

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. R DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID DI KLINIK
REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG
KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun Oleh:

SYAILA INTAN PRISILA
KHGA22069



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

2025

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. R DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID DI
KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI
ASSANIE SAMARANG GARUT**

NAMA : SYAILA INTAN PRISILA

NIM : KHGA22069

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

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

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

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan
STIKes KARSA HUSADA GARUT

Mengesahkan,

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M. Kep.

Wahyudin, S.Kp., M.Kes.

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. R DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI
PENDENGARAN AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID DI
KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI
ASSANIE SAMARANG GARUT**

NAMA : SYAILA INTAN PRISILA

NIM : KHGA22069

Karya Tulis Ilmiah

KTI Ini Telah Siap Disetujui Untuk Diujikan Dihadapan
Tim Penguji Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada
Garut, Juli 2025

Menyetujui,
Pembimbing

Wahyudin, S.Kp., M.Kes.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. R DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHY ASSANIE SAMARANG GARUT

IV BAB, 98 halaman, 10 tabel, 8 gambar, 5 lampiran

Gangguan persepsi sensori, khususnya halusinasi pendengaran, merupakan salah satu gejala utama yang sering ditemukan pada penderita skizofrenia. Karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif pada Tn. R, seorang klien dengan skizofrenia paranoid yang mengalami halusinasi pendengaran, di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahy Assanie Samarang Garut. Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan deskriptif melalui teknik observasi, wawancara, dan studi pustaka. Asuhan keperawatan dilakukan secara sistematis, meliputi tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, hingga pencatatan perkembangan. Hasil asuhan menunjukkan dua masalah keperawatan utama, yaitu gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dan harga diri rendah. Fokus intervensi yang diberikan adalah membantu klien mengenali halusinasi, melatih kemampuan mengontrol halusinasi, serta meningkatkan kepatuhan dalam minum obat. Hasil evaluasi menunjukkan adanya peningkatan kemampuan klien dalam mengontrol halusinasi dan peningkatan harga diri. Diharapkan karya tulis ini dapat menjadi referensi bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa yang efektif dan holistik pada pasien dengan gangguan persepsi sensori.

Kata Kunci : *Asuhan Keperawatan, Skizofrenia, Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi*

Daftar Pustaka: 18 buah (2015-2024)

ABSTRACT

PSYCHIATRIC NURSING CARE FOR MR. R WITH SENSORY PERCEPTION DISTURBANCE: AUDITORY HALLUCINATIONS DUE TO PARANOID SCHIZOPHRENIA AT NUR ILLAHI ASSANIE MENTAL REHABILITATION CLINIC, SAMARANG, GARUT

IV Chapters, 98 pages, 10 tables, 8 figures, 5 appendices

Sensory perception disturbances, particularly auditory hallucinations, are among the primary symptoms commonly found in individuals with schizophrenia. This scientific paper aims to describe a comprehensive psychiatric nursing care approach for Mr. R, a client with paranoid schizophrenia who experiences auditory hallucinations, at the Nur Illahi Assanie Mental Rehabilitation Clinic, Samarang, Garut. The method used is a case study with a descriptive approach through observation, interviews, and literature review. The nursing care process was conducted systematically, covering the stages of assessment, nursing diagnoses, planning, implementation, evaluation, and progress notes. The results identified two main nursing problems: sensory perception disturbance (auditory hallucinations) and low self-esteem. The focus of the intervention was to assist the client in recognizing hallucinations, training skills to control them, and improving medication adherence. Evaluation results showed improvements in the client's ability to manage hallucinations and increased self-esteem. The success of the intervention was strongly supported by family involvement and collaboration among healthcare team members. This paper is expected to serve as a reference for nurses in providing effective and holistic psychiatric nursing care to patients with sensory perception disturbances.

Keywords: Nursing Care, Schizophrenia, Sensory Perception Disturbance: Hallucinations

References: 18 sources (2015–2024)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, Tuhan semesta alam. Atas izin dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Paranoid Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut”

Penulisan karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan program Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Sebagai hamba-Nya yang lemah, dengan segala kerendahan hati penulis menanti saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan karya tulis ilmiah ini. Pada kesempatan ini penulisan mengucapkan terima kasih yang setulusnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis berterima kasih kepada:

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

5. Bapak Wahyudin, S.Kp., M.Kes., selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan saran dan bimbingannya
6. Bapak Angga D Nagara, S.Kep., Ners, M.Kep. selaku penguji I yang telah berkenan menguji dan memberikan kritik dan saran guna Karya Tulis Ilmiah yang lebih baik
7. Bapak Gin Gin Sugih P., S.Kep., M.H.Kes. selaku penguji II yang telah berkenan menguji dan memberikan kritik dan saran guna Karya Tulis Ilmiah yang lebih baik
8. Seluruh Staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut terutama Program Studi D III Keperawatan yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat selama penulis mengikuti Pendidikan
9. Seluruh Staf dan Pimpinan Klinik Rehabilitasi Mental Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang Garut
10. Tn. Y yang telah bersedia untuk bekerja sama dengan penulis dalam melaksanakan proses asuhan keperawatan
11. Cinta pertama juga pahlawanku yaitu bapak Hermin, terimakasih sudah berjuang untuk kehidupan penulis, beliau memang hanya merasakan bangku SD dan tidak pernah bermimpi akan merasakan pendidikan yang lebih tinggi. Namun beliau mampu mendidik penulis, memotivasi dan memberi dukungan hingga penulis mampu berada dititik ini
12. Pintu Surgaku ibunda tercinta yaitu ibu Lia Lasmawati yang telah melahirkan, memberi cinta dan kasih sayang yang tidak terhingga. Terimakasih untuk doa yang selalu beliau panjatkan tiada henti dan tanpa

diminta, sehingga penulis mampu melalui segala rintangan dan cobaan selama proses pendidikan

13. Kakak laki-laki satu-satunya yaitu Pratu Gesti Adhi Pradina, yang selalu ingin melindungi adik perempuan satu-satunya. Terimakasih atas motivasi yang tiada hentinya sejak penulis merasakan bangku pendidikan pertama kali.
14. Keluarga besar Alm. Suganda, yang dengan ikhlas mendoakan serta mensupport penulis dalam hal sekecil apapun, memberikan cinta tanpa henti. Terimakasih, setiap pencapaian penulis persembahkan untuk kalian.
15. Sahabat satu perjuanganku, Mila Septiani yang selalu saling mendukung sejak pertama memasuki perkuliahan. Meskipun setelah ini akan menjalani kehidupan masing-masing yang berbeda, semoga selalu dikelilingi oleh kebahagiaan dan semoga persahabatan ini selalu terjaga selamanya
16. Teman seperjuangan Sifa Salmah dan Ananda Nabila yang telah berproses bersama selama 3 tahun, terimakasih atas segala motivasi dan dukungan yang diberikan kepada penulis. Semoga dipertemukan dengan kebahagiaan dan kesuksesan yang dimimpikan
17. Triple S, yaitu Sri Mulyani dan Syeilla Hana Astria yang membersamai proses penulis sejak duduk dibangku SMA. Meskipun saat ini kita menempuh pendidikan yang berbeda-beda, semoga dipertemukan kembali dalam kesuksesan yang kita mimpikan sejak dulu

18. Seseorang yang mampu berproses bersama selama penulisan karya tulis ini, terimakasih atas motivasi dan dukungan yang diberikan. Semoga kita mampu mencapai titik kesuksesan bersama-sama.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bisa bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak serta mendapatkan keridhoan-Nya. Akhir kata penulis berharap semoga amal dari berbagai pihak senantiasa mendapatkan balasan yang berlipat dari Allah SWT. Aamiin.

Garut, Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	6
C. Metode Telaah	7
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN TEORI	10
A. Konsep Dasar	10
1. Konsep Skizofrenia	10
2. Konsep Halusinasi.....	18
3. Konsep Harga Diri Rendah	35
B. Konsep Asuhan Keperawatan	45
1. Pengkajian	45
2. Diagnosis Keperawatan.....	52
3. Intervensi.....	52
4. Implementasi	56

5. Evaluasi	57
BAB III TINJAUAN KASUS.....	59
A. Tinjauan Kasus	59
1. Pengkajian	59
2. Diagnosis.....	72
3. Intervensi.....	73
4. Implementasi dan Evaluasi	83
5. Catatan Perkembangan.....	89
B. Pembahasan Kasus	92
1. Pengkajian	92
2. Diagnosis Keperawatan.....	95
3. Intervensi Keperawatan.....	95
4. Implementasi Keperawatan.....	96
5. Evaluasi	97
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	99
A. Kesimpulan	99
B. Rekomendasi	100
DAFTAR PUSTAKA.....	102
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Data Penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Garut	2
Tabel 1.2 Data Penderita Gangguan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie	3
Tabel 1.3 Data Masalah Keperawatan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie	4
Tabel 2.1 Fase Halusinasi.....	26
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan.....	53
Tabel 3.1 Terapi Medis.....	70
Tabel 3.2 Analisa Data	70
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan.....	73
Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi.....	83
Tabel 3.5 Catatan Perkembangan	89

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Halusinasi.....	22
Gambar 2.2 Pohon Masalah Halusinasi	24
Gambar 2.3 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan.....	31
Gambar 2.4 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan	32
Gambar 2.5 Rentang Respon Harga Diri Rendah	39
Gambar 2.6 Pohon Masalah Harga Diri Rendah.....	42
Gambar 2.7 Pohon Masalah Halusinasi	52
Gambar 3.1 Pohon Masalah Halusinasi	72

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SPTK Halusinasi

Lampiran 2 SPTK Harga Diri Rendah

Lampiran 3 Dokumentasi

Lampiran 4 Riwayat Hidup

Lampiran 5 Lembar Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO) sehat jiwa adalah suatu kondisi sejahtera secara fisik, sosial, dan mental yang lengkap dan tidak hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan, atau individu dikatakan sehat jiwa apabila berada dalam kondisi fisik, mental dan sosial yang terbebas dari gangguan (penyakit) tidak dalam kondisi tertekan sehingga dapat mengendalikan stress yang timbul sehingga memungkinkan individu untuk hidup produktif, dan mampu mengendalikan stress yang timbul.

Kesehatan jiwa menurut *American Psychological Association* (APA) adalah keadaan pikiran yang ditandai dengan kesejahteraan emosional, penyesuaian perilaku yang baik, kebebasan relatif dari kecemasan dan gejala yang melumpuhkan, dan kemampuan untuk membangun hubungan yang konstruktif dan mengatasi tuntutan dan tekanan hidup (APA, 2023).

Sedangkan menurut Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan, kesehatan jiwa didefinisikan sebagai kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial, sehingga mampu menyadari kemampuan diri, mengatasi tekanan, bekerja secara produktif, dan memberikan kontribusi kepada masyarakat.

Sehingga dapat diartikan bahwa indikator individu yang sehat jiwa dapat dilihat dari aspek emosional, perilaku, sosial dan kemampuan untuk

beradaptasi dengan tekanan/stres. Kesehatan jiwa yang baik dapat meningkatkan kualitas hidup seseorang yang sedang mengalami penyakit fisik dan secara umum dapat berkontribusi terhadap usia yang lebih panjang (Stuart, Keliat, & Pasaribu, 2016).

Menurut perkiraan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, jumlah individu yang mengalami gangguan jiwa di wilayah Jawa Barat pada tahun 2024 mencapai sekitar 70%, atau sekitar 63.998 orang , dengan fokus pada sasaran Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat (ODGJ). Dan 6,91% atau sekitar 3.935 orang diantaranya terdapat di Kabupaten Garut (Diskes, Jabar, 2024).

Tabel 1.1
Data Penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Garut Periode Mei
2024-2025

No	Diagnosis Penyakit	Jumlah Orang	Persentasi
1	Gangguan Afektif Bipolar	1988	50,53%
2	Skizofrenia	1353	34,38%
3	Penyalahgunaan Napza	389	9,89%
4	<i>Intelektual Disability</i>	205	5,2%
Jumlah		3.935	100%

(sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Garut)

Skizofrenia (*schizophrenia*; dibaca "skit-se-fri-nia") adalah salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu. Skizofrenia adalah bagian dari gangguan psikosis yang terutama ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas dan hilangnya daya tilik diri (*insight*), (Surya Yudhantara, 2018).

Skizofrenia mempengaruhi sekitar 24 juta orang atau 1 dari 300 orang di seluruh dunia. Orang dengan skizofrenia memiliki harapan hidup

10-20 tahun lebih rendah dari populasi umum. Skizofrenia ditandai dengan gangguan signifikan dalam persepsi dan perubahan perilaku. Gejalanya dapat berupa delusi terus-menerus, halusinasi, pikiran tidak teratur, perilaku sangat tidak teratur, atau agitasi ekstrem. Orang dengan skizofrenia mungkin mengalami kesulitan terus-menerus dengan fungsi kognitif mereka.

Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie merupakan institusi pelayanan kesehatan jiwa yang beroperasi di Kabupaten Garut dengan fokus utama pada pemulihan dan peningkatan kondisi mental pasien. Berdasarkan laporan hasil dan rekam medis di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut, jumlah penderita gangguan jiwa yang dirawat dari bulan januari sampai dengan mei 2024-2025, dapat dilihat ditabel berikut ini:

Tabel 1.2
Data Penderita Gangguan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental Nur
Illahi Assanie Samarang Garut Periode Mei 2024-2025

No.	Diagnosa Penyakit	Jumlah (Orang)		Persentasi
		2024/2025		
1	Gangguan Afektif Bipolar	27 Orang	32 Orang	82,05%
2	Skizofrenia	8 Orang	5 Orang	12,82%
3	<i>Intelektual Disability</i>	2 Orang	2 Orang	5,13%
4	Penyalahgunaan Napza	0 Orang	0 Orang	0%
Jumlah		37 Orang	39 Orang	100%

(Sumber: Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut)

Menurut laporan dari Klinik Rehabilitasi Nur Illahi Assanie Samarang Garut, pada tahun 2025 tercatat ada 5 pasien dengan

skizofrenia, persentasi skizofrenia menjadi paling tinggi kedua pada tahun 2025 yaitu 12,82%.

Skizofrenia erat kaitannya dengan halusinasi, yaitu salah satu gejala utama yang dialami oleh penderita skizofrenia. Halusinasi pada skizofrenia adalah pengalaman persepsi yang menyimpang atau salah, yang dianggap nyata oleh penderita, meskipun tidak ada sumber stimulus yang nyata di lingkungan. Halusinasi dapat terjadi dalam berbagai bentuk, seperti halusinasi pendengaran, halusinasi penglihatan, halusinasi taktil (merasakan sensasi pada kulit), dan halusinasi penciuman atau pengecapan.

Halusinasi adalah persepsi sensorik yang salah dan tidak terkait dengan rangsangan eksternal yang nyata. Keadaan ini mungkin melibatkan salah satu dari panca indra. Halusinasi biasanya terjadi pada klien dengan gangguan terkait zat, skizofrenia dan gangguan manik. (Bunga Permata, 2023)

Sedangkan menurut Herri Zan halusinasi adalah gejala gangguan psikotik penderita skizofrenia yang ditandai gangguan persepsi pada berbagai hal yang dianggap dapat dilihat, didengar ataupun adanya perasaan dihina meskipun sebenarnya tidak realitas.

