

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. Y DENGAN
SKIZOFRENIA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI
HALUSINASI PENDENGARAN DI KLINIK NUR
ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Program
Pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKES Karsa Husada Garut

Oleh :

SOFIATIL QOLBI
KHGA.21004



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DII KEPERAWATAN
2024**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.Y DENGAN SKIZOFRENIA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI PENDENGARAN DI KLINIK NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT

NAMA : SOFIATIL QOLBI

NIM : KHGA21004

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini disetujui untuk disidangkan dihadapan

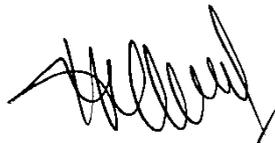
Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2024

Menyetujui

Pembimbing



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

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL :ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. Y DENGAN
SKIZOFRENIA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI
HALUSINASI PENDENGARAN DI KLINIK NUR ILLAHI
ASSANIE SAMARANG GARUT**

NAMA : SOFIATIL QOLBI

NIM : KHGA21004

Garut, Juni 2024

Menyetujui

Penguji I

Penguji II

Angga D. Nagara,S.Kep.,Ners.,M.Kep

H.Aceng Ali Awaludin,S.Kep.,Ns., M.HKes

Mengetahui

Mengesahkan,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan

Pembimbing

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

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

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. Y DENGAN SKIZOFRENIA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI PENDENGARAN DI KLINIK NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT

IV BAB, I37 Halaman, 7 Tabel, 9 Bagan, 4 Lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul : “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. Y Dengan *Skizofrenia* Gangguan Persepsi Semsori Halusinasi Pendengaran Di Klinik Nur Illahie Assanie Samarang Garut”, Penulis merasa tertarik untuk melakukan studi khusus pada pasien dengan halusinasi pendengaran, karena halusinasi adalah suatu gejala yang sering ditemukan pada penderita gangguan jiwa khususnya *skizofrenia*. Tujuan dari pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah asuhan keperawatan pada Tn.Y secara komprehensif, penulis juga mampu melakukan : pengkajian, menegakkan diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi pada Tn.Y dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran akibat *skizofrenia* di klinik nur illahie assanie samarang. Metode yang digunakan penulis adalah metode deskriptif melalui setudi khusus dengan teknik pengumpulan data dan observasi. Subjek penelitiannya adalah *skizofrenia* dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran yang dilakukan mulai dari tahap pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi. Halusinasi merupakan suatu keadaan dimana yang menggambarkan adanya sensori yang salah untuk dipersepsikan, yang mungkin mengenai salah satu dari ke lima panca indra. Asuhan keperawatan dilakukan selama 6 hari (24 April-1Mei) penulis menemukan dua masalah yang dialami pasien Tn.Y yaiyu Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah. Namun yang menjadi *focus* atau tujuan utama dari pemberian asuhan keperawatan ini adalah perbaikan daya persepsi pasien, dan pasien mampu berhubungan dengan realita. Penulis juga melaksanakan tindakan keperawatan dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik, memotivasi pasien untuk mengendalikan halusinasinya. Penulis mengevaluasi tindakan keperawatan sehingga mendapatkan data bahwa pasien sudah mampu untuk mengontrol halusinasinya walaupun dengan dukungan. Kesimpulan yang dapat diambil yaitu penulis dapat melakukan asuhan keperawatan Tn.Y secara komprehensif, penulis juga mampu melakukan : Pengkajian, menegakkan diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi pada Tn.Y dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran akibat *skizofrenia* di Klinik Nur Illhie Assanie Samarang Garut.

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

Daftar Pustaka: 41 buah, 2014-2024

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr.wb.

Alhamdulillah penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat hidayah serta inayah-Nya, sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. Y Dengan Skizofrenia Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut”**. Dalam penyusunan laporan tugas akhir ini, penulis tidak menyadari ketidak mampuan dan keterbatasan ilmu pengetahuan yang dimiliki penulis, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sehingga penulisan ini dapat di sempurnakan. Dengan selesainya laporan tugas akhir ini, tidak terlepas dari bantuan, pengarahan, dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H.D. Saefudin,. S. Sos, MM.Kes selaku ketua pengurusan Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi S. Kep.,M.Kes selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep selaku Program studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak Gin Gin Sugih P.,S.Kep.,M.H.Kes selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang telah banyak membantu, meluangkan

waktunya untuk membimbing, dan memberikan petunjuk serta dorongan dengan penuh kesabaran dan tanggung jawab

6. Bapak Angga D Nagara, S.Kep.,Ners selaku penguji I yang telah membimbing dan memberikan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak Aceng Ali Awaludin, S.Kep.,M.Kes selaku penguji II yang telah membimbing dan memberikan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Seluruh Staf Dosen dan Karyawan Prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan begitu banyak pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta bermotivasi kepada penulis mengikuti pendidikan.
9. Seluruh Staf dan Pimpinan Klinik Rehabilitas Nur Illahi Assanie Samarang Garut .
10. Pasien Tn. Y yang telah bersedia untuk bekerja sama dengan penulisan dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
11. Kepada kedua orang tua saya yang saya cintai terimakasih kepada Ayah saya Didi Rosadi serta Kepada Ibu saya Nuraidah yang telah memberikan do'a, kasih sayang serta perhatian kepada saya, moril, dan materi kepada penulis. Semoga keringat dan air mata keduanya dibalas dengan kebahagiaan dunia dan akhirat oleh Allah SWT. Saya sangat menyayangi kalian dan sangat bersyukur memiliki orangtua seperti Ayah dan Ibu.

Dengan diraih gelar ini semoga dapat membahagiakan sekaligus membuat bangga kepada kedua orang tua saya. Aminn.

12. Keluarga besarku serta kakak yang tercinta, yang telah memberikan dukungan, terimakasih untuk semuanya, untuk kesabaran dan perhatiannya dan untuk motivasi saat aku butuhkan dan memberikan dukungan kepada penulis.
13. Kepada teman teman terbaik saya terimakasih telah menerima saya dalam penulisan karya tulis ilmiah: Lia A, Eria W, Intan, Nisa F, Meli, Novi W dan teman lainnya, yang telah memberikan dukungan serta kebersamaan selama ini.
14. Teman teman seperjuangan 3A D III Keperawatan terimakasih telah memberikan kenangan indah selama belajar dikelas yang tidak akan pernah saya lupakan, dan yang senantiasa memberikan dukungan dan semangat dalam pembuatan laporan ini.
15. Kepada M. Aldi Rizqi Sopyan Amd.Kep. Terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan hidup saya. Bekontribusi banyak dalam penulisan karya tulis ini, baik tenaga, waktu, maupun materi kepada saya. Telah menjadi rumah, dalam segala hal yang menemani, mendukung ataupun menghibur dalam kesedihan, mendengar keluh kesah, memberi semangat untuk pantang menyerah. Semoga Allah selalu mmemberi keberkahan dalam segala hal yang kita lalui.

16. Kepada teman teman satu kelompok keperawatan jiwa saya ucapkan terimakasih sudah menemani dan berjuang bersama selama bimbingan proses penyusun karya tulis ilmiah.

17. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, semoga orang orang yang terlihat dalam penyusunan laporan ini semoga mendapat balasan kebaikan dari Allah SWT. Tidak ada satu imbalan apapun yang dapat penulis berikan, hanyalah doa yang tulus.

Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat serta karunia-Nya kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan laporan ini. Akhir kata penulis berharap semoga laporan ini dpat bermanfaat bagi penulis khususnya dan umumnya bagi pembaca.

Garut, Juni 2024

Sofiatil Qolbi

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
C. Metode Telaah.....	6
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN TEORITIS	10
A. Konsep Dasar	10
1. Konsep Skizofrenia	10
2. Konsep Halusinasi	19
3. Konsep Harga Diri Rendah	28
4. Konsep Resiko Prilaku Kekerasa	35
B. Konsep Asuhan Keperawatan	39
BAB III TINJAUAN KASUS.....	67
A. Tinjauan Kasus.....	67
1. Pengkajian	67
2. Analisa Data	78
3. Pohon Masalah	79
4. Diagnosa Keperawatan.....	80

5. Perencanaan	81
6. Implementasi	90
7. Catatan Perkembangan	94
B. PEMBAHASAN	98
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	106
A. Kesimpulan.....	106
DAFTAR PUSTAKA	109
LAMPIRAN.....	113
DOKUMENTASI	122
LEMBAR BIMBINGAN	123
DATA RIWAYAT HIDUP	126

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Diagnosa Penyakit Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut Periode 2024	4
Tabel 2.1 Tahapan Halusinasi	27
Tabel 2.2 Intervensi keperawatan halusinasi	52
Tabel 3.1 Analisa Data	78
Tabel 3.2 Perencanaan Keperawatan	81
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi	89
Tabel : 3.4 Catatan Perkembangan	93

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Rentang Respon Skizofrenia.....	11
Bagan 2.2 Rentang Respon	21
Bagan 2.3 Pohon Masalah Halusinasi.....	24
Bagan 2.4 Rentang Respon	29
Bagan 2.5 Harga Diri Rendah	33
Bagan 2.6 Rentang Respon	37
Bagan 2.7 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan	39
Bagan 2.8 Pohon Masalah.....	50
Bagan 3.1 Pohon Masalah.....	79

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) pada klien
dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi

Lampiran 2 Dokumentasi

Lampiran 3 Lembar Bimbingan

Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan Jiwa adalah suatu keadaan secara fisik, mental dan emosional seseorang optimal yang sempurna. Dengan kata lain, kesehatan jiwa, bukan berarti bebas dari gangguan jiwa, namun setiap orang berhak untuk sehat, bahagia dan mampu menghadapi tantangan. Setiap orang berhak untuk sehat, bahagia dan mampu menghadapi tantangan hidup orang lain. Terimalah orang lain dan diri anda sendiri adanya dan positif (Andri, et al, 2019).

Menurut Undang – undang No 18 Tahun 2014, mengatakan bahwa orang dengan gangguan jiwa disingkat dengan ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan dengan berbagai gejala atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia (Undang-undang No.18, 2014).

Gangguan jiwa adalah gangguan pada kesadaran, perhatian, emosi, perilaku motorik, proses berpikir, bicara, persepsi, ingatan, kecerdasan dan perkembangan wawasan. Dapat dikatakan bahwa gangguan jiwa dianggap suatu keadaan yang tidak normal, baik secara fisik maupun psikis. Gangguan tersebut terbagi menjadi dua kelompok, yaitu gangguan jiwa (neurosa) dan penyakit jiwa (psikosa) (Anggarawati dkk, 2022).

Skizofrenia merupakan gangguan utama yang mempengaruhi proses berpikir dan menyebabkan ketidakharmonisan antara proses berfikir, perasaan,, dan emosi. Penyebab skizofrenia biasanya disebabkan oleh adanya faktor biologis, genetic, dan psikososial. Pasien yang menderita skizofrenia akan memiliki gejala utama yaitu penurunan persepsi sensori yaitu halusinasi, Harga Diri Rendah dan Resiko Prilaku Kekerasan . (Karadjo & Agusrianto, 2022).

Halusinasi adalah gangguan jiwa dimana orang tersebut mengalami perubahan persepsi sensorik, munculnya sensasi palsu berupa suara, rasa, sentuhan, penglihatan, penciuman. Halusinasi yang paling umum adalah sekitar 70% halusinasi pendengaran, 20% halusinasi visual, dan 10% halusinasi sentuhan dan penciuman (Abdurkhan & Maulana, 2022). Halusinasi merupakan salah satu tanda gejala dari skizofrenia positif, halusinasi adalah hilangnya kemampuan seseorang dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar) (Akbar & Rahayu, 2021).

Menurut (Kemenkes RI ,2016) hasil dari riset kesehatan dasar prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk indonesia 1,7 per mil dan gangguan mental emosional di indonesia 6,0%. Lebih mengejutkan lagi tidak kurang dari 4% dari jumlah tersebut terlambat berobat dan tidak terobati secara berkelanjutan salah satu sebabnya adalah kurangnya layanan untuk penyakit gangguan jiwa, khususnya di indonesia yang diperkirakan terdapat

setidaknya 50 juta atau 25% dari penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa, diantaranya adalah skizofrenia (Risksdas,2019).

Berdasarkan data yang dapat diperoleh dari Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut, jumlah pasien gangguan jiwa khususnya yang terdiagnosis pada bulan Januari hingga tahun bulan Juni 2024 diantaranya gangguan afektif bipolar sebanyak 27 orang, skizofrenia sebanyak 8 orang dan retardasi mental sebanyak 2 orang serta untuk masalah keperawatannya diuraikan pada tabel berikut ini :

Sedangkan menurut Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, pada tahun 2024 terdapat peningkatan jumlah Orang dengan Gangguan Jiwa beberapa diagnosa yaitu, Bipolar sebanyak 1.988, orang yang mengalami gangguan Skizofrenia sebanyak 1.353, Penyalahgunaan Napza sebanyak 389, dan Reterdasi Mental sebanyak 205, jadi keseluruhan jumlah Data Penderita Gangguan Jiwa di Kabupaten Garut Priode Mei 2023-2024 sebanyak 3.935 jiwa.

Salah satu tempat yang menangani penderita gangguan jiwa di kabupaten Garut adalah Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahie Assanie Samarang. Berikut data penderita gangguan jiwa yang diperoleh dari klinik tersebut.

Tabel 1.1
Data Masalah Keperawatan Jiwa di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang
Periode bulan Januari-Juni 2024

No.	Kasus gangguan jiwa	Jumlah	Presentasi
1.	<i>Halusinasi</i>	12	33%
2.	Resiko perilaku kekerasan	11	30%

3.	Harga diri rendah	7	18%
4.	Isolasi sosial	5	13,6%
5.	Defisit perawatan diri	0	0%
6.	Waham	2	5,4%
	Jumlah	37orang	

(Sumber : Klinik Nur Illahie Assanie Samarang)

Tabel 1.1 : Menjelaskan bahwa masalah keperawatan jiwa di Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut periode bulan Jnauri sampai dengan bulan Juni 2024 didapatkan dua orang yang mengalami **Halusinasi Pendengaran sebanyak 33%** dan merupakan masalah keperawatan tertinggi, resiko perilaku kekerasan sebanyak 30%, Harga diri rendah sebanyak 18%, Isolasi sosial sebanyak 13,6%, Defisit perawatan diri sebanyak 0%, merupakan masalah keperawatan terendah, dan Waham sebanyak 5,4%

Ternyata Gangguan Halusinasi di peringkat ke 1. Hal ini terjadi karena tingginya kasus halusinasi di Klinik Nur Illahie Assani Samarang sangat tinggi dan diperlukan demi tercapainya upaya peningkatan kesehatan jiwa, yang apabila tidak segera diatasi maka akan menimbulkan gejala atau permasalahan baru terhadap pasien skizofrenia di lingkungan klinik dan takutnya akan terjadinya peningkatan halusinasi

Perawat jiwa sebagai pemberi asuhan keperawatan jiwa dapat membantu menurunkan gangguan halusinasi pasien melalui penerapan strategi pelaksanaan tindakan dengan menggunakan komunikasi terapeutik pada pasien, oleh karena itu perawat dituntut mampu memberikan asuhan

keperawatan yang profesional dan dapat mempertanggung jawabkan asuhan yang diberikan secara ilmiah.

Berdasarkan pernyataan diatas maka penulis merasa tertarik untuk mengangkat masalah tersebut dan merasa perlu untuk melakukan Asuhan Keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi, dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. Y DENGAN SKIZOFRENIA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI PENDENGARAN DI KLINIK NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT”**.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengetahuan, keterampilan, wawasan serta pengalaman yang nyata dalam melaksanakan dan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi aspek bio, psikologi, sosial dan spritual kepada klien dengan Gangguan Sensori Halusinasi Indra Pendengaran.

2. Tujuan Khusus

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan Konsep Diri Gangguan Halusinasi Indra Pendengaran.

- a. Mampu melakukan pengkajian secara rinci, lengkap dan kompherensif pada Tn.y dengan skizofrenia gangguan halusinasi sensori di Klinik Yayasan Nur Illahi Insanie Samarang Garut.

- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang timbul pada klien Tn. Y dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia.
- c. Mampu menyusun rencana asuhan keperawatan terhadap masalah-masalah yang muncul sesuai prioritas masalah pada klien Tn. Y dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana yang ditetapkan pada klien Tn. Y dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada klien Tn. Y dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien Tn. Y dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia.

C. Metode Telaah

Dalam penulisan studi kasus ini, penulis menggunakan metode deskriptif yang berupa laporan kasus asuhan keperawatan pada Tn. Y dengan Halusinasi Pendengaran melalui proses keperawatan menurut Aini (2018) dengan teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah.

1. Wawancara

Biasa juga disebut anamnesa adalah menanyakan atau tanya jawab yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi klien dan merupakan suatu komunikasi yang direncanakan. Dalam berkomunikasi ini perawat mengajak klien dan keluarga untuk bertukar pikiran dan perasaan yang diitilahkan dengan tehnik komunikasi terapeutik.

