

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

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

**Disusun Oleh :**

**ADINDA NURDIANTI**  
**KHGA.20001**



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

**2023**

## LEMBAR PERSETUJUAN

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

**NAMA : ADINDA NURDIANTI**

**NIM : KHGA20001**

Garut,....Juni 2023

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Untuk Disidang Dihadapan Tim Penguji

Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing

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

**LEMBAR PENGESAHAN**

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.Y DENGAN GANGGUAN PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENGLIHATAN AKIBAT SKIZOFRENIA DI REHABILITASI YAYASAN NUR ILAHIE ASSANI**

**NAMA : ADINDA NURDIANTI**

**NIM : KHGA20001**

**Garut, 04 Juli 2023**

**Menyetujui,**

**Penguji I**

**Penguji II**

**Iwan Wahyudi, S.  
Kep.,Ners.,M.Kep**

**Rudy Alfiyansah, S.Kep.,Ners.,M.Pd**

**Mengetahui,  
Program Ketua Studi DIII  
Keperawatan STIKes Karsa  
Husada Garut**

**Mengesahkan,  
Pembimbing**

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

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

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

IV BAB, 85 halaman, 7 tabel, 3 gambar, 5 bagan, 3 lampiran

## **Abstrak**

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan akibat skizofrenia. Di latar belakang dengan banyaknya klien yang di rawat inap pada tahun 2023 di Klinik Rehabilitasi Nur Ilahie Assani Samarang Garut tercatat 26 orang. Dampak yang dapat menimbulkan oleh pasien yang mengalami halusinasi akibat skizofrenia adalah pasien mengalami perilaku yang tidak normal seperti sedang diawasi, sehingga ia kerap menunjukkan rasa marah, gelisah, bahkan benci terhadap seseorang dan bahkan dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain di sekitarnya. Untuk mengobati dampak tersebut maka diperlukan tindakan yang tepat dengan menggunakan proses keperawatan melalui 6 tahap proses keperawatan, guna menggali serta memecahkan masalah pada kasus halusinasi akibat skizofrenia.

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

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

Kata Kunci (Key Word) Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan

Daftar Pustaka 7 buah buku (2012-2017)

## KATA PENGANTAR

Allhamdulillahirobbil'alamin , segala puji dan syukur panjatkan kehadiran Allah SWT , sholawat serta salam semoga terlimpah curah kepada jungjungan nabi Muhammad SAW . Karena atas berkat izin-nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ **ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.Y DENGAN GANGGUAN PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENGLIHATAN AKIBAT SKIZOFRENIA DI REHABILITASI YAYASAN NUR ILAHIE ASSANI** “ yang dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Adapun Karya Tulis Ilmiah ini untuk memenuhi salah satu syarat dan dalam menyelesaikan Pendidikan Diploma D-III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut . Penulis menyadari selama proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini menghadapi hambatan dan rintangan yang tidak dapat dihindari . Syukur allhamdulillah berkat bimbingan , bantuan ,dorongan dari berbagai pihak yang selalu menyertai penulis , akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini walaupun masih jauh dari kesempurnaan.

Diharapkan Karya Tulis Ilmiah ini bisa terselesaikan atas bantuan berbagai pihak yang terus – menerus memberikan dorongan kepada penulis . Maka penulis ingin mengucapkan terimakasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat , MA., selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut .
2. Bapak H.D Saefudin , S.Sos., 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 Budianti , M.Kep, selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut .
5. Bapak Dr . H . Dian Roslan H , S.Kep., M.kes, selaku dosen pembimbing Karya Tulis Ilmiah ini yang telah banyak memberikan saran dan bimbingannya dengan penuh tanggung jawab , sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini .
6. Kepada Kedua Orang Tua tercinta serta saudara lainnya yang tiada henti memberikan Do'a , semangat dan dukungan moral maupun dukungan material , sehingga penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini .

7. Bapak / Ibu dosen dan staf D – III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut terimakasih atas dukungan dan bantuan serta bimbingannya selama ini .
8. Kepada Klien Ny.Y yang mau meluangkan waktunya untuk memberikan data dan informasi yang saya butuhkan untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah ini .
9. Kepada teman - teman Arsil Nurfajria,Alma Fadira,Arini Rahayu,Anisa Desi N,Dini Risdianti,Elsa Nabila,Dineu Sri R,Nopa Puspita saya yang selama ini menemani dari awal pendidikan hingga akhir serta saling memberikan motivasi satu sama lain .
10. Serta semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini .

Penulis menyadari bahwa dalam karya tulis ilmiah ini baik penyusunan maupun isinya jauh dari kesempurnaan. Hal tersebut dikarenakan keterbatasan pengetahuan , pengalaman , dan kemampuan yang penulis miliki . Oleh karena itu kritik dan saran yang menuju kepada perbaikan sangat penulis nantikan dan semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua pihak .

Garut, 27 Mei 2023

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR BAGAN .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>x</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	2
C. Metode Telahaan .....	5
D. Sistematika Penulisan .....	6
<b>BAB II TINJAUAN TEORITIS .....</b>	<b>8</b>
A. Konsep Dasar .....	8
1. Konsep Skizofrenia.....	8
2. Konsep Halusinasi .....	12
3. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan.....	19
4. Konsep Harga Diri Rendah .....	24
<b>BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>42</b>
A. Tinjauan Kasus .....	42
1. Pengkajian .....	42
2. Analisa Data .....	53
3. Diagnosa keperawatan .....	54
4. Rencana tindakan keperawatan .....	55
5. Implementasi dan evaluasi .....	62
6. Catatan perkembangan .....	70
B. Pembahasan .....	72
1. Pengkajian .....	72
2. Diagnosa keperawatan .....	73
3. Perencanaan.....	74
4. Implementasi .....	75
5. Evaluasi.....	76
<b>BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI .....</b>	<b>78</b>
A. Kesimpulan .....	78
B. Rekomendasi .....	79
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>81</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>.....</b>

## **DAFTAR LAMPIRAN**

**Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Gangguan Presepsi Sensori :  
Halusinasi Penglihatan**  
**Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Gangguan Emosi : Resiko  
Perilaku Kekerasan**  
**Daftar Riwayat Hidup**  
**Dokumentasi**  
**Lembar Bimbingan**

## DAFTAR BAGAN

### 2.1 Pohon Masalah

2.1 Rentang Respon Halusinasi .....	16
2.2 Bagan Perilaku Kekerasan .....	18
2.3 Bagan Masalah Resiko Perilaku Kekersan .....	24
2.4 Bagan Rentang Respon Harga Diri Rendah .....	25
2.1 Tabel Analisa Data .....	28
2.2 Table Rencana Tindakan Keperawatan.....	32
3.1 Bagan Genogram.....	45
3.2 Tabel Analisa Data .....	53
3.3 Tabel Intervensi Keperawatan .....	55
3.4 Table Implementasi dan Evaluasi .....	62
3.5 Table Catatan Perkembangan .....	70



# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **A . Latar Belakang**

Kesehatan jiwa menurut WHO (World Health Organization ) adalah ketika seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup serta dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain . Kondisi perkembangan yang tidak sesuai pada individu disebut gangguan jiwa ( UU No.18 Tahun 2014 ) .

Di Indonesia kondisi kesehatan mental masih dikatakan memprihatinkan dan menjadi salah satu masalah yang sangat serius. Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada Tahun 2013 prevalensi gangguan mental di Indonesia pada penduduk yang berumur 15 tahun ke atas sebesar 0,17% (400 ribu jiwa) penduduk yang mengalami gangguan mental berat (Kemenkes RI, 2016). Secara global, orang yang mengalami gangguan jiwa sepertiganya tinggal di Negara berkembang dan sebanyak 8 dari 10 penderita gangguan mental tidak mendapatkan perawatan (Kemenkes, 2014).

Data Dinkes provinsi Jawa Barat, jumlah ODGJ pada tahun 2021 sejumlah 48.722 jiwa ( Data Jabar 2022). Dinas Kesehatan Garut melaporkan pada tahun 2022 terdapat 3.721 orang dengan gangguan jiwa, dan hasil laporan pada bulan mei 2023 terdapat 3.893 orang dengan gangguan jiwa, maka dari itu terjadi peningkatan. Berdasarkan hasil laporan di Klinik Rehabilitasi Nur Ilahie Assani

Samarang Garut di dapatkan data tahun 2023 Bipolar menempati jumlah pasein terbanyak yaitu 26 orang, Skizofrenia 6 orang dan Degradasi mental 2 orang.

Gangguan jiwa merupakan suatu penyakit yang disebabkan karena adanya kekacauan pikiran , persepsi dan tingkah laku dimana individu tidak mampu menyesuaikan diri dengan diri sendiri , orang lain , masyarakat dan lingkungan . Menurut data World Health Organization ( WHO , 2017 ) , prevalensi gangguan jiwa pada tahun 2016 mencapai 517 juta jiwa . Menurut Michard dan Chaterina tentang masalah kesehatan jiwa akan menjadi dua yaitu gangguan jiwa berat dan gangguan jiwa ringan . Salah satu gangguan jiwa berat yaitu skizofrenia . Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang paling banyak ditemukan di Indonesia .

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran , persepsi , emosi , gerakan , prilaku yang aneh dan terganggu ( Videbeck , 2018 ) . Skizofrenia juga termasuk psiko yang ditandai dengan dua gejala utama yaitu tidak adanya pemahaman diri dan ketidak mampuan menilai realitas . Halusinasi merupakan gangguan atau perubahan persepsi dimana pasein mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi . Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar, suatu penghayatan yang dialami suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus ekstren atau persepsi palsu ( Prabowo, 2014 ) . Halusinasi adalah suatu keadaan dimana klien mengalami perubahan sensori presepsi yang disebabkan stimulus yang sebenarnya itu tidak ada ( Sutejo , 2017 ) .

Berdasarkan pengertian halusinasi itu dapat diartikan bahwa , halusinasi adalah gangguan persepsi yang membuat seseorang mendengar, melihat, mencium atau merasakan sesuatu yang sebenarnya tidak ada. Pada kondisi tertentu, halusinasi dapat mengakibatkan ancaman pada diri sendiri dan orang lain . Halusinasi penglihatan adalah stimulus visual dalam bentuk kilatan atau cahaya , gambar atau bayangan yang rumit dan kompleks . Bayangan yang di lihat biasa berupa bayangan yang menyenangkan dan menakutkan ( Kusumawati & Hartono 2018 ).

Alasan mengapa penulis mengangkat masalah Ny . Y sebagai kasus dalam Laporan Tugas Akhir , karena dari studi yang didapatkan selama pengkajian pada tanggal 03 April 2023, klien Ny. Y mengatakan bahwa dirinya sering melihat bayangan orang , bayangan tersebut muncul pada saat sore hari atau pada saat mau tidur dan saat dilakukan pengkajian klien terlihat senyum dan tertawa sendiri .Tanda gejala dan keluhan utama yang dikatakan klien menunjukkan klien mengalami Gangguan Persepsi Sensori ; Halusinasi Penglihatan . Oleh karena itu peran perawat sangat diperlukan dalam upaya melakukan proses pemecahan masalah pada klien yang mengalami halusinasi secara sistematis, untuk itu dapat dilakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien Ny Y dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori ; Halusinasi Penglihatan di Rehabilitasi Yayasan Nur Ilahie Assanie Garut .