Berikut data masalah keperawatan jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut pada tahun 2025:

Tabel 1.3

**Data Masalah Keperawatan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental Nur
Illahi Assanie Samarang Garut Periode April 2025**

No	Masalah Keperawatan Jiwa	Jumlah Pasien	Persentase
1	Halusinasi	25	65%
2	Harga Diri Rendah	8	20%
3	Risiko Perilaku Kekerasan	3	7,5%
4	Waham	3	7,5%
Jumlah Kasus		39	100%

(Sumber: Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut)

Menjelaskan bahwa angka penderita halusinasi di Yayasan Nur Illahi Assanie Garut menempati posisi tertinggi dengan persentase 65%.

Apabila kondisi ini tidak segera mendapatkan penanganan yang tepat, hal tersebut dapat menimbulkan berbagai dampak serius. Penderita berisiko melakukan perilaku berbahaya, seperti melukai diri sendiri (bunuh diri) atau orang lain akibat mengikuti perintah dari suara halusinasi. Selain itu, gejala yang tidak tertangani dapat menyebabkan penurunan fungsi sosial, ketidakmampuan bekerja, isolasi dari lingkungan, dan penurunan kualitas hidup secara signifikan. Kondisi ini juga berpotensi menimbulkan episode psikotik berulang, depresi, gangguan fisik akibat perawatan diri yang buruk, hingga menjadikan penderita sebagai beban emosional dan finansial bagi keluarga. Dalam jangka panjang, skizofrenia yang tidak ditangani dengan baik dapat berkembang menjadi kondisi kronis yang menyebabkan kecacatan permanen, sehingga intervensi dini dan penatalaksanaan yang tepat sangat diperlukan untuk mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup penderita.

Berdasarkan data uraian diatas penulis tertarik untuk mengangkat kasus skizofrenia paranoid ini dalam karya tulis ilmiah yang berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. R DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN AKIBAT SKIZOFRENIA PARANOID DI KLINIK REHABILITASI MENTAL 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 spiritual.

2. Tujuan Khusus

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi indra pendengaran. Kemampuan yang dimiliki meliputi:

- a. Mampu melakukan pengkajian secara rinci, lengkap, dan komprehensif pada Tn. R dengan skizofrenia paranoid gangguan persepsi sensori halusinasi di Klinik Yayasan Nur Illahi Assanie Garut.
- b. Mampu merumuskan diagnosis keperawatan yang timbul pada Tn. R dengan gangguan persepsi sensori halusinasi indra pendengaran akibat skizofrenia paranoid Di Yayasan Nur Illahi Assanie.

- c. Mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada Tn. R dengan Gangguan persepsi sensori halusinasi indra pendengaran akibat skizofrenia paranoid Di Yayasan Nur Illahi Assanie.
- d. Mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan pada Tn. R dengan Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran akibat skizofrenia paranoid di Yayasan Nur Illahi Assanie.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn. R dengan konsep gangguan sensori halusinasi indra pendengaran akibat skizofrenia paranoid Di Yayasan Nur Illahi Assanie.
- f. Mampu mendokumentasikan hasil proses keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn. R dengan gangguan sensori halusinasi indra pendengaran akibat skizofrenia paranoid Di Yayasan Nur Illahi Assanie.

C. Metode Telaah

Dalam penulisan studi kasus ini, digunakan metode deskriptif yang mengambil bentuk laporan kasus asuhan keperawatan melalui proses perawatan yang komprehensif. Pengumpulan data dilakukan melalui berbagai cara sebagai berikut:

1. Wawancara (anamnesa): Pertanyaan-pertanyaan langsung diajukan kepada klien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya untuk mendapatkan informasi terkait masalah yang dihadapi oleh klien.

2. Observasi: Perawat mengumpulkan data dengan mengamati dan mengobservasi langsung kondisi klien, baik yang bersifat adaptif maupun maladaptif, melalui interaksi tatap muka dan dialog.
3. Pemeriksaan Fisik: Dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan keadaan umum klien untuk mendapatkan data yang relevan terkait masalah kesehatan atau keperawatan yang dialami.
4. Studi Dokumentasi: Data diperoleh dari rekam medis atau catatan klien yang berkaitan dengan asuhan keperawatan yang diberikan.
5. Studi Kepustakaan: Penulis mempelajari teori-teori yang relevan dengan kasus yang diambil melalui buku-buku dari perpustakaan institusi maupun sumber-sumber internet.
6. Partisipasi Aktif: Penulis terlibat secara aktif dalam memberikan asuhan keperawatan kepada Tn. R dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran akibat Skizofrenia Paranoid di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

D. Sistematika Penulisan

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

1. Bagian Pendahuluan (Bab I): Bagian ini membahas latar belakang, tujuan penulisan, metode telaah, dan tata cara penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
2. Bagian Tinjauan Teori (Bab II): Bagian ini menjelaskan teori-teori yang relevan dengan judul tulisan, yang menjadi dasar dalam

pembahasan. Materi mencakup konsep dasar penyakit skizofrenia, halusinasi pendengaran, harga diri rendah, dan dampak terhadap kebutuhan dasar manusia.

3. Bagian Tinjauan Kasus (Bab III): Bagian ini menampilkan asuhan keperawatan yang diterapkan secara praktis di lapangan, melalui tahap pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi, dan catatan perkembangan pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran. Selain itu, pembahasan mencakup perbandingan antara pendekatan medis dengan pelaksanaan langsung pada kasus tersebut, serta solusi yang diusulkan untuk mengatasi masalah yang ditemui.
4. Bagian Kesimpulan dan Rekomendasi (Bab IV): Bagian ini berisi rangkuman hasil penulisan setelah pelaksanaan asuhan keperawatan serta rekomendasi yang bersifat konstruktif untuk perbaikan selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar

1. Konsep Skizofrenia

a. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia suatu gangguan yang secara umum dicirikan oleh distorsi fundamental dan khas pada proses berpikir dan persepsi, dan afek yang tidak sesuai atau tumpul. Kapasitas intelektual dan kesadaran tetap baik walaupun defisit kognitif tertentu dapat muncul dalam perjalanan penyakitnya. Gangguan ini melibatkan fungsi paling dasar yang membuat seorang individu normal dapat merasakan perasaan individualitas, keunikan, dan tujuan hidupnya. Pikiran, perasaan, dan perilaku yang paling mendalam sering kali terasa diketahui oleh orang lain, dan waham (*delusions*) yang dapat dijelaskan mungkin muncul, sebagai efek dari kekuatan natural atau supernatural yang memengaruhi cara berpikir dan berperilaku yang sering kali aneh. Walaupun tidak ada gejala patognomonik jelas yang dapat diidentifikasi, fenomena psikopatologis yang terpenting adalah gaung pikiran (*thought of echo*), penyisipan atau penarikan pikiran (*thought insertion or withdrawal*), penyiaran pikiran (*thought broadcasting*), waham persepsi (*delusional perception*), dan waham kendali (*delusions of control*), pengaruh atau kepasifan halusinasi dengar berupa suara-suara yang

mengomentari atau mendiskusikan tentang pasien sebagai orang ketiga, gangguan dalam alur pikiran, katatonik (*catatonia*), dan gejala negatif (*negative symptoms*). Perjalanan penyakit skizofrenia dapat berkelanjutan atau episodik dengan defisit progresif atau stabil yang mengikuti setiap episodenya, atau terdiri dari satu atau beberapa episode dengan remisi total.

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa Skizofrenia adalah sindrom heterogen kronis yang melibatkan banyak hal yang mempengaruhi pikiran, perasaan dan perilaku individu, yang ditandai dengan gangguan psikososial yaitu delusi, halusinasi, gangguan bicara seperti inkoheren serta tingkah laku katatonik.

Ada beberapa jenis skizofrenia yang telah teridentifikasi berdasarkan karakteristik atau gejala khas mereka. Berikut tiga jenis skizofrenia yang utama: Yang pertama yaitu jenis terdisorganisasi, jenis terdisorganisasi pada skizofrenia ditandai oleh perilaku kacau, bicara tidak runtut, halusinasi yang tajam dan kerap, emosi yang tidak tepat atau kurangnya ekspresi emosi, dan delusi terdisorganisasi (kacau) yang kerap bertemakan agama atau seks.

Yang kedua yaitu jenis katatonik, orang dengan skizofrenia jenis katatonik memperlihatkan gerak-gerik, postur atau ekspresi wajah yang aneh. Beberapa dari mereka diam mematung tanpa

bergerak selama berjam-jam dan kemudian secara tiba-tiba berganti keadaan menjadi sangat tidak tenang.

Dan bentuk skizofrenia yang paling umum, jenis paranoid, ditandai dengan delusi yang disertai oleh seringnya halusinasi auditoris. Skizofrenia paranoid merupakan gangguan skizofrenik yang didominasi oleh waham paranoid (*paranoid delusions*) yang relatif stabil, biasanya disertai dengan halusinasi (*hallucinations*), terutama berbagai variasi halusinasi dengar dan gangguan persepsi lainnya. Gangguan afek, minat, pembicaraan, dan gejala katatonik tidak ada atau relatif tidak jelas.

b. Etiologi Skizofrenia

Menurut Rizka Yunita (2020) terdapat beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia adalah:

1. Keturunan

Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9-1,8%, bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia 40-68%, kembar 2 telur 2-15% dan kembar satu telur 61-86%.

2. Endokrin

Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium, tetapi teori ini tidak dapat dibuktikan.

3. Metabolisme

Teori ini didasarkan karena penderita skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung ekstremitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun serta pada penderita dengan stupor katatonik konsumsi zat asam menurun. Hipotesa ini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat halusinogenik.

4. Susunan Saraf Pusat

Penyebab skizofrenia diarahkan pada kelainan sistem saraf pusat (SSP) yaitu pada diensefalon atau kortek otak, tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefakt pada waktu membuat sediaan.

5. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada SSP tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia. Menurut Meyer, skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

6. Teori Sigmund Freud

Menurut teori Sigmund Freud, mengatakan bahwa skizofrenia terdapat:

- a) Kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik
- b) Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme
- c) Kehilangan kapasitas untuk pemindahan (*transference*) sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.

7. Teori Eugen Bleuler

Penggunaan istilah skizofrenia menonjolkan gejala utama penyakit ini yaitu jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan dan perbuatan. Bleuler membagi gejala skizofrenia menjadi 2 kelompok yaitu gejala primer (gangguan proses pikiran, gangguan emosi, gangguan kemauan dan otisme) gejala sekunder (waham, halusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotorik yang lain).

8. Proses Psikososial dan Lingkungan

- a) Teori Perkembangan

Ahli teori seperti Freud, Sullivan, Erikson mengemukakan bahwa kurangnya perhatian yang hangat dan penuh kasih sayang di tahun-tahun awal kehidupan berperan dalam menyebabkan kurangnya identitas diri, salah interpretasi terhadap realitas, dan menarik diri dari hubungan pada penderita skizofrenia.

b) Teori Keluarga

Teori-teori yang berkaitan dengan peran keluarga dalam munculnya skizofrenia belum divalidasi dengan penelitian. Bagian fungsi keluarga yang telah diimplikasikan dalam peningkatan angka kekambuhan individu dengan skizofrenia adalah sangat mengekspresikan emosi (*high expressed emotion*). Keluarga dengan ciri ini dianggap terlalu ikut campur secara emosional, kasar dan kritis.

c) Status Sosial Ekonomi

Hasil penelitian yang konsisten adalah hubungan yang kuat antara skizofrenia dan status sosial ekonomi yang rendah.

d) Model Kerentanan Stress

Model interaksional yang menyatakan bahwa penderita skizofrenia mempunyai kerentanan genetik dan biologi terhadap skizofrenia. Kerentanan ini dapat menimbulkan gejala-gejala pada individu tersebut.

c. Patofisiologi Skizofrenia

Patofisiologi skizofrenia disebabkan adanya ketidakseimbangan neurotransmitter di otak, terutama norepinefrin, serotonin, dan dopamine. Namun, proses patofisiologi skizofrenia masih belum diketahui secara pasti (Kaplan dan Sadock, 2016). Secara umum penelitian telah mendapatkan bahwa skizofrenia dikaitkan dengan penurunan volume otak, terutama bagian frontal. Dari sejumlah penelitian ini, daerah otak yang secara konsisten menunjukkan kelainan yaitu daerah hipokampus dan parahipokampus (Abrams, DJ., Rojas, DC., Arciniegas, 2018)

d. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Gejala-gejala skizofrenia terdiri dari dua jenis yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif berupa delusi atau waham, halusinasi, kekecauan alam pikir, gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan. Gejala negatif berupa alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”, menarik diri atau mengasingkan diri (*with drawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*), kontak emosional amat miskin, sukar diajak bicara, pendiam dan pola pikir stereotip (Muhyi, 2011). Gejala kognitif yang muncul pada orang dengan skizofrenia melibatkan masalah memori dan perhatian. Gejala kognitif akan mempengaruhi orang dengan skizofrenia dalam melakukan

aktivitas sehari-hari seperti bermasalah dalam memahami informasi, kesulitan menentukan pilihan, kesulitan dalam mengingat. (Maramis, 2016)

e. Penatalaksanaan Skizofrenia

Sesuai dengan etiologi yang sudah diketahui, penanganan klinis untuk pasien dengan Skizofrenia termasuk pemberian obat-obatan antipsikotik dengan tambahan terapi psikososial, termasuk terapi perilaku, keluarga, kelompok, individual dan keterampilan sosial serta rehabilitasi baik di rumah sakit maupun rawat jalan. (Sadock, B., Sadock, V., Ruiz, 2017). Selain obat-obatan psikotik, ada beberapa jenis psikoterapi yang bisa diberikan pada pasien Skizofrenia antara lain:

a. Psikoanalisis

Tujuan terapi psikoanalisis ini menyadarkan individu akan konflik yang tidak disadarinya dan mekanisme pertahanan yang digunakannya untuk mengendalikan kecemasannya.

b. Terapi Perilaku (behavioristik)

Terapi perilaku menekankan prinsip pengkondisian klasik dan operan, karena terapi ini berkaitan dengan perilaku nyata.

c. Terapi Humanistic

Terapi kelompok dan terapi keluarga. (Kaplan dan Sadock, 2016).

2. Konsep Halusinasi

Adapun diagnosis keperawatan pasien yang muncul dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi adalah sebagai berikut:

- a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi
- b. Risiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar) (Ah, Yusuf, 2015).

1) Halusinasi

a. Definisi Halusinasi

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

Halusinasi adalah persepsi klien terhadap lingkungan tanpa stimulus nyata, artinya klien menginterpretasikan sesuatu yang tidak nyata stimulus/rangsang dari luar (Manulang, 2021).