2. Observasi

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

3. Pemeriksaan Fisik

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

4. Studi Dokumentasi

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

5. Studi Kepustakaan

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

6. Partisipasi Aktif

Partisipasi aktif yaitu penulisan melakukan asuhan keperawatan pada Tn. Y dengan Gangguan Sensori Halusinasi Indra Pendengaran secara langsung dengan bimbingan petugas kesehatan lain.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memudahkan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, maka penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut :

1. Bab I : Pendahuluan, bab ini membahas mengenai latar belakang, tujuan penulisan, metode telaahan, dan sistematika penulisan.
2. BAB II : Tinjauan Teoritis, bab ini membahas tentang teori-teori yang berhubungan dengan judul di atas yang dapat dijadikan acuan pada waktu pembahasan, terdiri dari konsep dasar penyakit, definisi, psikodinamika bipolar, psikodinamika Risiko Perilaku Kekerasan, Psikodinamika Defisit Perawatan diri, dampak Perilaku Kekerasan terhadap kebutuhan dasar manusia serta membahas tentang proses keperawatan jiwa meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
3. BAB III : Tinjauan Kasus dan Pembahasan, dalam bab ini dijelaskan tentang asuhan keperawatan yang dilakukan secara nyata di lapangan melalui tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan catatan

perkembangan pada klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan. Sedangkan dalam pembahasan berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan dan dibandingkan antara pendekatan teoritis dengan pelaksanaan langsung pada kasus serta pemecahan masalahnya.

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

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Konsep Skizofrenia

a. Definisi Skizofrenia

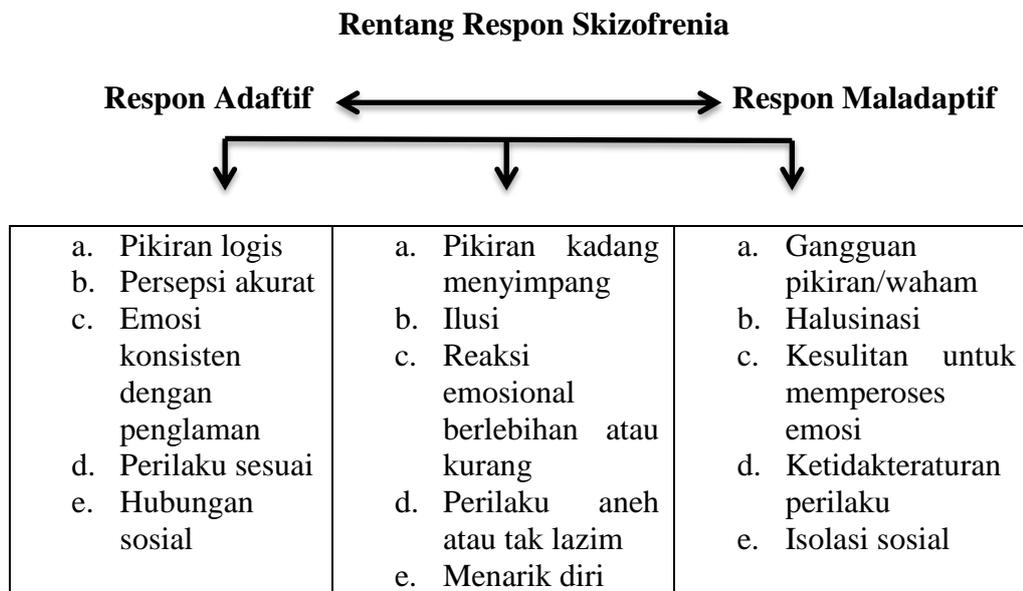
Menurut (Wulandari, & Pardede, 2020) Skizofrenia, ini adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berfikir, komunikasi, merasakan, dan mengekspresikan emosi, serta gangguan otak yang ditandai dengan pikiran yang tidak terorganisir, delusi, halusinasi, dan perilaku aneh.

Skizofrenia adalah penyakit yang mempengaruhi berbagai area individu, meliputi : berpikir, berkomunikasi, menerima, menafsirkan dan menunjukkan emosi (putri, Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran,2022).

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang mempengaruhi dan menimbulkan pikiran, emosi, persepsi, dan perilaku aneh yang ditandai dengan kesulitan, kebenaran yang terganggu, aktivitas yang tidak biasa, gangguan kognitif, kesulitan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.

b. Rentang Respon Skizofrenia

Bagan 2.1 Rentang Respon Skizofrenia



Sumber : struart,2013

c. Etiologi Skizofrenia

Menurut (Videbeck, 2020) Menyatakan bahwa Skizofrenia dapat disebabkan oleh 2 faktor,yaitu :

1. Faktor predisposisi
 - a. Faktor biologis
 - 1) Faktor genetik

Faktor genetik adalah faktor utama pencetus dari skizofrenia. Anak –anak yang mempunyai orang tua kandung yang mengidap skizofrenia tetapi diadopsi saat lahir oleh orang tua yang tidak memiliki riwayat skizofrenia masih mempunyai risiko genetik terhadap

orang tua kandungnya. Hal ini dibuktikan melalui penelitian yang menyatakan bahwa anak yang salah satu orang tuanya menderita skizofrenia memiliki angka sebesar 15%. Angka ini meningkat menjadi 35% kedua orang tua kandung menderita skizofrenia.

2) Faktor neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita skizofrenia memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Hal ini mungkin menunjukkan kegagalan perkembangan atau kegagalan jaringan berikutnya. CT Scan menunjukkan hipertrofi ventrikel selebral dan atrofi korteks serebral. Pemeriksaan Positron Emission Tomography (PET) menunjukkan adanya penurunan oksigen dan metabolisme glukosa pada struktur korteks frontal otak yang normal pada daerah temporal dan frontal individu penderita skizofrenia.

3) Neurokimia

Penelitian neurokimia secara konsisten menunjukkan adanya perubahan system neurotransmitters otak pada individu penderita skizofrenia. Pada orang normal, sistem switch pada otak bekerja dengan normal. Sinyal persepsi yang masuk dikembalikan dengan sempurna tanpa ada gangguan, menghasilkan perasaan,

pikiran, dan pada akhirnya tergantung pada kebutuhan saat itu. Pada otak pasien skizofrenia, sinyal yang dikirim terganggu dan tidak mencapai koneksi seluler yang diinginkan.

4) Faktor psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal, misalnya pada anak tidak mampu membangun kepercayaan, sehingga dapat mengakibatkan konflik intrapsikis seumur hidup. Skizofrenia yang parah mengakibatkan ketidak mampuan mengatasi permasalahan yang ada. Gangguan identitas, ketidakmampuan mengendalikan diri juga merupakan inti teori ini.

5) Faktor sosiokultural dan lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari kelas sosial ekonomi rendah yang menunjukkan gejala skizofrenia lebih tinggi dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Insiden – insiden ini terkait dengan kemiskinan, akomodasi perubahan padat, gizi yang tidak memadai, kurangnya perawatan prenatal, sumber daya untuk mengatasi stres dan perasaan putus asa.

2. Faktor Presipitasi

a) Biologis

Penyebab stres biologis yang terkait dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi : gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur proses balik informasi, kelainan pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang menyebabkan ketidak mampuan untuk secara selektif menanggapi stimulasi.

b) Lingkungan

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

c) Pemicu

Gejala pemicu adalah precursor dan rangsangan yang sering kali menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya ditemukan pada respon neurobiologis maladaptif yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

d. Jenis – jenis Skizofrenia

1) Skizofrenia Paranoid

Gejala yang akan dialami ditunjukkan oleh penderita skizofrenia jenis paranoid adalah delusi, halusinasi dan bicara cadel. Penderitanya juga akan menalami kesulitan megembangkan berkonsentrasi, mengalami penurunan kemampuan berperilaku serta memiliki ekspresi yang datar. Mereka mudah tersinggung,

suka menyendiri dan kurang percaya pada terhap orang lain, jenis Skizofrenia ini sering dimulai pada usia 30 tahun. Permulaannya mungkin sub akut, tetapi mungkin juga akut.

2) Skizofrenia Hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik merupakan jenis yang menyebabkan penderitanya tidak teratur dalam berperilaku dan berbicara. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya dipersonalisasi atau double personality, gangguan seperti mannerism, neologisme atau prilaku kekanak-kanakkan, waham dan halusinasi. Terjadi pada masa remaja atau antara 15 – 25 tahun.

3) Skizofrenia Residul

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

4) Skizofrenia Katatonik

Skizofrenia katatonik menunjukkan gangguan pergerakan (katatonik). Selain itu kerap meniru perilaku orang lain, tidak mau berbicara dan menunjukkan kondisi seperti pingsan.

Biasanya akut serta sering didahului oleh stress emosional. Terjadi antara usia 15 sampai 30 tahun.

5) Skizofrenia Simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya suka ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali ditemukan.

e. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Amimi (2020) tanda gejala skizofrenia secara general di bagi menjadi 2 (dua), yaitu gejala positif dan negatif.

1) Gejala positif atau gejala nyata, yaitu :

- a) Halusinasi : Persepsi sensori yang salah atau pengalaman yang tidak terjadi dalam realitas.
- b) Waham : Keyakinan yang salah dan dipertahankan yang tidak memiliki dasar dalam realitas.
- c) Ekopraksia : Peniruan gerakan dan gestur orang lain yang diamati pasin.
- d) Flight of ideas : Aliran verbalisasi yang terus – menerus saat individu melompat dari suatu topik ke topik lain dengan cepat.
- e) Perseverasi : Terus menerus membicarakan satu topik atau gagasan, pengulangan kalimat, kata, atau frasa

secara verbal dan menolak untuk mengubah topik tersebut.

- 2) Gejala negatif atau gejala samar, yaitu :
 - a) Apati : Perasaan tidak peduli terhadap individu, aktivitas, dan peristiwa.
 - b) Alogia : Kecenderungan berbicara sedikit atau menyampaikan sedikit substansi makna .
 - c) Afek datar : Tidak adanya ekspresi wajah yang akan menunjukkan emosi atau mood.
 - d) Afek tumpul : Rentang keadaan perasaan emosional atau mood yang terbatas.
 - e) Anhedonia : Merasa tidak senang atau tidak gembira dalam menjalani hidup, aktivitas atau hubungan.
 - f) Katatonia : Imobilitas karena faktor psikologis, kadang kala ditandai oleh periode agitasi atau gembira, pasien tampak tidak bergerak, seolah – olah dalam keadaan setengah sadar.
 - g) Tida memiliki kemauan : Tidak adanya keinginan, ambisi, atau dorongan untuk bertindak atau melakukan tugas – tugas.

f. Tipe-tipe Skizofrenia

Menurut samsara (2020) skizofrenia terdiri dari beberapa jenis yaitu paranoid, hebefrenik, katatonik, residual dan tidak terkatagori.

Gejala positif adalah gangguan singkat yang menimbulkan gejala halusinasi, penyesatan pikiran (delusi atau waham), dan kegagalan berpikir dan gerak terhadap klien skizofrenia. Gejala negatif mengacu kepada kesulitan untuk mengeskpresikan emosi secara normal, gejala negatif dapat menunjukkan dengan berbicara dengan nada yang datar, wajahnya tidak menunjukkan ekspresi apapun kesannya datar, mengalami kesulitan menikmati hal-hal yang menyenangkan. Gejala daya pikir gangguan ini meliputi kesulitan untuk menggunakan informasi untuk membuat keputusan, kesulitan ketika menggunakan informasi setelah itu mempelajarinya, kesulitan untuk memfokuskan perhatian ke satu hal.

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

- 1) *Skizofrenia* simplex dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.
- 2) *Skizofrenia* hebefrenik gejala utama gangguan proses fikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.
- 3) *Skizofrenia* katatonik dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.
- 4) *Skizofrenia* paranoid dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran.

- 5) Episoda *skizofrenia* akut (lir skizofrenia), adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
- 6) *Skizofrenia* psiko afektif yaitu adanya gejala utama skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.
- 7) *Skizofrenia* residual skizofrenia dengan gejala gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia.

2. Konsep Halusinasi

Adapun Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi, adalah sebagai berikut :

- 1) Gangguan persepsi sensori Halusinasi
- 2) Harga Diri Rendah
- 3) Resiko Prilaku Kekerasan

a. Definisi Halusinasi Pendengaran

Halusinasi merupakan gejala gangguan jiwa dimana pasien mengalami perubahan persepsi sensori: merasakan sensori palsu berupa pendengaran, penglihatan, penghidu, perabaan, pengecapan (Keliat, 2020).

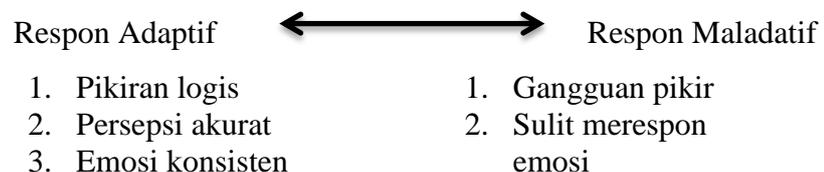
Halusinasi adalah suatu penyerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar, orang yang sehat persepinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterimanya melalui panca indra (Armadaniah, 2022).

Halusinasi adalah salah satu gejala atau perilaku yang sering terjadi pada pasien gangguan jiwa terkait dengan halusinasi yaitu berbicara sendiri, senyum sendiri, tertawa sendiri, selalu menatap ke suatu titik, pergerakan mata yang cepat, berusaha menghindari daeri orang lain, tidak dapat membedakan mana yang nyata atau tidak nyata, tidak jarang juga orang dengan gangguan jiwa tidak mau mandi dan memiliki perilaku yang aneh (Manurung, 2020).

b. Rentang Respon Halusinasi

Menurut (Stuart, Keliat & Pasaribu, 2016) : ini adalah perasaan maladaptasi. Jika pelanggaran memiliki pandangan yang sehat akurat, mampu mengenali dan menafsirkan rangsangan. Menurut panca indera (Pendengaran, Penglihatan, Penciuman, Rasa dan Sentuhan) pelangan halusinasi. Bahkan jika stimulasinya di antara kedua tanggapan tersebut terdapat tanggapan yang terpisah. Karena satu hal mengalami sosial yang abnormal, yaitu kesalah pahaman stimulasi yang diterimanya adalaah ilusi. Pengalaman pasien yang luas jika penjelasan untuk stimulasi sensorik tidak menurut stimulasi yang diterima, rentang responnya adalah sebagai berikut.

Bagan 2.2 Rentang Respon



- | | | |
|-----------------------|-------------------|------------------------------|
| | dengan pengalaman | 3. Perilaku aneh/tidak biasa |
| 4. Perilaku sesuai | | 4. Isolasi sosial |
| 5. Berhubungan sosial | | |

c. Etiologi Halusinasi

Menurut Indriawan (2019), halusinasi bisa disebabkan dari beberapa faktor seperti :

1) Faktor predisposisi

a) Faktor perkembangan

Proses perkembangan yang terhambat bisa menyebabkan hubungan dengan interpersonal terganggu yang berdampak depresi serta ansietas setelah itu berujung adanya gangguan pada persepsi sensori. Pematangan dari fungsi intelektual serta emosi menjadi kurang efisien bisa terjadi karna pasien berusaha untuk menekan perasaannya.

b) Faktor sosial budaya

Banyak terjadi di masyarakat karena beberapa faktor yang menimbulkan individu seolah, di asingkan ataupun merasa sendirian, yang sulit diatasi oleh individu tersebut hingga muncul gangguan semacam delusi ataupun berkhayal.

c) Faktor psikologis

Disharmonis dengan diri sendiri, memiliki peran ganda ataupun peran yang berlawanan bisa menjadi penyebab timbulnya ansietas berat yang berujung pada pengingkaran dengan realitas sehingga terbentuknya delusi.

d) Faktor biologis

Kondisi pada otak yang tidak normal dapat ditemui di klien yang mengalami masalah gangguan pada persepsi sensoris, gangguan orientasi kenyataan dan bisa ditemui pada atropik otak, dan wujud sel kortikal serta limbik yang membesar.

e) Faktor genetik

Terjadi disorientasi kenyataan salah satunya halusinasi ini yang biasanya ditemui pada penderita Skizofrenia. Keluarga ialah salah satu penemuan yang tertinggi pada kasus Skizofrenia ini.

2) Faktor presipitasi

a) Stressor sosial budaya

Pada kasus ini pasien menyangka kalau hidup bersosialisasi di dunia nyata sangat berbahaya. Stress serta kecemasan dapat bertambah saat stabilitas pada keluarga terjadi penyusutan, berpisah antar individu yang disayang, dan di asingkan oleh kelompok tertentu

hal tersebut bisa menjadi penyebab timbulnya halusinasi.

b) Faktor biokimia

Riset tentang dopamine, norepinetin, indolamine, dan zat halusigeni diprediksi berhubungan terhadap terjadinya halusinasi termasuk disorientasi kenyataan.

c) Faktor psikologi

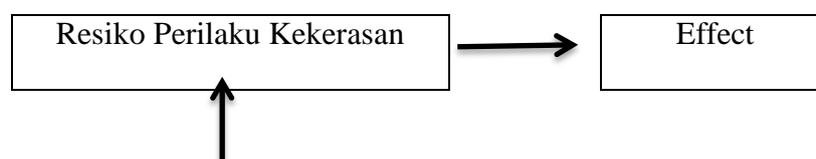
Keseriusan ansietaas yang sangat ekstream serta berkepanjangan yang diiringi kebiasaan untuk menunda menyelesaikan masalah dapat memungkinkan terjadinya gangguan orientasi realita ini. Pasien meningkatkan koping untuk menjuhi realita yang tidak menyenangkan.