## **B . Tujuan Penulisan**

### 1. Tujuan Umum :

Tujuan umum penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah memperoleh pengalaman respon pasien skizofrenia dengan masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan terhadap pemberian asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif di Rehabilitasi Yayasan Nur Ilahie Assanie Garut.

### 2. Tujuan Khusus :

Tujuan khusus penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah :

- a. Melakukan pengkajian pada pasien Ny.Y dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Garut
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien Ny.Y gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Garut
- c. Merencanakan Asuhan Keperawatan pada pasien Ny.Y gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Garut
- d. Melakukan intervensi keperawatan dengan masalah gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Garut

- e. Melakukan pendokumentasian pada pasein Ny. Y dengan gangguan persepsi sensori : Halusinasi di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Garut
- f. Melakukan evaluasi pada pasein Ny. Y dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Garut

### **C . Metode Telaahan**

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

#### 1. Wawancara

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

#### 2. Observasi

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

### 3. Pemeriksaan Fisik

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

### 4. Studi Dokumentasi

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

### 5. Studi Kepustakaan

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

### 6. Pengolahan Data

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

## **D . Sistematika Penulisan**

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

## BAB I PENDAHULUAN

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

## BAB II TINJAUAN TEORITIS

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

## BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini di jelaskan tentang asuhan keperawatan yang dilakukan secara nyata di lapangan tahap pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan, evaluasi dan catatan perkembangan pada pasein dengan Gangguan Sensori Presepsi : Halusinasi Penglihatan . Sedangkan pembahasan berisikan tentang kesenjangan-kesenjangan yang di temukan dan dibandingkan antara pendekatan teoritis dengan pelaksaaan langsung pada kasus serta pemecahan masalahnya .

## BAB IV KESIMPUNAN DAN REKOMENDASI

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

## DAFTAR PUSTAKA

## LAMPIRAN

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

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

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

###### **a). Definisi**

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

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

###### **b). Etiologi**

Skizofrenia tidak terjadi dengan sendirinya. Banyak faktor yang berperan terhadap kejadian skizofrenia. Faktor-faktor yang berperan terhadap kejadian skizofrenia antara lain faktor genetic, biologis, biokimia,

psikososial, status sosial, ekonomi, stress, serta penyalahgunaan obat (Zahnia, S., & Wulan Sumekar, 2016).

Faktor-faktor yang berperan terhadap timbulnya skizofrenia adalah sebagai berikut :

(1). Umur

(2). Jenis Kelamin

Kaum pria lebih mudah terkena gangguan jiwa karena kaum pria yang menjadi penopang utama rumah tangga sehingga lebih besar mengalami tekanan hidup, sedangkan perempuan lebih sedikit berisiko menderita gangguan jiwa dibandingkan dengan laki laki karena perempuan lebih bisa menerima situasi kehidupan dibandingkan dengan laki laki. Meskipun beberapa sumber mengatakan bahwa wanita lebih mempunyai risiko untuk menderita stress psikologis dan juga wanita relatif lebih rentan bila di kenai trauma, sementara prevalensi skizofrenia antara laki-laki dan perempuan adalah sama.

(3). Pekerjaan

Orang yang tidak bekerja akan lebih mudah menjadi stress yang berhubungan dengan tingginya kadar hormone stress ( kadar katekolamin) dan mengakibatkan ketidakberdayaan, karena orang yang bekerja memiliki rasa optimis terhadap masa depan dan lebih memiliki semangat hidup yang lebih besar dibandingkan dengan yang tidak bekerja .

(4). Konflik Keluarga

Konflik Keluarga memungkinkan seseorang berisiko untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan tidak ada konflik keluarga .

(5). Status Ekonomi

Orang yang memiliki status ekonomi rendah lebih berisiko mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan dengan orang yang memiliki status ekonomi tinggi. Status ekonomi rendah sangat mempengaruhi kehidupan seseorang. Beberapa ahli tidak mempertimbangkan kemiskinan (status ekonomi rendah) sebagai faktor risiko, tetapi faktor yang menyertainya bertanggung jawab atas timbulnya gangguan kesehatan. Himpitan ekonomi memicu orang menjadi rentan dan terjadi berbagai peristiwa yang menyebabkan gangguan jiwa. Jadi, penyebab gangguan jiwa bukan sekedar stressor psikososial melainkan juga stressor ekonomi.

### **c). Jenis – jenis skizofrenia**

Pembagian skizofrenia menurut prabowo (2014), antara lain :

#### **(1).Skizofrenia simpeks**

Sering muncul pertama kali pada masa pubertas. Gejalanya kadang kala seperti emosi yang tidak terkendali dan gangguan proses piker .

#### **(2).Skizofrenia Hebefrenik**

Biasanya muncul pada masa remaja dikisaran usia 15-25 tahun, gejala yang muncul yaitu adanya gangguan proses piker dan adanya deperpesenalisasi atau double personality. Gangguan psikomotor seperti prilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik. Waham dan halusinasi sering terjadi.

#### **(3).Skizofrenia Katatonia**

Timbul di usia 15-30 tahun kadang kala bersifat akut dan sering di tandai dengan stress emosional.

#### **(4).Skizofrenia Paranoid**

Gejala yang muncul yaitu waham primer disertai waham-waham sekunder dan halusinasi. Biasanya pasien yang mengalami skizofrenia paranoid lebih mudah tersinggung, suka menyendiri dan kurang percaya pada orang lain .

(5).Skizofrenia Akut

Gejala muncul tiba – tiba dan pasien yang mengalami skizofrenia jenis ini kesadarannya samar – samar, pasien merasa seperti bermimpi, muncul perasaan seakan – akan berada di dunia luar serta dirinya sendiri berubah .

(6).Skizofrenia Residual

Adalah skizofrenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia.

(7).Skizofrenia Psiko-afektif

Yaitu gejala utama skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania .

**d). Tanda dan Gejala**

Menurut (Kartikadewi A, 2017) Tanda gejala yang muncul pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut :

- (1).Gangguan proses pikir contohnya alogia, konkritisasi, clanging, blocking, neologisme, overinklusif, implikasi lebar, ekolalia.
- (2).Gangguan isi pikir atau waham merupakan suatu ketentuan yang salah dan menetap, tidak sesuai dengan realitas, diyakini 100% dan tidak dapat di hentikan.
- (3).Gangguan persepsi ilusi, halusinasi, dan pada panca idera.
- (4).Gangguan emosi afek labil, afek datar/tumpul, afek tak sinkron.

- (5).Gangguan perilaku berbagai perilaku yang tidak pantas atau aneh bisa terlihat misalnya perilaku ritual, agresif.
- (6).Gangguan motivasi kehilangan kehendak atau tidak ada aktivitas.
- (7).Gangguan neurokognitif terdapat gangguan memori, gangguan atensi, penurunan kemampuan untuk menyelesaikan masalah serta fungsi eksekutif.

## **2. Konsep Halusinasi**

### **2.1) Halusinasi**

#### **a). Definisi**

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada klien dengan gangguan jiwa. Halusinasi identik dengan skizofrenia, seluruh klien skizofrenia diantaranya mengalami halusinasi. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersiapkan sesuatu banyak terjadi. Suatu penerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar. Suatu penghayatan yang dialami seperti suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksternal persepsi palsu. Berbeda dengan ilusi dimana klien mengalami persepsi sebagai suatu yang nyata (Herawati, 2020).

Halusinasi adalah kesalahan sensori persepsi yang menyerang pancaindera, hal umum yang terjadi yaitu halusinasi pendengaran dan pengelihatannya walaupun halusinasi pencium, peraba, dan pengecap dapat terjadi (Townsend, 2010). Halusinasi adalah suatu keadaan dimana klien mengalami perubahan sensori persepsi yang disebabkan stimulus yang sebenarnya itu tidak ada (Sutejo, 2017).

Menurut varcolis, Halusinasi dapat di definisikan sebagai terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak terdapat stimulus. Tipe halusinasi yang paling sering adalah pendengaran

(auditory – hearing voices or sounds ), penglihatan (visual – seeing persons or things), penciuman (olfactory – smelling odors), pengecapan (gustatory – experiencing tastes) (Yosep, 2016).

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

### **b). Etiologi**

Menurut Yosep (2014) penyebab terjadinya Halusinasi adalah sebagai berikut :

#### 1. Faktor Predisposisi

##### 1). Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya control dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang kepercayaan diri dan mudah terkena stress.

##### 2). Faktor Sosiokultural

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

##### 3). Faktor Biologis

Mempengaruhi pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa karena adanya stress yang berlebihan yang dialami seseorang maka tubuh akan menghasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti buffofenon dan dimetytranferase ( DMP). Akibat stress yang berkepanjangan dapat menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan acetylcholine dan dopamine.

#### 4). Faktor Psikologis

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

#### 5). Sosial Budaya

Meliputi klien yang mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat dan harga diri yang tidak dipatikan dalam dunia nyata.

### 2).Faktor Prespitasi

Penyebab halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi menurut Rawlins dan Heancock dalam Yosep (2014).

#### 1). Dimensi Fisik

Halusinasi dapat di timbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat – obatan, demam hingga delirium, infeksi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

#### 2). Dimensi Emosional

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

#### 3). Dimensi Intelektual

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

#### 4). Dimensi Sosial

Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal *conforting*, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, control diri dan harga diri yang tidak di dapatkan dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan sistem kontrol individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman.

#### 5). Dimensi Spiritual

Secara spiritual klien halusinasi mulai dengan kehampaan hidup rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktivitas ibadah, jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri. Irama sirkadianya terganggu, karena ia sering tidur larut malam dan bangun sangat siang. Saat terbangun merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya.

### **c). Tanda dan Gejala**

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien, halusinasi adalah sebagai berikut (Oktaviani 2020)

#### a. Halusinasi Penglihatan

- 1) Melirik mata kekanan dan kekiri untuk mencari sumber yang dilihat
- 2) Melihat dengan penuh perhatian pada orang yang berbicara/benda mati di dekatnya
- 3) Terlihat pembicara dengan mati atau orang yang tampak
- 4) Melirikkan mata seperti ada yang di lihat

b. Halusinasi Pendengaran

- 1) Tiba-tiba tampak tertangkap ketentuan karena orang lain, benda mati/stimulus yang tidak terlihat
- 2) Tiba-tiba lari keruangan

c. Halusinasi Pengecapan

- 1) Meludahkan makanan atau minuman
- 2) Menolak makanan atau minuman obat

d. Halusinasi Penciuman

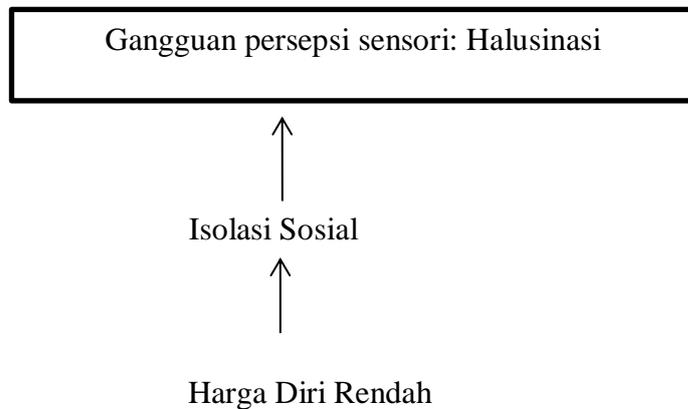
- 1) Mengkrutkan hidung seperti menghirup udarayang tidak enak
- 2) Penciuman bau tubuh
- 3) Menghirup bau udara ketika berjalan ke arah orang lain
- 4) Respon terhadap bau dengan panik

**d) Pohon Masalah**

***Bagan 2.1***  
***Pohon masalah persepsi sensori : Halusinasi***

Resiko Prilaku Kekerasan





Pohon masalah gangguan persepsi sensori Halusinasi (Satrio 2015, andri 2019)

#### e) Jenis Halusinasi

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

- a. Halusinasi pendengaran (audotorik) Gangguan stimulus dimana pasien mendengar suara-suara terutama suara orang. Biasanya mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu.
- b. Halusinasi penglihatan (visual) Stimulus visual dalam bentuk beragam seperti bentuk pancaran cahaya, gambaran geometric, gambar kartun, panorama yang luas dan bayangan yang menakutkan.
- c. Halusinasi penghidu (Olfaktori) Gangguan stimulus pada penghidu, yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis, dan bau menjijikan, tapi kadang terhidu bau harum .

d. Halusinasi peraba (taktil) Gangguan stimulus yang ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak enak tanpa ada stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

e. Halusinasi pengecap (gustatorik) Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikan .

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

f). Rentang Respon Neuobiologis

a. Respon Adaptif Kata adalah respon yang masih diterima oleh norma-norma sosial dan kebudayaan secara umum yang berlaku. Dengan lain individu tersebut masih dalam batas normal saat menyelesaikan masalah.

b. Respon Maladaptif Adalah respon yang menyimpang dari norma social dan kehidupan disuatu tempat

**Tabel 2.1**  
***Rentang Respon Neuobiologis Halusinasi***

<b>Adaptif</b>	<b>Maladaptif</b>
1. Pikiran logis	1. Gangguan proses pikir : waham
2. Persepsi akurat	2. Halusinasi
3. Emosi konsisten dengan pengalaman	3. RPK
4. Perilaku sesuai Hubungan	4. Ketidakmampuan untuk mengalami emosi

Sosial	Ketidakteraturan 5. Isolasi social
--------	---------------------------------------

**g). Mekanisme koping**

Pada klien skizofrenia, klien berusaha untuk melindungi dirinya dan pengalaman yang di sebabkan oleh penyakitnya. Klien akan melakukan regresi untuk mengatasi kecemasan yang di alaminya, melakukan proyeksi sebagai usaha untuk menjelaskan persepsinya dan menarik diri yang berhubungan dengan malah membangun kepercayaan dan keyakinan terhadap pengalaman internal (Stuart, 2009 dikutip dalam Satrio 2015).

**h). Diagnosis Keperawatan**

Menurut Andri (2019) ada beberapa diagnosa keperawatan yang sering di temukan pada klien dengan klien halusinasi, yaitu :

1. Gangguan sensori persepsi halusinasi
2. Isolasi sosial
3. Resiko perilaku kekerasan
4. Harga diri rendah

**2.2) Resiko Prilaku Kekerasan**

**a) Definisi**

Perilaku kekerasan adalah respon kemarahan yang maladaptip dalam bentuk perilku mencederai diri sendiri, orang lain dan sekitarnya dalam bentuk verbal maupun non verbal (Moomina dkk, 2020). Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau

lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal (Sutejo,2018). Risiko perilaku kekerasan merupakan kondisi individu yang akan membahayakan diri sendiri, orang lain, keluarga, dan masyarakat (Mega & Susanti, 2021). Uraian diatas dapat disimpulkan bahwa risiko perilaku kekerasan adalah seseorang yang pernah mengalami tindakan kekerasan dan beresiko melakukan tindakan kekerasan kembali pada diri sendiri atau orang lain.

## **b) Etiologi**

### **a. Faktor Predisposisi**

#### **(1) Teori Biologis**

(a) Neurologic Factor, beragam komponen dari sistem syaraf seperti synap, neurotransmitter, dendrit, axon terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan - pesan yang akan mempengaruhi sifat agresif. Sistem limbic sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif.

(b) Genetic Factor, adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif .

(c) Circadian Rhythm ( Irama sirkadian tubuh), memegang peranan pada individu, menurut penelitian pada jam-jam tertentu seperti menjelang masuk kerja dan berakhirnya pekerjaan sekitar jam 9 dan jam 13. Pada jam-jam tertentu orang lebih mudah stimulasi untuk bersifat agresif.

(d) Biochemistry Factor (Faktor biokimia tubuh) seperti neurotransmitter di otak sangat berperan dalam penyampaian informasi melalui sistem persyarafan dalam tubuh, adanya stimulus dari luar tubuh yang dianggap mengancam dan membahayakan akan di antarkan melalui impuls neurotransmitter ke otak dan

meresponya melalui serabut efferent. Peningkatan hormon androgen dan norepinephrin serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan cerebrospinal vertebranda menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku agresif.

(e) Brain Area Disorder, gangguan pada sistem limbik dan lobus temporal, sindroma otak organik, tumor otak, trauma otak, penyakit ensefalitis, epilepsi ditemukan sangat berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

#### b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi ini berhubungan dengan stressor yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan. Stressor yang timbul bisa disebabkan oleh faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal dapat berupa serangan fisik, kehilangan, kematian, dan lain-lain. Faktor Internal dapat berupa kehilangan orang yang sangat dicintai, ketakutan dengan penyakit yang dialami, dan lain-lain. Selain faktor eksternal dan internal, lingkungan yang tidak kondusif seperti tindak kekerasan dan penuh penghinaan akan memicu perilaku kekerasan (Sutejo, 2018 hlm 64).

#### c) Rentang Respon

Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kebutuhan yang tidak terpenuhi dan dirasakan sebagai ancaman. Kemarahan yang dipendam akan mempersulit diri sendiri dan mempengaruhi atau mengganggu hubungan dengan orang lain. Pengungkapan kemarahan dengan langsung pada waktu terjadi akan melegakan individu dan membantu orang lain mengerti perasaannya. Perasaan marah normal bagi tiap individu, namun perilaku yang 10 dimanifestasikan oleh perasaan marah dapat berfluktuasi sepanjang rentang respon adaptif dan maladaptif (Abdul Muhith, 2015 hlm 148)

## **Bagan 2.2** **Rentang Respon Prilaku Kekerasan**



Asertif : Kemarahan yang di ungkapkan tanpa menyakiti orang lain

Frustasi : Kegagalan mencapai tujuan karena tidak sesuai dengan apa yang diharapkan

Pasif : Respon lanjut klien tidak mampu mengungkapkan perasaan

Agresif : Perilaku destruktif masih terkontrol

Amuk : Perilaku deskruktif tidak terkontrol

(Yusuf dkk, 2015)

### **d) Tanda dan Gejala**

Perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan :

- (a) Mata melotot atau pandangan tajam
- (b) Tangan mengepal
- (c) Rahang mengatup
- (d) Pandangan tajam
- (e) Jalan mondar mandir

(Yosep, 2016)

### **e) Tahapan Prilaku Kekerasan**

Enam tahapan perilaku kekerasan (Azmya Wijoyo, 2021)

a. Triggering Incidents, ditandai dengan adanya pemicu sehingga muncul agresi klien. Beberapa faktor yang dapat menjadi pemicu agresi diantaranya adalah provokasi, respon terhadap kegagalan, komunikasi yang buruk, situasi yang menyebabkan frustrasi, pelanggaran batas terhadap jarak personal, dan harapan yang tidak terpenuhi.

b. Escalation phase, ditandai dengan kebangkitan fisik dan emosional, dapat disertakan dengan respon fight or flight. Pada fase eskalasi kemarahan klien memuncak, dan belum terjadi tindakan kekerasan. Pemicu dari perilaku agresif misalnya halusinasi gangguan penggunaan zat, dan koping tidak efektif.

c. Crisis point, sebagai lanjutan dari fase eskalasi apabila negosiasi dan teknik escalation gagal mencapai tujuan. Pada fase ini klien melakukan tindakan kekerasan.

d. Settling phase, klien yang melakukan kekerasan telah melepaskan energi marahnya. Mungkin masih merasakan cemas dan marah dan kembali lagi pada fase awal

e. Post crisis depression, klien pada fase ini mungkin mengalami kecemasan dan depresi

f. Return to normal functioning, klien kembali pada keseimbangan normal dari perasaan cemas, depresi, dan kelelahan.

## f) Pohon masalah

**Tabel 2.3**  
***Pohon masalah Resiko Perilaku Kekerasan***

Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain



## 2.3) Harga Diri Rendah

### a) Definisi

Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri. Adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri (Yosep, 2016).

Harga diri rendah adalah perasaan seseorang bahwa dirinya tidak diterima dilingkungan dan gambaran – gambaran negatif tentang dirinya (Yosef, 2016)

### b) Etiologi

(a) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi terjadinya harga diri rendah adalah penolakan orang tua yang tidak realistis, kegagalan yang berulang kali, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, ideal diri yang tidak realistis.

(b) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah biasanya adalah kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan atau bentuk tubuh, kegagalan atau produktivitas yang menurun. Secara umum, gangguan konsep diri harga diri rendah ini dapat terjadi secara situasional atau kronik. Secara situasional misalnya karena trauma yang muncul karena tiba-tiba misalnya harus dioperasi, kecelakaan, perkosaan, atau penjara termasuk di rumah sakit bisa menyebabkan harga diri rendah disebabkan karena penyakit fisik atau pemasangan alat bantu yang membuat klien tidak nyaman. Penyebab lainnya adalah harapan fungsi tubuh yang tidak tercapai serta perlakuan petugas kesehatan yang kurang menghargai klien dan keluarga. Harga diri rendah kronik, biasanya dirasakan klien sebelum sakit atau sebelum dirawat klien sudah memiliki pikiran negatif dan meningkat saat di rawat (Yosep, 2016).

c) Rentang Respon

*Bagan 2.4*  
*Rentang Respon Harga Diri Rendah*



## 1. Respon Adaptif

Respon adaptif adalah kemampuan individu dalam menyelesaikan masalah yang di hadapinya.

- a. Aktualisasi diri adalah pernyataan diri tentang konsep yang positif dengan latar belakang pengalaman nyata yang sukses dan dapat diterima.
- b. Konsep diri positif adalah apabila individu mempunyai pengalaman yang positif dalam beraktualisasi diri dan menyadari hal-hal positif maupun yang negatif dari dirinya.(Eko P, 2014)

## 2. Respon maladaptif

Respon maladaptive adalah respon yang diberikan individu ketika dia tidak mampu lagi menyelesaikan masalah yang di hadapi.