Halusinasi sudah melebur dan pasien merasa sangat ketakutan, panik dan tidak bisa membedakan antara khayalan dan kenyataan yang dialaminya (Putri, 2022).

b. Etiologi Halusinasi

Halusinasi disebabkan oleh dua jenis faktor yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

1. Faktor Predisposisi

a) Faktor Perkembangan

Klien yang mengalami perkembangan yang terganggu, contohnya klien yang kurang bisa mengontrol emosi dan keharmonisan dalam berkeluarga, akan menyebabkan klien tidak mampu menjadi mandiri sejak kecil. Hal ini akan mudah membuat klien frustrasi dan kehilangan kepercayaan dirinya.

b) Faktor Sosiokultural

Seseorang yang tidak merasa diterima di lingkungannya sejak kecil akan mempengaruhinya hingga dewasa dan merasa tersisih, kesepian dan curiga terhadap orang-orang di sekitarnya.

c) Faktor Biokimia

Ketika seseorang mengalami stres yang berlebihan, suatu zat diproduksi di dalam tubuh, yang dapat berupa zat halusinogenik neurokimia dan metiltransferase, yang

menyebabkan ketidakseimbangan asetilkolin dan dopamin.

d) Faktor Psikologis

Tipe kepribadian yang lemah dan tidak bertanggung jawab, mudah jatuh ke dalam kecanduan obat adaptif. Klien lebih menginginkan kesenangan sesaat dan pelarian dari dunia nyata ke dunia fantasi.

e) Faktor Genetik dan Pola Asuh

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor keluarga memiliki hubungan yang sangat berpengaruh terhadap kelainan persepsi ini.

2. Faktor Presipitasi

Penyebab halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi:

a) Dimensi Fisik

Halusinasi dapat timbul pada kondisi fisik yang mengalami kelelahan yang luar biasa, konsumsi obat-obatan tertentu, demam, delirium, intoksikasi minuman beralkohol serta gangguan tidur dalam jangka waktu yang lama.

b) Dimensi Emosional

Klien yang merasakan kecemasan yang berlebihan atas dasar masalah yang tidak dapat diatasi, dapat menyebabkan terjadinya halusinasi. Halusinasi ini dapat

berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien kadang tidak sanggup lagi menentang perintah dari halusinasi tersebut sehingga klien akan berbuat sesuatu untuk menghadapi ketakutan tersebut.

c) Dimensi Intelektual

Pada dimensi intelektual ini akan merangsang klien yang dengan halusinasi memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Halusinasi pada awalnya adalah upaya ego sendiri untuk melawan impuls represif, tetapi itu adalah sesuatu yang meningkatkan kewaspadaan, yang dapat mengambil alih seluruh perhatian klien dan seringkali akan mengontrol seluruh perilaku klien.

d) Dimensi Sosial

Klien merasa kehidupan sosial di dunia nyata sangat berbahaya, klien sangat menikmati halusinasinya seolah-olah sebagai tempat untuk memenuhi kebutuhan interaksi sosial, pengendalian diri dan harga diri yang tidak terpenuhi di dunia nyata. Individu menggunakan kandungan halusinasi sebagai sistem kontrol sehingga ketika perintah halusinasi berupa ancaman, orang atau orang lain akan mencarinya.

e) Dimensi Spiritual

Klien mulai dengan kemampuan hidup, rutinitas yang tidak masuk akal, kehilangan aktivitas ibadah, dan jarang upaya penyucian diri secara spiritual. Dia sering mengutuk nasib, tetapi lemah ketika mencoba mengumpulkan harta, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang membuat nasibnya semakin buruk.

c. Rentang Respon Halusinasi

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan persepsi sensori yang dialami oleh pasien gangguan jiwa. Pasien merasakan sensasi berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghidup tanpa stimulus yang nyata (Zelika & Dermawan, 2015).

Gambar 2.1 Rentang Respon Halusinasi

		
Respon Adaptif	Psikososial	Respon Maladaptif
1. Pikiran logis 2. Persepsi akurat 3. Emosi konsisten dengan pengalaman 4. Perilaku sesuai 5. Hubungan sosial harmonis	1. Terkadang proses pikir terganggu (distorsi pikiran) 2. Ilusi 3. Emosi berlebihan 4. Perilaku tidak biasa 5. Menarik diri	1. Waham 2. Halusinasi 3. Kerusakan proses emosi 4. Perilaku disorganisasi 5. Isolasi sosial

Keterangan:

1. Respon Adaptif

- a. Pikiran logis yaitu pandangan yang mengarah pada kenyataan dan rasional.
- b. Persepsi akurat yaitu pandangan yang tepat pada kenyataan.
- c. Emosi konsisten adalah pengalaman perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- d. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- e. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

2. Respon Psikososial

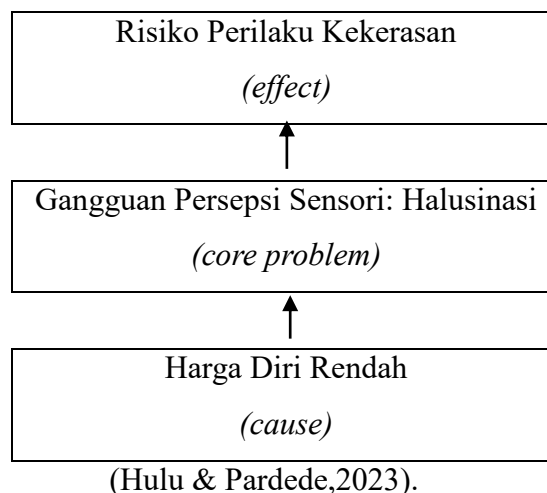
- a. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan dalam beraktivitas sehari-hari.
- b. Ilusi adalah penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indra.
- c. Emosi berlebihan atau berkurang adalah emosi labil yang tidak konsisten.
- d. Perilaku tidak biasa yaitu sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- e. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

3. Respon Maladaptif

- a. Waham adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- b. Halusinasi adalah persepsi sensoris yang salah atau gangguan persepsi sensoris tanpa adanya stimulus realita.
- c. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- d. Perilaku tidak terorganisir yaitu sikap dan tingkah laku yang tidak teratur dan tidak sesuai dengan kenyataan sosial.
- e. Isolasi sosial yaitu kondisi kesendirian yang dialami oleh individu yang menyebabkan ketidakmampuan bersosialisasi.

d. Pohon Masalah Halusinasi

Gambar 2.2 Pohon Masalah Halusinasi



e. 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.

2. Halusinasi Penglihatan

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

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.

5. Halusinasi Perabaan

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

f. Fase Halusinasi

Fase-fase halusinasi berkembang dari empat fase menjadi lima fase antara lain:

Tabel 2.1 Fase Halusinasi

Fase Halusinasi	Karakteristik	Perilaku Pasien
1	2	3
Fase pertama: <i>Sleep Disorder</i> Fase awal seseorang sebelum muncul halusinasi	Pada fase ini klien merasa banyak masalah, ingin menghindari dari lingkungan, takut diketahui orang lain bahwa dirinya banyak masalah. Masalah makin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi. Masalah terasa menekan karena terakumulasi sedangkan support system kurang dan persepsi terhadap masalah sangat buruk.	Sulit tidur berlangsung terus menerus sehingga terbiasa menghayal. Klien menganggap lamunan-lamunan awal tersebut sebagai pemecahan masalah.
Fase kedua: <i>Comforting</i> Disebut fase <i>comforting</i> karena fase yang menyenangkan.	Pada tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik. Klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas,	Tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa menimbulkan suara, pergerakan

	kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan mencoba memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan. Ia beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat ia kontrol bila kecemasannya diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan klien merasa nyaman dengan halusinasinya.	mata yang cepat, respon verbal yang lambat, dan dipenuhi oleh sesuatu yang mengasikkan.
--	--	---

1	2	3
Fase ketiga: <i>Condemning</i> Disebut dengan fase <i>condemning</i> atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikan, termasuk dalam psikotik ringan.	Pengalaman sensori Klien menjadi sering datang dan mengalami bias. Klien mulai tidak mampu lagi mengontrolnya dan mulai berupaya menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipersepsikan. Klien mulai menarik diri dari orang lain dengan intensitas waktu yang lama.	Peningkatan system syaraf otonom yang menunjukkan ansietas, seperti peningkatan nadi, pernafasan, dan tekanan darah; penyempitan kemampuan konsentrasi, dipenuhi dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan antara halusinasi dengan realita.
Fase keempat: <i>Controlling</i> Adalah fase <i>controlling</i> atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa.	Termasuk dalam gangguan psikotik. Klien mencoba melawan suara-suara atau sensori abnormal yang datang. Klien dapat merasakan kesepian bila halusinasinya berakhir. Dari sinilah dimulai fase gangguan psikotik.	Cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan halusinasinya daripada menolaknya, kesukaran berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian

1	2	3
		hanya beberapa detik atau menit, adanya tanda-tanda fisik ansietas berat: berkeringat, tremor
Fase kelima: <i>Conquering</i> Adalah fase <i>conquering</i> atau panik yaitu Klien lebur dengan	Pengalaman sensorinya terganggu, Klien mulai merasa terancam dengan datangnya suara-suara terutama bila	Perilaku menyerang-teror seperti panik, berpotensi kuat
halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat.	klien tidak dapat menuruti ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinasinya. Halusinasi dapat berlangsung selama minimal 4 jam atau seharian bila Klien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik.	melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain, aktivitas fisik yang merefleksikan isi halusinasi seperti amuk, agitasi, menarik diri, atau katatonia, tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks, tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang.

(Sumber: Ida Ayu, 2023)

2) Risiko Perilaku Kekerasan

a. Definisi Risiko Perilaku Kekerasan

Risiko perilaku kekerasan yaitu perilaku yang dilakukan pasien dengan tujuan mengekspresikan perasaannya dengan mengancam orang lain atau diri sendiri seperti keinginan untuk

menyakiti secara fisik, emosional, dan atau (PPNI, 2017). Risiko perilaku kekerasan adalah kondisi dimana tingkah laku seseorang yang mudah dipengaruhi dan dapat berisiko membahayakan diri individu tersebut, orang didekatnya dan barang-barang disekitar pasien. Kondisi ini terjadi karena perilaku yang disertai dengan amuk, gaduh gelisah tak terkontrol. Risiko perilaku kekerasan ditunjukkan dengan perilaku yang dapat diobservasi atau dalam bentuk data objektif.

Risiko perilaku berisiko adalah dapat dimanifestasikan secara verbal dan non verbal dengan tujuan menyakiti orang lain, dirinya sendiri dan lingkungan sekitar. Kondisi risiko akan menjadi aktual berupa perilaku kekerasan jika tidak segera diatasi. (Sulastri, 2023)

b. Etiologi Risiko Perilaku Kekerasan

Beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi risiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

1. Faktor Predisposisi

a) Psikologis menjadi salah satu faktor penyebab karena kegagalan yang dialami dapat menimbulkan seseorang menjadi frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau perilaku kekerasan.

b) Perilaku juga mempengaruhi salah satunya adalah perilaku kekerasan, kekerasan yang didapat pada saat

setiap melakukan sesuatu maka perilaku tersebut diterima sehingga secara tidak langsung hal tersebut akan diadopsi dan dijadikan perilaku yang wajar.

- c) Sosial budaya dapat mempengaruhi karena budaya yang pasif-agresif dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap pelaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah kekerasan adalah hal yang wajar.
- d) Bioneurologis beberapa pendapat bahwa kerusakan pada sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal, dan ketidakseimbangan neurotransmitter ikut menyumbang terjadi perilaku kekerasan.

2. Faktor predisposisi

- a) Ekspresi diri dimana ingin menunjukkan eksistensi diri atau simbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.
- b) Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- c) Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan masalah.

c. Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan

1. Emosi: Tidak adekuat, tidak aman, rasa terganggu, marah (dendam) dan jengkel.
2. Intelektual: Mendominasi, bawel, sarkasme, berdebat, meremehkan.
3. Fisik: Muka marah, pandangan tajam, napas pendek, keringat, sakit fisik, penyalahgunaan zat, dan tekanan darah meningkat.
4. Spiritual: Kemahakuasaan, kebijakan dan kreativitas terlambat
5. Sosial : Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, humor (Ah. Yusuf, 2015).

e. Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan

Gambar 2.4 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan



f. Penatalaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut Videbeck (2018), penatalaksanaan perilaku kekerasan terbagi 2, yaitu:

1. Penatalaksanaan medis

Terapi menggunakan obat pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan bermanfaat untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa. Jenis psikofarmaka tersebut diantaranya:

- a. Chlorpromazine (CPZ) Indikasi CPZ adalah untuk menekan gejala psikotik berupa agitasi, ansietas, ketegangan, kebingungan, insomnia, halusinasi, waham dan gejala lainnya.
- b. Haloperidol Indikasinya yaitu manifestasi dari gangguan psikotik, sindroma *gilles de la Tourette* pada anak-anak dan dewasa maupun pada gangguan perilaku berat. Efek samping dari obat ini bisa berupa mengantuk, kaku, tremor, lesu, letih dan gelisah.
- c. Antikolinergik Indikasi dan kontra indikasi dari antikolinergik adalah obat yang mempengaruhi sistem persyarafan. Sel syaraf satu dengan lainnya berkomunikasi melalui zat yang disebut neurotransmitter dan terdapat berbagai jenis neurotransmitter tergantung pada jenis sel syarafnya.

2. Penatalaksanaan keperawatan

a. Terapi lingkungan

Perawat perlu mempertimbangkan terciptanya lingkungan yang tenang dengan rangsangan minimal

untuk mencegah dan mengurangi atau menghilangkan perilaku agresif. Aktivitas terjadwal dan melibatkan pasien dalam interaksi terapeutik termasuk dalam tindakan terapi lingkungan.

b. Terapi individu

Terapi individu adalah metode yang menimbulkan perubahan pada individu dengan cara mengkaji perasaan, sikap, cara berfikir dan perilakunya. Tujuan dari terapi individu adalah pasien memahami diri dan perilaku mereka sendiri, membuat hubungan interpersonal, atau berusaha lepas dari rasa sakit atau ketidakbahagiaan.

c. Terapi kelompok

Pada terapi kelompok pasien berpartisipasi dalam sesi bersama. Anggota kelompok mempunyai tujuan yang sama dan diharapkan memberi kontribusi saling membantu dalam satu kelompok tersebut. Dengan bergabung dalam kelompok diharapkan pasien dapat mempelajari cara baru memandang masalah atau cara coping atau menyelesaikan masalah dan mempelajari keterampilan hubungan interpersonal yang penting.

d. Terapi keluarga

Terapi keluarga adalah bentuk terapi kelompok yang mengikutsertakan keluarga sebagai anggotanya. Tujuannya adalah memahami dinamika keluarga mempengaruhi kondisi psikopatologi pasien, merestrukturisasi perilaku keluarga yang maladaptif dan memperkuat perilaku penyelesaian masalah keluarga secara konstruktif.