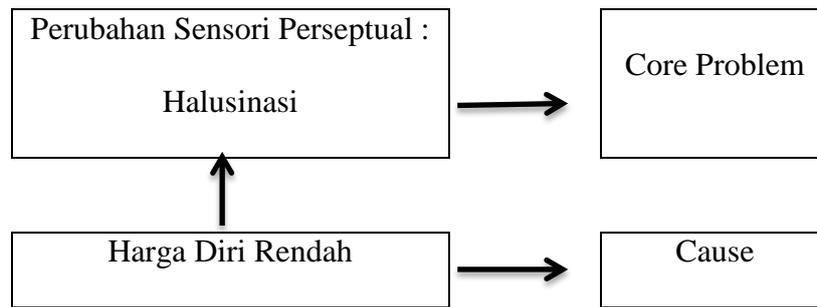
d) Faktor perilaku

Sikap yang berkaitan dengan perubahan motorik pasien, proses berfikir, persepsi yang afektif, serta keadaan sosial adalah hal yang dikaji kepada pasien gangguan orientasi kenyataan.

d. Pohon Masalah Halusinasi

Bagan 2.3 Pohon Masalah Halusinasi





(Hulu & Pardede,2023).

e. Jenis – Jenis Halusinasi

Halusinasi dapat dibagi menjadi 4 menurut (Putri, et al.,2022) sebagai berikut :

1) Halusinasi pendengaran

Klien merasa mendengar bunyi bising, biasanya berupa suara seseorang, suara yang terdengar gaduh dari nada tinggi bahkan berbentuk suara orang berkata-kata dengan jelas berbicara kepada pasien, bisa juga berbunyi seperti percakapan 2 orang atau bahkan lebih dari itu. Pikiran yang didengarkan oleh pasien semacam diminta untuk berbuat suatu hal terkadang membahayakan.

2) Halusinasi penglihatan

Klien merasakan stimulus visual yang berbentuk cahaya, berbentuk gambaran kartun, gambaran geometris, bayangan yang berbentuk sangat rumit sampai bayangan berbentuk kompleks. Terkadang bayangan muncul terlihat

mengasikan tapi tak jarang terkesan menakutkan semacam monster.

3) Halusinasi penghidu

Halusinasi penghidu atau sering disebut halusinasi penciuman yaitu klien seolah menghirup aroma tertentu semacam bau darah, bisa bau feses ataupun bau urine, biasanya aroma tersebut terkesan tidak menyenangkan.

4) Halusinasi pengecapan

Sensasi halusinasi ini terkadang klien merasakan sensasi seolah sedang mengecap rasa sesuatu contohnya rasa darah, urine, feses dan sebagainya.

5) Halusinasi perabaan

Klien merasakan nyeri ataupun ketidaknyamanan tanpa terdapatnya stimulus yang nyata. Semacam rasa ksetrum listrik yang kadang berasal dari tanah bahkan dari benda mati yang tidak jelas.

f. Tanda dan Gejala Halusinasi

Tanda dan gejala Halusinasi menurut (Pradana, Aditia Riyana, 2022) adalah terdiri dari :

- 1) Menarik diri dari orang lain, dan berusaha menghindar diri dari orang lain.
- 2) Tersenyum sendiri
- 3) tertawa sendiri.

- 4) Duduk terpaku (berkhayal).
- 5) Bicara sendiri.
- 6) Memandang satu arah, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, dan respons verbal yang lambat.
- 7) Menyerang, sulit berhubungan dengan orang lain.
- 8) Tiba-tiba marah, curiga, bermusuhan, merusak (diri sendiri, orang lain dan lingkungan) takut.
- 9) Gelisah, ekspresi muka tegang, mudah tersinggung, jengkel.
- 10) Terjadi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah.

g. Tahapan Halusinasi

Intensitas halusinasi meliputi empat tingkat mulai dari tingkat 1 sampai 4.

Tabel 2.1 Tahapan Halusinasi

Tingkat	Karakteristik halusinasi	Prilaku klien
Tingkat I Memberi rasa nyaman Tingkat ansietas sedang Halusinasi merupakan suatu kesenangan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengalami ansietas kesepian rasa bersalah, dan ketakutan. 2. Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas. 3. Pikiran dan pengalaman sensori masih ada dalam kontrol kesadaran (jika ansietas dikontrol) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tersenyum 2. Menggerakkan bibir tanpa suara 3. Menggerakkan mata dengan cepat 4. Respons verbal yang lambat 5. Diam dan konsentrasi
Tingkat II Menyalahkan Tingkat ansietas berat Halusinasi menyebabkan rasa antipati	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengalaman sensori 2. Menakutkan Mulai merasa kehilangan kontrol 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan sistem saraf otak, tanda-tanda ansietas, seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan, dan

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori tersebut. 4. Menarik diri dari orang lain. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. tekanan darah. 2. Rentang perhatian Menyempit 3. Konsentrasi dengan pengalaman sensori. 4. Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dari realita
Tingkat III Mengontrol tingkat ansietas berat pengalaman sensori tidak dapat ditolak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien menyerah dan menerima pengalaman sensorinya 2. Isi halusinasi menjadi atraktif. 3. Kesepian bila pengalaman lagi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perintah halusinasi ditaati. 2. Sulit berhubungan dengan orang lain 3. Rentang perhatian hanya beberapa detik
Tingkat IV menguasai tingkat ansietas panik yang diatur dan dipengaruhi oleh waham	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengalaman sensori jadi ancaman 2. Halusinasi dapat berlangsung selama beberapa jam atau hari 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prilaku panik 2. Berpotensi untuk membunuh diri 3. Tindakan kekerasan agitasi, menarik diri atau katatonia 4. Tidak mampu merespon perintah yang kompleks 5. Tidak mampu merespon terhadap lebih dari satu orang

h. Penatalaksanaan Halusinasi

Penatalaksanaan pasien Skizofrenia dengan gejala halusinasi adalah dengan pemberian obat – obatan dan tindakan lain yaitu :

1) Farmakologis

Obat – obatan yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikis pada pasien skizofrenia adalah obat – obatan.

2) Terapi kejang listrik (ECT)

Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang melewati aliran listrik melalui electrode yang

dipasang pada satu atau dua temples, tetapi kejang listrik 4-5 joule/detik 3.

- 3) Terapi kelompok
 - a) Terapi group (Kelompok terapeutik).
 - b) Terapi aktivitas kelompok (adjunctive group activity therapy).
 - c) TAK stimulus persepsi : Halusinasi

3. Konsep Harga Diri Rendah

Adapun Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien dengan Harga Diri Rendah, adalah sebagai berikut :

- 1) Gangguan persepsi sensori Halusinasi
- 2) Harga Diri Rendah
- 3) Resiko Prilaku Kekerasan

a. Definisi Harga Diri Rendah

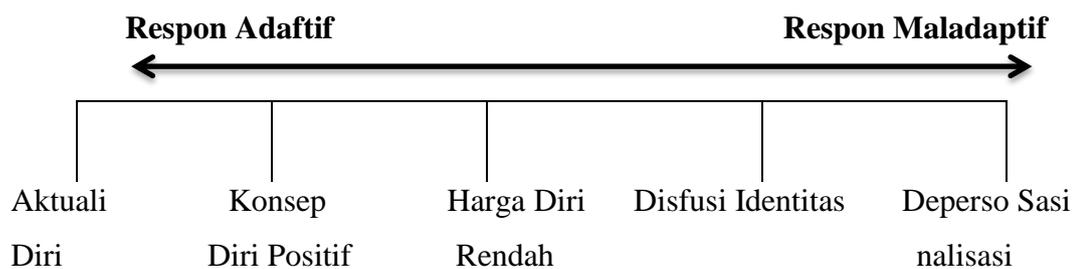
Harga diri rendah dapat digambarkan sebagai pandangan negatif, terhadap diri sendiri yang mencakup perasaan lemah, tidak berdaya, putus asa, takut, rentan, rapuh, tidak lengkap, tidak berharga, dan merasa tidak mampu (Ns. Arif Munandar, 2022). Sehingga itu, harga diri rendah juga mencakup perasaan tidak berdaya, gagal, pesimis, menarik, diri atau isolasi sosial, putus asa, dan merasa bersalah dalam menghadapi sesuatu (Febriyanti, 2022). Oleh karena itu, harga diri rendah dapat didefinisikan sebagai kondisi di mana individu mengalami kesulitan dalam menilai

kemampuan diri sendiri yang menyebabkan hilangnya rasa percaya diri akibat evaluasi yang negatif dan berkelanjutan dalam jangka waktu yang lama.

b. Rentang Respon Harga Diri Rendah

Rentang respon konsep diri dapat dijelaskan sebagai berikut, menurut pada G.W.Stuart (2016) dalam kutipan (Karim,2022).

Bagan 2.4 Rentang Respon



Berdasarkan rentang respon, dapat dijelaskan sebagai berikut :

- 1) Rentang Respon : Adaptif mencerminkan kemampuan individu dalam mengatasi masalah yang dihadapi. Terdapat dua aspek penting dalam hal ini :
 - a) Aktualisasi diri

Pengungkapan diri yang positif melibatkan konsep diri yang mencakup identitas diri, peran diri, harga diri, ideal diri, citra diri yang didasarkan pada pengalaman yang dapat diterima.
 - b) Konsep diri positif

Melibatkan pengalaman positif dalam mengaktualisasikan potensi diri, kemampuan untuk mengenali baik aspek positif maupun negatif dan diri sendiri, serta upaya untuk memaksimalkan aspek – aspek positif tersebut.

2) Rentang Respon Maladaptif : Terjadi ketika individu tidak mampu menghadapi dan menyelesaikan masalah yang dihadapi, sehingga merespon dengan cara yang tidak sesuai atau tidak adaptif.

a) Harga Diri Rendah

Di mana individu cenderung memiliki penilaian diri negatif terhadap diri sendiri, merasa tidak mampu, dan merasa lebih rendah dibandingkan dengan orang lain.

b) Kerancauan Identitas

Di mana individu merasakan tidak ketidak mampuan dalam menetapkan tujuan atau merasa bahwa identitas mereka tidak jelas.

c) Depersonalisasi (Tidak Mengenal Diri)

Di mana individu mengalami kesulitan dalam mengenali diri sendiri, menghadapi kesulitan dalam membentuk hubungan yang sehat dengan orang lain, serta kurangnya rasa percaya diri. (Juliasari, 2018).

c. Etiologi Harga Diri Rendah

Berbagai faktor menunjang terjadinya perubahan citra diri. Melihat siklus klien , akar penyebab munculnya harga diri terletak

pada masa kanak-kanak, yang sering disalahkan tetapi jarang dianggap sukses. Ketika orang mencapai pubertas, keberadaan mereka kurang berharga, mereka tidak diberi kesempatan, dan mereka tidak diterima. Di masa dewasa awal, mereka sering gagal di sekolah, di tempat kerja, dan di kehidupan sosial. Harga diri rendah muncul ketika lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari yang sebanding dengan kemampuannya (Rahayu, Mustikasari, dan Daulima, 2019).

Faktor-faktor yang menyebabkan harga diri rendah secara kronis adalah faktor predisposisi dan pemicu berikut ini:

1) Faktor Prediposisi

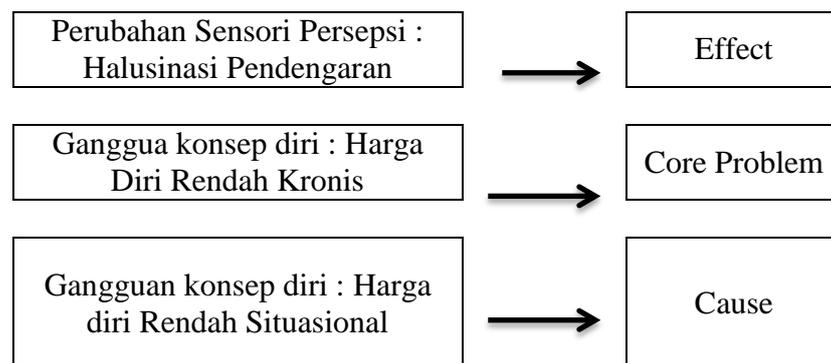
- a) Faktor yang mempengaruhi harga diri meliputi penolakanj orang tua, harapan orangtua yang tidak realistis, kegagalan yang berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, dan idel diri yang tidak realistis.
- b) Faktor yang mempengaruhi ferpormaperan adalah stereotipe peran gender ,tuntutan peran pekerjaan.
- c) Faktor yang mempengaruhi identitas pribadi meliputi tidak percayaan orangtua, tekanan dari kelompok sebaya,dan perubahan struktur sosial.

2) Faktor presifitasi

Faktor presipitasi terjadi harga diri rendah biasanya adalah kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan/bentuk tubuh, kegagalan atau produktifitas yang menurun. Secara umum, gangguan konsep diri harga diri rendah ini dapat terjadi secara situasional atau kronik. Secara situasional karena trauma yang muncul secara tiba-tiba, misalnya harus dioperasi, kecelakaan, perkosaan atau dipenjarakan. (Yosep, 2016).

d. Pohon Masalah Harga Diri Rendah

Bagan 2.5 Harga Diri Rendah



e. Jenis – jenis Harga Diri Rendah

Dalam (Sihombing et al., 2020) Klasifikasi harga diri rendah dibagi menjadi 2 jenis yaitu :

- 1) Harga diri rendah situasional, yaitu keadaan dimana individu yang sebelumnya memiliki harga diri positif mengalami perasaan negatif mengenai diri dalam berespon terhadap suatu kejadian. (kehilangan, perubahan).

- 2) Harga diri rendah kronik, yaitu keadaan dimana individu mengalami evaluasi diri negatif mengenai diri atau kemampuan dalam waktu yang lama (Pardede, Keliat & Yulia, 2020).

f. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala klien dengan harga diri rendah. Menurut pedoman pengobatan (SDKI, 2017), harga diri rendah yang kronis dan situasional adalah :

- 1) Harga Diri Rendah Situasional
 - a) Perubahan pada citra tubuh
 - b) Perubahan peran sosial
 - c) Ketidak adekuatan pemahaman
 - d) Perilaku tidak konsisten dengan nilai
 - e) Kegagalan hidup berulang
 - f) Riwayat kehilangan
 - g) Riwayat penolakan
 - h) Transisi perkembangan

g. Tahapan Harga Diri Rendah

Hasil penelitian menyimpulkan bahwa harga diri rendah disebabkan oleh rendahnya keinginan seseorang. Ini mengurangi pencapaian tujuan. Saat meninjau riwayat life span history klien. Harga diri rendah disebabkan karena sering disalahkan pada masa

kanak – kanak, jarang dipuji atas keberhasilannya, saat individu mencapai pubertas keberadaanya kurang dihargai, tidak diberi kesempatan, dan tidak diterima, hingga dewasa awal sering gagal di sekolah, dalam pekerjaan, dan prgaulan. Harga diri rendah terjadi ketika lingkungan cenderung lebih mengucilkan dan menurut melebihi kemampuannya. (Apriyanti, A, 2022).

h. Penatalaksanaan Harga Diri Rendah

- 1) Farmakologi, terapi medis pada harga diri rendah ini lebih mengarah pada pemberian obat dengan golongan antidepresan, hal ini dikarenakan obat antidepresan bekerja untuk memblok pengambilan kembali neurotransmitter norepineprin dan serotonin, sehingga dapat meningkatkan konsentrasi penderita.
- 2) Electro Compulsif Therapy (ECT) atau biasa disebut shock terapi merupakan pengobatan medis modern dengan cara memberikan rangsangan pada otak dengan pulse elektrik.
- 3) Terapi Supportif, dimaksudkan untuk memberi dukungan, motivasi, dan semangat agar penderita tidak merasa putus asa. Terapi yang dapat dilakukan diantaranya terapi kognitif yang berorientasi terhadap masalah dan pemecahannya.
- 4) Terapi Manipulasi Lingkungan, terapi yang bersifat terapeutik dapat berupa kegiatan-kegiatan yang membawa kearah penyembuhan, dan lingkungan berpengaruh sangat besar terhadap proses penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa.

Tujuan terapi ini adalah untuk membantu pasien mengembangkan rasa harga diri dan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, membantu mempersiapkan diri untuk kembali ke masyarakat, dan belajar mempercayai orang lain.

4. Konsep Resiko Prilaku Kekerasa

Adapun Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien dengan Resiko Prilaku Kekerasan, adalah sebagai berikut :

- 1) Gangguan persepsi sensori Halusinasi
- 2) Harga Diri Rendah
- 3) Resiko Prilaku Kekerasan

a. Defini Resiko Prilaku Kekerasan

Menurut Sutejo (2019) risiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua yaitu risiko perilaku kekerasan pada diri sendiri (*risk for self-directed*) dan risiko perilaku kekerasan pada orang lain (*risk for other-directed*).

