum obat.	
2.	Jumat , 07 – 04 -2023 Pukul 13.00	Defisit perawatan diri	S : Mengevaluasi SP 4 1. Klien mengatakan mampu untuk makan dan minum secara mandiri. 2. Klien mengatakan sudah makan sahur. 3. Klien mengatakan mampu merapikan alat makan sesudah di gunakan. SP 5 1. Klien mengatakan sudah BAB setelah sahur 2. Klien mengatakan membilas dengan bersih toilet yang digunakan 3. Klien mengatakan mencuci tangan setelah BAB O : klien mampu untuk makan minum secara tertib mandiri, dan menyimpan kembali tempat makan dengan sesuai. A : Defisit perawatan diri. SP 4 teratasi. SP 5 teratasi sebagian	

No	Tanggal / hari	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5

P :
 Mengevaluasi SP 5
 Melatih klien melakukan BAB/BAK
 secara mandiri

c. Catatan Perkembangan hari ke – 3

Tabel 3.7

No	Tanggal / hari	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5

1	Sabtu 08 – 04 – 2023 Pukul 13.00	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran	S : Mengevaluasi SP 4 1. Klien mengatakan akan meminum obat secara teratur. 2. Klien mengatakan sudah minum obat waktu sahur. 3. Klien mengatakan akan rajin minum obat supaya cepat pulang. O : Klien minum obat dengan mandiri disertai pengawasan perawat A : Gangguan persepsi sensoris : halusinasi pendengaran (sp 4) P : Evaluasi sp 4 Pertahankan intervensi yang telah dilakukan. E : Sp 4 teratasi R : 1. Pertahankan sp 4 2. Evaluasi SP 4	Windi Mega Aprilianti
---	--	--	---	-----------------------------

No	Tanggal / hari	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
2	Sabtu , 08 – 04 -2023 Pukul 13.00	Defisit perawatan diri	Sabtu , 08 – 04 -2023 Pukul 13.00 S : SP 5 1. Klien mengatkan belum BAB hari pagi ini. O : SP 5 1. Klien mampu BAB/BAK secara mandiri 2. Klien mampu membilas toilet yang sudah di gunakan. 3. Klien mampu mencuci tangan setelah BAB/BAK A : Defisit perawatan diri. P : Mengevaluasi SP 5 Melatih klien melakukan BAB/BAK secara mandiri E: SP 5 teratasi Pertahankan Intervensi.	

B. Pembahasan.

Dalam melaksanakan proses keperawatan pada klien Tn.B dengan kasus Skizofrenia di Yayasan Nur Ilahi Assanie Samarang Geut selama 4 hari, yaitu tanggal 03 April 2023 s/d 07 April 2023 penulis berusaha menerapkan langkah – langkah dari mulai pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi sesuai dengan teoritis dan memperhatikan kebutuhan klien pada Tn.B dimana hasil yang di peroleh adalah :

1. Pengkajian

- a. Tahap ini merupakan tahap awal dari proses keperawatan dimana penulis melakukan suatu pendekatan terlebih dahulu kepada klien yang disebut sebagai BHSP (Bina Hubungan saling Percaya) untuk memperoleh data yang bersifat subjektif maupun objektif. Data subjektif di dapatkan dari hasil wawancara kepada klien sedangkan data objektif diperoleh penulis dengan cara observasi langsung yang terlihat oleh penulis. Pada tahap ini, tidak semua masalah keperawatan pada tinjauan teoritis ditemukan pada kasus Tn. R dalam menentukan diagnosa penulis melihat dari data yang didapat dari hasil pengkajian.

Pada studi kasus ini fokus pengkajian pada klien halusinasi yaitu keluhan utama, faktor predisposisi, presipitasi dan persepsi, pada klien data yaitu keluhan utama: Klien dibawa keluarga ke yayasan Nur Ilahi Asani karena sering menyendiri dan berbicara sendiri. Keadaan semakin parah ketika Ibu klien meninggal. klien mengalami gangguan jiwa sejak 5 tahun lalu. Awal mulainya

gangguan jiwa klien mengatakan lelah dengan kehidupan perkuliahanya. Beban skripsi yang belum beres ditambah banyak kegiatan yang harus dilakukan di dalam organisasi. Klien merasa sedih dikecewakan dan dikhianati oleh pasangannya. Semenjak ditinggal pergi oleh pasangan dan ibunya klien merasa terpuruk dan sering berhalusinasi bahwa pasangan dan ibunya selalu bersama klien. Pada data persepsi ditemukan klien memiliki riwayat halusinasi sejak 5 tahun lalu dengan jenis halusinasi dengar/suara. Klien mendengar suara yang mengajak bercakap cakap dengan frekuensi yang sering terjadi pagi, siang, sore, malam.