3. Konsep Harga Diri Rendah

a. Definisi Harga Diri Rendah

Harga diri merupakan perasaan tentang nilai atau manfaat dari diri sendiri yang timbul dari kepercayaan yang positif atau negatif dari individu tentang kemampuannya dan kemudian menjadi berharga. Poin utama harga diri adalah disayangi, dicintai dan dikasihi oleh orang lain serta mendapat penghargaan dari orang lain.

Seorang individu akan melakukan penilaian terhadap hasil yang dicapai dari menganalisis seberapa jauh perilakunya dapat memenuhi ideal diri. Harga diri dapat diperoleh baik dari diri sendiri maupun dari orang lain. Seseorang akan merasakan harga diri yang tinggi jika sering mengalami keberhasilan, tapi sebaliknya akan merasakan harga diri yang rendah jika sering mengalami

kegagalan, merasa tidak dicintai atau tidak diterima di lingkungannya.

Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti, dan rendah diri yang terus-menerus yang dihasilkan dari evaluasi diri yang negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri. Seseorang akan merasakan kehilangan kepercayaan diri dan rasa gagal karena tidak dapat mencapai apa yang menurut diri ideal. Keadaan ini dapat menyebabkan seseorang mengalami kurangnya perawatan diri, tidak berani menatap lawan bicara dimana lebih banyak menunduk, berbicara lambat dengan suara yang lemah. (Bunga Permata, 2023).

b. Etiologi Harga Diri Rendah

Berbagai macam faktor yang menunjang terjadinya perubahan dalam konsep diri seseorang individu dalam tinjauan *life span history* klien. Beberapa penyebab terjadinya harga diri rendah pada seseorang adalah masa kecil yang sering disalahkan, jarang mendapatkan pujian atas keberhasilannya. Saat masa remaja, keadaan seperti keberadaan seseorang yang kurang dihargai, tidak diberi kesempatan dan tidak diterima. Dan saat masa dewasa awal seperti sering gagal di sekolah, di pekerjaan atau dalam pergaulan. Harga diri rendah akan muncul saat lingkungan cenderung

mengucilkan individu dan menuntut lebih dari kemampuannya.

Faktor- faktor yang mengakibatkan harga diri rendah:

1. Faktor Predisposisi

- a. Faktor Biologis

Faktor biologis dapat dilihat dari faktor risiko yang dapat mempengaruhi peran seorang individu dalam menghadapi suatu stressor. Faktor genetik dapat menunjang terhadap respon sosial maladaptif. Hal ini diperkirakan adanya kondisi penyakit fisik yang dapat berdampak terhadap kerja hormon secara umum yang juga dapat berpengaruh terhadap keseimbangan neurotransmitter di otak, namun masih harus dilakukan penelitian lebih lanjut.

- b. Faktor Sosiokultural

Secara sosial, faktor status ekonomi sangat berpengaruh terhadap proses terjadinya harga diri rendah pada seorang individu. Dimana pada kehidupan sehari hari anak-anak tumbuh kembang di tiga tempat yaitu di rumah, di sekolah, dan di lingkungannya.

- c. Faktor Psikologis

Harga diri rendah sangat berhubungan dengan pola asuh dan kemampuan seseorang dalam menjalankan peran dan fungsinya. Penilaian diri individu untuk kegagalan

melakukan tugas dan peran. Individu akan terperangkap dalam harga diri rendah situasional. Harga diri rendah situasional adalah pengembangan persepsi diri negatif tentang suatu peristiwa.

d. Faktor Perkembangan

Setiap gangguan dalam pelaksanaan tugas perkembangan memicu masalah reaksi sosial yang maladaptif pada orang tersebut. Hal ini bisa dimulai sejak bayi, seperti penolakan oleh orangtua, yang membuat anak merasa tidak dicintai dan berujung pada anak tidak mencintai diri sendiri dan orang lain. Atau ketika anak berusia 4-6 tahun, ketika anak mulai berinisiatif, tetapi keluarga selalu menahan dan menghalangi ide atau kreativitas anak. Sikap orang tua yang terlalu mendominasi dan mengatur, akan membuat anak merasa tidak berguna. Beberapa hal tersebut akan mempengaruhi tingkat perkembangan selanjutnya.

2. Faktor Predisposisi

Gangguan pada konsep diri dapat disebabkan dari luar maupun dari dalam. Situasi yang dihadapi individu tidak dapat mengimbangi stresor yang mempengaruhi citra diri yaitu:

- a. Trauma, seperti dilecehkan secara seksual atau emosional atau menyaksikan peristiwa yang mengancam jiwa.
- b. Ketegangan

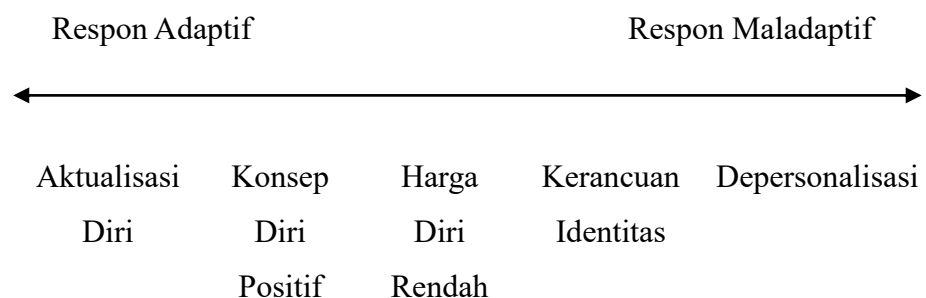
Ketegangan peran mengacu pada peran atau posisi yang diharapkan di mana orang tersebut mengalami frustrasi.

Ada tiga jenis transisi peran:

- 1) Transisi peran perkembangan merupakan perubahan normatif yang berkaitan dengan pertumbuhan. Perubahan ini meliputi tahap perkembangan kehidupan individu atau keluarga dan norma atau tekanan budaya untuk menyesuaikan diri dengan nilai.
- 2) Transisi peran situasi terjadi ketika anggota keluarga bertambah atau berkurang melalui kelahiran atau kematian.
- 3) Transisi peran sehat sakit akibat peralihan dari sehat ke sakit. Peralihan ini dapat dipicu oleh hilangnya bagian tubuh, perubahan bentuk, perubahan tinggi badan, penampilan dan fungsi tubuh, perubahan fisik, prosedur medis dan keperawatan.

c. Rentang Respon Harga Diri Rendah

Gambar 2.5 Rentang Respon Harga Diri Rendah



1. Aktualisasi Diri

Aktualisasi diri adalah pernyataan tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman yang sukses dan dapat diterima. Ini merupakan respon adaptif yang paling tinggi karena seseorang bisa mengekspresikan kemampuan yang dimilikinya.

2. Konsep Diri Positif

Konsep diri positif merupakan bagaimana seorang individu memandang apa yang ada pada dirinya termasuk citra dirinya. Individu memandang secara positif ideal dirinya, harga dirinya, penampilan peran, dan identitas dirinya. Hal ini akan menunjukkan bahwa individu itu akan menjadi individu yang sukses. Individu dapat mengenal kemampuan dan kelemahannya secara jujur. Dan dalam menilai suatu masalah seseorang dapat berfikir secara realistis dan positif. Hal ini terjadi apabila seorang individu memiliki pengalaman yang positif dalam mengaktualisasikan dirinya.

3. Harga Diri Rendah

Harga diri rendah adalah perasaan negatif tentang diri sendiri, termasuk kehilangan kepercayaan diri, tidak berharga, tidak berdaya, pesimisme, merasa tidak ada harapan dan putus asa. Hal ini merupakan transisi antara respons konsep diri adaptif dan maladaptif.

4. Kerancuan Identitas

Kerancuan identitas adalah ketidakmampuan individu untuk mengintegrasikan berbagai identitas masa kanak-kanak ke dalam kepribadian psikososial dewasa yang harmonis.

5. Depersonalisasi

Depersonalisasi adalah perasaan tidak realistis di mana klien tidak dapat membedakan antara rangsangan internal dan eksternal. Individu mengalami kesulitan membedakan diri sendiri dari orang lain, dan tubuh mereka sendiri terasa tidak nyata dan asing. (Bunga Permata, 2023)

d. Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah

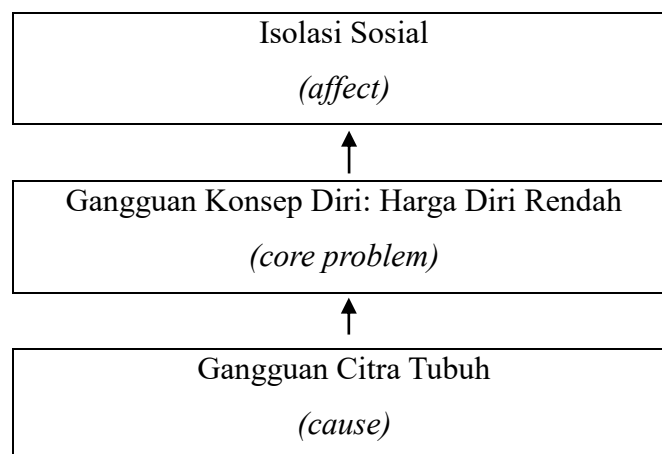
Menurut SDKI 2016, tanda dan gejala harga diri rendah kronik yaitu sebagai berikut:

1. Kurang percaya diri, perasaan malu terhadap diri sendiri dan individu.
2. Rasa bersalah kepada diri sendiri, individu yang selalu gagal dalam meraih sesuatu.
3. Merendahkan martabat diri sendiri, menganggap dirinya berbeda dibawah orang lain.
4. Gangguan berhubungan sosial seperti menarik diri, lebih suka menyendiri.
5. Sulit mengambil keputusan, cenderung bingung dalam memilih sesuatu.

6. Mudah tersinggung atau marah berlebihan.
 7. Kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapi, selera makan menurun, tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk, dan berbicara dengan nada lemah.
- (Keliat, 2015)

e. Pohon Masalah Harga Diri Rendah

Gambar 2.6 Pohon Masalah Harga Diri Rendah



f. Penatalaksanaan Harga Diri Rendah

Menurut Iyus (2019) penatalaksanaan harga diri rendah dapat dilakukan dengan beberapa cara yaitu:

1. Terapi Somatoterapi

Somatoterapi adalah pendekatan terapeutik yang mengedepankan pengalaman tubuh dan sensasi fisik dalam memahami serta menyembuhkan masalah psikologis atau emosional seseorang. Dalam pandangan somatoterapi, tubuh dan pikiran dianggap saling terhubung, dan sensasi fisik

memiliki dampak besar terhadap kesejahteraan mental seseorang.

Tujuan utama somatoterapi adalah membantu klien meningkatkan kesadaran akan pengalaman fisik mereka, mengenali pola-pola tubuh yang mungkin tidak sehat atau menyimpan ketegangan, serta memfasilitasi pelepasan emosi yang terkait dengan pengalaman tersebut. Dengan demikian, somatoterapi mampu membantu klien mengatasi trauma, meredakan stres, meningkatkan kesejahteraan fisik dan mental, serta memperbaiki hubungan dengan diri sendiri dan orang lain.

2. 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.
3. 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. Terapi farmakologi, untuk mengatasi harga diri rendah melibatkan penggunaan obat-obatan yang diresepkan oleh dokter, terutama untuk membantu mengurangi gejala depresi dan kecemasan yang mungkin menyertai harga diri rendah. Contohnya, obat-obatan antidepresan dan anti anxiety dapat membantu mengatasi gejala emosional yang mengganggu.

5. Penanganan Keperawatan

- a) Terapi Generalis

Terapi generalis, yang juga sering disebut sebagai terapi umum atau terapi konseling, merujuk pada pendekatan terapeutik yang digariskan untuk membantu individu menangani berbagai masalah psikologis, emosional, atau interaksi sosial secara keseluruhan.

- b) Terapi Modalitas

Terapi modalitas merujuk pada berbagai pendekatan atau teknik dalam bidang kesehatan mental yang digunakan untuk mengatasi masalah psikologis atau emosional. Ini mencakup berbagai jenis terapi, seperti terapi perilaku kognitif (CBT), terapi psikodinamik, terapi keluarga, terapi interpersonal, terapi seni ekspresif, dan banyak lagi.

c) Terapi Kognitif

Terapi Kognitif adalah pendekatan terapeutik yang difokuskan pada peran pikiran dan pola pikir dalam membentuk emosi dan perilaku seseorang.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan jiwa adalah suatu proses intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan fungsi perilaku pasien, serta membantu mereka dalam menghadapi masalah kesehatan mental. Proses ini melibatkan pendekatan interpersonal yang fokus pada kebutuhan individu, keluarga, kelompok, atau komunitas.

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

Pengkajian sebagai tahap awal proses keperawatan meliputi pengumpulan data, dan perumusan masalah pasien. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara holistik, meliputi aspek biologi, psikologis, sosial, dan spiritual (Yusuf, 2015).

b. Identitas Klien

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

c. Keluhan Utama atau Alasan Masuk

Apa yang menyebabkan klien/keluarga, apa yang sudah dilakukan oleh keluarga mengatasi masalah ini.

d. Faktor Predisposisi

Kaji apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya, berapa lama klien dirawat, apakah pengobatannya berhasil atau tidak serta kaji keluhan waktu mengalami gangguan. Kaji apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan klien. Pengalaman masa lalu yang dapat menjadi faktor pendukung yang menyebabkan klien mengalami gangguan jiwa.

e. Pemeriksaan Fisik

Ukur dan observasi tanda-tanda vital, ukuran tinggi badan, berat badan, tanyakan pada klien atau keluarga apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien.

f. Psikososial

1) Genogram

Membuat genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga.

2) Konsep Diri

Bagaimana klien memandang kesehatan, badan, dan penampilannya.

3) Gambar Diri

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

4) Identitas Diri

Kaji persepsi klien mengenai identitas yang dimilikinya, apakah penampilannya sesuai dengan identitas.

g. Peran

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

1) Ideal Diri

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

2) Harga Diri

Tanyakan hubungan klien dengan orang lain, penilaian atau klien yang mengalami halusinasi cenderung menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan ia tetap merasa dirinya sangat berharga.

h. Hubungan Sosial

1) Orang yang berarti

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

2) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Tanyakan pada klien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Tanyakan pada klien sejauh mana ia terlibat dalam kelompok masyarakat.

i. Spiritual

1) Nilai dan Keyakinan

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

2) Kegiatan Ibadah

Mengkaji kegiatan ibadah di rumah secara individu atau kelompok, pendapat klien tentang kegiatan ibadah.

j. Status Mental

1) Penampilan

Kaji penampilan klien, penampilan tidak rapi atau rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, berapa kali mandi, gosok gigi, keramas.

2) Pembicaraan

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

3) Aktivitas Motorik

Klien dengan halusinasi tampak gelisah, kelesuan, ketegangan, agitasi, tremor.

4) Afek

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

5) Interaksi selama wawancara

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

6) Persepsi

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

7) Proses pikir

Mengalami dereistik yaitu bentuk pemikiran tidak sesuai dengan kenyataan.