Menurut Sutejo (2017) Risiko perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal yang di arahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

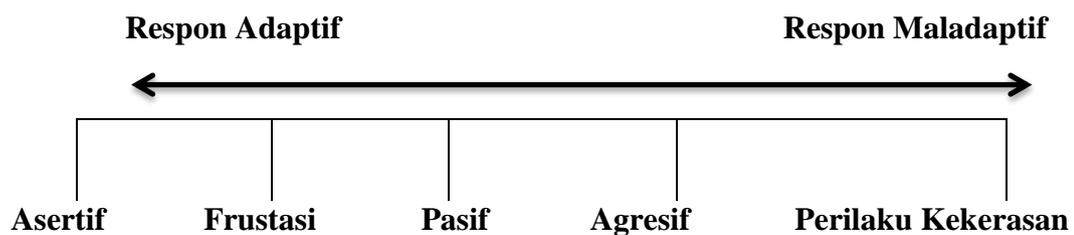
Resiko Perilaku Kekerasan adalah Suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri

sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam 2 bentuk yaitu sedang berlangsung Perilaku Kekerasan atau riwayat Perilaku Kekerasan (Muhith, 2015 : 178).

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. (Nanda 2016 dalam Sutejo 2018).

b. Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan

Bagan 2.6 Rentang Respon



Keterangan :

Menurut (Mulia, 2020) rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (adaptif) sampai dengan tidak normal (maladaptif).

1) Respon Adaptif

- a) Asertif : Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan ketenangan
- b) Frustrasi : Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternative (Mulia, 2020).

2) Respon Maladaptif

- a) Pasif : Individu tidak dapat mengungkapkan perasaan nya.

- b) Agresif : Perilaku yang menyertai marah, terdapat dorongan untuk menuntut tetapi masih terkontrol.
- c) Kekerasan/amuk : Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol (Mulia, 2020).

c. Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut Yusuf (2015) tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yaitu:

- 1) Klien dengan risiko perilaku kekerasan dapat mengakibatkan emosi yang menunjukkan dengan ciri-ciri tidak adekuat, tidak aman, rasa terganggu, jengkel.
- 2) Klien dengan risiko perilaku kekerasan dapat menunjukkan sikap intelektual mendominasi, bawel, sarkasme, berdebat.
- 3) Klien dengan risiko perilaku kekerasan memiliki ciri-ciri fisik yang menunjukkan Muka merah, Pandangan tajam, napas pendek, beringet, tekanan darah meningkat.
- 4) Klien dengan risiko perilaku kekerasan mempunyai kepercayaan/spiritual, tidak mempunyai moral, kebejataan, kemahakuasaan kebijakan/kebenaran diri, keraguan, tidak bermoral, kreatifitas terlambat
- 5) Klien dengan risiko perilaku kekerasan biasanya tampak bersosialisasi menunjukkan penarikan diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, dengan gejala yang timbul

seperti stress menentang, mengungkapkan secara verbal dengan nada tinggi.

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat di nilai dari ungkapan klien dan di dukung oleh hasil observasi :

a. Data subjektif

- 1) Ungkapan berupa ancaman
- 2) Ungkapan kata kata kasar
- 3) Ungkapan ingin memukul dan melukai

b. Data Objektif

1. Wajah memerah dan tegang
2. Pandangan tajam
3. Mengepalkan tangan
4. Bicara kasar
5. Suara tinggi menjerit ataw berteriak
6. Mondar mandir
7. Melempar atau memukul benda

d. Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan

Bagan 2.7 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan



B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah sebagai dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Saputri dan Mar'atus, 2021).

a. Identitas klien meliputi :

Nama, usia, jenis, kelamin, agama, pendidikan, tanggal masuk, tanggal pengkajian, nomor rekamedis dan alamat.

b. Identitas penanggung jawab meliputi :

Nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, alamat, dan hubungan dengan klien.

c. Alasan masuk :

Mengkaji klien kenapa di bawa bawa ke Klinik Nur Illahi Assanie dan gangguan yang di alami sebelum di bawa ke Klinik Nur Illahi Assanie.

d. Faktor predisposisi

1) Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa dan kurang berhasil dalam pengobatan.

2) Pernah mengalami aniaya fisik, penolakan dan kekerasan dalam keluarga.

- 3) Klien dengan gangguan orientasi bersifat hereditas.
- 4) Pernah mengalami trauma masa lalu yang sangat mengganggu.

e. Faktor presipitasi :

Kaji apakah klien mengalami gangguan jiwa sebelumnya, berapa lama klien di rawat, apakah pengobatannya berhasil atau tidak serta di kaji klien waktu mengalami gangguan jiwa.

f. Pemeriksaan fisik

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

g. Psikososial

1) Genogram

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

2) Konsep diri

(a) Gambar diri

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

(b) Identitas diri

Kaji persepsi klien mengenai identitas yang dimilikinya, apakah penampilan sesuai identitas. Klien dengan Gangguan Sensori Halusinasi.

(c) Peran

Peran klien dalam keluarga atau dalam kelompok masyarakat, kemampuan dalam melaksanakan fungsi atau perannya dan bagaimana perasaan akibat perubahan tersebut.

(d) Ideal diri

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

(e) Harga diri klien yaitu menerima dirinya

3) Hubungan sosial

Tanyakan siapa orang terdekat di kehidupan klien tempat mengadu, berbicara, minta bantuan, atau dukungan, serta tanyakan organisasi yang diikuti dalam kelompok atau masyarakat. Klien dengan halusinasi cenderung tidak mempunyai orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan

yang ada di masyarakat. Lebih senang menyendiri dari asik dengan isi halusinasinya.

4) Spritual

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

h. Status mental

1) Penampilan

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

2) Pembicaraan

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

3) Aktifitas motorik

Meningkat atau menurun, impulsif, dan beberapa yang abnormal.

4) Alam perasaan

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

5) Afek

Afek sering tumpul, datar, tidak sesuai dan ambivalen.

6) Interaksi selama wawancara

Bagaimana respon yang ditunjukkan klien pada proses wawancara berlangsung, apakah klien dapat bekerja samaa secara kooperatif atau tidak, bagaimana kontak mata dengan lawan bicara saat percakapan berlangsung.

7) Persepsi

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

8) Waktu

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

9) Frekuensi

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

10) Situasi

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

menyebabkan munculnya halusinasi, sehingga klien tidak larut dengan halusinasinya.

11) Respon

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

12) Proses pikir

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

13) Isi pikir

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

14) Tingkat kesadaran

Biasanya klien mengalami disorientasi terhadap orang, tempat dan waktu.

15) Memori

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

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

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

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

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

16) Kebutuhan Persiapan Klinik Pulang

- (a) Makan : pada diagnosa halusinasi pendengaran biasanya klien sibuk dengan halusinasinya dan cenderung tidak memperhatikan diri termasuk tidak peduli makanan karena tidak memiliki minat dan kepedulian.
- (b) BAB/BAK : Pada diagnosa halusinasi pendengaran biasanya klien BAB/BAK tidak pada tempatnya.
- (c) Mandi : Pada diagnosa halusinasi pendengaran biasanya klien mandi berulang ulang atau tidak mandi.
- (d) Berpakaian : Pada diagnosa halusinasi pendengaran biasanya tidak rapi, tidak sesuai, tidak diganti.
- (e) Istirahat dan tidur : Pada diagnosa halusinasi pendengaran biasanya aktivitas tidur klien terganggu apabila halusinasi datang.
- (f) Penggunaan obat : Jika klien mendapat obat, biasanya klien minum obat tidak teratur.
- (g) Aktivitas dalam rumah : pada diagnosa halusinasi pendengaran biasanya klien tidak mampu mengejarkan pekerjaan rumah apabila halusinasi datang.
- (h) Aktivitas di luar rumah : klien tidak bisa berbelanja untuk keperluan sehari – hari.

2. Analisa Data

Dalam melakukan pengkajian diperlukan keahlian-keahlian seperti wawancara, pemeriksaan fisik, dan observasi. Hasil pengumpulan data kemudian diklasifikasikan dalam data subjektif dan objektif.

1) Halusinasi

a. Data subjektif :

- (1) Mendengarkan suara-suara atau kegaduhan
- (2) Mendengarkan suara yang mengajak berbicara
- (3) Mendengar suara memerintah dan melakukan sesuatu yang berbahaya
- (4) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster.
- (5) Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan .
- (6) Merasakan rasa seperti darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
- (7) Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses.
- (8) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya.
- (9) Mengatakan sering mendengar sesuatu pada waktu tertentu saat sedang sendirian.

b. Data Objektif :

- (1) Bicara atau tertawa sendiri
- (2) Marah-marah tanpa sebab
- (3) Memalingkan muka kearah telinga seperti mendengar sesuatu
- (4) Menutup telinga
- (5) Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu
- (6) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- (7) Mencium sesuatau seperti sedang membau bau bauan tertentu
- (8) Menutup hidung
- (9) Sering meludah
- (10) Muntah
- (11) Menggaruk-garuk permukaan kulit

2) Harga Diri Rendah

a. Data Objektif

- (1) Sulit tidur
- (2) Merasa tidak berarti dan merasa tidak berguna
- (3) Merasa tidak mempunyai kemampuan positif
- (4) Merasa menilai diri negatif
- (5) Kurang konsentrasi dan merasa tidak mampu melakukan apapun
- (6) Merasa malu

b. Data Subjektif

- (1) Kontak mata kurang dan murung
- (2) erjalan menunduk dan postur tubuh menunduk
- (3) Menghindari orang lain
- (4) Bicara pelan dan lebih banyak diam
- (5) Sering menyendiri
- (6) Mengkritik orang lain
- (7) Resiko Perilaku Kekerasan

3) Resiko Perilaku Kekerasan

a. Data Subjektif

- (1) Mengekspresikan perasaan kesal
- (2) Berkeinginan untuk melukai diri (diri sendiri orang lain)
- (3) Membentuk dengan nada tinggi dan menyerang pribadi orang lain

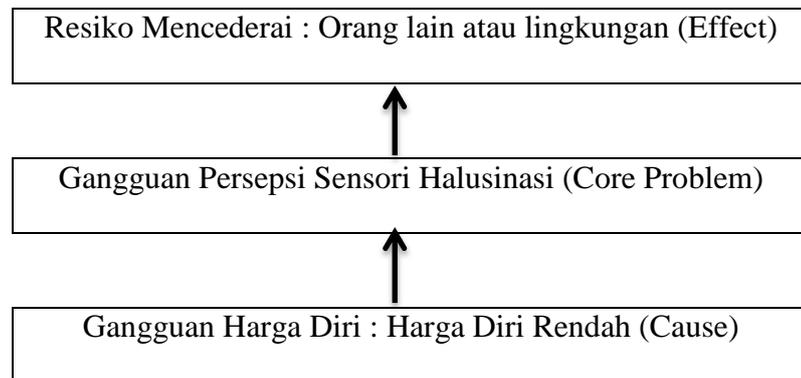
b. Data Objektif :

- (1) Mata melotot dan melihat dengan pandangan tajam/serius.
- (2) Tangan menggenggam dan rahang mngatup.
- (3) Ekspresi marah.
- (4) Kaku.
- (5) Memberikan ancaman dan berkata kotor serta mengumpat.
- (6) Bicara dengan nada tinggi.
- (7) Berkata kata kasar.
- (8) Melukai diri sendiri atau orng lain.
- (9) Merusak fasilitas.

(10) Bersifat agresif.

3. Pohon Masalah

Bagan 2.8 Pohon Masalah



4. Diagnosa Keperawatan

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

- a. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran.
- b. Harga Diri Rendah

5. Perencanaan Tindakan Keperawatan

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

kapan dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018). Rencana tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa persepsi sensori halusinasi melalui Strategi Pelaksanaan (SP).

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

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

SP 3 : Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan aktivitas tersebut.

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

Tabel 2.2
Intervensi keperawatan halusinasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan		Rasional
			Kreteria Hasil	Intervensi	
1.	Gangguan sensori persepsi: Halusinasi	Klien mampu : Mengenali halusinasi yang dialami, Mengontrol halusinasi dan mengikuti program pengobatan secara teratur	Setelah x pertemuan klien dapat menyebutkan : isi, waktu, frekuensi, situasi, pencetus perasaan dan mampu mempragakan cara mengontrol halusinasi	SP 1 a. Banttu klien mengenali halusinasi : isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus. b. Latihmengontrol halusinasi dengan cara menghardik c. Jelaskan car menghardik halusinasi d. Peragakan cara menghardik e. Minta klien peragakan ulang f. Pantau penerapan cara ini g. Masukan ke dalam jadwal kegiatan	1. Klien mengetahui/mengenal halusinasi

			<p>Setelah... x pertemuan klien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakuka. 2. Memperagakan cara bercakap dengan orang lain 	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) b. Latih berbicara dengan orang lain saat halusinasi muncul c. Masukan kedalam jadwal klien d. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) e. Latih berbicara dengan orang lain saat halusinasi muncul f. Masukan kedalam jadwal klien 	<p>2. Klien mengetahui/mengenal halusinasi</p>
			<p>Setelah.. x pertemuan klien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan. 2. Memberi jadwal kegiatan sehari hari dan mampu memperagakannya 	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, 2, 3). b. Latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul tahapannya adalah: 	<p>3. Membantu mengembangkan kemampuan yang dimiliki klien dan membantu untuk mengalihkan dari</p>

				<ul style="list-style-type: none">c. Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasid. Diskusi aktivitas yang bisa dilakukan kliene. Latih klien melakukan aktivitasf. Susun jadwal aktivitas sehari hari sesuai aktivitas yang dilatihg. Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku klien yang positif	halusinasi
--	--	--	--	--	------------

			<p>Setelah x pertemuan klien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan 2. Manfaat dari prograb pengobatan 	<p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, 2, 3, 4,) 2. Tanyakan program pengobatan <p>Obat terhadap gangguan jiwa</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan pentingnya penggunaan b. Jelaskan akibat penggunaan obat tidak sesuai program c. Jelaskan akibat putus obat d. Jelaskan cara mendapatkan obat e. Jelaskan pengobatan 6 B f. Latih klien minum obat dan masukan kedalam jadwal kegiatan klien 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Mengontrol halusinasi dengan bantuan obat
--	--	--	---	--	--

2.	Harga Rendah	Diri Klien mampu :	Klien mampu : 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 2. Menilai kemampuan yang dapat digunakan 3. Memilih kemampuan yang sesuai 4. Merencanakan kegiatan yang sudah dipilih	Setelah 1x pertemuan klien mampu : a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki b. Memiliki kemampuan yang dapat digunakan c. Memilih kegiatan sesuai d. Melakukan kegiatan yang sudah dipilih e. Merencanakan kegiatan yang sudah dilatih	SP 1 :	Sp 1 : 1. Mengeksplorasi kemampuan positif yang dimiliki klien a. Diskusikan bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan klien dirumah, adanya keluarga, dan lingkungan terdekat klien b. Beri pujian yang realistis dan hindarkan penilaian negatif setiap kali.
----	-----------------	-----------------------	--	--	--------	---

				2. Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat	2. Membantu klien menghargai
--	--	--	--	---	------------------------------

				<p>digunaka.</p> <p>a. Diskusikan dengan klien kemampuan yang masih digunakan saat ini.</p> <p>b. Bantu klien menyebutkan dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien.</p> <p>c. Perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif</p>	kemampuan
--	--	--	--	---	-----------

				3. Membantu klien memilih /	3. Membantu klien
--	--	--	--	-----------------------------	-------------------

				<p>menetapkan kemampuan yang akan dilatih</p> <p>a. Diskusikan dengan klien beberapa aktifitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan klien lakukan sehari-hari</p> <p>b. Bantu klien menetapkan aktifitas mana yang dapat klien lakukan secara mandiri</p> <p>c. Aktifitas yang memerlukan bantuan minimal dari perawat atau keluarga</p>	<p>mengembangkan kemampuan yang ada</p>
				d. Aktifitas apa saja yang	

				<p>perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat klien.</p> <p>e. Beri contoh cara pelaksanaan aktifitas yang telah dipilih klien</p> <p>f. Mendiskusikan dengan klien untuk menetapkan urutan kegiatan (yang sudah dipilih klien)</p> <p>4. Melatih kemampuan yang dipilih</p> <p>a. Bersama klien memperagakan beberapa kegiatan yang akan dilakukan oleh klien</p>	
				<p>b. Berikan dukungan dan</p>	

				<p>pujian yang nyata sesuai dengan kemampuan yang di perlihatkan klien</p> <p>5. Membantu menyusun</p> <p>a. Memberikan kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan</p> <p>b. Memberikan pujian atas aktifitas / kegiatan yang dapat dilakukan setiap hari</p> <p>c. Tingkatkan kegiatan sesuai toleransi dan perubahan setiap kegiatan.</p> <p>d. Susun daftar aktifitas yang sudah dilakukan bersama klien</p>	<p>5. Untuk mengontrol klien dalam melakukan kegiatan nya</p>
				Sp 2 :	6. Untuk melatih

				Melatih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien	klien kegiatan yang di inginkan
--	--	--	--	---	---------------------------------

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan		Rasional
			Kreteria Evaluasi	Intervensi	
3.	Resiko Prilaku Kekerasan	<p>Klien mampu :</p> <p>Klien dan keluarga mampu mengatasi atau mengendalikan resiko perilaku kekerasan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya 2. Mengidentifikasi oenyebab dan tanda-tanda rpk 	<p>Setelah x pertemuan diharapkan klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mau membalas salam. 2. Klien mau menyebutkan nama. 3. Klien tersenyum dan ada kontak mata 4. Klien mampu menyebutkan nama perawat 5. Klien mampu menyakati kontrak 	<ol style="list-style-type: none"> 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

		<p>Sp 1 :</p> <p>Mengidentifikasi penyebab dan tanda-tanda Resiko Prilaku Kekerasan</p>	<p>Setelah dilakuka.... x kali pertemuan diharapkan klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan penyebab,Tanda gejala rpk, 2. Memperagakan cara fisik I (Tarik nafas dalam) untuk mengontrol perilaku kekerasan. 	<p>Sp 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan 2. Latihan cara fisik 1 (Tarik nafas dalam) 3. Masukan dalam jadwal harian klien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu klien menyelesaikan masalahnya 2. Membantu menenangkan pikiran 3. Meningkatkan disiplin klien
		<p>Sp 2 :</p> <p>Klien dapat menyebutkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara fisik</p>	<p>Setelah dilakukan 1 kali pertemuan diharapkan klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan b. Peragakan cara fisik (memukul bantal/kasur) 	<p>Sp 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp I) dan beri pujian. 2. Latihan cara fisik II : pukul kasur / bantal. 3. Masukkan dalam jadwal harian klien. 	