- a. Harga diri rendah adalah individu yang cenderung untuk menilai dirinya yang negative dan merasa lebih rendah dari orang lain.
- b. Keracunan identitas adalah identitas diri kacau atau tidak jelas sehingga tidak memberikan kehidupan dalam mencapai tujuan.
- c. Depersonalisasi (Tidak mengenal diri) yaitu mempunyai kepribadian yang kurang sehat, tidak mampu berhubungan dengan orang lain secara intim. Tidak ada rasa percaya diri atau tidak dapat membina hubungan baik dengan orang lain.(Eko P, 2014)

### **d) Tanda dan Gejala**

- (a) Sulit bergaul
- (b) Tidak menerima pujian
- (c) Penolakan terhadap kemampuan sendiri
- (d) Lebih banyak menunduk

(e) Tidak berani menatap lawan bicara

(Yosep, 2016)

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Menurut sutejo (2019) proses terjadinya halusinasi pada klien akan dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi stuart (2013) yang meliputi stressor dari faktor predisposisi dan presipitasi

#### **a. Faktor Predisposisi**

##### **1) Biologis**

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

##### **2) Psikologis**

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

##### **3) Sosial budaya dan Lingkungan**

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

#### **b. Faktor Presipitasi**

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

## 2. Analisa Data

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

*Tabel 2.1*  
*Analisa Data*

<b>NO</b>	<b>DATA</b>	<b>MASALAH</b>
1.	<b>DS :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Melihat bayangan atau mendengar bisikan.</li><li>• Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, atau pengecapan.</li></ul> <b>DO :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Distorsi sensori</li><li>• Respon tidak sesuai</li><li>• Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, mencium sesuatu.</li><li>• Menyendiri</li><li>• Melamun</li><li>• Mondar-mandir</li></ul>	Gangguan Presepsi Sensori : Halusinasi

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bicara sendiri</li> </ul>	
2.	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sering marah</li> <li>• Klien melempar barang-barang</li> <li>• Klien mengatakan suka tempramen</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien selalu curiga saat di dekati orang</li> <li>• Klien tampak kesal saat melihat orang berkumpul</li> </ul>	Resiko Perilaku Kekerasan
3.	<p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan suka malu saat diajak bicara</li> <li>• Klien mengatakan bayangan-bayangan itu muncul saat sendiri</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak murung</li> <li>• Terlihat sendiri</li> <li>• Tegang</li> </ul>	Harga Diri Rendah

### 3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang

dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial (PPNI, 2017).

Berikut diagnosa yang muncul menurut Sutejo(2019):

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

#### **4. Perencanaan**

Intervensi merupakan salah satu yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. (PPNI, 2017)

Berikut Perencanaan :

- a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi
- b. Resiko perilaku kekerasan
- c. Harga diri rendah

**Table 2.2**  
**Rencana Tindakan Keperawatan**

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Rasional
			Kriteria evaluasi	Intervensi	
1.	Gangguan persepsi sensoris : halusinasi penglihatan	TUM : Klien tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya	Setelah dilakukan tindakan satu kali interaksi mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membalas sapaan perawat</li> <li>2. Ekspresi wajah bersahabat dan senang</li> <li>3. Ada kontak mata</li> <li>4. Mau menyebutkan nama</li> <li>5. Klien mampu mengutarakan masalah yang di hadapi</li> </ol>	SP 1 1.Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komter <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal</li> <li>b. Perkenalkan diri dengan sopan</li> <li>c. Tanyakan nama lengkap klien dan dama kegiatan klien</li> <li>d. Jelaskan maksud tujuan interaksi</li> <li>e. Berikan perhatian pada klien</li> </ol> 2.Beri kesempatan pada klien mengungkapkan perasaannya dengarkan ungkapan isi klien.	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar interaksi yang selanjutnya akan dilakukan

		TUK 2 : Klien dapat mengontrol halusinasinya	Klien mampu mengenal halusinasinya dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat menyebutkan waktu timbul halusinasi</li> <li>2. Klien dapat mengidentifikasi isi, frekuensi,waktu saat terjadi halusinasi</li> <li>3. Klien dapat mengungkapkan perasaanya saat muncul halusinasi</li> </ol>	SP 2 <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Adah kontak sering dan singkat secara bertahap</li> <li>2.Katakan apa yang di lihat halusinasi dari halusinasi</li> <li>3.Tanyakan kapan halusinasi dating</li> <li>4.Tanyakan halusinasinya</li> <li>5.Bantu mengontrol halusinasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jika menemukan klien yang halusinasi apakah ada yang di lihat</li> <li>b. Jika klien menjawab ada lanjutkan apa yang dikatakan</li> <li>c. Katakana bahwa perawat percaya klien melihat bayangan namun perawat tidak bisa melihat, katakana bahwa pasein lainya sama</li> <li>d. Katakana bahwa perawat mau membantu pasein</li> </ol> </li> <li>6.Diskusi dengan klien <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Situasi yang menimbulkan / tidak menimbulkan halusinasi</li> <li>b. Waktu frekuensi halusinasi: (pagi,siang,sore,malam)/jika sendiri jengkel atau sedih</li> <li>c. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi.</li> </ol> </li> </ol>	Dengan mengenal halusinasi klien dapat mengontrol halusinasi
		TUK 3 :	1. Klien dapat menyebutkan	SP 3	Dengan

		Klien dapat mengontrol halusinasi	<p>tindakan yang dilakukan untuk mengendalikan halusinasi.</p> <p>2. Klien dapat menunjukkan cara baru untuk mengontrol halusinasi</p> <p>3. Klien dapat mengikuti aktivitas kelompok</p> <p>4. Klien dapat mengikuti kepatuhan minum obat untuk mencegah halusinasi.</p>	<p>1. Identifikasi bersama klien tindakan yang bisa dilakukan apabila terjadi halusinasi</p> <p>2. Diskusikan manfaat dan cara yang di gunakan klien,jika bermanfaat beri pujian</p> <p>3. Diskusikan cara terbaik memutus/mengontrol halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tutup mata,telinga,dan katakana saya tidak mau melihat, kamu palsu</li> <li>Temui orang lain atau perawat untuk bercakap cakap halusinasi yang di lihat</li> <li>Membuat jadwal sehari hari</li> <li>Meminta teman,keluarga atau perawat menyapa klien jika tampak berbicara sendiri</li> </ol> <p>4. Bantu klien memilih dan melatih cara mengontrol halusinasi secara bertahap</p> <p>5. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang di latih evaluasi hasilnya jika benar beri pujian</p> <p>6. Anjurkan mengikuti TAK jenis orientasi realita atau stimulus persepsi</p> <p>7. Klien dapat menyebutkan jenis,dosis, dan waktu minum obat, serta manfaat obat</p> <p>8. Diskusikan dengan klien jenis obat yang di minum , waktu minum obat, dosis dan cara</p> <p>9. Diskusikan proses minum obat.</p>	mengendalikan halusinasi klien dapat mengontrol halusinasi
--	--	-----------------------------------	---	--	--

		TUK 4 : Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi	1. Klien dapat melihat cara mengatasi halusinasi 2.Klien melaksanakan cara mengatasi halusinasi.	SP 4 1.Anjurkan klien memberi tahu kepada keluarga jika mengalami halusinasi 2.Diskusikan dengan keluarga a. Gejala halusinasi yang di alami b. Cara klien dan keluarga yang mengalami halusinasi di rumah beri kegiatan dan jangan biarkan sendiri c. Beri informasi waktu follow up atau karena perlu bantuan halusinasi tidak terkontrol dan resiko mencendrai orang lain 3.Diskusikan dengan klien tentang jenis,dosis,frekuensi dan manfaat 4. Pastikan klien minum obat. Dengan anjuran dokter	Dengan ikut sertakan keluarga klien mendapatkan mengontrol halusinasi dengan efektif.
2.	Gangguan emosi Resiko perilaku kekerasan	TUM : Klien dan keluarga mampu mengatasi atau mengendalikan resiko perilaku kekerasan TUK : Klien dapat membina hubungan saling percaya	Setelah dilakukan satu kali pertemuan di harapkan klien menunjukkan tanda – tanda: a. Klien mau membalas salam b. Klien mau menyebutkan nama c. Klien tersenyum dan nada kontak mata d. Klien mampu menyebutkan nama	1.Beri salam dan panggil nama klien 2.Sebutkan nama perawat sambil salaman 3.Jelaskan maksud hubungan interaksi 4.Berikan rasa nyaman dan sikap empati 5.Lakukan kontrak singkat tapi sering .	Membantu klien untuk membina hubungan saling percaya.

			perawat e. Klien mampu menyepakati kontrak.		
		TUK 1 : Mengidentifikasi penyebab dan tanda tanda RPK	Setelah dilakukan satu kali pertemuan diharapkan pasien mampu: a. Menyebutkan penyebab, tanda, gejala rpk b. Menerapkan cara fisik ke 1 ( Tarin nafas dalam ) untuk mengontrol perilaku kekerasan.	SP 1 : 1. Identifikasi tanda dan gejala rpk 2. Latihan cara fisik 1 (Tarik nafas dalam) 3. Masukkan dalam jadwal harian klien.	1. Membantu klien menyelesaikan masalahnya 2. Membantu menenangkan pikiran 3. Meningkatkan disiplin klien.
		TUK 2 : Klien dapat menyebutkan cara mengontrol rpk secara fisik	Setelah dilakukan satu kali pertemuan diharapkan klien mampu: a. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan b. Peragaan secara fisik II (memukul bantal/kasur) untuk mengontrol perilaku kekerasan.	SP II : 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp I) dan beri pujian. 2. Latihan secara fisik II : pukul kasur / bantal 3. Masukkan dalam jadwal harian klien.	1. Mengetahui tingkat keberhasilan dalam latihan sebelumnya 2. Membantu menenangkan pikiran 3. Meningkatkan Disiplin klien.
		TUK 3: Klien dapat	Setelah dilakukan satu kali pertemuan diharapkan klien	SP II: 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp I dan Sp	1. Mengetahui tingkat kebersihan

		menyebutkan cara mengontrol rpk secara sosial atau verbal	mampu: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan</li> <li>b. Memperagakan secara sosial/verbal untuk mengontrol rpk.</li> </ul>	II) dan berikan pujian <ul style="list-style-type: none"> <li>2. Latihan cara mengontrol rpk secara verbal meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan dengan baik</li> <li>3. Masukkan dalam jadwal harian.</li> </ul>	dalam latihan sebelumnya <ul style="list-style-type: none"> <li>2. Latih klien untuk meminta, menolak dan mengungkapkan dengan baik dan cara yang benar</li> <li>3. Disiplin klien dalam berlatih melakukan kegiatan.</li> </ul>
		TUK 4: Klien dapat menyebutkan cara mengontrol rpk secara spiritual	Setelah dilakukan satu kali pertemuan diharapkan klien mampu: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan</li> <li>b. Memperagakan cara mengontrol rpk secara spiritual.</li> </ul>	Sp IV: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp I, Sp II, Sp III) berikan pujian</li> <li>2. Latihan cara mengontrol rpk secara spiritual berdoa atau ibadah sesuai kepercayaan</li> <li>3. Masukkan kedalam jadwal harian klien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui tingkat keberhasilan dalam latihan sebelumnya</li> <li>2. Membantu menenangkan pikiran</li> <li>3. Meningkatkan disiplin klien.</li> </ul>
		TUK 5: Klien dapat menggunakan obat yang telah ditetapkan	Setelah dilakukan satu kali pertemuan diharapkan klien mampu menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan, memperagakan cara patuh obat	Sp V: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp I, Sp II, Sp III) beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol rpk dengan obat (jelaskan 6 banar ,jrnis,golongan,dosis,frekuensi,konstinuitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui tingkat keberhasilan dalam latihan sebelumnya.</li> <li>2. Meningkatkan</li> </ul>