8) Tingkat kesadaran

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

9) Memori

Daya ingat jangka panjang meningkatkan kejadian masa lalu lebih dari 1 bulan. Daya ingat jangka pendek dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini.

10) Tingkat konsentrasi berhitung

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

11) Kemampuan penilaian

Gangguan ringan dapat mengambil keputusan secara sederhana baik dibantu orang lain/tidak. Gangguan tidak dapat mengambil keputusan secara sederhana cenderung mendengar atau melihat ada yang diperintahkan.

k. Daya Tilik

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

l. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan : Observasi makan dan tanyakan tentang frekuensi makan, jumlah, variasi, macam-macam makanan

yang disukai atau tidak disukai, observasi kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan makan.

- 2) BAB/BAK : Kebersihan BAB, BAK, menggunakan WC atau tidak.
- 3) Mandi : Kaji tentang frekuensi mandi, cuci muka, gunting kuku, gosok gigi.
- 4) Istirahat Tidur : Observasi lama dan waktu tidur siang atau tidur malam. Persiapan sebelum tidur dan kegiatan sesudah tidur.

m. Penggunaan Obat

Klien yang mengalami halusinasi biasanya diberikan obat:

1. Haloperidol 5mg 2x1 tablet per oral
2. Chlorpromazine 100 mg 1x1 tablet per oral
3. Trihexpenidil 2mg 2x1 tablet per oral
4. Perphenazine 4mg 2x1 tablet per oral

n. Pemeliharaan Kesehatan

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

o. Kegiatan Diluar Rumah

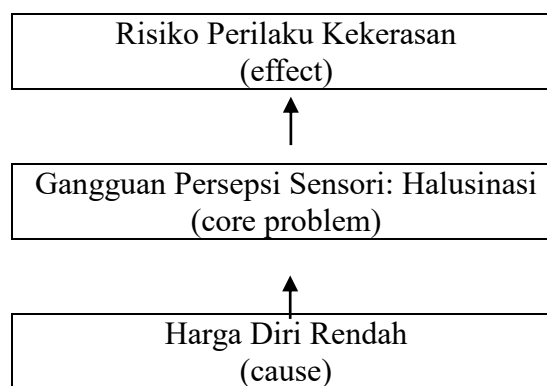
Kaji apakah klien akan mencoba untuk bergaul dan mengikuti kegiatan yang ada di lingkungannya.

p. Analisa Data

Dengan melihat data subjektif dan objektif dapat menentukan permasalahan yang dihadapi pasien. Dan dengan memperhatikan pohon masalah dapat diketahui penyebab, affect dari masalah tersebut.

q. Pohon Masalah

Gambar 2.7 Pohon Masalah Halusinasi



2. Diagnosis Keperawatan

Adapun diagnosis keperawatan pasien yang muncul dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi adalah sebagai berikut:

- a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi.
- b. Risiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar)

3. Intervensi

Rencana tindakan keperawatan terdiri atas empat komponen, yaitu tujuan khusus, rencana tindakan keperawatan, dan rasional. (Yusuf, 2015)

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3	4
1.	Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran	Setelah dilakukan perawatan klien mampu: 1. Membina hubungan saling percaya 2. Klien dapat mengenal halusinasinya	SP 1 1. Bantu klien mengenal halusinasi (isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus perasaan saat terjadi halusinasi) 2. Latih pasien dengan cara ketiga: Melaksanakan aktivitas terjadwal dengan cara pertama: menghardik halusinasi. Tahap tindakan meliputi : a. Jelaskan cara menghardik b. Peragakan cara menghardik c. Minta klien memperagakan ulang d. Pantau penerapan cara ini, beri penguatan e. Masukkan dalam jadwal kegiatan

1	2	3	4
		Setelah pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari	SP 2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) 2. Latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua: bercakap-cakap dengan orang lain

1	2	3	4
		Setelah pertemuan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Mampu bercakap-cakap dengan orang lain.	SP 3 1. Evaluasi kegiatan yang lalu SP 1 dan SP 2 2. Latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul tahapannya: a. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas yang teratur b. Diskusi aktivitas yang biasa klien lakukan 3. Latih klien melakukan aktivitas terjadwal 4. Susun jadwal aktivitas sesuai aktivitas yang telah dilatih 5. Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan
		Setelah pertemuan klien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Klien dapat menyebutkan manfaat dosis dan efek samping obat 3. Klien dapat memahami akibat berhenti minum obat	SP 4 1. Evaluasi SP 1, 2, dan 3 2. Jelaskan pentingnya program penggunaan obat 3. Jelaskan akibat bila tidak minum obat 4. Latih pasien minum obat 5. Masukkan ke jadwal harian
2.	Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah	Setelah interaksi, klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat: 1. Ekspresi wajah cerah,	SP 1 Bina hubungan saling percaya 1. Mengucapkan salam terapeutik. Sapa klien dengan ramah - Berjabat tangan dengan klien 2. Perkenalkan diri dengan sopan Tanyakan nama

1	2	3	4
		tersenyum mau berkenalan 2. Ada kontak mata 3. Bersedia menceritakan perasaan 4. Bersedia mengungkapkan masalah	lengkap klien 3. Jelaskan tujuan pertemuan 4. Membuat kontrak waktu setiap kali pertemuan 5. Tunjukkan sikap empati pada klien
		Setelah 2x interaksi, klien menyebutkan aspek positif yang dimiliki klien, seperti kegiatan klien dirumah, adanya keluarga dan lingkungan terdekat lingkungan klien	SP 2: 1. Diskusikan dengan klien bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan yang dimiliki klien 2. Bersama klien buat daftar tentang aspek positif seperti kegiatan klien dirumah, adanya keluarga dan lingkungan terdekat klien 3. Hindarkan memberi penilaian negatif, beri pujian yang realistis atas kemampuan klien
		Setelah 3x interaksi, klien menyebutkan kemampuan yang dimilikinya yang dapat dilaksanakan	SP 3: 1. Diskusikan dengan klien tentang kemampuan yang masih dapat digunakan selama sakit 2. Bantu klien menyebutkan dan beri penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien. 3. Perhatikan respon yang kondusif serta jadilah pendengar yang aktif
		Setelah 1x evaluasi, klien dapat merencanakan kegiatan yang	Tingkatkan kegiatan yang sesuai dengan toleransi dan kondisi 1. Rencanakan bersama klien suatu aktivitas yang

1	2	3	4
		sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya.	dapat dilakukan setiap hari sesuai dengan kemampuan klien 2. Beri contoh kegiatan yang boleh dilakukan
		Setelah 1x interaksi klien dapat melakukan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat	Berdiskusi dengan klien untuk menetapkan urutan kegiatan yang telah dipilih klien yang akan dilatihkan 1. Anjurkan klien untuk melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan 2. Pantau kegiatan yang telah dihasilkan 3. Diskusikan kemungkinan pelaksanaan kegiatan setelah pulang 4. Memotivasi klien untuk memasukan kegiatan yang telah dilakukan ke dalam jadwal kegiatan harian

4. Implementasi

Sebelum tindakan keperawatan diimplementasikan perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (*here and now*). Perawat juga perlu mengevaluasi diri sendiri apakah mempunyai kemampuan interpersonal intelektual, dan teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Setelah tidak ada hambatan lagi, maka tindakan keperawatan bisa diimplementasikan. Saat memulai untuk implementasi tindakan keperawatan, perawat harus membuat kontrak

dengan pasien dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan. Kemudian penting untuk diperhatikan aspek legal yaitu mendokumentasikan apa yang telah dilaksanakan. (Ah. Yusuf, 2015)

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dan tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi ada dua macam, yaitu:

- a. Evaluasi proses atau evaluasi formatif, yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan
- b. Evaluasi hasil atau sumatif, yang dilakukan dengan membandingkan respons pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan.

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP, yaitu sebagai berikut:

S: Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O: Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A: Analisa terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada.

P: Tindak lanjut berdasarkan hasil Analisa respons pasien. Rencana tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons pasien.

- a. Rencana dilanjutkan (jika ada masalah baru).
- b. Rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan tetapi hasil belum memuaskan).
- c. Rencana dibatalkan (jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada).
- d. Rencana selesai jika tujuan sudah tercapai dan perlu mempertahankan keadaan (Yusuf, 2015)

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Nama	: Tn. R
Umur	: 49 tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Tidak bekerja
Alamat	: Kab. Ciamis
Tanggal Pengkajian	: 26 Juni 2024
Tanggal Masuk	: 23 April 2025
No. Rekam Medis	: 01-4383
Diagnosa Medis	: Skizofrenia Paranoid

2) Identitas Penanggungjawab

Nama	: Tn. A
Umur	: 53 tahun
Alamat	: Kab. Ciamis
Pekerjaan	: Wiraswasta
Hubungan dengan klien	: Kakak kandung

b. Alasan Masuk

Klien masuk Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang Garut diantar oleh pihak klinik Nur Illahi Assanie pada tanggal 26 Juni 2024 dengan keluhan selalu mendengar bisikan dari tuhan yang mengancam tidak akan memaafkan dosanya jika tidak mengikuti perintah yang dibisikannya.

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 April 2025 klien tampak sedang duduk dengan gelisah dan kebingungan. Saat diajak bicara klien tampak kooperatif dan saat berbincang klien dapat menceritakan apa yang dirasakannya.

c. Faktor Predisposisi

1) Pernah mengalami gangguan jiwa dimasalalu?

Tidak, klien mengatakan tidak pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya.

2) Pengobatan sebelumnya

Klien mengatakan tidak pernah mengalami pengobatan sebelumnya.

3) Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Klien mengatakan didalam anggota keluarganya tidak ada yang memiliki gangguan jiwa seperti dirinya.

4) Pengalaman masalalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan menyesal pernah melakukan kesalahan atau dosa yang membuatnya menjadi seperti sekarang.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : Baik

2) Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 130/90 MmHg

Nadi : 100x/menit

Respirasi : 22x/menit

Suhu : 36,5°C

3) Pemeriksaan Antropometri

Tinggi Badan : 168 cm

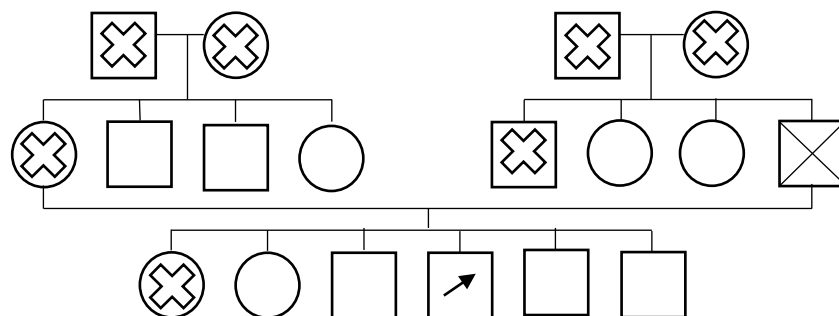
Berat Badan : 58 kg

4) Keluhan Fisik

Klien mengatakan tidak ada keluhan fisik.

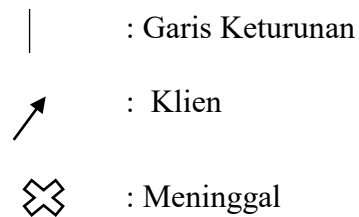
e. Psikososial

1) Genogram



Keterangan:

-  : Laki-laki
 : Perempuan
 : Garis perkawinan



Keterangan:

Klien merupakan anak keempat dari enam bersaudara, dikeluarganya tersebut tidak ada yang memiliki gangguan jiwa selain klien, klien belum menikah, klien tinggal sendiri dirumahnya dan tidak bekerja, tetapi dari tahun 2024 sampai sekarang klien masih menjalani rehabilitasi mental di Yayasan Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah

2) Konsep Diri

a) Citra Tubuh

Klien menyukai seluruh tubuh terutama kaki karna dengan kaki klien dapat berjalan.

b) Identitas

Klien mengatakan dirinya adalah laki-laki berusia 49 tahun dan merupakan anak ke-4 dari 6 bersaudara.

c) Peran

Sebagai anak laki-laki klien merasa belum mampu membantu keluarga karna tidak bekerja

d) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan ingin cepat pulang

e) Harga Diri

Klien mengatakan merasa malu dan tidak berharga karna belum menikah sampai usianya yang sekarang, dan juga malu karena tidak bekerja dan tidak bisa membantu ekonomi keluarga.

Masalah Keperawatan: Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

3) Hubungan Sosial

a) Orang Terdekat

Klien mengatakan orang yang terdekat dalam hidupnya adalah kakak laki-lakinya, namun klien mengatakan tidak pernah dijenguk.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok

Ketika di Yayasan Nur Illahi Assanie klien dapat mengikuti kegiatan terapi aktivitas kelompok.

4) Spiritual dan Kultural

a) Nilai dan Keyakinan

Klien mengatakan bahwa klien beragama islam, dan memiliki keyakinan banyak beribadah dan berdo'a akan mempercepat proses penyembuhannya.

b) Kegiatan Ibadah

Klien mengatakan melaksanakan shalat 5 waktu, melaksanakan shalat tahajud, shalat taubat setiap hari, dan mengaji 1 halaman perhari.

f. Status Mental

1) Penampilan

Klien berpenampilan cukup rapih, penggunaan baju sesuai dengan aturan Yayasan Nur Illahi Assanie, kuku tampak pendek dan bersih, gigi tidak ada.

2) Pembicaraan

Saat diajak berinteraksi klien menjawab pertanyaan dengan suara pelan dan gelisah.

Masalah Keperawatan: Harga Diri Rendah

3) Aktivitas Motorik

Klien tampak lesu, gelisah, tampak menyendiri

4) Alam Perasaan

Klien mengatakan kadang sedih, kadang senang.

5) Afek

Labil, emosi yang berubah-ubah dan klien kadang tidak bersemangat.

6) Interaksi Selama Wawancara

Saat diwawancara klien mau diajak wawancara dan dapat mengobrol secara kooperatif.

7) Persepsi

Klien mengatakan mendengar bisikan suara dari seseorang yang diperintahkan oleh Allah SWT yang mengatakan bahwa dosanya tidak akan diampuni jika tidak mengikuti perintah yang dibisikannya seperti menyuruh puasa 40 hari dan mengaji. Klien tampak sering melamun dengan ekspresi ketakutan.

Masalah keperawatan: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran.

8) Proses Pikir

Pada saat pengkajian klien berbicara berbelit-belit tetapi sampai pada tujuan.

9) Isi Pikir

Klien tidak dapat mengontrol isi pikirnya, keyakinan klien terhadap kejadian yang terjadi di lingkungan yang bermakna dan terkait pada dirinya.

10) Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran klien baik, klien menyadari dirinya sedang dirawat di Yayasan Klinik Nur Illahi Assanie Samarang Garut, klien mengenali teman-teman yang ada di klinik.

11) Memori

Jangka Panjang: Klien mampu mengingat kapan klien masuk ke Klinik Nur Illahi Assanie.

Jangka Pendek: Klien mampu mengingat nama orang yang baru diajak berkenalan.

12) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Pada saat diberi pertanyaan ,klien mampu berhitung dan menjumlahkan bilangan yang diberikan dengan benar.

13) Kemampuan Penilaian

Klien mampu menilai sesuatu dan mengambil keputusan sederhana seperti akan duduk dimana dan berbincang-bincang dimana.

14) Daya Tilik Diri

Klien menyadari penyakit yang dideritanya dan merasa perlu pertolongan.

g. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Klien makan sendiri, makan habis 1 porsi, frekuensi makan 3x sehari.

2) BAB/BAK

BAB/BAK klien mandiri, ke kamar mandi dan membersihkan sendiri.

3) Mandi

Klien mandi 2 kali sehari.

4) Berpakaian/Berhias

Klien dapat merapihkan pakaiannya dengan mandiri.

5) Istirahat Tidur

Tidur siang : 13.00 - 15.00 WIB

Tidur malam : 20.00 - 06.00 WIB

Aktivitas sebelum tidur klien mengatakan sholat, menonton tv, dan aktivitas setelah bangun yaitu mandi, makan dan minum obat.

6) Penggunaan Obat

Klien mampu meminum obat secara mandiri tetapi harus diawasi oleh perawat, klien minum obat 3x1 hari yaitu pagi dan malam. Jenis obat nya diantara lain:

a) Haloperidol (3x1)

b) Heximer (3x1)

c) Merlopam (1x1)

d) Nuzip (1x1)

7) Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan jika sembuh nanti akan menuruti anjuran dokter untuk minum obat secara teratur.

8) Aktivitas Dirumah

Klien mengatakan setelah pulang ia akan melakukan aktivitas yaitu menjaga kerapihan rumah.

9) Aktivitas Diluar Rumah

Klien mengatakan apabila ia sembuh ia akan mencari aktivitas atau pekerjaan yang bisa klien lakukan.

h. Mekanisme Koping

1) Adaptif

- a) Klien mampu berbicara dengan orang lain
- b) Klien mampu berolahraga
- c) Klien mampu beribadah

2) Maladaptif

- a) Klien tidak mengonsumsi alkohol
- b) Klien menghindar

Masalah Keperawatan: Koping tidak efektif

i. Masalah Psikososial dan Lingkungan

1) Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mengatakan ketika di Yayasan Nur Illahi sempat dipukul oleh sesama pasien namun tidak berkepanjangan dan saat ini tidak ada masalah

2) Masalah berhubungan dengan lingkungan

Klien mengatakan ada hambatan dengan lingkungan yaitu kurang percaya diri.

3) Masalah dengan pendidikan

Klien mengatakan sempat berkuliah di universitas tetapi tidak sampai selesai karena masalah keluarga, sehingga saat ini jenjang pendidikan klien adalah SMA sederajat.

4) Masalah dengan pekerjaan

Klien mengatakan sebelumnya tidak bekerja dan tidak ada harapan untuk bekerja karna usia saat ini dan kondisi yang tidak memungkinkan.

5) Masalah dengan perumahan

Klien mengatakan dirinya malu berada dilingkungannya karena belum menikah dan tidak bekerja.

6) Masalah dengan ekonomi

Klien mengatakan berkecukupan tetapi tidak stabil karena hanya kakaknya yang bekerja dan membiayai keluarga.

7) Masalah dengan pelayanan kesehatan

Klien mengatakan tidak ada masalah dalam pelayanan kesehatan.

Masalah Keperawatan: Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

j. Kurang Pengetahuan

Klien mengatakan dirinya mengetahui bahwa klien sedang mengalami gangguan halusinasi.

k. Aspek Penunjang

Diagnosa Medis: Skizofrenia Paranoid

Terapi Medis:

Tabel 3.1 Terapi Medis

No	Nama Obat	Dosis	Waktu Pemberian	Kegunaan
1.	Haloperidol	5 mg	08.00 WIB 13.00 WIB 17.00 WIB	Mengurangi halusinasi, rasa gelisah, agresif, dan pikiran negatif.
2.	Hexymer	2 mg	08.00 WIB 13.00 WIB 17.00 WIB	Meningkatkan kendali otot dan mengurangi kekakuan
3.	Merlopam	2 mg	17.00 WIB	Mengatasi kecemasan kesulitan tidur (insomnia), hingga depresi.
4.	Nuzip	25 mg	17.00 WIB	Untuk meredakan gejala skizofrenia.

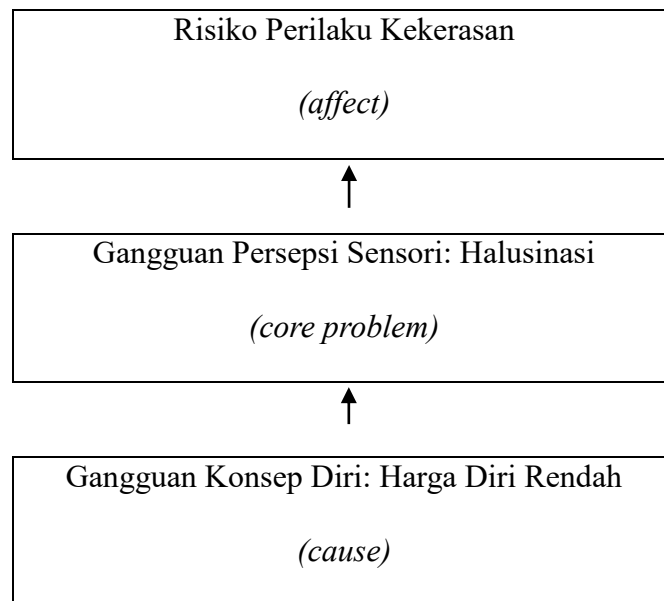
1. Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data

No	Data	Masalah Keperawatan
1	2	3
1.	Data Subjektif: 1. Klien mengatakan selalu mendapat bisikan dari tuhan bahwa dirinya tidak akan diampuni dosa-dosanya dan memerintahkan sesuatu, jika tidak dilakukan selalu mendapat ancaman. 2. Klien mengatakan suaranya bisa muncul kapan saja dan tidak menentu. 3. Klien mengatakan saat bisikan muncul klien merasa ketakutan.	Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

1	2	3
	Data Objektif: 1. Mulut klien tampak komat-kamit seperti sedang mengobrol 2. ekspresi klien tampak cemas dan ketakutan 3. Klien tampak mondar-mandir ke kamarnya jika sedang melakukan aktivitas kelompok 4. Klien terkadang tampak melamun.	
2.	Data Subjektif: 1. Klien mengatakan selama 1 tahun terakhir hidupnya selalu merasa bersalah karna dosa-dosa yang dilakukannya dulu. 2. klien mengatakan malu karna tidak bekerja dan putus asa karna tidak ada harapan untuk bekerja diusia yang sekarang. Data Objektif 1. Klien tampak jarang berinteraksi dengan pasien lain. 2. Klien terkadang pergi ke kamarnya saat melakukan aktivitas kelompok	Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

m. Pohon Masalah

Gambar 3.1 Pohon Masalah Halusinasi**2. Diagnosis Keperawatan**

- a. Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Pendengaran b.d adanya suara-suara bisikan
- b. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah b.d kurangnya percaya diri.

3. Intervensi

Nama : Tn. R

Usia : 49 tahun

Diagnosis : Skizofrenia Paranoid

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis	Rencana Keperawatan		Intervensi	Rasional
		Tujuan	Kriteria Hasil		
1	2	3	4	5	6
1	Gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran	Setelah dilakukan perawatan klien mampu: 1. Membina hubungan saling percaya 2. Klien dapat mengenal halusinasinya 3. Klien dapat mengontrol halusinasinya 4. Mengikuti program pengobatan secara optimal	Setelah pertemuan pertama klien dapat: 1. Menyebutkan isi, waktu, frekuensi, pencetus halusinasi 2. Mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi	SP 1 1. Bantu klien mengenal halusinasi (isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi) 2. Latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: melaksanakan aktivitas terjadwal dengan	SP 1 1. Mengetahui ungkapan dari klien mengenai isi, waktu, frekuensi, situasi, pencetus, dan perasaan saat terjadi halusinasi menunjukkan apa yang dibutuhkan dan dirasakan oleh klien.

				cara	
1	2	3	4	5	6
		5. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik		pertama: menghardik halusinasi. Tahap tindakan meliputi: a. Jelaskan cara menghardik b. Peragakan cara menghardik c. Minta klien memperagakan ulang d. Pantau penerapan cara ini, beri penguatan e. Masukkan dalam jadwal kegiatan	2. Tindakan menghardik merupakan salah satu upaya untuk mengontrol halusinasi
			Setelah pertemuan kedua klien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari	SP 2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) 2. Latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua: bercakap-cakap	SP 2 1. Bercakap-cakap dengan orang lain merupakan salah satu tindakan yang dapat mengendalikan halusinasi

1	2	3	4	5	6
				dengan orang lain	
			Setelah pertemuan ketiga klien mampu: 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari	SP 3 1. Evaluasi kegiatan yang lalu SP 1 dan SP 2 2. Latih kegiatan agar halusinasi tidak muncul tahapannya: a. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas yang teratur b. Diskusi aktivitas yang biasa klien lakukan 3. Latih klien melakukan aktivitas terjadwal 4. Susun jadwal aktivitas sesuai aktivitas yang telah dilatih 5. Pantau pelaksanaan	SP 3 1. Evaluasi akan membantu rencana selanjutnya 2. Melakukan kegiatan di rumah yang sesuai dengan kegiatan yang biasa dilakukan klien

1	2	3	4	5	6
				jadwal kegiatan	
			Setelah pertemuan keempat klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Klien dapat menyebutkan manfaat dosis dan efek samping obat 3. Klien dapat memahami akibat berhenti minum obat	SP 4 1. Evaluasi SP 1, 2, dan 3 2. Jelaskan pentingnya program penggunaan obat 3. Jelaskan akibat bila tidak minum obat 4. Latih pasien minum obat 5. Masukan kejadwal harian	SP 4 1. Agar pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan minum obat dan mempercepat proses penyembuhan halusinasi
2	Harga Diri Rendah	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	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	SP 1: 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih di miliki klien a. Diskusikan bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan dan	Sp 1: 1. Mengeksplorasi kemampuan positif yang dimiliki klien 2. Membantu klien menghargai kemampuan 3. Membantu klien mengembangkan

1	2	3	4	5	6
				terhadap kemampuan diri	
				yang diungkapkan klien. c. Perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif 3. Membantu klien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih a. Diskusikan dengan klien beberapa aktifitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan klien lakukan sehari-hari b. Bantu klien menetapkan aktifitas	

1	2	3	4	5	6
				mana yang dapat klien lakukan secara mandiri	
				c. Aktivitas yang memerlukan bantuan minimal dari perawat atau keluarga d. Aktivitas apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat klien. e. Beri contoh cara pelaksanaan aktivitas yang telah dipilih klien f. Mendiskusikan dengan klien untuk menetapkan urutan kegiatan (yang sudah dipilih klien) 4. Melatih kemampuan yang dipilih	

1	2	3	4	5	6
				a. Bersama klien memperagakan beberapa kegiatan yang akan di lakukan oleh klien b. Berikan dukungan dan pujian yang nyata sesuai dengan kemampuan yang di perlihatkan klien 5. Membantu menyusun jadwal kegiatan a. Memberikan kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan b. Memberikan pujian atas aktifitas / kegiatan yang dapat dilakukan setiap hari c. Tingkatkan kegiatan sesuai toleransi dan	

1	2	3	4	5	6
				perubahan setiap kegiatan.	
				d. Susun daftar aktifitas yang sudah dilakukan bersama klien.	
			Setelah 2 kali pertemuan Sp 2 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.	SP 2 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.	SP 2 1. Memberi semangat untuk menjalankan kegiatan yang lebih baik untuk klien. 2. Dengan pujian dapat meningkatkan harga diri. 3. Memudahkan klien untuk memahami dan klien tidak lupa.

1	2	3	4	5	6
				5. Penghargaan dan pujian akan memotivikasi klien.	

4. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi

Diagnosis	Waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
Gangguan Sensori Persepsi: halusinasi pendengaran	23 April 2025	SP 1 1. Membantu klien mengenal halusinasi (isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus, perasaan saat terjadi halusinasi). 2. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: melaksanakan aktivitas terjadwal dengan cara pertama: menghardik halusinasi. Tahap tindakan meliputi: a. Menjelaskan cara menghardik b. Memperagakan cara menghardik c. Meminta klien memperagakan ulang d. Memantau penerapan cara ini, beri penguatan e. Memasukan dalam jadwal kegiatan	S: - Klien mengatakan saya masih sering mendengar suara-suara yang memanggil namanya dan mengatakan “dosamu tidak akan dimaafkan, jangan lakukan itu” (melarang) - Klien mengatakan suara itu datang ketika klien sedang sendiri, klien merasa gelisah ketika suara itu muncul. - Klien mengatakan frekuensinya sewaktu-waktu namun sering - Klien mengatakan waktu terjadinya siang hari dan malam - Klien mengatakan ada seseorang yang selalu berbicara padanya - Klien mengatakan “saya sudah bisa mempraktekkan cara menghardik dengan cara tutup mata, tutup telinga lalu katakan pergi-pergi kamu tidak nyata suaramu palsu O: - Klien tampak	§ syaila

Diagnosis	Waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
			kooperatif - Klien tampak gelisah - Klien tampak melamun - Klien tampak berbicara sendiri - Klien mau mempraktekkan cara menghardik A: SP 1 - Klien sudah dapat mengenal halusinasi Sebagian (isi, waktu terjadi, frekuensi, situasi pencetus perasaan terjadi halusinasi) - Klien mampu memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik P: - Memotivasi klien untuk mempraktikkan cara menghardik apabila halusinasi muncul - Lanjutkan SP 2 (bercakap-cakap dengan orang lain) - Masukkan jadwal kegiatan klien	
	24 April 2025	SP 2 1. Mengevaluasi kegiatan SP 1 2. Melatih bercakap-cakap 3. Mengajarkan klien	S: - Klien mengatakan sering mempraktekkan cara menghardik saat halusinasi itu muncul dengan cara tutup	§ syaila

Diagnosis	Waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
		untuk banyak berlatih dengan orang lain 4. Memasukan dalam jadwal kegiatan sehari-hari	mata, tutup telinga lalu katakanlah pergi pergi kamu tidak nyata suaramu palsu - Klien mengatakan harus melakukan cara yang kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain yang diajarkan O: - Klien tampak tenang dan kooperatif - Klien mau bercakap-cakap dengan orang lain A: SP 2 - Klien sudah mengenal halusinasi - Klien mampu memperagakan cara menghardik halusinasi - Klien sudah bisa bercakap-cakap dengan P: - Latih bercakap-cakap apabila halusinasi itu datang	
	25 April 2025	SP 3 1. Mengevaluasi kegiatan harian pasien yang lalu (SP 1, SP 2) 2. Melatih kegiatan agar halusinasi tidak muncul 3. Melatih kegiatan agar halusinasi tidak	S: - Klien mengatakan masih suka mendengar bisikan-bisikan - Klien mengatakan selalu melakukan aktivitas yang menyibukan diri O:	§ syaila

Diagnosis	Waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
		muncul 4. Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi 5. Mendiskusikan aktivitas yang bisa dilakukan oleh klien 6. Melatih klien melakukan kegiatan aktivitas 7. Menyusun jadwal aktivitas yang telah dilatih dari bangun pagi sampai tidur malam 8. Memasukan dalam jadwal kegiatan harian klien	- Klien dapat membuat jadwal kegiatan A: - Klien mampu melatih kegiatan agar halusinasi tidak muncul P: - Lanjut ke SP 4 - Jelaskan pentingnya penggunaan obat, menjelaskan akibat bila tidak digunakan sesuai program, menjelaskan akibat berhenti minum obat	
	26 April 2025	SP 4 1. Mengevaluasi kegiatan klien yang lalu (SP 1, SP 2 & SP 3) 2. Menanyakan program pengobatan 3. Mendiskusikan dengan klien menjelaskan akibat berhenti minum obat 4. Membantu pasien menggunakan obat prinsip benar 5. Melatih pasien minum obat 6. Menganjurkan mendemonstrasikan klien cara mengontrol halusinasi yang sudah	S: - Klien mengatakan jika halusinasi muncul “saya akan berkata pergi saya tidak mau dengar, suara kamu palsu atau berbincang bincang dengan teman dan melakukan aktivitas sesuai jadwal kegiatan yang telah dibuat jika suara itu muncul lagi, saya harus minum obat agar bisikannya tidak muncul” O: - Klien tampak lebih tenang - Kontak mata ada	§ syaila

Diagnosis	Waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
		diajarkan 7. Memasukan dalam jadwal harian pasien	- Klien belum mampu menunjukan dan menyebutkan jenis obat – Klien kooperatif A: - SP 4 teratasi sebagian - P: Lanjutkan intervensi	
Harga Diri Rendah	25 April 2025	SP 1 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	S: - Klien memperkenalkan dirinya - Klien mengatakan saya sering melakukan kegiatan sendiri seperti merapihkan tempat tidur - Klien mengatakan memilih merapihkan tempat tidur - Klien mengatakan merapihkan tempat tidur dahulu O: - Klien tampak merapikan tempat tidur - Klien mampu merapikan tempat tidur secara mandiri A: - Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah P: - Lanjutkan Intervensi Sp 2	§ syaila

Diagnosis	Waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
	26 April 2025	SP 2 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. Pelaksanaan kegiatan yang dapat dilakukan klien. Susun bersama klien dan buat daftar kegiatan sehari – hari klien. 5. Susun jadwal untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilatih. 6. Membantu memberikan terapi obat dengan prinsip 5A.	S: - Klien mengatakan senang melakukan hal positif seperti mengaji O: - Klien tampak tenang - Klien tampak mengikuti kegiatan pengajian - Klien tampak mampu melakukan kegiatan mengaji secara mandiri A: - Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah P: - Hentikan Intervensi	§ syaila

5. Catatan Perkembangan

Tabel 3.5 Catatan Perkembangan

No	Dx	Waktu	Catatan Perkembangan	TTD
1.	1	28 April 2025 10.00 WIB	SP 1 S: - Klien mengatakan kadang mendengar suara tersebut yang memanggilnya - Klien mengatakan apabila mendengar suara itu lagi klien akan menghardik dengan berkata : “pergi-pergi kamu tidak nyata, suara kamu palsu” O: - Klien tampak tenang - Kontak mata klien baik - Klien memperagakan cara menghardik dengan berkata: “pergi-pergi kamu tidak nyata, suara kamu palsu” A: - SP 1 teratasi - Klien masih mendengar suara-suara tersebut - Klien memperagakan cara menghardik P: - Evaluasi SP 1 - Lanjut SP 2 - Melatih berbicara/bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, masukan dalam kegiatan klien	§ syaila
	1	28 April 2025 10.00 WIB	SP 2 S: - Klien mengatakan kadang masih suka mendengar suara-suara lagi - Klien mengatakan apabila mendengar suara itu lagi klien akan menghardik dengan “pergi pergi kamu tidak nyata, suara kamu palsu atau mengajak temanya ngobrol” O:	§ syaila

No	Dx	Waktu	Catatan Perkembangan	TTD
			- Klien tampak tenang - Kontak mata klien baik - Klien mampu mengajak temannya ngonbrol A: - SP 2 teratasi P: - Lanjutkan ke SP 3 - Melatih kegiatan agar halusinasi tidak muncul	
	1	27 April 2025 10.00 WIB	SP 3 S: - Klien mengatakan kadang masih suka mendengar suara-suara lagi - Klien mengatakan apabila mendengar suara itu lagi klien melakukan aktivitas untuk menyibukan diri O: - Klien tampak tenang - Kontak mata klien baik - Klien mampu memperagakan cara menghardik dan mampu mengajak temannya ngobrol dan melakukan aktivitas sesuai dengan yang dijadwalkan A: - SP 3 teratasi P: - Lanjutkan ke SP 4 - Menjelaskan pengobatan dengan benar	§ syaila
	1	27 April 2025 10.00 WIB	SP 4 S: - Klien mengatakan apabila mendengar suara itu lagi klien akan menghardik dengan berkata “pergi-pergi kamu tidak nyata, suara kamu palsu” atau mengajak temannya mengobrol atau melakukan aktivitas dan harus minum obat. - Klien mengatakan tidak tahu pengobatan 5B. O: - Klien tampak bingung - Kontak mata baik	§ syaila

No	Dx	Waktu	Catatan Perkembangan	TTD
			- Klien tidak mampu menjelaskan cara minum obat yang benar A: - Masalah teratasi sebagian - Klien mampu memperagakan cara menghardik dan mampu mengajak temannya ngobrol dan mampu minum obat 5B P: - Evaluasi SP 1, 2 dan 3 - Lanjutkan ke SP 4 - Menjelaskan pengobatan 5B, latih klien minum obat I: - Menjelaskan pengobatan 5B, melatih klien minum obat E: - SP 4 teratasi R : - Pertahankan semua SP	
2	2	27 April 2025 10.00 WIB	Sp 1 S: - Klien mengatakan bisa memperkenalkan dirinya - Klien mampu memilih aktivitas yang baik 3. Klien mengatakan suka membereskan tempat tidur O: - Klien tampak tenang - Klien tampak mampu berkomunikasi dengan temannya A: - Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah P: - Mengevaluasi jadwal kegiatan klien - Melatih klien mengontrol harga diri rendah dengan cara Sp 2 Harga diri rendah dengan cara beraktivitas dan bercakap – cakap dengan orang lain	§ syaila
	2	27 April 2025 10.00 WIB	Sp 2 S: - Klien mampu memilih aktivitas sehari-harinya dengan baik seperti melakukan aktivitas mengaji O:	§ syaila

No	Dx	Waktu	Catatan Perkembangan	TTD
			- Klien tampak tenang - Klien tampak mengikuti kegiatan - Klien tampak melakukan aktivitasnya A: - Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah P: Latih klien dengan beraktivitas I: - Mengevaluasi jadwal kegiatan klien E: - Sp2 teratasi R: - Masalah teratasi sebagian, pertahankan intervensi	

B. Pembahasan Kasus

Dalam pembahasan ini, penulis akan membahas asuhan keperawatan serta membandingkan dengan teori seperti yang telah diuraikan dalam tinjauan teori dan tinjauan kasus untuk menganalisis sejauh mana kesenjangan antara teori dan kasus. Setelah menganalisis selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. A di Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assani Samarang Kab. Garut. Pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dari mulai pengkajian sampai evaluasi.

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian, penulis memperoleh data klien baik data yang bersifat subjektif maupun objektif. Data subjektif didapatkan dari hasil wawancara kepada klien, sedangkan data objektif diperoleh penulis dengan cara observasi langsung yang terlihat oleh penulis. Dalam Pengkajian untuk mengumpulkan data, penulis menggunakan Teknik komunikasi terapeutik dengan pendekatan pada klien (bina

hubungan saling percaya). Pendekatan tersebut berupa wawancara dan observasi. Pada tahap ini, tidak semua masalah keperawatan pada tinjauan teori ditemukan pada kasus Tn. R dalam menentukan diagnosis penulis melihat dari data yang didapat dari hasil pengkajian. Pada studi kasus ini fokus pengkajian pada klien halusinasi pendengaran yaitu keluhan utama, faktor predisposisi, psikososial dan status mental.

Klien mengatakan klien datang dengan keluhan sering mendengar bisikan bisikan suara yang mengancam bahwa dosa dan kesalahan yang klien perbuat tidak akan dimaafkan sampai kapanpun, sehingga klien tidak berani keluar rumah sampai akhirnya dijemput oleh kakak kandungnya dan dibawa ke klinik Nur Illahi Assanie.

Pada faktor predisposisi diperoleh data klien tidak pernah mengalami gangguan jiwa dan tidak pernah melakukan pengobatan sebelumnya, tetapi klien pernah melakukan kesalahan atau dosa yang membuatnya terus merasa bersalah sampai munculnya bisikan bisikan tersebut.

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

- a. Faktor psikososial (merasa bersalah)
- b. Harga diri rendah sebagai salah satu faktor pencetus skizofrenia
- c. Menarik diri
- d. Penurunan fungsi sosial

Sedangkan data yang tidak ditemukan pada klien tetapi ada dalam teori yaitu:

- a. Faktor genetik
- b. Faktor endokrin
- c. Riwayat trauma masa kecil
- d. Perilaku agresif atau perilaku kekerasan
- e. Bicara inkohatur atau tidak teratur

Berdasarkan hasil analisis terhadap teori dan data kasus dalam asuhan keperawatan jiwa pada Tn. R dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran akibat skizofrenia paranoid, dapat disimpulkan bahwa terdapat beberapa kesenjangan antara teori yang dipelajari dan kondisi nyata yang ditemui di lapangan.

Kesenjangan antara teori dan kasus ini tidak dapat diartikan sebagai kesalahan dalam penerapan teori, melainkan sebagai bukti bahwa setiap individu memiliki respons dan pengalaman klinis yang unik. Teori berperan sebagai acuan dasar dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, namun penerapannya harus disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan klien yang spesifik. Seorang perawat profesional dituntut untuk mampu mengadaptasi teori ke dalam praktik lapangan secara fleksibel dan kontekstual.

Dengan demikian, pemahaman terhadap teori tetap penting sebagai dasar ilmiah, namun kemampuan untuk mengintegrasikan teori dengan data nyata menjadi aspek utama dalam pemberian asuhan

keperawatan yang komprehensif dan efektif pada klien dengan gangguan jiwa.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada Tn. R dengan gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran yang mungkin muncul ada 2 diagnosis dan sesuai dengan kasus yang penulis temukan yaitu:

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

Sedangkan masalah keperawatan yang berkaitan dengan gangguan sensori persepsi halusinasi pendengaran yang sesuai dengan teori menurut Yusuf (2015) yaitu;

- a. Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi
- b. Risiko Perilaku Kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal)

Dalam diagnosa keperawatan pada Tn. R terdapat kesenjangan dikarenakan adanya ketidak sesuaian antara teori dan lapangan.

3. Intervensi Keperawatan

Suatu keberhasilan dalam asuhan keperawatan memerlukan perencanaan yang disusun untuk melakukan tindakan terhadap klien, sehingga dapat disusun suatu rencana yang tepat antara tindakan yang dilakukan terhadap klien dengan masalah yang dihadapi oleh klien. Dalam perencanaan, penulis tidak mengalami kesulitan yang berarti, baik dalam melakukan hubungan dengan klien maupun dalam melakukan penyusunan masalah yang dialami klien, hal ini

dikarenakan klien yang hanya mengalami kondisi halusinasi dengar yang dapat ditangani dengan cara menumbuhkan rasa percaya kepada klien.

Keberhasilan dalam proses perencanaan, dapat terlaksana dengan adanya faktor pendukung dalam melaksanakan proses tersebut, yaitu:

- a. Adanya hubungan yang tercipta secara baik antara klien dengan penyusun, sehingga perencanaan yang dilakukan dan disetujui oleh klien.
- b. Tersedianya sumber daya yang menunjang dalam penyusun studi kasus yang menyusun laksanakan sehingga dapat membantu penyusun dalam melakukan perencanaan.
- c. Adanya pihak yang dapat membantu dalam proses perencanaan sehingga memudahkan dalam proses perencanaan, seperti pihak Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang dan perawat yang memberikan kesempatan bagi penyusun untuk melakukan studi kasus melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada klien Tn. R dengan Gangguan Persepsi Sensor Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia.

4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini, penulis melaksanakan tindakan sesuai dengan perencanaan yang ditetapkan, dan disesuaikan dengan situasi dan kondisi klien. Tujuan tindakan untuk pasien meliputi:

- a. Pasien mengenali halusinasi yang dialaminya
- b. Pasien dapat mengontrol halusinasinya
- c. Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

Adapun Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

Halusinasi yaitu: SP 1: Membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama menghardik halusinasi. SP 2: Mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain. SP 3: Mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal. SP 4: Mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara keempat yaitu minum obat dengan teratur. Adapun SPTK Harga Diri Rendah yaitu: SP 1: Mengkaji aspek positif yang dimiliki klien. SP 2: Melatih aspek positif yang dimiliki klien.

5. Evaluasi

Evaluasi dapat dilihat dari hasil tindakan dan dengan tujuan atau kriteria evaluasi, apabila masalah dapat diatasi atau belum. Dalam kenyataannya masalah yang dihadapi klien dapat dicapai yaitu: ancaman halusinasi sudah berkurang baik akan sifat, jumlah maupun waktu, perilaku klien menunjukkan kemajuan, klien mulai belajar mengendalikan halusinasi dan mengikuti terapi aktivitas kelompok, klien mulai menyadari perlunya berada bersama orang lain untuk mengatasi halusinasinya. Mendokumentasikan asuhan keperawatan

pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi
Pendengaran Akibat Skizofrenia.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Tn. R dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Kab. Garut, mulai dari tanggal 22-27 April 2025 dalam proses keperawatan jiwa akhirnya penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis dapat melaksanakan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Tn. R dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
2. Penulis dapat merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. R dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
3. Penulis dapat menyusun rencana asuhan keperawatan terhadap masalah masalah yang muncul sesuai prioritas masalah pada Tn. R dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Klinik Rehabilitas Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
4. Penulis dapat melaksanakan tindakan asuhan keperawatan sesuai rencana yang ditetapkan pada Tn. R dengan Gangguan Persepsi

Sensori: Halusinasi Pendengaran dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.

5. Penulis dapat melakukan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn. R dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. R dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Samarang Garut.