		<p>Sp 3 :</p> <p>Klien dapat menyebutkan cara mengontrol rpk secara sosial atau perbal</p>	<p>Setelah dilakukan 1 kali pertemuan diharapkan klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan Kegiatan Yang Sudah dilakukan 2. Memperagakan Secara Sosial / Verbal Untuk Mengontrol Resiko perilaku kekerasan 	<p>Sp 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp I dan Sp 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 klien. 	
		<p>Sp 4</p> <p>Klien dapat menyebutkan cara mengontrol rpk secara spritual</p>	<p>Setelah dilakukan ... x pertemuan di harapkan klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan kegiatan yang dilakukan 2. Memperagakan cara spritual 	<p>Sp 4 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evalusi kegiatan yang lalu (Sp I,SP II, SP III) berikan pujian. 2. Latihan cara mengontrol rpk secara spritual berdoa atau ibadah sesuai kepercayaan. 3. Masukkalah dalam jadwal harian pasien 	

		<p>Sp 5</p> <p>Klien dapat menggunakan obat yang telah diterapkan</p>	<p>Setelah dilakukan ... x pertemuan diharapkan : klien mampu menyebutkan kegiatan yang telah dilakukan, mempragakan cara patuh obat.</p>	<p>Sp 5 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp 1,2,3,4, dan 5) beri pujian. 2. Latih cara mengontrol rpk dengan obat (jelaskan 6 benar, jenis, golongan, dosis, frekuensi, kontinuitas minum obat). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui tingkay keberhasilan dalam latihan sebellumnya. 2. Meningkatkan keefektiffan obat bekerja. 3. Mencegah kesalahan dalam pemberian obat. 4. Mempercepat proses penyembuhan. 5. Tingkat disiplin klien dalam berlatih melakukan kegiatan.
--	--	---	---	--	--

6. Implementasi

Menurut Indriawan (2019), Implementasi keperawatan merupakan salah satu tahap yang dilakukan setelah perawat merencanakan tindakan asuhan keperawatan, perawat mengaplikasikan rencana tindakan keperawatan yang bertujuan untuk menggapai tujuan yang telah ditetapkan. Perawat sebelum mengimplementasikan intervensi keperawatan, perawat wajib memvalidasi rencana tersebut apakah masih sesuai atau tidak. Di dalam asuhan keperawatan kejiwaan, perawat harus membuat rencana strategi pelaksanaan untuk mempermudah melakukan asuhan keperawatan jiwa yang sering disebut sebagai strategi pelaksanaan pasien. Strategi pelaksanaan dibungkus dengan komunikasi terapeutik yang terbagi menjadi fase orientasi, kedua fase kerja, dan yang terakhir fase terminasi.

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

7. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah langkah terakhir pada proses keperawatan, evaluasi keperawatan ini dilakukan untuk menandai apakah rencana

keperawatan yang dilakukan pada klien sudah tercapai atau sudah sesuai dengan perencanaan atau tidak.

Evaluasi ada beberapa jenis yaitu :

a. Evaluasi Proses (Evaluasi Formatif)

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

b. Evaluasi Hasil (Evaluasi Sumatif)

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

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Nama : Tn. Y
Umur : 23-02-1966
Jenis kelamin : Laki - laki
Pendidikan : S1
Status Perkawinan : Cerai
Diagnosa medis : Skizofrenia
Tanggal pengkajian : 25 April 2024
No RM : 012999
Alamat : Bandung, Jl. Suka asih No. 6

b. dentitas penanggung jawab

Nama : Ny. N
Umur : 50 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Hubungan dengan klien : Adik Kandung

c. Alasan Masuk

Klien masuk ke Klinik Yayasan Nur Illahi Assanie pada tanggal 07 April 2021. Klien mengatakan pada saat di bawa ke klinik oleh Adiknya hanya mengatakan untuk pergi kerumah keluarga padahal klien di bawa ke klinik klien mengalami gangguan halusinasi berbicara sendiri, klien mengatakan suka mendengar suara suara di rumahnya lalu klien suka melamun.

d. Riwayat Keluhan Sekarang

Klien mengatakan suara itu muncul berisyaratkan keluarganya sehingga klien menikmati halusinasi pendengaran (+) baik dan buruk, suara itu muncul setiap malam hari kadang – kadang sore hari, klien juga mengatakan kalau ada suruhan suara berbuat baik hingga klien melekukan suruhan suara-suara itu dan jika ada suara menyuruh tidak baik klien tidak akan melakukannya.

e. Faktor presipitasi

Klien mengatakan dengan halusinasi pendengaran ditemukan adanya kegagalan dalam berumah tangga membuat klien kecewa dan merasa di khianati oleh orang yang di sayangi.

f. Faktor predisposisi

1) Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu?

Klien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya pada tahun 2019.

2) Riwayat pengobatan sebelumnya?

Dulu klien pernah ke Rs. Jiwa, namun pengobatan klien kurang berhasil

3) Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?

Klien mengatakan tidak ada keluarga yang gangguan jiwa

4) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan?

Saat dikaji klien mengatakan pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu bahwa dirinya merasa gagal dalam berumah tangga.

g. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum : Cukup baik

2) Tanda tanda vital

Tekanan darah : 120/80 M mhg

Suhu : 36,6 C

Nadi : 88 x/menit

Pernafasan : 20 x/menit

BB : 47 Kg

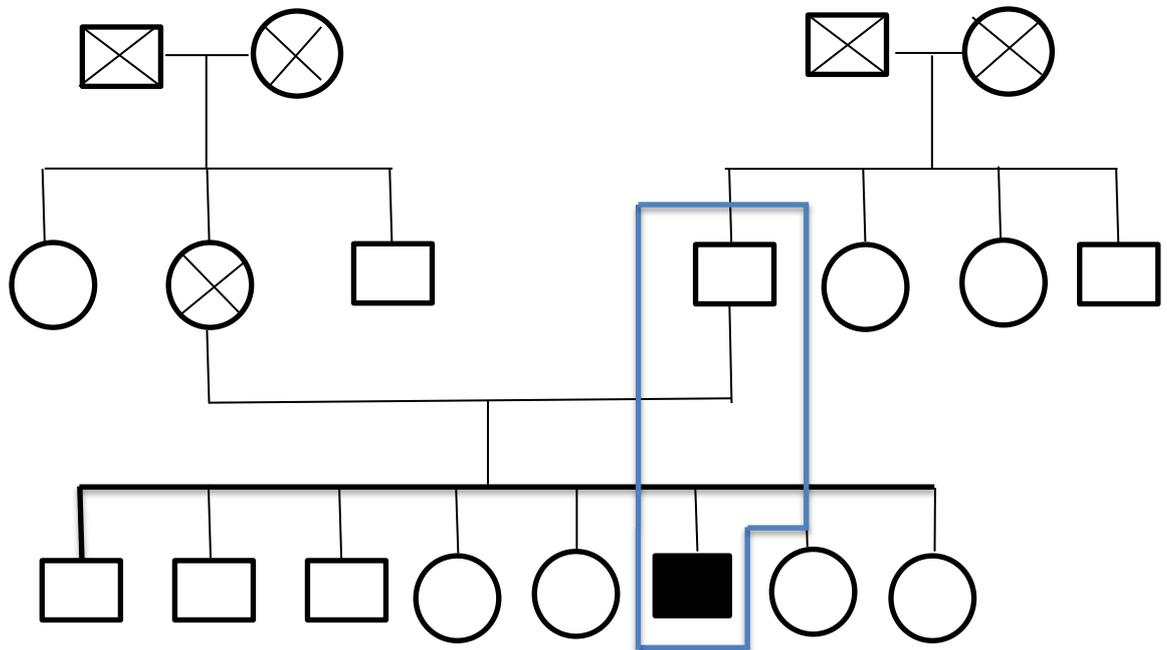
TB : 180 Cm

3) Keluhan fisik

Klien tampak rapih dengan ekspresi wajah melamun dan kadang menunduk.

h. Psikososial

1) Genogram



Keterangan :

-  : Laki laki
-  : Laki-laki Meninggal
-  : Perempuan
-  : Perempuan Meninggal
-  : Klien
-  : Garis keturunan
-  : Garis satu rumah

Penjelasan:

Tn. Y mengatakan tinggal bersama orang tua (Ayah) dan sodaranya klien merupakan anak ke 6 dari 7 bersaudara.

2) Konsep Diri

a) Citra tubuh

Klien mengatakan menyukai tampilan dirinya.

b) Identitas diri

Klien adalah anak ke 6 dari 7 saudara klien pun menyebutkan bahwa dirinya seorang laki laki.

c) Peran

Klien mengatakan menikmati masa pensiunnya.

d) Ideal diri

Klien mengatkan ingin cepat sembuh dan ingin cepat pulang.

e) Harga diri

Klien mengatakan hubungan dengan orang lain kurang baik, karena klien mengatakan merasa malu ketika berhubungan dengan orang lain dan merasa tidak bernilai , tidak dihargai karena penyakit gangguan jiwa, klien mengatakan merasa malu karena pernikhannya selalu berakhir perceraian.

3) Hubungan sosial

a) Orang yang berarti

Klien mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya adalah ibu, saat ini orang tua klien sudah meninggal dunia

sementara adik dan kakaknya sudah menikah sehingga klien hidup berdua sama ayahnya dirumah.

b) Peran serta dalam kelompok atau (masyarakat)

Klien mengatakan klien tertutup dilingkungannya.

c) Hambatan dalam berhuungan dengan orang lain

Klien mengatakan ada hambatan dalam berhubungan dan komunikasi dengan orang lain yaitu kurang percaya diri.

4) Spritual

a) Nilai dan kebudayaan

Klien mengatakan bahwa dirinya beragama islam dan klien juga mengatakan bahwa sakit yang dialaminya ini adalah karena cobaan.

b) Kegiatan ibadah

Klien mengatakan suka beribadah sholat 5 waktu dan tadarus bersama teman temanya.

i. Status mental

1) Penampilan

Saat pengkajian penampilan klien cukup rapih penggunaan baju sesuai aturan klinik klien mengatakan mandi 1x, rambut rapih dan kulit tampak keriput.

2) Pembicaraan

Saat pengkajian klien berbicara agak tidak jelas tetapi saat di kaji klien langsung menjawab ke inti permasalahan.

3) Aktifitas motorik

Klien mampu makan, minum dan mandi tanpa bantuan.

4) Alam perasaan

Saat pengkajian klien mengatakan jika terdengar suara bisikan klien merasa terganggu dan gelisah.

Masalah Keperawatan: Perubahan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran.

5) Afek

Saat terlihat diajak bicara raut wajah klien suka nunduk dan kontak mata kurang baik.

6) Intraksi selama wawancara

Klien ada kontak mata meskipun kurang terkadang klien suka menunduk tapi klien kadang suka menatap klien mampu menjawab pertanyaan klien kooperatif.

7) Persepsi

Klien mengatakan masih mendengar atau bisikan suara anggota keluarga klien, mengatakan untuk bertemu dengan klien dan klien mendengar suara untuk mengajak ke kamar tidurnya, klien merasa tidak tenang ketika suara itu datang dan kadang tidak bisa mengontrol halusinasinya, suara itu muncul pada waktu sore dan malam.

Masalah Keperawatan: Gangguan Sensori Halusinasi pendengaran.

8) Proses pikir

Pembicaraan klien tidak berbelit-belit dan tidak berulang ulang klien jika diberi pertanyaan mampu menjawab dengan sesuai dan langsung ke intinya.

9) Isi pikir

Klien memiliki pikiran pikiran yang aneh seperti halusinasi pendengaran, klien suka mengobrol dengan orang lain padahal itu tidak nyata.

10) Tingkat kesadaran baik

Kesadaran klien Conpomentis

11) Memori

Jangka panjang : klien dapat mengingat kejadian masalalunya pada saat klien masih bekerja di telkom

Jangka pendek : klien dapat mengingat kegiatan yang telah dilakukan pagi hari yaitu, mandi sarapan dan minum obat

Saat ini : klien dapat mengingat dan menyebutkan kejadian hari ini seperti membereskan tempat tidur.

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mudah di latih

Penjelasan : klien mampu berkomunikasi mampu berkonsentrasi dan bisa berhitung.

13) Kemampuan penilaian

Klien mampu membuat keputusan saat ditanya tentang kontrak waktu saat melakukan komunikasi terapeutik.

14) Daya titik diri

Klien menyadari bahwa saat ini sedang dalam keadaan sakit dan harus menjalani pengobatan di yayasan rehabilitas mental nur illahi assani garut.

j. Aktivitas sehari hari

1) Makan

Klien makan sendiri, makan habis 1 porsi frekuensi 2x sehari .

2) BAB atau BAK

BAB/BAK mandiri (baik klien dapat melakukan BAB/BAK secara mandiri BAB 1X sehari BAK 6X sehari).

3) Mandi

Klien mandi 1x sehari yaitu pagi hari secara mandiri.

4) Berpakaian / berhias

Klien mampu mengganti pakaiannya secara mandiri klien mengatakan berganti pakaian 1 kali 3 hari namun saat di panti klien memakai seragam.

5) Istirahat tidur

Klien mengatakan bahwa ia tidur siang 14.00 dan tidur malam mulai pukul 22.00 dan bangun pukul 05.00 dan kegiatan klien sebelum tidur yaitu sholat diam dikamar, klien setelah bangun tidur yaitu hanya cuci muka.

6) Penggunaan obat

Klien mampu meminum obat secara mandiri dan diawasi oleh perawat. Klien minum obat 2x1 hari yaitu pagi dan sore

Penggunaan Obat

a) Stelosi 5mg 2x sehari

(Stelosi digunakan untuk mengendalikan gejala skizofrenia atau gangguan kejiwaan jangka panjang dimana penderita tidak dapat membedakan antara khayalan dan realita).

b) Risperidon 2mg 2x sehari

c) Heximer 2mg 2x sehari

d) Clozapin 1x sehari

(Clozapin untuk meredakan gejala Skizofrenia, yaitu gangguan mental yang menyebabkan seseorang mengalami halusinasi).

7) Pemeliharaan Kesehatan

Klien selalu melakukan pemeriksaan dari dokter secara teratur dan rutin setiap ada kunjungan, klien akan meminum sesuai anjuran dokter biar segera cepat sembuh.

8) Aktivitas di Dalam Rumah

Klien mengatakan setelah sembuh klien akan melakukan aktivitasnya seperti dulu seperti bekerja.