				<p>minum obat)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Minum obat secara teratur</li> <li>4. Susun jadwal minum obat secara teratur</li> <li>5. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian .</li> </ol>	<p>kefektifan obat berlerja</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Menvegah kesalahan dalam pemberian obat</li> <li>4. Mempercepat proses penyembuhan</li> <li>5. Tingkatan disiplin klien dalam berlatih melakukan kegiatan.</li> </ol>
3.	Gangguan Konsep Diri Harga Diri Rendah	<p>TUM : Klien mengungkapkan pandangan positif untuk masa depan dan melanjutkan tingkat fungsi selanjutnya.</p> <p>TUK 1 : 1.Klien dapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>Setelah satu kali pertemuan klien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat,dan mau mengutarakan masalah yang</li> </ol>	<p>SP I :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Bina hubungan saling percaya(ucapkan salam, berkenalan, mengungkapkan persaan dan keluhan saat ini, kontrak waktu)</li> <li>2. Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Diskusikan bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan klien dirumah, adanya keluarga, dan lingkungan terdekat klien.</li> <li>b. Beri pujian yang realistis dan hindarkan penilaian yang negative setiap kali bertemu dengan klien</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran interaksi selanjutnya</li> <li>2.Mengeksplorasi</li> <li>3.Kemampuan positif yang dimiliki klien</li> <li>4.Membantu klien menghargai keampuannya</li> <li>5.Membantu klien mengembangan</li> </ol>

		<p>2. Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki</p> <p>3. Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki</p>	<p>dihadapi</p> <p>b. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki</p> <p>c. Memiliki kemampuan yang dapat digunakan</p>	<p>3. Nilai kemampuan yang dapat dilakukan saat ini:</p> <p>a. Diskusikan dengan klien</p>	<p>kemampuan yang dimilikinya</p>
--	--	--	--	--	-----------------------------------

## **5. Implementasi**

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

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

Dalam penelitian Sojarwo (2018) menyebutkan pengobatan klien perilaku kekerasan melalui asuhan keperawatan dengan strategi pelaksana(sp) pada klien seperti diskusi mengenai cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dapat dilakukan dengan cara nafas dalam, pukul bantal atau kasur. Mengontrol secara verbal dengan cara menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan dengan baik. Mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara sholat dan berdoa. Serta mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar klien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat).

## **6. Evaluasi**

Evaluasi keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai berikut, S : Respon Subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, O : Respon Objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, A : Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada, dan P : Tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon klien rencana tindak lanjut dapat berupa hal rencana dilanjutkan( jika masalah tidak berubah) atau rencana di modifikasi( jika masalah tetap,sudah dilaksanakan semua tindakan terapi hasil belum memuaskan)(Anggit,2021).

Evaluasi adalah langkah proses keperawatan yang memungkinkan untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil meningkatkan kondisi klien. Evaluasi adalah langkah terakhir pada proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidaknya. Evaluasi dapat dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang sudah teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan(Sutejo,2017).

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

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Tinjauan Kasus**

##### **a) Identitas**

###### **1) Identitas Klien**

Nama : Ny. Y  
Usia : 57 Tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Suku / Bangsa : Sunda  
Alamat : Jln.Permata Cimahi  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : IRT  
No. RM : XXX9  
Tanggal Pengkajian : 03 April 2023

###### **Identitas Penanggung Jawab**

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

## **b) Keluhan Utama**

Klien mengatakan sering melihat bayangan-bayangan seperti orang-orang jaman dulu yang sedang berkumpul dan akan menyerang klien, dan klien merasa ketakutan dan gelisah karena bayangan tersebut, bayangan-bayangan itu muncul ketika klien sendirian, klien mengatakan gejala muncul pada saat klien sedang banyak pikiran, pada saat sore hari atau pada saat mau tidur.

## **c) Faktor Predisposisi**

### 1) Riwayat gangguan jiwa

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

### 2) Pengobatan Sebelumnya

Klien mengatakan pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena terputusnya obat.

### 3) Riwayat masa lalu tidak menyenangkan

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

### 4) Riwayat penganiayaan

Klien mengatakan pernah mengalami perundungan saat bekerja.

### 5) Riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa

Klien mengatakan bahwa tidak ada yang gangguan jiwa pada keluarganya.

**d) Faktor presipitasi**

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

**e) Pemeriksaan Fisik**

1) Tanda Vital

TD : 130/90 mmHg

R : 21x/menit

N : 90x/menit

S : 36,4 c

Ukuran

TB : 155 CM

BB : 74 Kg

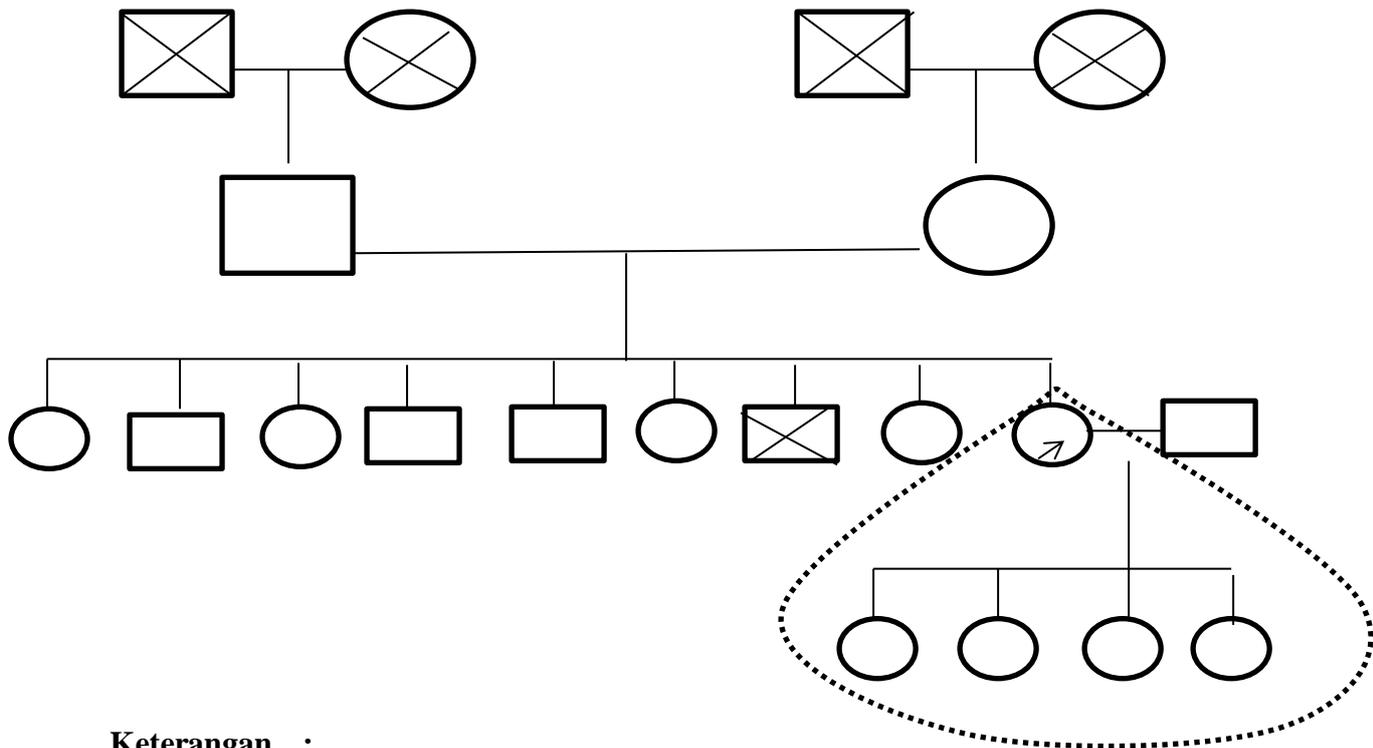
2) Keluhan fisik : Klien mengeluh masih suka melihat bayangan banyangan

Masalah Keperawatan : perubahan persepsi sensori (halusinasi penglihatan)

f) Psikososial

1) Genogram

Bagan 3.1



Keterangan :

Klien anak ke 9 dari 9 bersaudara

○ Perempuan

□ Laki – laki

◻ ↗    ◯ ↗    Klien

◻ ✕    Laki – laki meninggal



Perempuan meninggal



Tinggal Serumah

**g) Konsep diri**

1) Citra tubuh

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

2) Identitas diri

Klien dapat menyebutkan identitas dirinya (nama, umur, alamat, hobi), klien mengatakan setiap harinya mengurus anak anaknya atau sebagai IRT.

3) Peran diri

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

4) Ideal diri

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

5) Harga diri

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

Masalah keperawatan : harga diri rendah

**h) Hubungan sosial**

1) Orang terdekat

Klien mengatakan orang yang berarti dikehidupannya keluarga dan orang tua

2) Peran serta dalam kegiatan

Klien mengatakan berinteraksi baik dengan tetangganya

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Tidak ada hambatan

**i) Spiritual**

1) Nilai dan keyakinan: klien mengatakan beragama islam dan patuh terhadap perintah Allah

2) Kegiatan ibadah : klien mengatakan sering sholat 5 waktu dan selalu berdoa

**j) Status mental**

1) Penampilan

Klien berpenampilan rapih dan berpakaian sesuai dengan kebutuhannya

2) Pembicaraan

Klien tidak mampu memulai pembicaraan, suara kurang jelas dan lambat klien dapat menjawab semua pertanyaan dengan terarah

Masalah keperawatan: harga diri rendah

3) Aktivitas motoric

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

4) Alam perasaan

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

5) Afek

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

6) Interaksi selama wawancara

Klien mampu menjawab semua pertanyaan yang diajukan dengan sesuai, tetapi dengan kontak mata kurang dan berbicara lambat

7) Persepsi

Klien mengatakan suka melihat bayangan bayangan orang jaman dulu yang akan menyerang klien, klien mengatakan melihat bayangan tersebut sedang sendiri, klien mengatakan gejala muncul ketika kelelahan, saat dikaji klien tampak melamun dan gelisah.

Masalah keperawatan: halusinasi penglihatan

8) Proses piker

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

9) Isi piker

Klien menyadari bahwa dirinya sedang sakit jiwa, dan sedang berobat diklinik, perkataan klien dapat dimengeti baik oleh perawat.

10) Tingkat kesadaran

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

11) Memori

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

12) Tingkat konsesntrasi

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

13) Kemampuan penilaian

Klien dapat mengambil keputusan sederhana dengan bantuan dimana saat diajuakn pilihan berbinang diteras ataw dikursi klien dapat memutuskan berbincang dikursi

14) Daya tarik diri/Insight

Klien mengatakan alasanya dibawa ke klinik karena dirinya kambuh lagi akibat putus obat tidak terkontrol.

**k) Aktivitas sehari – hari**

1) Makan

Makan di siapkan sendiri dan klien makan 2x sehari.

2) BAB/BAK

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

3) Mandi

Klien mengatakan mandi 1x sehari atau ketika mau saja.

4) Berpakain

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

5) Istirahat tidur

Klien mengatakan susah tidur dan selalu terbangun saat tengah malam.

6) Penggunaan obat

Klien mengatakan selalu teratur minum obat.

7) Pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan ingin segera sembuh

8) Aktivitas dirumah

Klien mengatakan sering membantu pekerjaan rumah.

9) Aktivitas diluar rumah

Klien kadang membantu pekerjaan rumah dan membantu pekerjaan ibunya.

**l) Mekanisme koping**

Adaaktif	Maladaaktif
Berkomunikasi	Menghindar
Menganyam	Melamun
Melakukan bersih-bersih	Lambat dalam bereaksi
Mampu menyelesaikan masalah	Lambat dalam bereaksi malu

**m) Masalah psikososial dan lingkungan**

- 1) Masalah dengan dukungan kelompok  
Tidak ada masalah.
- 2) Masalah dengan lingkungan  
Tidak ada masalah.
- 3) Masalah kesehatan  
Tidak ada masalah.
- 4) Masalah dengan perumahan  
Klien tidak suka dengan kakaknya
- 5) Masalah dengan pekerjaan.  
Klien mengatakan dirinya menganggur.
- 6) Masalah dengan ekonomi  
Tidak ada masalah .
- 7) Masalah dengan pelayanan kesehatan  
Tidak ada masalah.

**n) Kurang pengetahuan tentang**

- 1) Penyakit.
- 2) Obat-obatan.

**o) Aspek penunjang**

- 1) Diangosa medis  
Skizofrenia paranoid
- 2) Terapi medis

Terapi	Penggunaan
1) Chlorpromazine	1x100 mg
2) Risperidone	2x2 mg
3) Thrihexyphenidyl	2x2 mg

## 2. Analisa data

Nama : Ny. Y

Usia : 57 Tahun

**Tabel 3.2**

**Analisa Data**

<b>NO</b>	<b>DATA</b>	<b>MASALAH</b>
1.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien mengatakan sering melihat bayangan</li><li>2. Isi halusinasi ada bayangan orang-orang zaman dulu</li><li>3. Bayangan itu muncul pada pagi dan malam hari pada saat sedang melamun dengan frekuensi 2x sehari</li></ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien tampak gelisah</li><li>2. Klien sering melamun</li></ol>	Gangguan persepsi sensori Halusinasi penglihatan
2.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien mengatakan kesal apabila kaka klien ada yang mau menikah</li></ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien tampak tersinggung</li><li>2. Klien tampak jalan mondar mandir</li><li>3. Tidak punya kemampuan mencegah /mengontrol</li></ol>	Resiko perilaku kekerasan

### **3) Diagnosa keperawatan**

- 1) Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Penglihatan
- 2) Gangguan emosi resiko perilaku kekerasan.

**Table 3.3**  
**4. Intervensi Keperawatan**

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Rasional
			Kriteria evaluasi	Intervensi	
1.	Gangguan persepsi sensorial : halusinasi penglihatan	TUM : Klien dapat mengontrol halusinasinya  TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya	Setelah dilakukan tindakan satu kali interaksi mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat kriteria hasil : 6. Membalas sapaan perawat 7. Ekspresi wajah bersahabat dan senang 8. Ada kontak mata 9. Mau menyebutkan nama 10. Klien mampu mengutarakan masalah yang di hadapi	SP 1 1.Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komter f. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal g. Perkenalkan diri dengan sopan h. Tanyakan nama lengkap klien dan nama kegiatan klien i. Jelaskan maksud tujuan interaksi j. Berikan perhatian pada klien 2.Beri kesempatan pada klien mengungkapkan perasaannya dengarkan ungkapan isi klien.	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar interaksi yang selanjutnya akan dilakukan
		TUK 2 : Klien dapat	Klien mampu mengenal halusinasinya dengan	SP 2 1.Adah kontak sering dan singkat secara	Dengan mengenal halusinasi klien

		mengontrol halusinasinya	<p>kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Klien dapat menyebutkan waktu timbul halusinasi</li> <li>5. Klien dapat mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu saat terjadi halusinasi</li> <li>6. Klien dapat mengungkapkan perasaannya saat muncul halusinasi</li> </ol>	<p>bertahap</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Katakan apa yang di lihat halusinasi dari halusinasi</li> <li>3. Tanyakan kapan halusinasi dating</li> <li>4. Tanyakan halusinasinya</li> <li>5. Bantu mengontrol halusinasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>e. Jika menemukan klien yang halusinasi apakah ada yang di lihat</li> <li>f. Jika klien menjawab ada lanjutkan apa yang dikatakan</li> <li>g. Katakana bahwa perawat percaya klien melihat bayangan namun perawat tidak bisa melihat, katakana bahwa pasein lainya sama</li> <li>h. Katakana bahwa perawat mau membantu pasein</li> </ol> </li> <li>6. Diskusi dengan klien <ol style="list-style-type: none"> <li>d. Situasi yang menimbulkan / tidak menimbulkan halusinasi</li> <li>e. Waktu frekuensi halusinasi: (pagi, siang, sore, malam)/jika sendiri jengkel atau sedih</li> <li>f. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi.</li> </ol> </li> </ol>	dapat mengontrol halusinasi
		TUK 3 : Klien dapat	1. Klien dapat menyebutkan tindakan yang dilakukan	SP 3 1. Identifikasi bersama klien tindakan yang	Dengan mengendalikan

		mengontrol halusinasi	<p>untuk mengendalikan halusinasi.</p> <p>2. Klien dapat menunjukkan cara baru untuk mengontrol halusinasi</p> <p>3. Klien dapat mengikuti aktivitas kelompok</p> <p>4. Klien dapat mengikuti kepatuhan minum obat untuk mencegah halusinasi.</p>	<p>bisa dilakukan apabila terjadi halusinasi</p> <p>2. Diskusikan manfaat dan cara yang di gunakan klien,jika bermanfaat beri pujian</p> <p>3. Diskusikan cara terbaik memutus/mengontrol halusinasi</p> <p>e. Tutup mata,telinga,dan katakana saya tidak mau melihat, kamu palsu</p> <p>f. Temui orang lain atau perawat untuk bercakap cakap halusinasi yang di lihat</p> <p>g. Membuat jadwal sehari hari</p> <p>h. Meminta teman,keluarga atau perawat menyapa klien jika tampak berbicara sendiri</p> <p>4. Bantu klien memilih dan melatih cara mengontrol halusinasi secara bertahap</p> <p>5. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang di latih evaluasi hasilnya jika benar beri pujian</p> <p>6. Anjurkan mengikuti TAK jenis orientasi realita atau stimulus persepsi</p> <p>7. Klien dapat menyebutkan jenis,dosis, dan waktu minum obat, serta manfaat obat</p> <p>8. Diskusikan dengan klien jenis obat yang di minum , waktu minum obat, dosis dan cara</p> <p>9. Diskusikan proses minum obat.</p>	halusinasi klien dapat mengontrol halusinasi
.		TUK 4 :	1. Klien dapat melihat cara	SP 4	Dengan ikut

		Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi	mengatasi halusinasi 2.Klien melaksanakan cara mengatasi halusinasi.	1.Anjurkan klien memberi tahu kepada keluarga jika mengalami halusinasi 2.Diskusikan dengan keluarga d. Gejala halusinasi yang di alami e. Cara klien dan keluarga yang mengalami halusinasi di rumah beri kegiatan dan jangan biarkan sendiri f. Beri informasi waktu follow up atau karena perlu bantuan halusinasi tidak terkontrol dan resiko mencendrai orang lain 3.Diskusikan dengan klien tentang jenis,dosis,frekuensi dan manfaat 4. Pastikan klien minum obat. Dengan anjuran dokter	sertakan keluarga klien mendapatkan mengontrol halusinasi dengan efektif.
2.	Gangguan emosi Resiko perilaku kekerasan	TUM : Klien dan keluarga mampu mengatasi atau mengendalikan resiko perilaku kekerasan TUK : Klien dapat membina hubungan saling percaya	Setelah dilakukan satu kali pertemuan di harapkan klien menunjukkan tanda – tanda: f. Klien mau membalas salam g. Klien mau menyebutkan nama h. Klien tersenyum dan nada kontak mata i. Klien mampu menyebutkan nama perawat	1.Beri salam dan panggil nama klien 2.Sebutkan nama perawat sambil salaman 3.Jelaskan maksud hubungan interaksi 4.Berikan rasa nyaman dan sikap empati 5.Lakukan kontrak singkat tapi sering .	Membantu klien untuk membina hubungan saling percaya.

			j. Klien mampu menyepakati kontrak.		
		TUK 1 : Mengidentifikasi penyebab dan tanda tanda RPK	Setelah dilakukan satu kali pertemuan diharapkan pascin mampu: c. Menyebutkan penyebab,tanda,gejala rpk d. Menerapkan cara fisik ke 1 ( Tarin nafas dalam ) untuk mengontrol perilaku kekerasan.	SP 1 : 1.Identifikasi tanda dan gejala rpk 2.Latihan cara fisik 1 (Tarik nafas dalam) 3.Masukkan dalam jadwal harian klien.	1.Membantu klien menyelesaikan masalahnya 2.Membantu menenangkan pikiran 3.Meningkatkan disiplin klien.
		TUK 2 : Klien dapat menyebutkan cara mengontrol rpk secara fisik	Setelah dilakukan satu kali pertemuan diharapkan klien mampu: c. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan d. Peragaan secara fisik II (memukul bantal/kasur) untuk mengontrol perilaku kekerasan.	SP II : 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp I) dab beri pujian. 2. Latihan secara fisik II : pukul kasur / bantal 3. Masukkan dalam jadwal harian klien.	1. Mengetahui tingkat keberhasilan dalam latihan sebelumnya 2. Membantu menenangkan pikiran 3. Meningkatkan Disiplin klien.
		TUK 3: Klien dapat	Setelah dilakukan satu kali pertemuan diharapkan klien	SP II: 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp I dan Sp	1. Mengetahui tingkat kebersihan

		menyebutkan cara mengontrol rpk secara sosial atau verbal	mampu: c. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan d. Memperagakan secara sosial/verbal untuk mengontrol rpk.	II) dan berikan pujian 2. Latihan cara mengontrol rpk secara verbal meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan dengan baik 3. Masukkan dalam jadwal harian.	dalam latihan sebelumnya 2. Latih klien intuk meminta, menolak dan mengungkapkan dengan baik dan cara yang benar 3. Disiplin klien dalam berlatih melakukan kegiatan.
		TUK 4: Klien dapat menyebutkan cara mengontrol rpk secara spiritual	Setelah dilakukan satu kali pertemuan diharapkan klien mampu: c. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan d. Memperagakan cara mengontrol rpk secara spiritual.	Sp IV: 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp I, Sp II, Sp III) berikan pujian 2. Latihan cara mengontrol rpk secara spiritual berdoa atau ibadah sesuai kepercayaan 3. Masukkan kedalam jadwal harian klien.	1. Mengetahui tingkat keberhasilan dalam latihan sebelumnya 2. Membantu menenangkan pikiran 3. Meningkatkan disiplin klien.
		TUK 5: Klien dapat menggunakan obat yang telah ditetapkan	Setelah dilakukan satu kali pertemuan diharapkan klien mampu menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan , memperagakan cara patuh obat	Sp V: 1 .Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp I, Sp II, Sp III) beri pujian 2. Latih cara mengontrol rpk dengan obat (jelaskan 6 banar ,jrnis,golongan,dosis,frekuensi,konstinuitas	1. Mengetahui tingkat keberhasilan dalam latihan sebelumnya. 2. Meningkatkan

				minum obat) 3. Minum obat secara teratur 4. Susun jadwal minum obat secara teratur 5. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian .	kefektifan obat berlerja 3. Menvegah kesalahan dalam pemberian obat 4. Mempercepat proses penyembuhan 5. Tingkatan disiplin klien dalam berlatih melakukan kegiatan.
--	--	--	--	--	--

**Tabel 3.4**  
**5. Implementasi dan Evaluasi**

No	Tanggal & Jam	DX	Implementasi Keperawatan	Evaluasi	TTD
1.	04/04/2023 09.15 WIB	Gangguan persepsi sensorial Halusinasi Penglihatan	SP I : 1. Membina hubungan saling percaya dengan klien. 2. Membantu klien mengenal halusinasi, isi, frekuensi, jenis, waktu. 3. Menjelaskan rasa mengontrol halusinasi 4. Menjelaskan klien mengontrol halusinasi dengan cara yaitu menghardik.	S : - Klien mau memperkenalkan dirinya. - Klien mau menceritakan isi, jenis, waktu, frekuensi halusinasi.  O : - Klien dapat meragakan cara menghardik halusinasi. - Klien mampu mengenal isi, jenis, waktu, frekuensi halusinasi. - Klien mengetahui cara mengontrol halusinasi	Adinda

				<p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melatih klien menghardik halusinasi</li> </ul>	
	05/04/2023 08.30 WIB		<p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.</li> <li>2. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara .kedua : bercakap-cakap</li> <li>3. Menganurkan memasukan kejadwal latihan harian.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien merasa senang dan tenang,namun masih suka melihat bayangan-bayangan saat sedang sendiri.</li> <li>- Klien mengatakan mengerti cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dapat memeragakan cara mengontrol dengan menghardik.</li> <li>- Klien dapat memperagakan</li> </ul>	Adinda

				<p>cara bercakap-cakap.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tidak banyak melamun</li> </ul>	
	06/04/2023		<p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi tindakan harian dan bercakap-cakap lalu beri pijian.</li> <li>2. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian.</li> <li>3. Menjelaskan obat dan melatih cara minum obat yang teratur.</li> <li>4. Menganjurkan memasukan kejadwal kegiatan harian</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan bayangan-bayangan mulai sedikit berkurang dengan cara bercakap-cakap.</li> <li>- Klien mengatakan lebih tenang.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik dan bercakap-cakap.</li> <li>- Klien mampu dan mengerti cara halusinasi dengan kegiatan harian contohnya menganyam.</li> <li>- Klien mengerti</li> </ul>	Adinda

				<p>penjelasan dari perawat mengenai obat dan mengingat waktu untuk memakan obat.</p> <p>A : Masalah teratasi P : Hentikan Intervensi.</p>	
	07/04/2023 10.00 WIB		<p>SP 4 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan klien memberitahu kepada perawat jika mengalami halusinasi.</li> <li>2. Menjelaskan pengertian, tanda gejala terjadinya halusinasi</li> <li>3. Mendiskusikan dengan klien tentang jenis, dosis, frekuensi dan manfaat obat.</li> <li>4. Pastikan klien meminum obat dengan anjuran dokter.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan bayangan bayangan mulai mengurang karena obat .</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tenang</li> <li>- Klien tampak memperhatikan cara mengontrol halusinasi secara mandiri dengan baik.</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi P : Anjurkan klien meminum obat teratur</p>	Adinda

2.	08/04/2023 09.15 WIB	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>SP I :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi diri sendiri.</li> <li>2. Mengidentifikasi orang terdekat.</li> <li>3. Memonitor adanya benda yang berpotensi membahayakan.</li> <li>4. Melatih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal.</li> <li>5. Melatih cara fisik 1 : tarik nafas dalam</li> <li>6. Masukan kedalam jadwal</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tau bagaimana penyebab PK bagaimana cara menanganinya menjelaskan tentang PK.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tenang dan mampu melakukan latihan tarik napas dalam.</li> </ul> <p>A : Perilaku kekerasan tidak tampak, SP 1 tercapai klien mampu melakukan latihan tarik napas dalam.</p> <p>P : Lanjutkan SP 2 dan evaluasi SP 1</p>	Adinda
	09/04/2023 11.00 WIB		<p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan evaluasi SP 1.</li> <li>2. Melatih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal.</li> <li>3. Melatih cara mengungkapkan perasaan asertif</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan bisa melakukan SP 1</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak memperhatikan saat melakukan</li> </ul>	Adinda

			<p>4. Melatih cara fisik 2: pukul bantal atau guling.</p> <p>5. Masukan dalam jadwal harian</p>	<p>tindakan SP 2 dengan tenang</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perilaku kekerasan tidak tampak, SP 2 tercapai klien mampu melakukan latihan SP 2 cara memukul bantal guling</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan Sp 3 dan evaluasi SP 2</li> </ul>	
	10/04/2023 10.WIB		<p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi SP 2</li> <li>2. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal</li> <li>3. Melatih cara sosial verbal <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mengajarkan cara menolak dengan baik</li> <li>-Mengajarkan meminta dengan baik</li> <li>-Mengajarkan meminta dengan baik</li> </ul> </li> <li>4. Memasukan kedalam jadwal harian</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan mampu mampu melakukan SP 1,2</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak memperhatikan saat perawat saat perawat mengajarkan SP 3 dengan cara sosial verbal dan non verbal dengan baik</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SP 3 tercapai</li> </ul>	Adinda

				<p>kliem mampu melakukan SP 3 dengan cara sosial verbal</p> <p>P : Lanjut SP 4 dengan evaluasi SP 3</p>	
	11/04/2023 11.15 WIB		<p>SP 4 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan evaluasi SP 3</li> <li>2. Melakukan cara latihan mengontrol PK : spiritual</li> <li>3. Memasukan kedalam jadwal harian</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu melakukan SP 1,2,3</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien memperhatikan saat perawat melakukan SP 4 dengan cara spiritual</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SP 4 tercapai klien mampu melakukan SP 4 dengan cara spiritual</li> </ul> <p>P :</p> <p>-Lanjut SP 5 dan evaluasi SP 4</p>	Adinda
	12/04/2023 09.22 WIB		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi SP 4</li> <li>2. Melakukan cara mengontrol PK dengan</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu melakukan SP</li> </ul>	Adinda

			<p>meminum obat secara teratur\  3. Memasukan ke dalam jadwal harian klien</p>	<p>1,2,3,4  O :  - Klien memperhatikan dengan focus saat perawat melakukan SP 5 dengan cara meminum obat secara teratur  A :  - SP 5 tercapai dan mampu melakukannya  P :  - Intervensi dihentikan dan lakukan evaluasi 1,2,3,4</p>	
--	--	--	--	---	--

**Tabel 3.5**  
**Catatan Perkembangan**

**Nama Klien : Ny. Y**

**Umur : 57 Tahun**

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	13 April 2023	Gangguan persepsi sensori: Halusinasi penglihatan	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien merasa senang dan tenang, namun masih suka melihat bayangan-bayangan saat sedang sendiri.</li> <li>- Klien mengatakan mengerti cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tenang</li> <li>- Klien tampak mempraktikkan cara mengontrol halusinasi secara mandiri</li> </ul> <p>A : Halusinasi Penglihatan P : Anjurkan menghardik di setiap melihat bayangan</p>	Adinda
		Gangguan Emosi Resiko Perilaku Kekerasan	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tau bagaimana penyebab PK bagaimana cara menanganinya menjelaskan tentang PK.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tenang dan mampu melakukan latihan tarik napas dalam</li> </ul> <p>A : RPK P : Anjurkan SP 2</p>	Adinda
2.	14 April	Gangguan persepsi	<p>S :</p>	Adinda

	2023	sensori: Halusinasi penglihatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan bayangan bayangan mulai mengurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tenang</li> <li>- Klien tampak memperhatikan cara mengontrol halusinasi secara mandiri dengan baik.</li> </ul> <p>A : Halusinasi Penglihatan P : Anjurkan klien meminum obat teratur</p>	
		Gangguan Emosi Resiko Perilaku Kekerasan	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu melakukan SP 1,2,3,4</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tenang</li> <li>- Klien dapat mempraktikan SP 1 sampai 5 dengan baik secara mandiri</li> </ul> <p>A : RPK P : Latih terus klien dengan SP 1 sampai 5</p>	Adinda

## **B. Pembahasan**

Setelah melakukan asuhan keperawatan jiwa pada Ny. Y dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi penglihatan akibat skizofrenia paranoid di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Garut mulai tanggal 03 April 2023 sampai 15 April 2023, penulis melaksanakan tahap-tahap proses keperawatan dan membandingkan dengan kasus di lapangan.

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

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

### **1. Pengkajian**

Pada tahap pengkajian dilaksanakan untuk memperoleh data klien baik data yang bersifat subjektif maupun data yang bersifat objektif. Data subjektif di dapatkan dari wawancara langsung pada klien dan tim kesehatan lain, sedangkan data objektif di peroleh dari observasi langsung dan pengkajian terhadap klien.

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

karena dalam menentukan diagnosa penulis melihat dari data yang di dapat dari hasil pengkajian.

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

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

- a. Faktor predisposisi
  - 1) Biologis
  - 2) Psikologis
  - 3) Sosial budaya dan lingkungan

Klien tidak bekerja setelah terjadi perundungan

- b. Faktor presipitasi

Kehilangan pekerjaan karena berhenti bekerja

## **2. Diagnosa Keperawatan**

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

- a) Gangguan konsep diri : harga diri rendah
- b) Gangguan presepsi sensori : halusianasi dan

c) Gangguan emosional : resiko perilaku kekerasan.

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

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

- a) Gangguan persepsi sensori: Halusinasi penglihatan
- b) Gangguan emosi resiko perilaku kekerasan

Penulis mengangkat 2 masalah tersebut untuk dilakukan pelaksanaan keperawatan.

### **3. Perencanaan**

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

#### **4. Implementasi**

Tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan pada situasi nyata implementasi sering kali jauh lebih berbeda dengan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan, yang bisa dilakukan perawatan setelah menggunakan rencana tidak tertulis yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan itu yang dilaksanakan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih di butuhkan dan sesuai dengan keadaan klien saat ini. Sesuai dengan teori pada saat akan melaksanakan tindakan perawat membuat kontrak atau janji terlebih dahulu dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang di kerjakan dan peran serta yang diharapkan klien. Kemudian dokumentasi semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien, namun direncana tindakan menggunakan tujuan umum dan tujuan khusus, diimplementasi menggunakan strategi pelaksanaan sesuai dengan kriteria keperawatan.

Pada tanggal 04 April 2023 dilakukan SP I yang isinya mencakup untuk masalah halusinasi perawat membina hubungan saling percaya dengan klien, mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, respon, dan mengajarkan klien cara menghardir halusinasi dalam jadwal kegiatan harian. Kemudian untuk masalah resiko perilaku kekerasan

perawat mengidentifikasi, menilai, dan membantu klien dalam mengontrol emosinya dengan cara teknik napas dalam.

Pada tanggal 05 April 2023 dilakukan SP 2 yang isinya mencakup untuk masalah halusinasi mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, dan mengajarkan klien memasukan cara menghardik halusinasi dan didalam pelaksanaan klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap, untuk masalah resiko perilaku kekerasan melakukan evaluasi kegiatan latihan fisik yang lalu (SP I), kemudian latihan fisik dua yaitu pukul bantal atau guling, latihan fisik tiga mengungkapkan marah dengan verbal, meminta dengan baik atau menolak dengan baik, latihan empat berdoa dan latihan fisik lima yaitu minum obat secara teratur.

Pada tanggal 06 April 2023 dilakukan SP 4 untuk masalah halusinasi yaitu mendiskusikan masalah yang dilakukan klien, melatih klien dalam menciptakan suasana lingkungan untuk mengontrol halusinasi mendiskusikan tanda dan gejala dan melatih klien dalam obat untuk klien halusinasi.

## **5. Evaluasi**

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai perkembangan klien setelah diberikan asuhan keperawatan. Pada tahap ini penulis tidak mendapatkan hambatan yang

berarti karena kriteria evaluasi dapat di nilai jelas melalui observasi ataupun ungkapan secara verbal dari klien.