B. Rekomendasi

1. Untuk Institusi STIKes Karsa Husada Garut Sebagai bahan tambahan bahan bacaan yang dapat dijadikan sebagai acuan atau referensi dalam pembelajaran di perkuliahan dan institusi dan sebagai bahan masukan pengembangan ilmu keperawatan jiwa khususnya klien dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran sebagai pertimbangan dan data referensi bagi peneliti sebelumnya.
2. Untuk klien dan keluarga klien, hendaknya keluarga klien selalu memberikan dukungan dan dorongan pada klien dengan secara rutin, sehingga hubungan keluarga dan klien tetap terjaga dan klien merasa mendapatkan perhatian yang pada akhirnya dapat membantu dalam proses penyembuhan klien.

3. Untuk Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang, sebagai bahan masukan, acuan, dan pertimbangan bagi profesi keperawatan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan dan memberikan informasi bagi Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang.
4. Untuk mahasiswa diharapkan lebih bersungguh-sungguh dan lebih cermat dalam melihat kebutuhan klien, juga pemberian motivasi terhadap klien untuk mengenal sisi positif dirinya dan berinteraksi dengan orang lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa/Ah. Yusuf, Rizky Fitryasari PK, Hanik Endang Nihayati_Jakarta: Salemba Medika, 2015 1 jil., 366.
- Cholilalah. 2023. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. Penerapan Prinsip-Prinsip Dalam Praktek Keperawatan.
- Damaiyanti, Mukhriyah. 2015. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. ed. Aep Gunarsa. Bandung: PT Reflika Aditama.
- Dr. Baharudin, SKM, Syamsir, S.SiT, M. Kes (2023) *Keperawatan Jiwa; Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) Dan Asuhan Keperawatan Pasien Perilaku Kekerasan (PK)*, Sulawesi: Nas Media Pustaka
- Hadiansyah, T., Edyana, A., & Wirda, N. I. (2022). Efektifitas Tindakan Strategi Keperawatan Terhadap Klien Harga Diri Rendah di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat. *Jurnal Ilmu Kesehatan Immanuel*, 16(1), 17.
- Herri Zan, Dr. Namora, M. Sc (2017) *Pengantar Psikologi Dalam Keperawatan*, Depok: PT. Kharisma Putra Utama
- Manassa Hany, Abid Rizvi (2024) *Skizofrenia*. In StatPearls. Statpearls Publishing. Retrieved from NCBI Bookshelf: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/>
- Ni Ketut Putri Ariani, Dr. Cokorda, Dkk. (2024) *Buku Ajar Psikiatri Edisi I*, Nusa Tenggara Barat: Penerbit P4I
- Ns. Ayu Ida, I Gusti Ayu, Dkk. (2023) *Asuhan Keperawatan Jiwa*, Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia
- Ns. Bunga Permata Wenny (2023) *Asuhan Keperawatan Jiwa Klien Dengan Halusinasi, Waham, dan Perilaku Kekerasan*, Bantul: CV. Mitra Edukasi Negeri
- Ns. Bunga Permata Wenny (2023) *Asuhan Keperawatan Jiwa Klien Dengan Harga Diri Rendah, Risiko Bunuh Diri, dan Defisit Perawatan Diri*, Bantul: CV. Mitra Edukasi Negeri
- Ns. Emi Wuri, Dr. Dwi Windarwati, dkk. (2020) *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1*, Jember: UPT Percetakan dan Penerbitan, Universitas Jember

Ns. Hendro Wahyudi, Christina Trisnawati, Dkk. (2023) Buku Ajar Keperawatan Jiwa, Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia

Ns. Refnandes Randy (2023) Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Halusinasi, Bantul: CV. Mitra Edukasi Negeri

Nurlela Lela, Dr. Hidayatul, Ns. Shofi (2023) Keperawatan Jiwa, Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia

Sulastri, M. Kep, Sasmita Heppi, M. Kep (2023) Buku Ajar Jiwa DIII Keperawatan, Jakarta: PT. Mahakarya Citra Utama Group

Ns. Emi Wuri, Dr. Dwi Windarwati, dkk. (2020) Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1, Jember: UPT Percetakan dan Penerbitan, Universitas Jember

Ns. Hendro Wahyudi, Christina Trisnawati, Dkk. (2023) Buku Ajar Keperawatan Jiwa, Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia

Lampiran 1

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

Tanggal 23-26 April 2025

A. Proses keperawatan

1. Kondisi Klien

DS:

- Klien mengatakan mendengar bisikan ancaman
- Klien mengatakan suara itu bisa muncul kapan saja
- Klien mengatakan saat bisikan muncul klien merasa ketakutan
- Klien mengatakan mendengar suara bisikan dari seseorang yang diperintahkan Tuhan.

DO:

- Mulut klien tampak berbisik-bisik sendiri
- Klien tampak mondar-mandir saat beraktivitas kelompok
- Ekspresi klien tampak cemas dan ketakutan
- Klien terkadang tampak melamun

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran

3. Tujuan Keperawatan

- a. Pasien mengenali halusinasi yang dialaminya
- b. Pasien dapat mengontrol halusinasinya

- c. Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

4. Tindakan Keperawatan

- a. Membantu pasien mengenali halusinasi

Untuk membantu pasien mengenali halusinasi, dapat melakukannya dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang didengar/dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan respon pasien saat halusinasi muncul.

- b. Melatih pasien mengontrol halusinasi

- c. Menghardik halusinasi

Tahapan tindakan meliputi:

- 1) Menjelaskan cara menghardik halusinasi
- 2) Memperagakan cara menghardik
- 3) Meminta pasien memperagakan ulang
- 4) Memantau penerapan cara ini, menguatkan perilaku pasien

- d. Bercakap-cakap dengan oranglain

- e. Melakukan aktivitas terjadwal

- f. Patuh minum obat

SP 1 Pasien: 23 April 2025

Membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama: menghardik halusinasi.

ORIENTASI

”Assalamualaikum pak. Nama saya Syaila Intan Prisila, senang dipanggil Syaila. Nama bapak siapa? Senang dipanggil apa?”

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

”Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini bapak dengar tetapi tak tampak wujudnya? Di mana kita duduk? Di kursi? Berapa lama? Bagaimana kalau 10 menit”

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 sehari bapak alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendiri?”

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

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

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

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

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

TERMINASI

”Bagaimana perasaan bapak setelah peragaan latihan tadi?”

”Kalau suara suara itu muncul lagi, silakan coba cara tersebut! bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya? (masukkan kegiatan latihan menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian pasien). Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua? Jam berapa pak? Bagaimana kalau nanti jam 09.20? Berapa lama kita akan berlatih? Dimana tempatnya”

”Baiklah, sampai jumpa. Assalamu’alaikum”

SP 2 Pasien: 24 April 2025

Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua: bercakap-cakap dengan orang lain.

ORIENTASI

“Assalammu’alaikum pak. Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih?Berkurangkan suara-suaranya Bagus! Sesuai janji kita tadi saya akan latih cara kedua untuk mengontrol halusinasi

dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kita akan latihan selama 10 menit. Mau di mana? Di sini saja?”

KERJA

“Cara kedua untuk mencegah/mengontrol halusinasi yang lain adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau bapak mulai mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan bapak. Contohnya begini; ... tolong, saya mulai dengar suara-suara. Ayo ngobrol dengan saya! Atau kalau ada orang dirumah misalnya Kakak bapak katakan: Kak, ayo ngobrol dengan saya. Saya sedang dengar suara-suara. Begitu pak. Coba bapak lakukan seperti saya tadi lakukan. Ya, begitu. Bagus! Coba sekali lagi! Bagus! Nah, latih terus ya pak!”

TERMINASI

“Bagaimana perasaan bapak setelah latihan ini? Jadi sudah ada berapa cara yang bapak pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus, cobalah kedua cara ini kalau bapak mengalami halusinasi lagi. Bagaimana kalau kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian bapak. Mau jam berapa latihan bercakap-cakap? Nah nanti lakukan secara teratur serta sewaktu-waktu suara itu muncul! Besok pagi saya akan ke mari lagi. Bagaimana kalau kita latih cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal? Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 09.00? Mau di mana/Di sini lagi? Sampai nanti ya. Assalamu‘alaikum”

SP 3 Pasien: 25 April 2025

Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: melaksanakan aktivitas terjadwal.

ORIENTASI

“Assalamu‘alaikum pak. Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah suara suaranya masih muncul ? Apakah sudah dipakai dua cara yang telah kita latih ? Bagaimana hasilnya ? Bagus ! Sesuai janji kita, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan terjadwal. Mau di mana kita bicara? Baik kita duduk di ruang tamu. Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 10 menit? Baiklah.”

KERJA

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

TERMINASI

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap cara yang ketiga untuk mencegah suara-suara? Bagus sekali! Coba sebutkan 3

cara yang telah kita latih untuk mencegah suara-suara. Bagus sekali. Mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian bapak. Coba lakukan sesuai jadwal ya!(Saudara dapat melatih aktivitas yang lain pada pertemuan berikut sampai terpenuhi seluruh aktivitas dari pagi sampai malam) Bagaimana kalau menjelang makan siang nanti, kita membahas cara minum obat yang baik serta guna obat. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 12.00 pagi?Di ruang makan ya! Sampai jumpa. Wassalammu“alaikum.”

SP 4 Pasien: 26 April 2025

Melatih pasien menggunakan obat secara teratur

ORIENTASI

“Assalamualaikum pak. Bagaimana perasaan bapak hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul ? Apakah sudah dipakai tiga cara yang telah kita latih ? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan ? Apakah pagi ini sudah minum obat? Baik. Hari ini kita akan mendiskusikan tentang obat obatan yang bapak minum. Kita akan diskusi selama 10 menit sambil menunggu makan siang. Di sini saja ya pak?”

KERJA

“Pak adakah bedanya setelah minum obat secara teratur. Apakah suara-suara berkurang/hilang? Minum obat sangat penting supaya suara-suara yang bapak dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang bapak minum? (Perawat

menyiapkan obat pasien) Ini yang warna pink (halo) 3 kali sehari pagi siang malam, jam 7 pagi, jam 1 siang dan 8 malam gunanya mengurangi stress. Ini yang kuning (heximer) 3 kali sehari jam nya sama gunanya untuk mengatasi gelisah/depresi. Sedangkan yang putih (merlopam) 1 kali sehari jam nya sama gunanya untuk menyeimbangkan warna orange (CPZ) 1 kali sehari jam 8 malam gunanya untuk obat tidur. bapak juga harus teliti saat menggunakan obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, artinya bapak harus memastikan bahwa itu obat yang benar-benar punya bapak. Jangan keliru dengan obat milik orang lain. Baca nama kemasannya. Pastikan obat diminum pada waktunya, dengan cara yang benar. Yaitu diminum sesudah makan dan tepat jamnya. Bapak juga harus perhatikan berapa jumlah obat sekali minum, dan harus cukup minum 10 gelas per hari”

TERMINASI

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang obat? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara-suara? Coba sebutkan! Bagus! (jika jawaban benar). Mari kita masukkan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan bapak. Jangan lupa pada waktunya minta obat pada perawat atau pada keluarga kalau di rumah. Nah makanan sudah datang. Besok kita ketemu lagi untuk melihat manfaat 4 cara mencegah suara yang telah kita bicarakan. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10.00. sampai jumpa. Wassalammu“alaikum.”

Lampiran 2

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SPTK) PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN HARGA DIRI RENDAH

Tanggal 25-26 April 2025

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS:

- Klien mengatakan selalu merasa bersalah
- Klien merasa malu karna tidak bekerja

DO:

- Klien tampak jarang berinteraksi dengan pasien lain
- Klien terkadang menghindari saat aktivitas kelompok

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

3. Tujuan Keperawatan

- a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
- b. Menilai kemampuan yang dapat digunakan.
- c. Menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan.
- d. Melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan.
- e. Merencanakan kegiatan yang sudah dilatihnya.

4. Tindakan Keperawatan

- a. Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki.
- b. Nilai kemampuan yang dapat digunakan

- c. Bantu klien memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan
- d. Latih kemampuan yang telah dipilih
- e. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan

SP 1 Pasien: 25 April 2025

ORIENTASI

"Assalamualaikum, bagaimana keadaan bapak saat ini, bapak terlihat segar"

"Bagaimana kalau kita bercakap - cakap tentang kemampuan yang pernah bapak lakukan? dan kegiatan Setelah itu kita akan nilai kegiatan mana yang masih dapat bapak lakukan di klinik. Setelah kita nilai kita akan pilih salah satu kegiatan untuk kita latih."

"Dimana kita duduk? Bagaimana kalau di ruang tamu? Berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?"

KERJA

"Bapak, apa saja kemampuan yang bapak miliki? Bagus, apa lagi? Saya buat daftarnya ya! Apa pula kegiatan rumah tangga yang biasa bapak lakukan? Bagaimana dengan merapihkan kamar? Menyapu? membereskan tempat tidur, mengaji?"

"Wah, bagus sekali ada beberapa kemampuan dan kegiatan yang bapak 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 disini."

“Sekarang coba bapak pilih satu kegiatan yang masih bisa dikerjakan disini.”

“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. 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 sudah bisa merapihkan tempat tidur dengan baik sekali. Coba perhatikan bedakah dengan sebelum dirapikan? Bagus.”

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

TERMINASI

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap dan latihan merapihkan tempat tidur? Ya, bapak ternyata banyak memiliki

kemampuan yang dapat dilakukan di klinik ini. Salah satunya, merapihkan tempat tidur, yang sudah bapak praktekan dengan baik sekali. Nah kemampuan ini dapat dilakukan juga di rumah setelah pulang.”

“Sekarang, mari kita masukkan pada jadwal harian. Bapak 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 masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di klinik selain merapihkan tempat tidur? Ya bagus, mengaji kalau begitu kita akan latihan mengaji besok jam 8 pagi di mushola ini sehabis makan pagi Sampai jumpa ya”

SP 2 Pasien: 26 April 2025

ORIENTASI

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

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

“Ya benar, kita akan mengaji di mushola”

“Waktunya sekitar 10 menit. Mari kita ke mushola”

KERJA

“Bapak, sebelum kita melakukan kegiatan mengaji”

“Baik pak kita berdoa dulu”

“Baik pak sekarang kita mulai mengaji”

TERMINASI

“Bagaimana perasaan bapak setelah melakukan kegiatan mengaji?”

“Sangat senang sekali”

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

“Selamat siang pak sampai jumpa.”

Lampiran 3

DOKUMENTASI



Lampiran 4

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama	: Syaila Intan Prisila
Jenis kelamin	: Perempuan
Tempat, tanggal lahir	: Garut, 01 April 2004
Agama	: Islam
Status	: Pelajar
Alamat	: Kp. Patrol, Karangpawitan, Garut

B. Riwayat Pendidikan

- | | |
|------------------------------|-------------|
| 1. SDN Sindangpalay 2 | : 2010-2016 |
| 2. SMPN 2 Garut | : 2016-2019 |
| 3. SMAN 11 Garut | : 2019-2022 |
| 4. STIKes Karsa Husada Garut | : 2022-2025 |