9) Aktivitas di Luar Rumah

Klien mengatakan berinteraksi dengan masyarakat lain.

k. Mekanisme Koping

Mekanisme koping klien saat ini cukup adaptif, karena klien mampu menceritakan masalah dan keluhan keluhannya saat wawancara. Sehari hari di klinik nur illahi assanie klien suka menceritakan keluhan keluhannya kepada perawat.

l. Masalah Psikosial dan Lingkungan

Klien mengatakan kecewa pada mantan istrinya, selain itu klien mersa sedih ketika ibunya meninggal dan klien mengatakan sekolahnya lulus sampai S1.

m. Aspek Medis

1) Diagnosa Medis : Skizofrenia

2) Therapy

a) Stelosi 1-0-1

b) Risperidon 1-0-1

c) Heximer 1-0-1

d) Clozapin 0-0-1

n. Diagnosa Masalah Keperawatan

1) Halusinasi Pendengaran

2) Harga Diri Rendah

2. Analisa Data

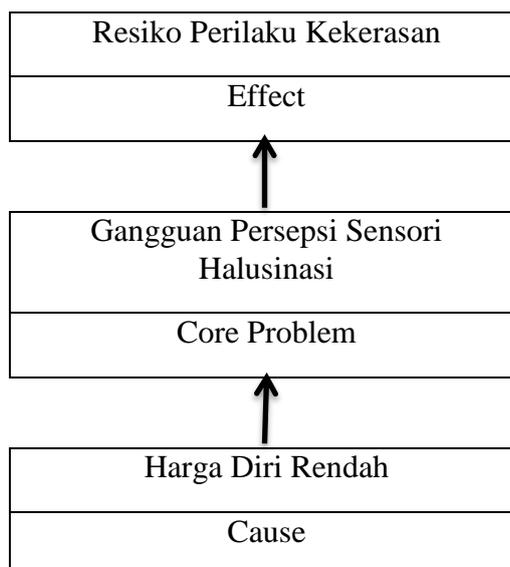
Tabel 3.1 Analisa Data

No.	Data	Masalah Keperawatan
1.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan suara itu muncul berisyaratkan keluarganya 2. Klien juga mengatakan kalau ada suruhan suara berbuat baik hingga klien melakukannya dan jika ada suara menyuruh tidak baik klien tidak akan melakukannya 3. Klien mengatakan muncul pada malam hari da sore hari 4. Suara bisikannya muncul pada saat klien sedang sendiri <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak kebingungan, suka menunduk, melamun dan berbicara sendiri 2. Kurangnya kontak mata saat berinteraksi 	<p>Gangguan persepsi sensori</p> <p>Halusinasi Pendengaran</p>

No.	Data	Masalah Keperawatan
2.	Ds : 1. Klien mengatakan merasa malu berada di klinik nur illahi assanie 2. Klien mengatakan malu karena mengalami kegagalan berumah tangga 3. Klien mengatakan dirinya tidak berharga Do : 4. Klien tampak melamun dan suka menunduk 5. Kontak mata kurang 6. Klien suka menyendiri	Harga Diri Rendah

3. Pohon Masalah

Bagan 3.1 Pohon Masalah



4. Diagnosa Keperawatan

- a. Halusinasi Pendengaran
- b. Harga Diri Rendah

5. Perencanaan

Nama : Tn. Y Klinik : Klinik Nur Illahi Assanie
 Umur : 58 Tahun No. RM : 012999
 Jenis kelamin : Laki-laki Dx : Skizofrenia

Tabel 3.2 Perencanaan Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran	Klien mampu : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya. 2. Klien mampu mengenali halusinasi. 3. Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik. 4. Klien mampu memasukan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian.	Sp : 1 Setelah 1x pertemuan klien mampu : 1. Klien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat. a) Menunjukkan rasa sayang b) Ada kontak mata c) Mau berjabat tangan d) Mau menjawab salam e) Mau menyebutkan nama f) Mau duduk berdampingan dengan perawat g) Mau mengatakan masalah di hadapi 2. Klien menyebutkan : waktu,	Sp : 1 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. 2. Identifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, halusinasi klien. 3. Ajarkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. 4. Ajarkan klien memasukan cara menghardik halusinasi kedalam jadwal kegiatan harian klien.	1. Klien mengetahui atau mengenal halusinasi

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			isi, dan frekuensi situasi dan kondisi yang menimbulkan halusinasi serta respon dari halusinasi. 3. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik.		
		Klien mampu : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya. 2. Klien mampu mengenali halusinasi. 3. Klien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik. 4. Klien mampu memasukan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian.	Sp : 2 Setelah 1x pertemuan klien mampu 1. Klien mampu berinteraksi dengan baik dan pasien mampu mengingat nama. 2. Klien mampu dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain. 3. Klien mampu memasukan ke dalam jadwal harian.	Sp : 2 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi teurapeutik perawat. 2. Klien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain.	2. Klien mengetahui atau mengenal halusinasi
		Klien mampu : 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya. 2. Evaluasi Sp2 mempraktekkan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap – cakap	Sp : 3 Setelah 1x pertemuan klien mampu : 1. Klien mampu berinteraksi dengan baik. 2. Klien mampu mempraktikkan kembali	Sp : 3 1. Bina hubungan saling percaya. 2. Evaluasi klien cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain.	3. Membantu mengembangkan kemampuan yang dimiliki klien dan membantu untuk mengalihkan dari halusinasi

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		<p>dengan orang lain.</p> <p>3. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan melaksanakan aktivitas terjadwal.</p>	<p>hasil dari Sp 2 (Bercakap – cakap dengan orang lain).</p> <p>3. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan terjadwal.</p>	<p>3. Latih klien mengendalikan halusinasinya dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien).</p> <p>4. Anjurkan klien memasukan dalam kegiatan harian.</p>	
		<p>Klien Mampu :</p> <p>1. Klien dapat membina hubungan saling percaya.</p> <p>2. Evaluasi Sp 3 yaitu tentang mengontrol halusinasi dengan melaksanakan aktivitas terjadwal.</p>	<p>Sp : 4</p> <p>Setelah 1x pertemuan klien mampu :</p> <p>1. Klien mampu berinteraksi dengan baik.</p> <p>2. Klien mampu mempraktikan kembali Sp 3 (cara mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal.</p> <p>3. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan cara minum obat dan klien dapat menyebutkan nama, jenis obat, warna obat, waktu obat diminum, fungsi obat</p>	<p>Sp : 4</p> <p>1. Bina hubungan saling percaya.</p> <p>2. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien.</p> <p>3. Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur.</p> <p>4. Anjurkan klien memasukan dalam jdwal kegiatan harian.</p>	<p>4. Mengontrol halusinasi dengan bantuan obat</p>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			dan efek samping obat yang di minum.		
2.	Harga Rendah Diri	<p>Klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. 2. Klien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan. 3. Klien dapat menetapkan / memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan. 4. Klien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih. 5. Klien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah di latih 	<p>Sp : 1 Setelah 1x pertemuan klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya (Ucapkan salam, berkenalan, mengungkapkan perasaan dan keluhan saat ini, kontrak waktu) 2. Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki <ol style="list-style-type: none"> a. Diskusikan bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan klien dirumah, adanya keluarga dan lingkungan terdekat klien. b. Beri pujian yang realistis dan 	<p>Sp : 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan saling percaya merukan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya. 2. Mengeksplorasi. 3. Kemampuan positif yang dimiliki klien. 4. Membantu klien menghargai kemampuannya. 5. Bantu klen mengembangkan kemampuan yang ada. 6. Memberikan reinforcement atas kemampuann yang sudah dipilih. 7. Untuk mengontrol klien dalam melakukan kegiatan. 	<p>Sp : 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dengan mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki dan menilai kemampuan klien dapat membantu mengetahui kemampuan positif yang dimiliki klien. 2. Agar klien mengetahui dan menerapkannya dalam kehidupan sehari – hari serta meningkatkan inovasi. 3. Membantu klien untuk memilih kegiatan yang akan dilakukan.

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			<p>hindarkan penilaian yang negatif setiap kali bertemu dengan klien.</p> <p>3. Nilai kempuan yang dapat dilakukan saat ini :</p> <p>a. Diskusikan dengan klien kemampuan yang masih digunakan di suatu ini.</p> <p>b. Bantu klien menyebutkan dan pengarahannya terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien.</p> <p>c. Lihatlah respons yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif.</p> <p>4. Bantu klien memilih kemampuan yang akan dilatih dan melatih kemampuan yang telah di pilih..</p> <p>a. Diskusikan dengan</p>		<p>4. Dapat mempermudah klien dalam melaksanakan aktifitas sehari – hari secara rutin.</p>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			<p>klien beberapa aktifitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan klien lakukan sehari – hari.</p> <p>b. Bantu klien menetapkan aktifitas yang dapat klien lakukan secara mandiri.</p> <p>c. Aktifitas yang memerlukan bantuan minimal dari keluarga.</p> <p>d. Aktifitas apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat klien.</p> <p>e. Diskusikan dengan klien untuk menerapkan untuk kegiatan (yang sudah dipilih klien) yang akan dilatih.</p>		

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			<ol style="list-style-type: none"> 5. Latih kemampuan yang dipilih : <ol style="list-style-type: none"> a. Bersama klien dan keluarga memperagakan beberapa kegiatan yang akan dilakukan klien. b. Berikan dukungan dan pujian yang diperlihatkan klien. 6. Masukkan dalam jadwal kegiatan : <ol style="list-style-type: none"> a. Beri kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan. b. Beri pujian atas aktifitas atau kegiatan yang dapat dilakukan klien setiap hari. c. Tingkatkan kegiatan sesuai toleransi dan perubahan setiap kegiatan. d. Susunan daftar aktivitas yang sudah 		

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			<p>dilakukan bersama klien dan keluarga.</p> <p>e. Berikan kesempatan mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan</p> <p>f. Yakinkan bahwa keluarga mendukung setiap aktifitas yang dilakukan klien.</p>		
		<p>Klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan klien. 2. Klien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih 	<p>Sp : 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp 1) 2. Pilih kemampuan kedua yang dapat dilakukan. 3. Latih kemampuan yang dipilih. 4. Memasukan dalam jadwal kegiatan klien 5. Berikan penghargaan atau pujian atas kemajuan klien. 	<p>Sp : 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau perkembangan klien dalam melakukan kegiatan. 2. Latih kemampuan klien yang bisa selain kemampuan yang pertama. 3. Bantu klien mengidentifikasi kemampuan yang latih. 4. Untuk mengontrol kegiatan sehari – hari. 5. Penghargaan dan pujian akan memotivikasi klien dalam kemajuan yang telah dilakukan serta diri klien. 	<p>Sp : 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi semangat untuk menjalan kegiatan yang lebih baik untuk klien. 2. Dengan pujian dapat meningkatkan harga diri. 3. Memudahkan klien untuk memahami dan klien tidak lupa.

6. Implementasi

Nama : Tn. Y
 Umur : 58 Tahun
 Klinik : Nur Illahi Assanie
 No. Rm : 012999

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi

No.	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Pelaksana
1	Gangguan persepsi sensorial : Halusinasi Pendengaran	Tgl : 26-04-2024 Jam : 15.40 Sp : 1 1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. 2. Mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi halusinasi, klien. 3. Mengajarkan kepada klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. 4. Mengajarkan klien untuk cara menghardik halusinasi kedalam jadwal kegiatan harian klien.	Tgl : 26-04-2024 Jam : 16.00 S : 1. Klien mengatakan suara itu muncul berisyaratkan keluarganya 2. Klien juga mengatakan kalau ada suruhan suara berbuat baik hingga klien melakukannya dan jika ada suara meyuruh tidak baik klien tidak akan melakukannya 3. Klien mengatakan muncul malam hari dan sore hari 4. Suara bisikannya muncul pada saat klien sedang sendiri O : 1. Klien mampu mengidentifikasi halusinasinya	Sofiatil

No.	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Pelaksana
			2. Klien mampu mengahrdik halusinasi A : Sp1 Teratasi Sebagian P : Lanjutkan Sp2 Latih klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.	
		Tgl : 27-04-2024 Jam : 10.00 Sp 2 : 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien dan kontrak waktu selanjutnya 2. Melatih klien mengendalikan halusinasinya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 3. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	Tgl : 27-04-2024 Jam : 10.30 Sp 2 : S : 1. Sp2 klien merasa senang bisa bercakap-cakap dengan perawat dan temannya. O : 1. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara kedua 2. Klien tampak mengobrol dengan temannya. A : Masalah Teratasi P : Lanjutkan Sp3	Sofiatil
		Tgl : 29-04-2024 Jam : 10.00 Sp 3 : 1. Melatih klien mengendalikan halusinasinya dengan melakukan kegiatan (Kegiatan yang bisa dilakukan klien) 2. Menganjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian.	Tgl : 29-04-2024 Jam : 10.30 Sp 3 : S : 1. Klien mengatakan suka merapihkan tempat tidur O : 1. Klien mampu menyebutkan aktivitas dari	Sofiatil

No.	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Pelaksana
			sehari – harinya 2. Klien terlihat sangat senang merapihkan tempat tidurnya A : Masalah Teratasi P : Lanjutkan Sp 4	
		Tgl : 30-04-2024 Jam : 15.00 Sp 4 : S : 1. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat teratur 2. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal	Tgl : 30-04-2024 Jam : 15.30 Sp 4 : S : 1. Klien mengatakan minum obat 2 kali sehari O : 2. Klien mampu minum obat teratur A : Masalah Teratasi P : Hentikan Intervensi	Sofiatil
2.	Harga Diri Rendah	Tgl : 01-05-2024 Jam : 15.00 Sp 1 : S : 1. Membina hubungan saling percaya (Ucapkan salam, berkenalan, dan mengungkapkan) 2. Mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki klien 3. Menilai kemampuan yang akan dilatih 4. Menilai kemampuan pertama yang telah dipilih 5. Memasukkan kedalam jadwal kegiatan	Tgl : 01-05-2024 Jam : 15.30 Sp 1 : S : 1. Klien memperkenalkan dirinya 2. Klien mengatakan saya sering melakukan kegiatan sendiri seperti merapihkan tempat tidur 3. Klien mengatakan memilih merapihkan tempat tidur 4. Klien mengatakan memilih merapihkan	Sofiatil

No.	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Pelaksana
			<p>tempat tidur terlebih dahulu</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak merapihkan tempat tidurnya 2. Klien mampu membereskan tempat tidur <p>A : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah P : Lanjutkan Intervensi Sp 2</p>	
		<p>Tgl : 02-05-2024 Jam : 16.00 Sp 2 : S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan kegiatan yang kedua (Sp2) 2. Memilih kemampuan kedua yang dapat dilakukan 3. Melatih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan klien 4. Bantu klien menetapkan kegiatan mana yang dapat klien lakukan secara mandiri, mana kegiatan yang memerlukan bantuan minimal dari keluarga dan kegiatan apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat klien. Pelaksanaan kegiatan yang dapat dilakukan klien. Susun bersama klien dan buat daftar 	<p>Tgl : 02-05-2024 Jam : 16.50 Sp 2 : S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sennag bermain hal positif seperti bermain tenis meja <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak tenang 2. Klien tampak sennag saat bermain tenis meja <p>A : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah P : Hentikan Intervensi</p>	Sofiatil

No.	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Pelaksana
		kegiatan sehari – hari klien. 5. Susun jadwal untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilatih.		

7. Catatan Perkembangan

Nama : Tn. Y
 Umur : 58 Tahun
 Klinik : Nur Illahi Assanie Samarangu
 No.Rm : 012999

Tabel : 3.4 Catatan Perkembangan

No	Tanggal / hari	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	Sabtu 27-01-2024 Pukul : 11.00	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran	Sp 1 : S : 1. Klien mampu mempraktekkannya halusinasi dengan secara menghardik dengan cara menutup telinga O : 1. klien dapat mempraktekkannya A : Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran P : 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien 2. Melatih mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan I : Mengevaluasi Sp1 Halusinasi dan Lanjut Sp2 E : Sp1 Teratasi Lanjut Sp2 R :	Sofiatil 

No	Tanggal / hari	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
			Lanjut Sp2 Melatih klien membereskan tempat tidur klien	
	Senin 29-04-2024 Pukul : 11.00		<p>Sp 2 :</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mempraktekkan kembali cara melakukan Sp2 Halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan temannya sekmar. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak mampu melakukan bercakap – cakap dengan teman sekamarnya 2. Klien tampak tenang <p>A :</p> <p>Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi</p> <p>P :</p> <p>Mengevaluasi jadwal kegiatan klien melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara Sp2 Halusinasi dengan cara bercakap - cakap</p> <p>I :</p> <p>Evaluasi Sp2 dan Lanjutkan Sp3 menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian</p> <p>E :</p> <p>Sp2 teratasi Lanjutkan Sp3</p> <p>R :</p> <p>Lanjutkan Sp3 Halusinasi dengan cara membereskan tempat tidur</p>	Sofiatil 
	Selasa 30-04-2024 Pukul 11.00		<p>Sp 3:</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mampu membereskan tempat tidur klien <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak membereskan tempat tidurnya 2. Klien tampak tenang dan senang <p>A :</p> <p>Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi</p> <p>P :</p> <p>Mengevaluasi jadwal kegiatan klien</p>	Sofiatil 

No	Tanggal / hari	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
			<p>melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara Sp3 Halusinasi dengan cara membereskan tempat tidur</p> <p>I : Evaluasi Sp3 dan Lanjutkan Sp4 menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal harian</p> <p>E : Sp3 teratasi Lanjut Sp4</p> <p>R : Lanjutkan Sp4 Halusinasi dengan cara meminum obat secara teratur</p>	
	<p>Rabu 01-05-2024 Pukul 11.00</p>		<p>Sp 4 :</p> <p>S : 1. Klien mengatakan meminum obat sehari 2x pagi dan sore hari</p> <p>O : 1. Klien terlihat meminum obat dengan baik 2. Klien terlihat minum obat secara teratur</p> <p>A : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi</p> <p>P : Mengevaluasi jadwal kegiatan klien melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara Sp4 Halusinasi dengan cara meminum obat secara teratur</p> <p>I : 1. Mengevaluasi Sp4 2. Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian klien</p> <p>E : Sp4 teratasi</p> <p>R : Masalah teratasi, hentikan intervensi.</p>	
2	<p>Kamis 02-05-2024 Pukul 11.00</p>	<p>Harga Diri Rendah</p>	<p>Sp 1 :</p> <p>S : 1. Klien mengatakan bisa memperkenalkan dirinya 2. Klien mampu memilih aktivitas yang baik 3. Klien mengatakan suka membereskan tempat tidur</p>	<p>Sofiatil</p> 

No	Tanggal / hari	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
			<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak tenang 2. Klien tampak mampu berkomunikasi dengan temannya <p>A :</p> <p>Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah</p> <p>P :</p> <p>Mengevaluasi jadwal kegiatan klien melatih klien mengontrol harga diri rendah dengan cara Sp2 Harga diri rendah dengan cara beraktivitas dan bercakap – cakap dengan orang lain</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi Sp2 2. Memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian klien <p>E :</p> <p>Sp1 teratasi</p> <p>R :</p> <p>Lanjutkan Sp2</p> <p>Evaluasi kegiatan Sp1</p> <p>Masuka dalam jadwal kegiatan harian</p>	
	<p>Jumat 03-05-2024 Pukul 11.00</p>		<p>Sp 2 :</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu memilih aktivitas sehari-harinya dengan baik seperti melakukan aktivitas seperti bermain tenis meja <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak tenang 2. Klien tampak bahagia 3. Klien tampak melakukan aktivitasnya <p>A :</p> <p>Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah</p> <p>P :</p> <p>Latih klien dengan beraktivitas (Mmebereskan tempat tidur)</p> <p>I :</p> <p>Mengevaluasi jadwal kegiatan klien melatih klien mengontrol harga diri</p>	<p>Sofiatil</p> 

No	Tanggal / hari	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
			rendah dengan cara Sp2 Harga diri rendah dengan cara beraktivitas dan bercakap – cakap dengan orang lain E : Sp2 teratasi R : Masalah teratasi, hentikan intervensi	

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. Y dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran akibat Skizofrenia di yayasan Nur Illahie Assanie mulai 24 April hingga 07 Mei 2024, penulis melaksanakan tahapan-tahapan proses keperawatan dan membandingkannya dengan khusus di lapangan.