Penulis menerapkan asuhan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang harus diberikan, namun tidak semua proses perencanaan dapat terlaksana dalam tahanan implementasi untuk mengatasi masalah tersebut dilakukan asuhan keperawatan yang lebih optimal dengan di dukung oleh informasi, sarana, lingkungan klinis dan kerja sama dari berbagai pihak yang memenuhi konsisi kejiwaan klien secara tepat dan optimal

## **BAB IV**

### **KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. Y dengan perubahan persepsi sensori: halusinasi penglihatan dari tanggal 03 April 2023 sampai 25 April 2023, maka dapat diambil kesimpulan berikut ini:

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

dengan orang lain serta mau melakukan kegiatan harian dan kegiatan sosial untuk menghindari halusinasinya.

6. Penulis dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

## **B. Rekomendasi**

1. Bagi perawat

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

2. Bagi konstitusi pendidikan

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

### **3. Untuk klinik terkait**

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

## DAPSTAR PUSTAKA

- osep, Iyus H, Titin Sutini. 2016. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Bandung: PRefikaAditama
- Wiramihardja, Sutarjo A 2015. Pengantar Psikologi Abnormal. Bandung: PT RefilikaAditama
- Sutejo, NS. 2016. Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Candra wayan I. 2017. Psikologi Landasan Keilmuan Praktik Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: CV. Andi Offset
- Ah Yusuf, Fitriyasa Rizky, Nihayati 2015. Kesehatan Jiwa. Jakarta: Selemba Medika
- O'Brien, Patricia G. 2014. Keperawatan Kesehatan Jiwa Psikiatrik. Jakarta: Kedokteran EGC
- Departemen kesehatan RI, 1993. **Asuhan Kesehatan Anak Dalam Kontek Keluarga**, Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan RI, Jakarta
- Guyton, 1999. **Fisiologi Manusia dan Mekanisme Penyakit**, edisi III, Jakarta. EGC.
- Laura A. Talbout, Mary Mayer 1997: **Pengkajian Perawatan Krisis**, Alih Bahasa : Aniek Maryuani, EGC,
- Lynda Juall Carpentino, 1997. **Diagnosa Keperawatan**, Alih Bahasa : Yasmin Asdih, S.Kp, Edisi 6, Jakarta. EGC.
- Marylin. E Doenges RN.BSN. MACS, Mari Frances Moorhouse, RN, CCp, CCFN, CCRN, Aliece C Geisler, mRN, BSN, CCRN, **Rencana Asuhan Keperawatan**, Alih Bahasa : I Made Kariasa, S.Kp, NI Made Sumarwati, S.Kp. Edisi 3, Jakarta EGC.
- M.I. Jakim, Gertu Dan K, Mc Tarrind, Audrai M Mc Lane, 1994. **Diagnosa Keperawatan**. Edisi 5, Jakarta. EGC
- Ngastyah, 1997, **Perawatan Anak Sakit**, Jakarta Cetakan 1, EGC.
- Prof. Dr Corry S Matundang, Prof. DR, Dr. Iskandar Wahidayat, Prof. DR, Dr. Sudigdo Sastroasmor, 1997, **Diagnosis Fisis Anak**, Jakarta, EGC.

**STRATEGI PELAKSANAAN  
TINDAKAN KEPERAWATAN (SP)**

**Masalah : Halusinasi**

Sp 1 Klien Ny. Y pada tanggal 04 April 2023 pukul 09.00 WIB, membantu klien mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara pertama : menghardik halusinasi.

**Fase Orientasi:**

“ Assalammualaikum bu, Saya perawat yang akan merawat ibu. Nama saya Adinda, senang dipanggil dinda. Nama ibu siapa? Senang dipanggil siapa?”

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

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

**Fase Kerja:**

“ Apakah ibu melihat bayangan seperti orang-orang, apa bayangan itu menakuti ibu?”

“ Apakah bayangan itu uteras-menerus terlihat atau sewaktu-waktu? Kapan yang sering ibu lihat? Berapa hari sehari ibu alami? Pada keadaan apa bayangan itu muncul ? Apakah pada waktu sendiri? “ Apa yang ibu rasakan ketika melihat bayangan itu? Apakah dengan cara itu bayangan-bayangan itu hilang ? Bagaiman kita belajar cara-cara mencegah bayangan-bayangan itu muncul?”

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

“ Bagaimana kalau kita belajar dengan satu cara dulu yaitu dengan mehardik .“

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

**Fase Terminasi:**

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

“ Baiklah sampai jumpa”  
“ Assalamualamu’alaikum”

SP 2 Pasein Ny. Y pada tanggal 05 April 2023 pukul 09.00 WIB. Melatih pasein mengontrol halusinasinya dengan cara kedua (bercakap-cakap dengan orang lain)

**Fase Orientasi:**

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

**Fase Kerja:**

“ Cara kedua untuk mencegah/mengontrol halusinasi yang lain. Jadi kalau ibu mulai melihat bayangan-bayangan, langsung saja mencari teman untuk di ajak ngobrol. Minta teman untuk mengontrol dengan ibu. Contohnya begini” tolong, saya mulai melihat bayangan-bayangan. Ayo ngobrol dengan saya!

**Fase Terminasi:**

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

“Assalamu’alaikum”.

**Fase Orientasi:**

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

SP 3 Pasein Ny. Y pada tanggal 06 2023 pukul 10.00 WIB. Melatih pasein mengontrol halusinasinya dengan cara ke tiga ( Melakukan aktivitas yang terjadwal)

**Fase Orientasi**

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

**Fase Kerja**

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

**Fase Terminasi**

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

SP 4 Pasein Ny. Y pada tanggal 07 2023 pukul 12.00 WIB. Melatih pasein mengontrol halusinasinya dengan cara ke empat( Melatih klien menggunakan obat secara teratur)

**Fase Orientasi**

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

**Fase Kerja**

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

**Fase Terminasi**

“Bagaimana perasaan Bu setelah kita bercakap-cakap tentang obat? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara-suara? Coba jelaskan! Bagus!

(jika jawaban benar). Mari kita masukkan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan Bu. Jangan lupa pada waktu minum obat minta obat pada perawat. Besok kita ketemu lagi untuk melihat 4 cara mencegah suara yang telah kita bicarakan. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 09.00? sampai jumpa. Assalamu'alaikum”.

## **Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan**

Hari ke-1 tanggal 08/04/2023

SP 1 : Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan

### **Fase Orientasi**

“Assalamualaikum”.

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

“Baiklah kita akan berbincang-bincang sekarang tentang perasaan marah Ibu”

“Berapa lama Ibu mau kita berbincang-bincang?”

“Bagaimana kalau 10 menit?”

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

### **Fase Kerja**

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

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

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

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

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

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

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

**Fase Terminasi**

“Bagaimana perasaan Ibu setelah berbincang-bincang tentang kemarahan Ibu?”

”Iya jadi ada 1 penyebab Ibu marah yaitu sering mendengar suara-suara yang membully dan yang Ibu rasakan kesal dan ingin marah-marah dan yang Ibu lakukan marah-marah pada sekitar serta akibatnya orang sekitar takut pada Ibu”

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

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

Hari ke-2 09/04/2023

Malatih klien dengan cara kedua memukul bantal atau guling

**Fase Orientasi**

“Assalamualaikum Bu, sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang saya datang lagi”

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

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

“Mau berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?”

Dimana kita bicara? Bagaimana kalau di ruang tamu?”

**Fase Kerja**

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

“Sekarang mari kita latihan memukul kasur dan bantal. Mana kamar Ibu? Jadi kalau nanti Ibu kesal dan ingin marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kema-

rahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal. Nah, coba Ibu lakukan, pukul kasur dan bantal. Ya, bagus sekali Ibu melakukannya”.

“Kekesalan lampiaskan ke kasur atau bantal.”

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

**Fase Terminasi**

“Bagaimana perasaan Ibu setelah latihan cara menyalurkan marah tadi?”

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

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

berapa kali sehari Ibu latihan memukul kasur dan bantal serta tarik nafas dalam ini?”

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

Hari ke-3 10/04/2023

SP 3 : Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal

### **Fase Orientasi**

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

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

“Coba saya lihat jadwal kegiatannya hariannya.”

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

“Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara bicara untuk mencegah marah?”

“Dimana enaknyanya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat yang sama?”

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

### **Fase Kerja**

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

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

### **Fase Terminasi**

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

“Coba Ibu sebutkan lagi cara bicara yang baik yang telah kita pelajari”

“Bagus sekali, sekarang mari kita masukkan dalam jadwal. Berapa kali sehari Ibu mau latihan bicara yang baik?, bisa kita buat jadwalnya?”

Coba masukkan dalam jadwal latihan sehari-hari, misalnya meminta obat,

uang, dll. Bagus nanti dicoba ya Bu!”

“Bagaimana kalau besok kita ketemu lagi?”

“Nanti kita akan membicarakan cara lain untuk mengatasi rasa marah Ibu yaitu dengan cara ibadah, Ibu setuju? Mau di mana Bu? Di sini lagi? Baik sampai nanti ya”

Hari ke-4 11/04/2023

SP 4 : Melatih mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual

### **Fase Orientasi**

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

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

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

“Dimana enaknya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat tadi?”

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

### **Fase Kerja**

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

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

“Ibu bisa melakukan sholat secara teratur untuk meredakan kemarahan.”

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

### **Fase Terminasi**

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

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

“Mari kita masukkan kegiatan ibadah pada jadwal kegiatan Ibu. Mau berapa kali Ibu sholat. Baik kita masukkan sholat semua jadwal shalat wajib dan sunnah”

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

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

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

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

Hari ke-5 12/04/2023

SP : Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat

**Fase Orientasi**

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

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

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

“Dimana enakny kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat kemarin?”

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

**Fase Kerja**

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

“Obatnya ada tiga macam Bu, yang warnanya oranye namanya CPZ gunanya agar pikiran tenang, yang putih ini namanya THP agar rileks dan tegang, dan yang merah orange ini namanya Risperidon untuk meredakan gejala skizofrenia. Semuanya ini harus Ibu minum 2 kali sehari jam 7 pagi, dan jam 7 malam”.

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

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

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

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

“Sekarang kita masukkan waktu minum obatnya kedalam jadwal ya Bu.”

**Fase Terminasi**

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

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

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

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

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**



## **A. IDENTITAS**

Nama : Adinda Nurdianti

Jenis Kelamin : Perempuan

TTL : Garut, 28 Agustus 2002

Agama : Islam

Alamat : Kp.Sukawangsa Rt/07 Rw/02 Desa Sukamulya  
Kecamatan Sukaresmi Kab. Garut

Moto :“ Jangan pernah jadi orang yang punya ketergantungan emosional pada siapapun. Mau tak mau kita hidup harus belajar mandiri, berpegang teguh pada prinsip dan tahu apa yang jadi prioritas dalam tujuan.”

Instagram : adindanrdntyy

## **B. Riwayat Pendidikan**

1. TK Islam AL-Madaniyyah Jalalen (2007-2008)
2. SDN Sukamulya 02 (2008-2014)

3. SMPN 04 Bayongbong (2014-2017)
4. SMAN 19 Garut (2017-2020)
5. STIKes Karsa Husada Garut Program Studi Diploma D III Keperawatan (2020-2023)

### **C. Riwayat Organisasi**

1. PMR SMPN 04 Bayongbong
2. Drum Band SMAN 19 Garut
3. Pasukan Pengibar Bendera Kecamatan Bayongbong 2019