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

Menurut (Hulu & Pardede, 2023) Tanda dan gejala halusinasi penting diketahui oleh perawat agar dapat menempatkan masalah halusinasi antara lain :

1. Berbicara, tertawa dan tersenyum sendiri.
2. Bersikap seperti mendengarkan sesuatu.
3. Berhenti berbicara sesaat ditengah-tengah kaimat untuk mendengarkan sesuatu.
4. Disorientasi.
5. Tidak mampu atau kurang konsentrasi
6. Cepat berubah pikiran.

Sedangkan data – data yang tidak ditemukan adalah :

1. Alur Sosial kacau.
2. Respon yang tidak sesuai.
3. Menarik diri.
4. Suka marah dengan tiba- tiba dan menyerang orang lain tanpa sebab.

Tanda dan gejala tersebut tidak terjadi karena klien sudah mendapat perawatan. Pada saat pengkajian klien hanya menunjukkan tanda dan gejala sering berbicara sendiri, melamun, tertawa sendiri.

2. Diagnosa Keperawatan

Terdapat beberapa masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan gangguan persepsi sensori diantaranya adalah:

- a. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran (D.0085)
- b. Defisit perawatan diri (D.0109)
- c. Isolasi sosial (D.0121)
- d. Gangguan konsep diri : harga diri rendah kronis (D.0086)

Diagnosa Keperawatan yang penulis temukan pada saat pengkajian pada Tn. B dengan gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah ada 2 diagnosa yang sesuai dengan teori, yaitu : Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dan Defisit Perawatan Diri . Diganosanya ini muncul karena ada data yang didapatkan dari klien mengarah pada diagnosa :

Gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran, Data yang didapat dalam diagnosa berupa klien sering berbicara dan tertawa sendiri, asik dengan dunianya sendiri. Adapun data yang menunjukkan diagnosa Defisit Perawatan Diri pada Tn.B adalah Penampakan Klien kurang rapih, kuku panjang dan kotor, tidak memakai sandal.

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

- a. Isolasi Sosial , masalah tersebut tidak muncul karena tidak ketika dikaji klien tidak menunjukkan tanda dan gejala Isolasi Sosial.
- b. Gangguan konsep diri : harga diri rendah kronis, masalah tersebut tidak muncul karena tidak ketika dikaji klien tidak menunjukkan tanda dan gejala gangguan konsep harga diri rendah.

3. Perencanaan

Intervensi keperawatan adalah keputusan yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan, dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

Pada tahap ini disusun berdasarkan tinjauan teoritis yaitu melakukan SP atau Strategi pelaksanaan. Rencana tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa persepsi sensori halusinasi melalui Strategi Pelaksanaan (SP) . SP 1 : Bantu klien mengenal halusinasi,

menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara pertama yaitu menghardik halusinasi. SP 2 : Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ke dua yaitu bercakap cakap dengan orang lain.

SP 3 : Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan aktivitas terjadwal.

SP 4 : Melatih pasien menggunakan obat secara teratur. Mengonsumsi obat secara teratur sesuai jadwal dan dosis yang di berikan.

Sedangkan perencanaan pada diagnosa Defisit perawatan diri : SP 1 : Mendiskusikan pentingnya kebersihan diri, cara merawat diri, melatih pasien tentang cara perawatan kebersihan diri. SP 2 : Melatih pasien laki – laki berdandan. SP 3 : Melatih pasien makan secara mandiri. SP 4 : Mengajarkan pasien melakukan BAB/BAK secara mandiri

Penulis dapat melaksanakan rencana ini karena adanya beberapa hal yang mendukung proses ini yaitu tersedianya literatur yang sesuai, klien kooperatif, perawat Klinik yang dengan senang hati memberikan kemudahan dan masukan- masukan.

4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis berusaha melakukan implementasi asuhan keperawatan terhadap klien Tn.B berhubungan dengan gangguan persepsi sensori. Implementasi keperawatan yang di lakukan pada Tn. B adalah strategi pertemuan pertama sampai strategi pertemuan empat. Strategi pertemuan pertama meliputi mengidentifikasi isi, frekusensi, jenis, dan respon klien terhadap halusinasi serta melatih cara menghardik halusinasi.

Strategi pertemuan kedua yang dilakukan pada Tn.B meliputi cara mengendalikan dengan bercakap cakap kepada orang lain. Strategi pertemuan yang ketiga adalah menyusun jadwal kegiatan bersama sama dengan klien. Strategi pertemuan keempat adalah mengajarkan dan melatih Tn.B cara minum obat yang teratur.

Selanjutnya klien mengikuti strategi pelaksanaan untuk mengatasi defisit perawatan dirinya. Strategi pelaksanaan yang pertama dilakukan yaitu mendiskusikan pentingnya kebersihan diri, cara cara merawat diri dan melatih klien tentang cara merawat diri, misalnya menanyakan berapa kali mandi, apakah sudah mandi. Strategi pertemuan kedua yaitu melatih Tn.B berdandan, seperti berpakaian dengan rapi, memotong kuku yang panjang dan kotor. Strategi pelaksanaan yang ketiga yaitu melatih Tn.B makan dan minum secara mandiri, seperti makan dengan tertib menyimpan kembali alat makan yang telah digunakan. Strategi pelaksanaan yang keempat yaitu mengajarkan klien BAB/BAK secara mandiri, seperti menjelaskan bagaimana jika akan BAB/BAK bilas dan cebok setelah BAB/BAK dan jangan lupa untuk selalu mencuci tangan.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi, penulis melakukan evaluasi secara formatif dan sumatif evaluasi formatif dilakukan setiap selesai memberikan tindakan keperawatan. Hasil dari evaluasi formatif menunjukkan bahwa semua tindakan keperawatan yang di lakukan dapat mengurangi atau mengatasi masalah klien saat ini, sedangkan untuk evaluasi sumatif,

penulis melakukan pada hari ke 5 setelah memberikan asuhan keperawatan pada Tn.B.

Evaluasi dapat dilihat dari hasil tindakan dan dengan tujuan atau kriteria evaluasi, apakah masalah dapat diatasi atau belum. Dalam kenyataannya masalah yang di hadapi klien semua teratasi. Evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari adalah klien mampu membina hubungan saling percaya menunjukkan halusinasi klien berkurang, bercakap cakap dengan teman dan perawat dengan baik saat diajak berbicara nyambung dan berespon dengan baik, mampu melakukan kegiatan yang sudah dijadwalkan. Klien juga sudah melakukan kebersihan diri dengan cara mandi dan berdandan memotong kuku, makan dan minum, BAB/BAK secara mandiri.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn.B dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi di Yayasan Nur Ilahi Assanie Samarang Garut mulai tanggal 03 April 2023 s/d 07 April 2023. Proses keperawatan merupakan metode ilmiah dalam menjalankan proses keperawatan dan menyelesaikan masalah secara sistematis. Pelaksanaan asuhan keperawatan menggunakan komunikasi terapeutik untuk memperoleh data dan membangun kepercayaan antara penulis dan klien. Dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya dengan pasien Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian yang dilaksanakan tidak banyak berbeda dengan pengkajian teoritis maupun penulis. Terdapat sedikit kesulitan saat melakukan pengkajian seperti saat melakukan aktifitas terjadwal di tengah tengah pelaksanaan klien halusinasi. Selama proses pengkajian penulis menggunakan komunikasi terapeutik serta membina hubungan saling percaya antara penulis dan klien. Pada kasus Tn.B, diperoleh bahwa klien mengalami tanda dan gejala halusinasi seperti bercakap cakap sendiri senyum dan tertawa mendengar suara suara yang memberikan informasi

mengenai keadaan keluarga, pasangan dan nomor togel. Faktor predisposisi Tn.B yaitu mengalami gangguan jiwa sejak 5 tahun lalu ditinggalkan meninggal Ibunya dan dikecewakan pasanganya.

2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.B yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran dan defisit perawatan diri, penulis fokus pada masalah utama yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran,
3. Intervensi yang disusun berdasarkan masalah keperawatan yang sudah ditegakan, penulis menyusun rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan teoritis dan strategi pelaksanaan.
4. Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan tindakan keperawatan yang disesuaikan dengan intervensi yang telah dibuat dan dapat dilaksanakan walaupun belum optimal.
5. Evaluasi yang diperoleh dari Tn.B yaitu terjadi peningkatan kemampuan klien dalam mengontrol halusinasi serta menurunnya halusinasi pendengaran yang dialami.

B. Rekomendasi

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Tn.B dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran maka penulis dapat memberikan rekomendasi diantaranya :

1. Untuk Perawat dan Pihak Yayasan

- 1) Dapat memberikan pelayanan pada klien dengan optimal sehingga klien puas dengan apa yang diberikan.
- 2) Dalam melaksanakan asuhan keperawatan hendaknya mampu berinteraksi secara terapeutik bukan hanya memusatkan pada tercapainya semua strategi pelaksanaan saja agar pelaksanaan yang diberikan optimal.

2. Untuk Institusi Pendidikan

Diharapkan perpustakaan dapat melengkapi buku sumber yang terbaru untuk menulis Karya Tulis Ilmiah juga sebagai pembanding teoritis dan di lapangan.

3. Untuk Mahasiswa

Dikarenakan mahasiswa sudah dibekali bahan teori dari institusi, diharapkan mahasiswa mampu menerapkan manajemen asuhan keperawatan sesuai dengan teoritis di lapangan.

DAFTAR PUSTAKA

- Andri, J., Febriawati, H., Penzilion, & Sari, S. N. (2019). Implementasi Keperawatan Dengan Pengendalian Diri Klien Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Kesmas Asclepius* Volume 1, Nomor 2, 146 - 155.
- Apriani, T. s., Fitriah, E. T., & Kusyani, A. (2021). Pengaruh Terapi Musik Terhadap Perubahan Perilaku Penderita Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia: Tinjauan Literatur. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, Vol 7, No 1, 61.
- Devita, Y., & Hendriyani. (2019). Hubungan Lama Rawat Dengan Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia: yenidevita@payungnegeri.ac.id Diterima: Mei 2019 Diterbitkan: Juni . *Healthcare: Jurnal Kesehatan* 8 (1), 44 - 48.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. (2023). Diagnosa Medis dengan Gangguan Jiwa. Garut: Dinas Kesehatan.
- Dinas Kesehatan, . (2023, Mei 10). *Jumlah Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Kabupaten/kota di Jawa Barat*. Diambil kembali dari OPEN DATA JABAR: <https://opendata.jabarprov.go.id/id/dataset/jumlah-orang-dengan-gangguan-jiwa-odgj-berat-yang-mendapat-pelayanan-kesehatan-berdasarkan-kabupatenkota-di-jawa-barat>
- Emilyani, D. (2023). Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Kemandirian Pasien Skizofrenia Yang Mengalami Defisit Perawatan diri . *Jurnal Analis Medika Biosains (JAMBS)*.
- hasannah, & solikhah. (2019). Faktor penyebab gangguan jiwa dibagi menjadi 2, yaitu faktor predisposisi dan presipitasi yang meliputi biologis, psikologis dan sosial. *jurnal ilmu keperawatan jiwa*, 8.
- Herawati, N., & Afconeri, Y. (2023). Perawatan Diri Pasien Skizofrenia Dengan Halusinasi. *Jurnal Keperawatan Jiwa* Volume 8 No 1, 9.
- Herawati, N., & Afconeri, A. (2020). Perawatan Diri Pasien Skizofrenia Dengan Halusinasi. *Jurnal Keperawatan Jiwa* Volume 8 No 1, Hal 9 - 20, 11.
- Hulu, M., & Pardede, a. j. (2023). Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.S Dengan Masalah. *penerapan strategi pelaksanaan*, hal. 3.
- hulu, m., & pardede, a. j. (2023). Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.S Dengan Masalah . *penerapan strategi pelaksanaan*, hal. 3.
- Kemenkes. (2021, oktober 7). Kemenkes Beberkan Masalah Permasalahan Kesehatan Jiwa di Indonesia. *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*, hal. 1.
- Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Garut. (2023). Buku Register Klinik Rehabilitasi Mental.
- lingga. (2019). Pelaksanaan Perencanaan Terstruktur Melalui Implementasi Keperawatan. *implementasi keperawatan*.
- Lingga. (2019). Pelaksanaan Perencanaan Terstruktur Melalui Implementasi Keperawatan. *implementasi keperawatan*.
- nugraha, f. (2022, SEPTEMBER). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI):

- Panduan dan Daftar Lengkap Diagnosis.
- nugroho, a. m., santi, f. n., soesanto, e., & aisyah, s. (2021). Perawatan Halusinasi, dukungan Keluarga dan Kemampuan Pasien Mengontrol Halusinasi : Literature Review. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat*, 274.
- Nugroho, A. M., Santi, F. N., Soesanto, E., & Aisyah, S. (2021). Perawatan Halusinasi, Dukungan Keluarga Dan Kemampuan Pasien Mwnontrol Halusinasi : Literature Review. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat*, 274.
- PPNI, T. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* . jakarta selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Pradede, J. A. (2020). Pengetahuan Keluarga Tentang Halusinasi Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional* Volume 2 Nomor 4, 400.
- putri, n. n., nainggolan, n., novita, saragih, s., sasmita, & asaniaman. (2022). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan persepsi sensori. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. H Dengan Masalah Halusinasi*, hal. 8.
- Putri, n. n., nainggolan, n., novita, saragih, s., sasmita, & asaniaman. (2022). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan persepsi sensori. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. H Dengan Masalah Halusinasi*, hal. 8.
- putri, N. N., Octavia, N. L., novia, vande, s., saragih, m., sasmira, & Asaniaman. (2022). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran. *PDF Studi Kasus*.
- Putri, N. N., Octavia, N. L., novia, vande, s., saragih, m., sasmira, & Asaniaman. (2022). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran. *PDF Studi Kasus*.
- Putri, N. N., Octavia, N. L., novia, Vande, S., Saragih, M., Sasmira, & Asaniaman. (2022). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran. *PDF Studi Kasus*.
- Rasa, S. (2023). *memahami skizofrenia*. jakarta: sekolah rasa.
- Sitawati, A. d., Fhitriyah, I., & Karimah, A. (2022). *mendampingi orang dengan skizofrenia*. kampus C Unair, Mulyorejo Surabaya 60115: Airlangga University Press.
- Tanjung, A. I., Neherta, M., & Sarfika, R. (2023). *Penyebab Kekambuhan Pada Pasien Skizpfrenia* A. Indramayu: Adab.
- Theresia Panni Koresy Marbun, I. S. (2021). Pentingnya Motivasi Keluarga Dalam Menangani Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). *Jurnal Pendidikan Kewarganegaraan Undiksha* Vol. 9 No. 3, 2.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017, SEPTEMBER). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Panduan dan Daftar Lengkap Diagnosis*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- wanda. (2020). Penerapan Evaluasi Keperawatan Terhadap Asuhan.
- wati, s., Hasanah, U., & Utami, T. (2023). Penerapan Latihan Personal Hygiene : Kebersihan Diri. *Jurnal Cendikia Muda*, 104.
- Wulandari, Y., & Perdadas, A. J. (2021). Aplikasi Terapi Generalis Pada Penderita Skizofrenia Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 2.
- Zainuddin, R., & Hashari, R. (2017). Efektifitas Murotal Terapi Terhadap Kemandirian Mengontrol Halusinasi Pendengaran. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 12.

FORMAT BIMBINGAN

Nama : Windi Mega Aprilianti

NIM : KHGA20092

Pembimbing : Rudy Alfiyansah, S.Kep.,Ners.,M.pd

Judul :ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.B DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI
PENDENGARAN
DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA DI KLINIK
REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG
GARUT

NO	Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf pembimbing
1.	1 Juni 2023	BAB III	1. 1 Spasi 2. Penulisan liat juknis		
2.	05 Juni 2023	BAB III	1. Perbaiki penulisan 2. Isi sesuai dengan format 3. Perbaiki implementasi dan evaluasi 4. Perbaiki catatan perkembangan		
3.	07 Juni 2023	BAB I	1. Acc BAB I		
4.	13 Juni 2023	BAB II	1. BAB II perbaiki penulisan, tambahkan sumber dari		

			SDKI		
5.	14 Juni 2023	ACC BAB I, II, III, IV	satukan file dari bab I/IV		
6.	27 juni 2023	Tanda tangan lembar pengesahan	Menandatangani lembar pengesahan		

LAMPIRAN

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK) PADA KLIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

Hari ke-1 Tanggal 03/04/2023

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

DS :

DS :

- Klien mengatakan sedang bercakap cakap dengan ibu dan mantan pasanganya.
- Klien mengatakan senang dan menikmati halusinasi.
- Klien mengatakan ganti baju 1 kali dalam 3 hari
- Klien mengatakan malas menggunakan sandal.
- Klien mengatakan tidak masalah kuku panjang dan kotor.

DO :

- Klien sering bercakap cakap sendiri.
- Klien asik dengan dunia nya sendiri.
- Ekspresi wajah yang bahagia.
- Klien terlihat jarang memakai sandal, gigi kuning, nafas bau, kuku panjang dan hitam

b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
- 2) Defisit Perawatan Diri

c. Tujuan Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

- 1) Pasien mengenali halusinasi yang dialaminya
- 2) Pasien dapat mengontrol halusinasinya
- 3) Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

Defisit Perawatan Diri

- 1) Klien mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri
- 2) Klien mampu melakukan berhias/berdandan secara baik

d. Tindakan Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori : Halusnasi Pendengaran

- 1) Membantu pasien mengenali halusinasi.
- 2) Melatih pasien mengontrol halusinasi.
 - a) Menghardik halusinasi
 - b) Bercakap-cakap dengan orang lain
 - c) Melakukan aktivitas yang terjadwal
 - d) Menggunakan obat secara teratur

Defisit Perawatan Diri

- 1) Melatih klien cara-cara perawatan kebersihan diri
 - a) Menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri
 - b) Menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
 - c) Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
 - d) Melatih klien mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri
- 2) Melatih klien berdandan/berhias
 - a) Berpakaian
 - b) Menyisir rambut
 - c) Bercukur

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

11.00 WIB

1. Fase Orientasi :

“Assalamualaikum pak, perkenalkan nama saya W M A, panggil saya W, saya perawat yang dinas di klinik ini. Selama 2 minggu kedepan saya dinas pagi disini pukul 08.00-14.00 WIB. Saya yang akan merawat bapak selama bapak 2 minggu kedepan. Nama bapak siapa? Senangnya dipanggil apa?”

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

“ Baiklah , bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini bapak dengar tetapi tak tampak wujudnya

“Mau berapa lama kira-kira bapak berbincang dengan saya?”

“Bagaimana kalau 25 menit?”

“Dimana enakny kita duudk untuk berbincang-bincang, pak? Bagaimana kalau di Mushola?”

2. Fase Kerja :

“Apakah bapak mendengar suara tanpa ada wujudnya ? Apa yang dikatakan suara itu ?”

“Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan yang paling sering bapak dengar suara? Berapa kali bapak alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendiri?”

“Apa yang bapak rasakan pada saat mendengar suara itu?”

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

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

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

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

3. Fase Terminasi :

“Bagaimana perasaan bapak setelah peragaan Latihan tadi?’ Kalau suara-suara itu mencul lagi, silahkan coba cara tersebut ! Bagaimana kalau kita buat

jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya?. Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua ? Jam berapa pak ? Bagaimana kalau besok? Berapa lama kita berlatih? Dimana tempatnya”

“Baik, bagaimana kalau $1\frac{1}{2}$ jam lagi saya datang berbincang-bincang mengenai kebersihan diri? Tempatnya di sini saja ya pak”

“Wassalamualaikum”

13.00 WIB

1. Fase Orientasi :

“Assalamualaiku pak, sesuai janji saya $1\frac{1}{2}$ jam yang lalu sekarang saya datang lagi”

“Bagaimana perasaan bapak saat ini?”

“Seperti yang sudah tadi saya beritahu sekarang kita bebincang-bincang seputar kebersihan diri ya pak”

“Mau berapa lama kita berbicara? 15 menit ya? Mau dimana pak? Baik disini saya ya.”

2. Fase Kerja :

“Kira-kira berapa kali bapak mandi dalam sehari? Apakah bapak Sudah mandi hari ini? Sudah dikeramas? Menurut bapak apa kegunaan mandi? Apa alasan bapak tidak bisa merawat diri? Kira-kira tanda-tanda orang yang tidak merawat diri dengan baik seperti apa? Tidak mandi, bau, apa lagi? Kalau kita tidak teratur menjaga kebersihan diri masalah apa menurut bapak

yang bisa muncul? Betul, kuman numpuk, banyak kutu, masalah kulit, dan lain-lain”

“Berapa kali bapak cukuran dalam seminggu? Kapan bapak cukuran terakhir? Apa manfaat dari bercukur? Apa alat-alat yang digunakan?, iya.. sebaiknya cukuran 2x/minggu. Ada alat cukurnya?”

“Sekarang coba sebutkan cara melakukan perawatan diri saat mandi. Betul menggunakan sabun, shampoo, air bersih, bilas bersih, gosok gigi. Bagus ya bapak sudah mengetahui cara-cara melakukan perawatan diri saat mandi”

“Apa yang bapak lakukan setelah selesai mandi? Apa bapak sudah ganti baju? Untuk berpakaian yang baik itu, pilihlah pakaian yang bersih dan kering. Berganti pakaian yang bersih 2x/hari.”

3. Fase Terminasi :

“Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang mengenai kebersihan diri? Sekarang coba bapak ulangi apa pentingnya kebersihan diri?”

“Iya bagus sekali ya bapak sudah tau. Mau berapa kali bapak mandi dan sikat gigi? 1x mandi dipagi hari dan sikat gigi 2x pagi dan sore? Mari kita masukkan ke dalam jadwal aktivitas harian bapak ya. Baik besok kita bertemu lagi untuk melanjutkan yang tadi melakukan Latihan cara mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu bercakap cakap dan Latihan berdandan ya pak.”

“Mau jam berapa pak? Baik, jam 8 pagi ya. Sampai jumpa pak.

“Wassalamualaikum”

Hari Ke-2 Tanggal 04/04/2023

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

DS :

- Klien mengatakan apabila sedang halusinasi akan menghardik halusinasi.
- Klien merasa senang bisa bercakap cakap dengan perawat dan mahasiswa.
- Klien merasa senang dan antusias mengikuti aktivitas terjadwal yaitu bermain games dan karaoke.
- Klien mengatakan hari ini Sudah mandi
- Klien mengatakan tidak perlu merewelkan lagi soal pakaiannya

DO:

- Klien mampu bercakap cakap dengan baik
- Klien kooperatif dan antusias.

- Klien antusias untuk merencanakan dan melaksanakan aktivitas terjadwal seperti menulis, karaoke, dan bercerita dengan banyak orang.
- Klien mengatakan nyaman dan bersih setelah menggunting kuku.
- Klien mengatakan sudah mandi pagi
- Klien mengatakan belum gosok gigi

b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
- 2) Defisit Perawatan Diri

c. Tujuan

- 1) Klien dapat bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi; fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut.
- 2) Klien mampu berhias/berdandan secara baik
- 3) Klien mampu melakukan makan dengan baik

d. Tindakan Keperawatan

- 1) Diskusikan dengan klien cara mengontrol halusinasi ke-2 : bercakap cakap dengan orang lain
- 2) Diskusikan dengan klien cara mengontrol halusinasi ke-3 : melakukan aktivitas terjadwal

- 3) Melatih klien berhias/berdandan : klien mampu menggunting kuku dan memakai sandal.
- 4) Melatih klien makan secara mandiri
 - a) Menjelaskan cara mempersiapkan makan
 - b) Menjelaskan cara makan yang tertib
 - c) Menjelaskan cara merapihkan makan setelah makan
 - d) Praktek makan sesuai dengan tahapan makan yang baik

Strategi pelaksanaan Tindakan Keperawatan

10.00 WIB

1. Fase Orientasi :

“Assalamualaiku pak, sesuai janji saya kemarin kita ketemu lagi.”

“Bagaimana pak, Sudah dilakukan menghardik halusinasi ? Apa yang dirasakan setelah Latihan secara teratur?”

“Bagus ya pak. Sekarang kita belajar cara mengontrol halusinasi dengan cara kedua”

“Mau berapa lama? Bagaimana kalau 15 menit?”

“Dimana kita bicara? Oke diruang depan ya.”

2. Fase Kerja :

“Bapak tadi saya lihat saat mengobrol dengan teman teman mahasiswa, bapak begitu senang ya, mengobrol apa saja pak? Kalau tadi waktu bermain game bagaimana perasaan bapak ? apakah bapak senang? Nah sekarang bapak jika datang lagi halusinasi bapak bisa mengobrol dengan teman ya pak dan melakukan aktivitas seperti bermain game tadi ya pak.

“Nah sekarang kita ke pembahasan ya pak. Kalau ada halusinasi muncul selain menghardik halusinasi, bapak bisa mengobrol seperti tadi juga melakukan game ya pak.”

3. Fase Terminasi :

“ Bagaimana perasaan bapak setelah melakukan mengobrol dengan teman dan bermain game?”

“wah saya senang mendengar bapak senang, kalo gitu nnti jam 13.00 kita mengobrol lagi seputaran berhias makan dan minum ya pak”

“Baik, tempatnya disini saja ya pak”

“Wassalamualaikum”

13.00 WIB

1. Fase Orientasi :

“Assalamualaiku pak, sesuai janji saya tadi sekarang kita berbincang-bincang lagi mengenai berdandan dan makan.”

“Bagaimana persaan bapak sekarang? Bagaimana mandinya?apakah bapak sudah memotong kuku?”

2. Fase Kerja :

“Apa yang bapak lakukan setelah mandi? Kenapa bapak masih belummemakai sandal dan menggunting kuku?”

“Disini kan ada gunting kuku, yuk gunting kuku ditemani saya pak?”

“baik kalo gitu biasanya disimpan dimana gunting kuku, coba kita tanyakan ke perawat yuk.”

“nahh kan baguss kuku bapak jadi pendek bersih dan tidak kotor. Sekarang kenapa bapak tidak menggunakan sandal?, bgaimana kalo sekarang memakai sandal ? kenapa bapak tidak mau ? oh bapak malas memakai sandal. Nantii pakai sandal ya pak supaya kaki bapak tetap bersih dan idak kotor.

“Sekarang kita bahas makan ya pak. Bagaimana kebiasaan sebelum, saat, maupun setelah makan? Bapak makannya dimana?”

“Nah sebelum makan kita harus cuci tangan memakai sabun. Ya, mari praktekkan!”

“Bagus, selah itu duduk lalu ambil makanan. Sebelum makan bapak suka berdo’a dulu? Bagus.. berdo’a dulu ya.”

“Saat makan kita harus menyuapkan makanan satu-satu dengan pelan. Setelah makan kita bereskan piring dan gelas yang kotor, dan diakhiri dengan mencuci tangan.”

“Bagus.. bapak Sudah bisa melakukan makan secara mandiri dan tau carra yang baik saat makan.”

3. Fase Terminasi :

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang-bicang mengenai beberapa hal tadi?”

“Apa saja yang kita lakukan pada saat makan?”

“Nah.. bapak lakukan seperti tadi setiap makan, mau kita masukkan ke dalam jadwal?”

“Besok kita ketemu lagi sesuai jadwal ya pak jam 10.00 kita akan membahas tentang obat dan jam 13.00 kita berbincang mengenai BAB/BAK yang baik.”

“Sampai jumpa pak. Wassalamualaikum”

Hari ke-4 Tanggal 06/04/2023

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

DS :

- Klien mengatakan sudah minum obat dengan terpaksa, dan kadang membuang obatnya.
- Klien mengeluh tentang obat yang menurutnya malah memperburuk keadaan.
- Klien mengatakan sudah BAB setelah sahur
- Klien mengatakan membas dengan bersih toilet yang digunakan
- Klien mengatakan mencuci tangan setelah BAB
-

DO :

- Klien minum obat jika dipaksa, dan dilihat langsung oleh perawat

b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Gangguan Persepsi Sensori
- 2) Defisit Perawatan Diri

c. Tujuan

- 1) Klien dapat menontrol halusinasi dengan cara ke empat meminum obat
- 2) Klien mampu melakukan berhias/berdandan secara baik

3) Klien mampu melakukan BAB/BAK secara mandiri

d. Tindakan Keperawatan

- 1) Diskusikan dengan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat
- 2) Melatih klien berhias/berdandan : Berpakaian
- 3) Mengajarkan klien melakukan BAB/BAK secara mandiri
 - a) Menjelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai
 - b) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB dan BAK
 - c) Menjelaskan cara membersihkan tempat BAB dan BAK

Strategi pelaksanaan Tindakan Keperawatan

10.00 WIB

1. Fase Orientasi :

“Assalamualaikum pak, Sesuai janji kemarin sekarang kita bertemu pukul 10.00 untuk meminum obat.”

“Bagaimana perasaan bapak hari ini? Ada hal yang menyebabkan bapak halusinasi ?”

“Sekarang kita mendiskusikan untuk meminum obat. Mau berapa lama pak kita diskusinya? Oke seperti biasa 15 ya.. mau disini saja?”

2. Fase Kerja :

“Nah.. selain mengardik halusinasi, bercakap dengan orang lain dan melakukan aktivitas terjadwal, selanjutnya bapak harus rutin meminum obat ya pak.”

“Cara inipun dapat dilakukan secara rutin dan dapat membantu bapak untuk tidak berhalusinasi lagi.”

3. Fase Terminasi :

“Bagaimana perasaan bapak setelah berdiskusi tentang obat tadi ?”

“Ada berapa cara yang sudah kita diskusikan? Coba bapak sebutkan lagi?

Iya betul ya pak.”

“Mari kita masukkan ke dalam jadwal kegiatan sehari-hari.

“Besok pagi kita bertemu lagi kita akan melakukan aktivitas terjadwal an meminum obat seperti biasa ya pak. Mau jam berapa? Baik, jam 10 pagi ya.”

“Tapi nanti 2 jam setelah ini kita berbincang lagi mengenai BAB/BAK secara mandiri boleh pak? Baik, nanti kita ketemu lagi siang ya pak. Sampai jumpa”

13.00 WIB

1. Fase Orientasi :

“Assalamualaikum, baik pak sesuai janji kita tadi, sekarang kita akan berbincang mengenai bagaimana melakukan BAB/BAK secara mandiri”

“Bagaimana hari ini sudah mandi? Sudah di keramas? Sudah dijalankan jadwal kegiatannya?”

“Bagus ya pak sudah dilakukan kegiatannya.”

2. Fase Kerja :

“Saya lihat hari ini bapak masihtidak menggunakan sandal?”

“Apakah bapak tidak mau menggunakan sandal ? Alasannya kenapa?”

“Oke kita lanjutkan bahasan saja ya pak mengenai BAB/BAK. Dimana biasanya bapak BAB/BAK? Sekarang coba bapak jelaskan kepada saya bagaimana cara bersih-bersih setelah selesai BAB/BAK? Apa bapak biasan melakukan BAB/BAK mandiri?”

“Bagus ya pak. Bapak Sudah bisa melakukan BAB/BAK mandiri dan tau cara membersihkannya. Yang perlu diingat adalah kebersihan itu untuk diri sendiri, untuk orang lain dan untuk lingkungan juga, apabila bapak melakukan kebersihan diri, lingkungan dengan baik kita akan hidup sehat dan tidak menyebarkan penyakit kepada orang lain. Bapak mau sehat? Iyaa makanya harus menjaga kebersihan diri dan lingkungan ya pak. Jangan lupa juga mengganti pakaian termasuk ke dalam kebersihan diri.”

3. Fase Terminasi :

“Baik pak sekarang bagaimana perasaannya setelah berbincang? Coba sekarang jelaskan ulang tentang cara BAB/BAK dengan baik?”

“Untuk selanjutnya bapak bisa melakukan cara-cara yang sudah bapak ketahui itu ya.”

“Nah.. besok kita ketemu lagi sesuai jadwal untuk melakukan Latihan mengontrol marah dengan belajar bicara yang baik dan melihat sejauh mana bapak bisa melakukan jadwal kegiatan. Sampai jumpa pak. ”

1. Gambar setelah melakukan kegiatan



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

Nama : Windi Mega Aprilianti
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat Tanggal lahir : Garut, 07 April 2001
Agama : Islam
Alamat :
Instagram : Windimega07
Gmail : windihimidih@gmail.com

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDN Pakuwon IV (2007-2013)
2. SMPN 02 Garut (2013-2016)
3. SMKN 03 Garut (2016-2019)
4. STIKes Karsa Husada (2020-2023)