Penulis melakukan proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, peneakan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan. Berikut uraian hasil dari Asuhan Keperawatan jiwa yang dilakukan oleh penulis kepada Tn. Y mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Penulis melakukan proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, pencegahan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan. Berikut uraian hasil dari Asuhan Keperawatan jiwa yang dilakukan oleh penulis kepada Tn. Y mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan.

Pada awal pengkajian, penulis melakukan Bina Hubung Saling Percaya dengan pasien namun pasien kontak matanya masih kurang, tetapi kooperatif kalau di beri pertanyaan pasien selalu nyambung menjawab ke masalah intinya, pasien juga mengatakan sering mendengar bisikan – bisikan bahwa bisikan itu adalah pihak keluarganya pasien mengatakan suka mendengar munculnya bisikan itu pada malam hari. Klien mengatakan ketika mendengar bisikan itu klien merasa gelisah. Pada faktor predisposisi juga ditemukan data bahwa klien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu dan pengobattannya klien kurang berhasil, klien mengatakan dia anggotanya yang mengalami gangguan jiwa serta klien mengatakan tidak ada keluarga yang gangguan jiwa seperti klien. Dari fakta yang di dapatkan, klien mempunyai masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu bahwa dirinya merasa gagal dalam berumah tangga. Pada gambaran diri Tn. Y mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya. Penampilan klien berpenampilan sangat rapih, penggunaan baju sesuai dengan aturan Klinik Nur Illahi Assanie. Klien adalah anak ke 6 dari 7 bersaudara, peran diri klien mengatakan menikmati masa pensiunnya, ideal diri klien mengatakan ingin cepat sembuh dan iingin cepat pulang, harga diri klien mengatakan hubungan dengan orang lain kurang baik, karena klien mengatakan merasa malu ketika berhubungan dengan orang lain dan merasa tidak bernilai, tidak dihargai karena penyakit gangguan jiwa, klien mengatakan merasa

malu karena pernikahannya selalu berakhir perceraian. Pada pengkajian status mental alam perasaan klien mengatakan jika terdengar suara bisikan klien merasa terganggu dan gelisah.

Adapun data-data di temukan pada saat pengkajian yang sesuai dengan teori :

- a. Faktor genetik
- b. Merespon secara tiba-tiba dengan rasa terganggu dan gelisah
- c. Mendengar suara/bisikan-bisikan
- d. Kurang kontak mata
- e. Ekspersi diri klien
- f. Klien mengatakan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan (Merasa gagal dalam berumah tangga)

Sedangkan data yang tidak di temukan pada Tn. Y tetapi ada pada teori dalam teori 2 diagnosa keperawatan itu di antaranya :

- a. Faktor Biologi
- b. Sosial Budaya
- c. Faktor Presipitasi
- d. Faktor Psikologis

Dari perbandingan data menurut teori dan data pada klien ada kesenjangan data dimana seperti yang di jelaskan dalam teori bahwa Halusinasi Pendnegeran dan Harga Diri

Rendah. Data yang tidak ada dalam Tn. Y tapi dalam teori dalam diagnosa Halusinasi diantaranya faktor biologis, psikologis, sosial budaya, faktor presipitasi, Status mental. Dan data yang ada pada Harga Diri Rendah pada Tn. Y tapi dalam teori yaitu faktor presiptasi, faktor predisposisi, Konsep diri, Hubungan sosial, Masalah psikososial dan lingkungan.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada tinjauan kasus didapatkan data fokus sering mendengar suara-suara itu muncul berisyaratkan keluarganya, klien mendengar atau munculnya bisikan itu jika klien lagi sendiri, dan suka melamun suara bisikan itu muncul pada sore dan malam hari, dan ketika suara-suara bisikan itu datang klien merasa terganggu dan gelisah serta berusaha mengusirnya sehingga munculnya diagnosa keperawatan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dan terdapat data tambahan seperti klien mengatakan di karenakan klien berhenti dari pekerjaannya dikarenakan sudah waktunya pensiun dan merasa gagal dalam rumah tangganya tidak bisa dipertahankan sehingga munculnya diagnosa keperawatan, Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah.

- a. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendnegeran
- b. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

Dalam penegakkan diagnosis terdapat kesenjangan dalam masalah keperawatan menurut. (Damayanti 2020) diagnosis

keperawatan yang mungkin muncul padaa halusinasi ada 3, yaitu gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendnegeran, Harga Diri Rendah, Resiko Prilaku Kekerasan. Sedangkan pada tinjauan khaus hanya diterima 2 masalah diagnosa keperawatan, sehingga penulis menyimpulkan bahwa tidak semua diagnosis muncul pada khusus halusinasi termasuk pada Tn. Y.

3. Perencanaan

Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan literatur keperawatan yang ada. Rencana keperawatan ini juga dibuat berdasarkan prioritas masalah dan disesuaikan dengan permasalahan yang pasien alami. Penyusun mampu melakukan asuhan keperawatan kepada Tn. Y dengan menggunakan Sp atau Strategi Pelaksana yaitu, ada 2 diagnosa Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran, terdapat (Sp4) dan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah, terdapat (Sp4) dari beberapa masalah yang ditemukan pada pasien, penulis mampu membuat perencanaan untuk masalah halusinasi dan harga diri rendah. Penyusunan rencana dibuat selengkap mungkin sesuai dengan standar kriteria asuhan keperawatan meliputi tujuan, kriteria evaluasi, serta intervensi tindakan dan rasionalisasi tindakan.

4. Implementasi

Pada tahap ini, penulis menjalankan tindakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan, disesuaikan dengan situasi dan kondisi

klien. Sebelum melakukan tindakan yang direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tersebut masih diperlukan dan sesuai dengan kondisi klien saat ini. Sesuai dengan prinsip teoritis, sebelum melakukan tindakan keperawatan, perawat membuat kesepakatan dengan klien yang menjelaskan detail apa yang akan dilakukan serta peran klien dalam proses tersebut. Selanjutnya, semua tindakan yang dilakukan beserta respons klien didokumentasikan, dengan implementasi menggunakan strategi pelaksanaan yang sesuai dengan standar kriteria keperawatan. Pada tanggal 26 April 2024 dilakukan Sp1 yang isinya mencakup : Bina Hubungan Saling Percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik, identifikasi, jenis, isi, frekuensi halusinasi yang dialami, ajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik serta mengajarkan klien memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian. Pada tanggal 27 April 2024 yang isinya mencakup untuk masalah : Halusinasi mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain, dan menganjurkan klien memasukkan cara menghardik halusinasi dan di dalam pelaksanaan klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan perawat atau temannya. Pada tanggal 29 April 2024 dilakukan Sp3 yang isinya mencakup untuk Halusinasi mengevaluasi latihan beraktivitas kemampuan untuk melatih klien untuk mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan

yang biasa dilakukan pasien setiap hari). Pada tanggal 30 April 2024 dilakukan Sp4 menjelaskan obat dan melatih cara minum obat dan melatih cara minum obat yang teratur, menganjurkan memasukan ke jadwal kegiatan harian. mengidentifikasi, menilai, dan membantu pasien dalam memilih kemampuan positif yang akan dilatih yang dimiliki klien. Masalah Harga Diri Rendah Sp1 : Pada tanggal 01-Mei 2024 Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi kepada klien dan Melakukan kegiatan harian yaitu klien memilih kegiatan yang pertama (Membereskan tempat tidur). Selanjutnya Sp2 : Pada tanggal 02-Mei 2024 Melakukan kegiatan terjadwal kemampuan pada klien melakukan kegiatan yang kedua yaitu(Bermain tenis meja).

5. Evaluasi

Evaluasi dapat dilihat dari hasil tindakan dengan tujuan atau kriteria evaluasi, apakah masalah dapat diatasi atau belum, dalam kenyataannya masalah yang dihadapi klien semua teratasi. Evaluasi yang di dapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari adalah klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap, melakukan kegiatan serta minum obat dengan teratur, untuk diagnosa keperawatan Harga Diri Rendah yang pertama melakukan. Bina hubungan saling percaya dan yang kedua melatih atau melakukan kegiatan yang sesuai keinginan klien.

Evaluasi adalah proses yang terus-menerus untuk menilai hasil dari tindakan keperawatan terhadap klien. Evaluasi ini dilakukan secara berkelanjutan untuk memantau apakah respon klien membaik atau tidak dengan menggunakan pendekatan SOAP. Ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang telah dilakukan dan menunjukkan apakah tujuan telah tercapai dengan hasil yang positif (Muhith,2016).

6. Dokumentasi

Proses dokumentasi keperawatan dapat dilakukan dengan cara tertulis atau secara elektronik. Dokumentasi ini mencatat detail tentang perawatan dan layanan yang diberikan oleh seorang perawat kepada klien, dengan memanfaatkan sistem perawatan kesehatan. Saat melakukan dokumentasi asuhan keperawatan, penulis mengalami beberapa kesulitan, namun dengan dukungan dari teori, berbagai sumber referensi, dan bimbingan dari dosen pembimbing, penulis berhasil mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa ini mulai dari tahap pengkajian, penegakan diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Upik Rahmi, Mkep 2022).

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. Y dengan gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran dari tanggal 24 April 2024, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut ini.

1. Penulis mampu melakukan pengkajian secara komprehensif terhadap klien dengan Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran setelah dilakukan analisa data berdasarkan hasil pengkajian, maka penulis menemukan dua masalah keperawatan pada klien yaitu : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi pendengaran dan Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah.
2. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan sesuai dengan prioritas masalah keperawatan.

3. Penulis melakukan tindakan keperawatan yang mengacu kepada rencana yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi klien, pelaksanaan tindakan keperawatan diberikan langsung kepada klien.
4. Penulis mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan menilai bahwa klien sudah mau berinteraksi dengan orang lain serta mau melakukan kegiatan untuk menghindari dan mengontrol halusinasinya.
5. Klien mampu mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan yang dilakukan secara sistematis dan teoritis.
6. Penulis dapat melakukan dokumentasi kegiatan yang dilakkan setiap hari setelah melakukan strategi pelaksanaan yang di dokumentasikan adalah pendapat klien atau pendapat subjek yang dikatakan klien, data objek yang bisa di observasi setiap harinya, lalu assessment dan yang terakhir adalah planning atau tindak lanjut untuk hari berikutnya.

B. Rekomendasi

Pada kesempatan ini penulis ingin memberikan penilaian dalam bentuk saran-saran yaitu sebagai berikut :

1. Untuk Klinik Rehabilitas Nur Illahie Assanie Samarang Garut, di harapkan meningkatkan pelayanan yang ada di klinik terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
2. Untuk perawat, diharapkan dapat terus melakukan asuhan keperawatan yang optimal pada pasien jiwa, khususnya klien dengan Gangguan

Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia untuk memenuhi tujuan meningkatkan kesehatan jiwa pada pasien lainnya.

3. Untuk Institusi Pendidikan STIKes Karsa Husada Garut, studi khusus ini untuk menambah pengetahuan dan keterampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien jiwa, sehingga mahasiswa lebih profesional dalam mengaplikasikan pada khusus secara nyata.
4. Untuk Mahasiswa, diharapkan mampu menetapkan manajemen asuhan keperawatan sesuai dengan teori yang sudah ada sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pada saat dilapangan.

DAFTAR PUSTAKA

- Andri, J., Febriawati, H., Panzilion, P., Sari, S. and Utama, D. (2019). "Implementasi Keperawatan dengan Pengendalian Diri Klien Halusinasi pada Pasien Skizofrenia", *Jurnal Kesmas Asclepius*, 1(2), 146-155. doi: 10.31539/jka.v1i2.922.
- Undang-undang No 18 tahun 2014. Kesehatan Jiwa. Jakarta ;2014
- Anggarawati, T., Primanto, R., & Azhari, N. K. (2022). Penerapan Terapi Psikoreligi Dzikir Untuk Menurunkan Halusinasi Pada Klien Skizofrenia Di Wilayah Binaan Puskesmas Ambarawa. *Jurnal Keperawatan Sisthana*, 7(2), 64–71. <https://doi.org/10.55606/sisthana.v7i2.12>
- Karadjo, H., & Agusrianto, A. (2022). Penerapan Terapi Psikoreligius Dzikir Terhadap Kontrol Halusinasi Pada Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Halusinasi Pendengaran Di Rumah Sakit Madani Palu. *Madago Nursing Journal*, 3(2), 50–56. <https://doi.org/10.33860/mnj.v3i2.1559>
- Charlson, F. J., Alize J.Ferrari., Damian F. Santomauro., SandraDiminic., Emily Stockings., James G. Scott., John J. McGrath., and Harvey A. Whiteford. (2018) 'Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From The Global Burden of Disease Study 2016', *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), pp. 1195–1203
- Akbar, A., & Rahayu, D. A. (2021). Terapi Psikoreligius: Dzikir Pada Pasien Halusinasi Pendengaran. *Ners Muda*, 2(2), 66–72. <https://doi.org/10.26714/nm.v2i2.6286>
- Kementrian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor :406/Menkes/SK/VI/2009 Tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas. Jakarta; 2009.
- Kemenkes RI. (2019, Maret 01). Perlu Kepedulian untuk Kendalikan Masalah Kesehatan Jiwa. Retrieved from Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: <https://www.depkes.go.id/article/view/19030400005/perlu-kepedulian-untuk-kendalikan-masalah-kesehatan-jiwa.htm>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. (2023). Diagnosa Medis dengan Gangguan Jiwa. Garut: Dinas Kesehatan.
- Dinas Kesehatan, . (2023, Mei 10). Jumlah Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Kabupaten/kota di Jawa Barat. Diambil kembali dari OPEN DATA JABAR: <https://opendata.jabarprov.go.id/id/dataset/jumlah-orang-dengan-gangguan-jiwa-odgj-berat-yang-mendapat-pelayanan-kesehatan-berdasarkan-kabupatenkota-di-jawa-barat>

- Pardede, J. A. (2020). Ekspresi Emosi Keluarga Yang Merawat Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Imelda*, 6(2), 117-122.
- WHO. (2022). Schizophrenia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> (Diakses pada 28 Juni 2022)18). Hasil utama
- Anggraini, K. (2022). Pengaruh Menghardik Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Dengan Pada Pasien Skizofrenia Di RSUD Dr. Aminogondohutomo Semarang. *Jurnal Keperawatan*, 33(6), 820-827. doi: 10.1080/09700160903255798
- Ahyar, H., Andriani, H., dan D, Sukmana (2020) Buku Metode Penelitian Kualitatif & Kuantitatif. Cetakan I. Edited by H. Abadi. Yogyakarta: CV. Pustaka Ilmu Group Yogyakarta.
- Amimi et al. (2020). Analisis Tanda Dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia. <https://journal.ppnijateng.org/index.php/jikj/article/view/478/273>
- Samsara 2020 <https://repository.poltekkes-smg.ac.id/index.php?p=fstream-pdf&fid=169066&bid=35934>
- Andri, J., Febriawati, H., Penzilion, & Sari, S. N. (2019). Implementasi Keperawatan Dengan Pengendalian Diri Klien Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Kesmas Asclepius Volume 1, Nomor 2*, 146 – 155
- Widianti, Keliat & Wardhani. (2017). Aplikasi Terapi Spesialis Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia dengan Harga Diri Rendah Kronis Di RSMM Jawa Barat. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*. 2017;3(1):83–99
- hasannah, & solikhah. (2019). Faktor penyebab gangguan jiwa dibagi menjadi 2, yaitu faktor predisposisi dan presipitasi yang meliputi biologis, psikologis dan sosial. *jurnal ilmu kepewatan jiwa*, 8.
- Armadaniah, (2023). Harga Diri Rendah Skizofrenia Dengan Halusinasi. *Jurnal Keperawatan Jiwa Volume 8 No 1*, 9.
- Hulu, M., & Pardede, a. j. (2023). Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.S Dengan Masalah. penerapan strategi pelaksanaan, hal. 3.
- hulu, m., & pardede, a. j. (2023). Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.S Dengan Masalah . penerapan strategi pelaksanaan, hal. 3.
- Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Garut. (2023). Buku Register Klinik Rehabilitasi Mental.
- lingga. (2019). Pelaksanaan Perencanaan Terstruktur Melalui Implementasi Keperawatan. implementasi keperawatan.

- Lingga. (2019). Pelaksanaan Perencanaan Terstruktur Melalui Implementasi Keperawatan. implementasi keperawatan.
- nugraha, f. (2022, SEPTEMBER). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) Panduan dan Daftar Lengkap Diagnosis.
- Keluarga dan Kemampuan Pasien Mengontrol Halusinasi : Literature Review. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat*, 274.
- Nugroho, A. M., Santi, F. N., Soesanto, E., & Aisyah, S. (2021). Perawatan Halusinasi, Dukungan Keluarga Dan Kemampuan Pasien Mwnontrol Halusinasi : Literature Review. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat*, 274.
- PPNI, T. P. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia . jakarta selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Pradede, J. A. (2020). Pengetahuan Keluarga Tentang Halusinasi Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional* Volume 2 Nomor 4, 400.
- putri, n. n., nainggolan, n., novita, saragih, s., sasmita, & asaniaman. (2022). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan persepsi sensori. Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. H Dengan Masalah Halusinasi, hal. 8.
- Putri, n. n., nainggolan, n., novita, saragih, s., sasmita, & asaniaman. (2022). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan persepsi sensori. Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. H Dengan Masalah Halusinasi, hal. 8.
- putri, N. N., Octavia, N. L., novia, vande, s., saragih, m., sasmira, & Asaniaman. (2022). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran. PDF Studi Kasus.
- Putri, N. N., Octavia, N. L., novia, vande, s., saragih, m., sasmira, & Asaniaman. (2022). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran. PDF Studi Kasus.
- Putri, N. N., Octavia, N. L., novia, Vande, S., Saragih, M., Sasmira, & Asaniaman. (2022). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran. PDF Studi Kasus.
- Rasa, S. (2023). memahami skizofrenia. jakarta: sekolah rasa.
- Sitawati, A. d., Fhitrhiyah, I., & Karimah, A. (2022). mendampingi orang dengan skizofrenia. kampus C Unair, Mulyorejo Surabaya 60115: Airlangga University Press.
- Tanjung, A. I., Neherta, M., & Sarfika, R. (2023). Penyebab Kekambuhan Pada Pasien SkizpfreniaA. Indramayu: Adab.

- heresia Panni Koresy Marbun, I. S. (2021). Pentingnya Motivasi Keluarga Dalam Menangani Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). *Jurnal Pendidikan Kewarganegaraan Undiksha* Vol. 9 No. 3, 2.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017, SEPTEMBER). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Panduan dan Daftar Lengkap Diagnosis*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Afriyanti, A. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Denganharga Diri Rendah Kronikdalam Pemenuhan Kebutuhan Aktualisasi Diri Diruang Rawat Melati Di Rumah Sakit Jiwa Provensi Sulawesi Tenggara. <http://repository.poltekkes-kdi.ac.id/id/eprint/3206> (diakses pada 17 Juli 2023)
- Saputri, S. F. M & Mar'atus, M. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Resiko Perilaku Kekerasan*. Skripsi, Universitas Kusuma Husada Surakarta.

LAMPIRAN

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK) PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI

Nama Mahasiswa : Sofiatil Qolbi

Nama Pasien : Tn. Y

Tempat : Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut

A. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

DS :

- Klien mengatakan suara itu muncul berisyaratkan keluarganya
- Klien juga mengatakan kalau ada suruhan suara berbuat baik hingga klien melakukannya dan jika ada suara menyuruh tidak baik klien tidak akan melakukannya
- Klien mengatakan muncul pada malam hari dan sore hari
- Suara bisikannya muncul pada saat klien sedang sendiri

DO :

- Klien tampak kebingungan, suka menunduk, melamun dan berbicara sendiri
- Kurangnya kontak mata saat berinteraksi

b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
- 2) Harga Diri Rendah

c. Tujuan Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

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

Harga Diri Rendah

- 1) Klien mampu beraktivitas jadwal seperti (Membereskan Tempat tidur klien)
 - 2) Klien mampu beraktivitas yang ke dua (Melakukan main tenis meja)
- d. Tindakan Keperawatan
- Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran
- 1) Membantu pasien mengenali halusinasi
 - 2) Melatih pasien mengontrol halusinasi
 - a) Menghardik halusinasi
 - b) Bercakap – cakap dengan orang lain
 - c) Melakukan aktivitas kegiatan
 - d) Menggunakan obat secara teratur

Harga Diri Rendah

- 1) Tindakan keperawatan pada pasien
 - a) Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan aspek positif yang di miliki
 - b) Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat di gunakan
 - c) Pasien dapat menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai kemampuan
 - d) Pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih, sesuai kemampuan
 - e) Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih

B. Strategi Pelaksanaan dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi

Sp 1 : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi bertujuan untuk membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusina, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik halusina.

1. Fase orientasi

- a. Salam Terapeutik :
“Selamat pagi Bapak.”
- b. Perkenalan :

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

c. Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan Bapak? Apa keluhan bapak saat ini”

“Baiklah bagaimana kalau kita bercakap – cakap tentang suara yang selama ini bapak dengar tetpi tak tampak wujudnya”.

“Mau berapa lama kira-kira bapak berbincang dengan sya/”

“Bagaimana kalau 25 menit/”

“Dimana enaknya kita duduk untuk berbincang-bincang pak? Bagaimana kalau di Mushola?”

2. Fase Kerja

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

“Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan yang paling sering bapak dengar suara? Berapa kali bapak alami?”

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

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

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

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

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

3. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah peragaan Latihan tadi?” Kluau suara-suara itu muncul lagi, silahkan coba cara tersebut! Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya? Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua? Jam berapa pak ? bagaimana kalau besok? Berapa lama kita berlatih ? dimana tempatnya.”

“Baik bagaimana kalau 1 setengah jam lagi saya datang berbincang-bincang mengenai kebersihan diri ? Tempatnya di sisni saja ya paak.”

“Wassalamualikum”.

Sp 2 : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi bertujuan untuk melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kegiatan bercakap-cakap ditujukan untuk mengalihkan halusinasi. Jika halusinasi tersebut tiba-tiba muncul, pasien dapat mengalihkan dengan bercakap-cakap.

1. Fase Orientasi

“Assalamualaikum pak, sesuai janji saya kemrin kita ketemu lagi.”

“Bagaimana pak, sudah dilakukan menghardik halusinasi...? Apa yang dirasakan setelah Latihan secara tertur?”

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

“Mau berapa lama? Bagaimana kalau 15 menit?”

2. Fase Kerja

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

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

3. Fase Termiasi

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

“Wah saya senang mendengar bapak senang, kalo gitu nanti besok jam 09.00 kita mengobrol lagi seputaran merapihkan tempat tidur yah pak melakukan Sp3”.

“Baik, pak terimakasih.”

“Wassalammualikum”

Sp : 3 Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi bertujuan untuk melatih pasien mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal. Melakukan aktivitas terjadwal ini bertujuan untuk mencegah dan mengalihkan halusinasi. Jadi, dengan melakukan aktivitasnya sehingga tidak memberikan kesempatan untuk duduk terdiam yang merupakan situasi yang menunjang terjadinya halusinasi dan ketika halusinasinya muncul, pasien dapat segera melakukan aktivitas terjadwal untuk mengalihkan halusinasi.

1. Fase Orientasi

“Assalammualikum pak, sesuai janji saya yang kemarin sekarang kita akan melakukan Sp3 yaitu melakukan aktivitas kegiatan terjadwal yah pak.”

“Bagaimana perasaan bapak sekarang?”.

2. Fase Kerja

“Bapak apakah masih terdengar suara-suara yang tak tampak wujudnya yang menyuruh bapak? Apakah bapak masih mendengar?”

“Waktu kapan bapak mendengarnya Malam hari atau Sore hari?”

“Saat bapak mendengar suara tersebut, apa yang bapak lakukan?”

“Wah bagus sekali jawaban bapak”

“Jadi bapak telah bercakap-cakap dengan perawat saat susra-suara itu muncul. Bagaimana hasilnya?”

“Bagus sekali bapak telah berlatih bercakap-cakap sesuai dengan jadwal yang telah kita buat.coba bapak sebutkan manfaat yang bapak rasakan setelah berlatih bercakap-cakap sesuai dengan jadwal aktivitas”

“Wah bagus sekali jawaban yang diberikan oleh bapak”

“Baik pak sesuai janji kitahari ini akan belajar cara yang ke tiga yaitu untuk mencegah halusinasi untuk melakukan kegiatan terjadwal. Tujuan adalah untuk mencegah suara tak berwujud dengan mengalihkan perhatian bapak Y dan melakukan aktivitas terjadwal. Kita akan berbicara di ruang tamu ini selama 10 menit”

“Baik pak hari ini kita akan melakukan kegiatan melakukan merapihkan tempat tidur bapak”

“Wah bapak bagus sekali bapak dapat melakukannya”

“Kegiatan ini dapat bapak lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul kegiatan yang lain akan kita latih lagi agar dari pagi sampai malam ada kegiatan”.

3. Fase Termisi

“Bagaimana perasaan bapak sekarang?”

“Sangat senang yah perasaan bapak, baik pak kita akan lanjut besok Sp4 yaitu untuk melakukan minum obat secara teratur yah pak”

“Baik sus S”

“Baik pak nanti ketemu lagi dengan saya, besok jam 08.00 yah pak kita berbincang-bincang dengan saya, Wassalammualaikum”

Sp 4 Gangguan Sensori Persepsi :

Halusinasi bertujuan untuk melatih pasien mengontrol halusinasi dengan minum obat secara teratur.

1. Fase Orientasi

“Assalammualaikum pak, sesuai janji kemarin sekarang kita bertemu pukul 08.00 untuk meminum obat”.

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

“Sekarang kita mendiskusikan untuk meminum obat. Mau berapa laama pak kita diskusinya? Oke seperti biasa 15 menit ya, mau di sini ssaja?”

2. Fase kerja

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

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

3. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak setelah berdiskusi tentang obat tadi..?”

“Ada berapa cara yang sudah kita diskusikan? Coba bapak sebutkan lagi? Iya betul ya pak”

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

“Besok pagi kita bertemu lagi kita akan melakukan aktivitas terjadwal dan meminum obat seperti biasa ya pak. Mau jam berapa? Jam 08.00 ya?”

“Baik pa sekarang sudah selesai dari percakapan SP1 sampai SP4, baik pak besok kita akan ketemu lagi untuk melakukan berbincang pada harga diri rendah pukul 10:00”

“Wassalamualaikum”

C. Strategi Pelaksanaan Pada Harga Diri

Sp 1 : Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian.

1. Orientasi :

“Asslamualaikum, bagaimana keadaan bapak Y hari ini? Pak Y terlihat segar.”

“Bagaimana, kalau kita bercakap-cakap tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah bapak Y lakukan?”

Setelah itu kita akan nilai kegiatan mana yang dapat bapak Y dilakukan di sini. Setelah kita nilai, kita akan pilih satu kegiatan untuk kita latih” “Di

mana kita duduk? Bagaimana kalau di ruang depan? Berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?”.

2. Kerja :

“Bapak Y, apa saja kemampuan yang bapak Y dimiliki? Bagus, apa lagi? Saya buat daftarnya ya! Apa pula kegiatan rumah tangga yang biasa bapak Y lakukan? Bagaimana dengan merapihkan kamar? Menyapu? membereskan tempat tidur, bermain tenis meja...dst.”Wah, bagus sekali ada lima kemampuan dan kegiatan yang bapak Y miliki.”

“Dari dua kegiatan/kemampuan ini, yang mana yang masih dapat dikerjakan di klinik ini? Coba kita lihat, yang pertama bisakah, yang kedua ? bagus sekali ada 2 kegiatan yang masih bisa dikerjakan di sini.”

“Sekarang coba ibu pilih satu kegiatan yang masih bisa dikerjakan di sini.”

“Ooo.. yang nomor 1, merapihkan tempat tidur? Kalau begitu, bagaimana kalau sekarang kita melakukan merapihkan tempat tidur.” “Mari kita ke ruangan kamar bapak?”

“Mari kita lihat tempat tidur bapak Y. Coba lihat, sudah rapihkah tempat tidurnya?”

“Nah kalau kita mau merapihkan tempat tidur, mari kita pindahkan dulu bantal dan selimutnya. Bagus! Sekarang kita angkat spreinya, dan kasurnya kita balik.”

“Nah, sekarang kita pasang lagi spreinya, kita mulai dari arah atas, ya bagus!. Sekarang sebelah kaki, tarik dan masukkan, lalu sebelah pinggir masukkan. Sekarang ambil bantal, rapihkan, dan letakkan di sebelah atas/kepala. Mari kita lipat selimut, nah letakkan sebelah bawah/kaki. Bagus!” “Bapak Y sudah bisa merapihkan tempat tidur dengan baik sekali. Coba perhatikan bedakah dengan sebelum dirapikan? Bagus.”

“Coba bapak Y lakukan dan jangan lupa memberi tanda MMM (Mandiri) kalau T lakukan tanpa disuruh, tulis B (Baantuan) jika digunakan bisa melakukan, dan T (Tidak) melakukan.

3. Terminasi:

“Bagaimana perasaan bapak Y setelah kita bercakap-cakap dan latihan merapihkan tempat tidur?. Yach, bapak Y ternyata banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan di klinik ini. Salah satunya, merapihkan tempat tidur, yang sudah bapak Y praktekan dengan baik sekali. Nah kemampuan ini dapat dilakukan juga di rumah setelah pulang.”

“Sekarang, mari kita masukkan pada jadwal harian. Bapak Y. Mau berapa kali sehari merapihkan tempat tidur. Bagus, dua kali yaitu pagi-pagi jam berapa? Lalu sehabis istirahat, jam 16.00”

“Besok pagi kita latihan lagi kemampuan yang kedua. Bapak Y masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di klinik selain merapihkan tempat tidur? Ya bagus, Tenis meja.. kalau begitu kita akan latihan bertenis meja besok jam 8 pagi di luar lapangan ini sehabis makan pagi Sampai jumpa ya”

Sp 2 Melatih pasien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan.

1. Orientasi :

“Assalammualaikum, bagaimana perasaan Y pagi ini? Wah, tampak cerah.”

“Bagaimana Y, sudah dicoba merapikan tempat tidur sore kemarin/ Tadi pag? Bagus (kalau sudah dilakukan, kalau belum bantu lagi, sekarang kita akan latihan kemampuan kedua. Masih ingat apa kegiatan itu Y?”

“Ya benar, kita akan bermain tenis meja di luar lapangan”

“Waktunya sekitar 10 menit.Mari kita kelapangan”

2. Kerja:

“Bapak Y, sebelum kita melakukan kegiatan tenis meja”

“Baik pak kita pemanasan dulu”

“Baik pak sekarang kita mulai tenis meja”

3. Terminasi:

“Bagaimana perasaan bapak setelah melakukan kegiatan olahraga tenis meja?”

“Sangat senang sekali”

“Baik besok kita ketemu lagi untuk melihat sejauh mana bapak melaksanakan kegiatan aktivitas yang terjadwal.”

“Selamat siang pak sampai jumpa.

DOKUMENTASI

Lampiran II





LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Sofiatil Qolbi

NIM : KHGA21004

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

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. Y DENGAN SKIZOFRENIA GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI PENDENGARAN DI KLINIK NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT.

No	Tanggal	Konsultasi Materi	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	29 Mei 2024	-	Pengarahan terkait bimbingan jadwal pertemuan, proses bimbingan	

2.	31 Mei 2024	BAB I	Halaman judul, cantumkan prevalensi	
3.	3 Juni 2024	BAB I	Perbaiki penulisan antar paragraf harus saling berkesinambungan, fenomena belum terlihat, tambahkan lagi dan perkuat lagi fenomena masalahnya tambahkan data di Kab. Garut, lanjutkan BAB II dan tetap revisi di BAB I	
4.	5 Juni 2024	BAB II	Tambahkan Analisa Data	
5.	6 Juni 2024	BAB II	Spasi harus diperhatikan format penulisan di perhatikan, lanjut BAB III	
6.	10 Juni 2024	BAB III	Perbaiki materi di pembahasan	
7.	12 Juni 2024	BAB III	Acc BAB I,II,III Lanjut BAB IV	
8.	14 Juni 2024	BAB IV	Perbaiki penulisan dan materi kesimpulan dan saran	

9.	15 Juni 2024	BAB IV	Acc BAB IV, lanjut daftar pustaka, lampiran-lampiran, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar	
10.	19 Juni 2024		Acc daftar pustaka, Lampiran- lampiran, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, lanjut buat format pengesahan	
11.	20 Juni 2024		Acc format pengesahan, siapkan sidang akhir	

DATA RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama : Sofiatil Qolbi
Tanggal Lahir : Garut, 31 Agustus 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Alama : Kp. Hegarsari Rt/Rw 01/01 Desa. Hegarsari
Kec. Kadungora Kab. Garut Provinsi Jawa Barat
Moto : “Tidak ada kesuksesan tanpa kerja keras.
Tidak ada keberhasilan tanpa kebersamaan. Tidak
ada kemudahan tanpa doa.”

B. Riwayat Pendidikan

1. SD : SDN Hegarsari 1 (2014-2017)
2. SMP : SMP PGRI Kadungora (2017-2020)
3. SMA : MA Baiturrahman Leles (2020-2021)
4. Perguruan Tinggi : STIKes Karsa Husada Garut (2021-2024)

C. Riwayat Organisasi

1. PMR MA Baiturrahman Leles
2. KEMA D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut