

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

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh :

IMELDA PUSPITASARI MARLINA
KHGA22114



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
2025**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa pada TN. Y dengan Gangguan Perubahan persepsi sensori : Halusinasi penglihatan akibat gangguan skizofrenia di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Illahi Assanie Samarang Garut

NAMA : IMELDA PUSPITASARI MARLINA

NIM : KHGA22114

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini disetujui untuk disidangkan dihadapan

Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Menyetujui

Pembimbing

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

LEMBAR PENGESAHAN

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

NAMA : IMELDA PUSPITASARI MARLINA

NIM : KHGA22114

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Disidangkan dan Dipertanggungjawabkan di
Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut
Garut, Juli 2025
Menyetujui

Penguji I

Penguji II

Angga Dipanagara, M.Kep

Mengesahkan

Ketua Program Studi DIII
Keperawatan

Tanti Suryawantie., S.Kep., Ners.,

M.H.Kes

Mengesahkan,

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep

Gin Gin Sugih Permana. S.Kep.,

M.H.Kes

ABSTRAK

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

IV BAB, 137 Halaman, 8 Tabel, 7 Bagan, 4 Lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul : “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. Y Dengan Gangguan Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan Akibat Gangguan *Skizofrenia* Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assanie Samarang Garut”. Penulis merasa tertarik untuk melakukan studi khusus pada pasien dengan halusinasi penglihatan, karena halusinasi adalah suatu gejala yang sering ditemukan pada penderita gangguan jiwa khususnya *skizofrenia*. Tujuan dari pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah asuhan keperawatan pada Tn. Y secara komprehensif, penulis juga mampu melakukan : pengkajian, menegakan diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi pada Tn. Y dengan gangguan persepsi sensorial : halusinasi penglihatan akibat *skizofrenia* di klinik nur Ilahi assanie Samarang. Metode yang digunakan penulis adalah metode deskriptif melalui studi khusus dengan Teknik pengumpulan data dan observasi. Adapun masalah keperawatan yang muncul pada Tn. Y yaitu : Gangguan persepsi sensorial Halusinasi Penglihatan dan Harga Diri Rendah. Penulis juga melaksanakan Tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan terapeutik, memotivasi klien untuk mengenali kemampuan positif yang dimiliki. Penulis mengevaluasi Tindakan keperawatan sehingga mendapatkan data bahwa klien mampu mengenali serta melakukan kemampuan positif yang dimiliki walaupun dengan dukungan perawat. Maka diharapkan ada Kerjasama antar klinik rehabilitasi, organisasi profesi, keluarga dan tenaga Kesehatan lainnya untuk memberikan asuhan keperawatan yang optimal untuk meningkatkan derajat Kesehatan jiwa pada klien ODGJ.

Kata Kunci (*key word*) : Asuhan Keperawatan, *Skizofrenia*, Halusinasi Penglihatan

Daftar Pustaka : 40 buah, Tahun 2015-2023

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Dengan memanjatkan puji dan Syukur kehadiran Allah SWT, Sholawat serta salam yang senantiasa dilimpah curahkan kepada jungjunan kita Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala Rahmat dan karunianya akhirnya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. Y DENGAN GANGGUAN PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENGLIHATAN AKIBAT GANGGUAN SKIZOFRENIA DI KLINIK REHABILITASI MENTAL NUR ILLAHI ASSANIE SAMARANG GARUT”**

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

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menyadari bahwa sepenuhnya tidak terlepas dari segala dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Maka dari itu dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Bapak Dr. H.Hadiat, MA., selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.

3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak Gin Gin Sugih P., S Kep. M Hkes , selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan arahan dan bimbingannya dengan penuh tanggung jawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Selaku Penguji I yang telah berkenan menguji saya dan sudah memberikan kritik dan saran guna Karya Tulis Ilmiah yang lebih baik.
7. Selaku Penguji II yang telah berkenan menguji saya dan sudah memberikan kritik dan saran guna Karya Tulis Ilmiah yang lebih baik.
8. Seluruh Staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut terutama Program Studi DIII Keperawatan yang telah memberi ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Seluruh staf dan karyawan tata usaha dan perpustakaan yang telah memberi bantuan dalam penyediaan buku sumber.
10. Seluruh staf dan pimpinan klinik rehabilitasi mental Nur Ilahie Assanie Samarang Garut yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama penulis melakukan asuhan keperawatan.
11. Tn. Y selaku klien, yang sudah sangat kooperatif sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

12. Cinta pertama dan panutanku, Ayahanda Dadang Sujana, beliau memang tidak sempat merasakan Pendidikan sampai bangku perkuliahan, namun beliau mampu mendidik penulis, memotivasi, memberikan dukungan hingga penulis mampu untuk menyelesaikan studinya.
13. Pintu surgaku, Ibunda Nina Marlina, beliau sangat berperan penting dalam menyelesaikan program studi penulis, beliau juga memang tidak sampai merasakan Pendidikan sampai bangku perkuliahan, tapi semangat motivasi serta do'a yang selalu beliau berikan hingga penulis mampu menyelesaikan studinya.
14. Kepada seseorang yang pernah bersama penulis selaku sahabat terbaik penulis, yang senantiasa memberikan motivasi dan dukungan dalam pembuatan karya tulis ilmiah serta memberikan banyak moment kebersamaan selama perkuliahan yang tidak akan pernah terlupakan oleh penulis. Tertanda : Natalia Ruhaeni, Yeti Sintiasari, Tania Nurhalizah, Rianti, Reva Maulida, Rahmania Cahya. Terimakasih mari terus berjuang bersama dimasa depan.
15. Kepada diri sendiri yaitu Imelda Puspitasari Marlina, yang telah bertahan hingga saat ini disaat penulis tidak percaya terhadap dirinya sendiri, namun penulis tetap mengingat bahwa setiap langkah kecil yang telah diambil adalah bagian dari perjalanan, meskipun terasa sulit atau lambat. Perjalanan menuju Impian bukanlah lomba melainkan seperti marathon yang memerlukan ketekunan, kesabaran, dan tekad yang kuat. Tidak hanya itu disaat kendala "*people come and go*" selalu menghantui pikiran yang

selama ini menghambat proses penyelesaian KTI ini yang juga memotivasi penulis untuk terus ambisi dalam menyelesaikannya, terimakasih sudah dapat bertahan dan mampu menyelesaikan studi ini. Apapun pilihan yang telah dipegang sekarang terimakasih sudah berjuang sejauh ini. Terimakasih tetap selalu berusaha dan tidak lelah mencoba. Ini merupakan pencapaian yang patut dirayakan untuk diri sendiri. Berbahagialah selalu apapun kekurangan dan kelebihanmu mari tetap berjuang untuk kedepan.

16. Seluruh rekan-rekan DIII- Keperawatan terutama kelas C dengan berbagai macam karakter, sifat sehingga memberi pelajaran dan kebersamaan yang tidak akan pernah terlupakan oleh penulis.

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

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

Garut, Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Metode Telaah	6
D. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	10
A. Konsep Dasar	10
1. Konsep Skizofrenia	10
2. Konsep Halusinasi.....	20
3. Konsep Harga Diri Rendah	35
4. Konsep Isolasi Sosial	41
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	47
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	72
A. Tinjauan Kasus.....	72
1. Pengkajian	72
2. Analisa Data	82
3. Pohon Masalah	83
4. Diagnosa Keperawatan.....	84
5. Intervensi Keperawatan.....	85
6. Implementasi dan Evaluasi	94

7. Catatan Perkembangan.....	98
B. Pembahasan.....	103
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	111
A. Kesimpulan	111
B. Rekomendasi	112
DAFTAR PUSTAKA	
DAFTAR LAMPIRAN	
DOKUMENTASI	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Data Penderita Gangguan Jiwa di Klinik Nur Ilahi Assanie Samarang..	3
Tabel 1.2 Diagnosa Penyakit Klinik Nur Ilahi Assanie Samarang.....	3
Tabel 2.1 Analisa Data.....	52
Tabel 2.2 Rencana Tindakan Keperawatann.....	55
Tabel 3.1 Terapi Medis.....	76
Tabel 3.2 Analisa Data.....	76
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan.....	78
Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi.....	87
Tabel 3.5 Catatan Perkembangan.....	91

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Rentang Respon Halusinasi	19
Bagan 2.2 Pohon Masalah Halusinasi.....	23
Bagan 2.3 Rentang Respon Harga Diri Rendah.....	31
Bagan 2.4 Pohon Masalah Harga Diri Rendah.....	34
Bagan 2.5 Rentang Respon Isolasi Sosial.....	38
Bagan 2.6 Pohon Masalah Isolasi Sosial.....	41
Bagan 3.1 Pohon Masalah.....	77

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK)

Lampiran 2 Dokumentasi

Lampiran 3 Lembar Bimbingan

Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan mental adalah kondisi dimana individu memiliki kesehatan yang baik dalam aspek kognitif, emosional, fisik, perilaku, dan sosial sehingga mereka dapat menjalankan tanggung jawab mereka. Selain itu, individu tersebut juga berfungsi dengan baik di lingkungan mereka, menjalankan perannya sebagai orang dan merasa puas dalam hubungan sosial (Viedebeck, 2020).

Gangguan mental merupakan suatu keadaan di mana fungsi pikiran, emosi, kehendak, serta perilaku verbal dan psikomotorik mengalami gangguan, yang mengakibatkan serangkaian gejala klinis pada penderitanya, sehingga mengganggu fungsi kemanusiaan individu. Gangguan mental ditandai sebagai respons yang tidak adaptif terhadap lingkungan, yang terlihat dari pikiran, perasaan, dan perilaku yang tidak sesuai dengan norma sosial dan budaya setempat, sehingga mempengaruhi fungsi sosial, pekerjaan, dan fisik individu, yang umumnya dikenal sebagai skizofrenia (Sari dan Maryam, 2020).

Skizofrenia adalah suatu gangguan neurologis yang berdampak pada pemikiran, persepsi, komunikasi, emosi, dan perilaku sosial pasien (Zainuddin dan Hashari, 2019). Tingkat kematian di kalangan pasien

skizofrenia adalah delapan kali lipat lebih tinggi dibandingkan dengan tingkat kematian populasi umum. Di antara pasien skizofrenia, 20-30% pernah mencoba bunuh diri, dan 10% di antaranya berhasil bertahan hidup. Mereka yang mengalami skizofrenia biasanya menunjukkan kecenderungan untuk menarik diri dari interaksi sosial dan personal, hidup dalam dunia mereka sendiri, serta mengalami halusinasi yang berlebihan. Halusinasi adalah gangguan persepsi di mana seseorang merasakan sesuatu yang tidak terjadi, yang dialami melalui indra tanpa adanya rangsangan atau stimulus yang nyata (Livana et al. , 2018).

Berdasarkan penelitian Kesehatan dasar (Riskesdas 2018), sekitar 20% dari total populasi Indonesia, yang mencapai sekitar 250 juta, mengalami gangguan mental. Menurut data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, Pelayanan kesehatan untuk ODGJ berat di Jawa Barat pada tahun 2023 mencapai 92,71%. Kabupaten/kota yang melapor dengan sasaran ODGJ berat sebanyak 69.032 jiwa dan sebanyak 63.998 yang mendapat pelayanan kesehatan. Sementara itu, prevalensi penderita gangguan mental yang menerima layanan di Kabupaten Garut dari tahun 2023-2024 tercatat sekitar 3.935 jiwa, termasuk 1.988 orang dengan Gangguan Afektif Bipolar, 1.353 orang yang menderita Skizofrenia, 389 orang dengan Penyalahgunaan Narkotika, dan 205 orang dengan Retardasi Mental (Dinkes, 2024).

Sedangkan prevelensi orang dengan gangguan jiwa mendapati pelayanan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Anssanie Samarang Garut Pada Mei 2025 dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1.1
Data Penderita Gangguan Jiwa di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assanie Samarang Garut Periode 2025

No	Diagnosa	Jumlah Kasus
1	Skizofrenia	5 orang
2	Bipolar	32 orang
3	Retardasi Mental	2 orang
	Jumlah	39 orang

Sumber : Klinik Nur Ilahie Assani Samarang

Berdasarkan data yang di dapat dari Klinik Nur Ilahi Assanie Samarang Garut, Jumlah Pasien Gangguan Jiwa khususnya yang sudah terdiagnosa dari bulan Januari sampai dengan Mei tahun 2025 terdapat pada tabel berikut :

Tabel 1.2
Diagnosa Penyakit Klinik Nur Ilahi Assanie Samarang

No	Masalah Keperawatan Jiwa	Jumlah Pasien
1	Halusinasi	25
2	Harga Diri Rendah (HDR)	8
3	Resiko Perilaku Kekerasan	3
4	Waham	3
	Jumlah Kasus	39

Sumber : Klinik Nur Ilahie Assani Samarang

Berdasarkan hasil laporan Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assanie, didapatkan data tahun 2025 jumlah yang ada pada semua pasien rawat inap mencapai 39 orang. 25 orang dengan Halusinasi, 8 orang dengan Harga Diri Rendah, 3 orang dengan Resiko Perilaku Kekerasan, 3 orang dengan Waham. Halusinasi menduduki peringkat pertama dengan kasus terbanyak, hal ini dapat terjadi karena kurangnya dukungan serta perhatian

dari keluarga dan juga Masyarakat, yang apabila tidak diatasi dengan segera maka akan menyebabkan peningkatan Halusinasi di lingkungan Masyarakat. Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik melakukan Tindakan keperawatan pada klien yang mengalami halusinasi.

Ternyata Gangguan Jiwa Halusinasi berada di peringkat ke 1 dari 4 kasus gangguan jiwa. Hal ini terjadi karena tingginya kasus gangguan jiwa Halusinasi di klinik nur illahie assani samarang cukup tinggi dan diperlukan demi tercapainya upaya peningkatan kesehatan jiwa yang apabila tidak segera diatasi takutnya akan terjadinya peningkatan kasus gangguan jiwa Halusinasi.

Dari penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa gangguan jiwa dengan masalah persepsi sensori halusinasi merupakan isu serius yang dapat menimbulkan dampak buruk bagi individu yang mengalaminya serta lingkungan sekitar jika tidak diatasi secepatnya. Oleh karena itu, penulis merasa perlu untuk menyusun laporan karya tulis ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan dengan Diagnosa Skizofrenia Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut. "

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

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

keperawatan jiwa secara komprehensif di Rehabilitasi Yayasan Nur Ilahie Assani Garut.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penulisan Karya Tulis Ilmiah ini agar penulis mampu melakukan beberapa hal diantaranya :

- a. Melakukan pengkajian fisik, psikososial, dan mental secara komprehensif pada Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori Akibat Skizofrenia Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada Tn.Y dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendlihatan Akibat Skizofrenia Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut.
- c. Membuat Perencanaan / Intervensi Keperawatan Pada Tn.Y dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Penglihatan Akibat Skizofrenia Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut.
- d. Melaksanakan tindakan / implementasi keperawatan pada Tn.Y dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Penglihatan Akibat Skizofrenia Di

Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut.

- e. Mengevaluasi tindakan yang telah diberikan kepada Tn.Y dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Penglihatan Akibat Skizofrenia Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut.
- f. Mendokumentasikan dari awal sampai akhir tindakan yang telah diberikan kepada Tn.Y dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.Y Dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Penglihatan Akibat Skizofrenia Di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang Kabupaten Garut.

C. Metode Telaah

Dalam penulisan studi kasus ini, penulisan menggunakan metode deskriptif yang serupa kasus asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang komprehensif. Adapun teknik pengumpulan data yang dilakukan oleh penulis adalah sebagai berikut :

1. Wawancara

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

2. Observasi

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

3. Studi Dokumentasi

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

4. Hasil Kepustakaan

Penulis membaca sebagai literatur untuk mendapatkan keterangan dasar yang berhubungan dengan kasus yang dialami klien yaitu gangguan persepsi sensori: Halusinasi Penglihatan.

5. Parsitifasi Aktif

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

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari beberapa bagian yang saling terkait, diantaranya :

BAB I Pendahuluan berisikan tentang latar belakang yang menjelaskan alasan dan konteks penelitian, tujuan penulisan yang menjelaskan tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah, metode telaahan yang menjelaskan metode

yang digunakan dalam penelitian, dan sistematika penulisan yang menjelaskan struktur penulisan karya tulis ilmiah.

BAB II Tinjauan Teoritis berisikan tentang teori-teori yang berhubungan dengan judul di atas yang dapat dijadikan acuan pada waktu pembahasan. Bagian ini terdiri dari konsep dasar, definisi, tahapan halusinasi, faktor predisposisi, faktor presipitasi, tanda dan gejala, tahapan respon neurobiologis, konsep asuhan keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi, rasionalisasi, implementasi, dan evaluasi.

BAB III Tinjauan kasus dan pembahasan berisikan tentang asuhan keperawatan yang dilakukan secara nyata di lapangan. Bagian ini menjelaskan tentang pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan, evaluasi, dan catatan perkembangan pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan. Pembahasan berisikan tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan dan dibandingkan antara pendekatan teoritis dengan pelaksanaan langsung pada kasus serta pemecahan masalahnya.

BAB IV Kesimpulan dan rekomendasi berisikan tentang kesimpulan penulis setelah melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan dan rekomendasi yang bersifat membangun terhadap kesimpulan untuk perbaikan selanjutnya.

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

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

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Konsep Skizofrenia

a. Definisi

Skizofrenia adalah gangguan otak kronis, parah dan melumpuhkan yang ditandai dengan delusi, halusinasi, dan perilaku aneh. Skizofrenia adalah gangguan kejiwaan yang mencakup berbagai gangguan perilaku yang parah. Gambaran klinis selalu merupakan gangguan pikiran, yang sering disertai dengan gejala khas seperti halusinasi, delusi, perilaku aneh, dan penurunan kemampuan secara umum (zuraida, 2017).

Skizofrenia adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami perubahan perilaku yang besar, seseorang yang mengalami gangguan ini menjadi tidak sadar diri, berperilaku tidak wajar, menyakiti diri sendiri, menarik diri, tidak mau bersosialisasi, tidak sadar diri, dan seringkali menjadi tidak sadar. dunia fantasi yang penuh dengan ilusi dan halusinasi (Wijayati et al., 2019)

b. Etiologi

Skizofrenia berakar dari berbagai faktor yang saling berhubungan. Orang yang mengalami skizofrenia memiliki predisposisi biologis tertentu (*diatesis*). Hal ini bisa dipicu oleh stres, yang kemudian

menimbulkan berbagai tanda-tanda skizofrenia. Stres tersebut dapat berasal dari faktor genetik, biologis, kondisi psikologis, atau lingkungan sosial. (Sistawati, Fhitriyahh dan Karimah, 2022)

1) Faktor Genetik (Faktor Keturunan)

Orang yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat skizofrenia (faktor genetik) memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami skizofrenia dibandingkan dengan mereka yang keluarganya tidak ada yang mengalaminya. Sebagai contoh, jika salah satu orang tua seseorang mengidap skizofrenia, maka kemungkinan orang itu juga akan menderita skizofrenia adalah sekitar 13%, dan jika kedua orang tuanya juga terkena skizofrenia, risikonya meningkat menjadi 30-46%. Namun, ada banyak penderita skizofrenia yang tidak memiliki faktor genetik tersebut.

2) Faktor Biologis

Terdapat beberapa kelainan dalam struktur dan fungsi otak yang berkaitan dengan munculnya skizofrenia, antara lain adalah pembesaran ventrikel, pengurangan ukuran otak, dan menurunnya konektivitas antar area otak. Selain itu, fungsi kognitif pada penderita skizofrenia juga menunjukkan kekurangan, terutama dalam hal memori dan kemampuan berinteraksi sosial.

3) Kondisi Psikologis

Kadang-kadang, orang tidak memiliki seseorang untuk berbagi beban atau cenderung memiliki sifat yang pemalu dan tertutup saat menghadapi tekanan, sehingga mereka lebih memilih untuk menyimpan masalahnya sendiri.

4) Kondisi Lingkungan

Stresor psikososial adalah setiap situasi atau peristiwa yang mengakibatkan perubahan dalam kehidupan seseorang, yang memaksa individu tersebut untuk beradaptasi demi mengatasi masalah tersebut. Namun, tidak semua individu mampu beradaptasi, yang dapat mengarah pada gangguan mental seperti skizofrenia. Beberapa jenis stresor psikososial antara lain adalah sebagai berikut :

- a) Masalah Perkawinan, seperti pertengkaran, perceraian, perselingkuhan, kematian pasangan, dan sejenisnya.
- b) Masalah Keluarga, contohnya kritik yang berlebihan dari keluarga atau sikap permusuhan, yang sering disebut sebagai ekspresi emosi tinggi yang dapat menyebabkan kambuhnya gejala pada penderita skizofrenia jika terjadi kontak lebih dari 35 jam per minggu.
- c) Masalah Lingkungan, seperti isu seputar pekerjaan, pendidikan, dan lain-lain.
- d) Masalah Ekonomi.

- e) Komplikasi yang terjadi selama kehamilan dan proses persalinan.
- f) Lain-lain, seperti efek dari penyalahgunaan zat terlarang atau trauma akibat bencana, kebakaran, pemerkosaan, dan sebagainya

c. Patofisiologi

Patofisiologi schizophrenia atau skizofrenia dapat disebabkan oleh abnormalitas anatomi dan reseptor neurotransmitter yang berperan, abnormalitas fungsi sistem imun, dan proses inflamasi.

1. Abnormalitas anatomi

Studi *neuroimaging* menunjukkan adanya perbedaan otak pada orang normal dengan pasien schizophrenia. Pada schizophrenia terdapat gambaran ventrikel yang membesar, penurunan volume otak di daerah temporal, medial dan area hippocampus. Studi lainnya menggunakan *magnetic resonance imaging* (MRI) menunjukkan kelainan anatomi pada jaringan neokortikal dan area limbik, serta area *white-matter*. Studi metaanalisis menemukan bahwa area *white-matter* berkurang pada schizophrenia.

Pada *Edinburgh High-Risk Study* didapatkan adanya pengurangan volume seluruh otak, volume lobus prefrontal kiri dan kanan, serta lobus temporal pada 17 dari 146 orang yang memiliki risiko genetik tinggi mengalami schizophrenia.

Perubahan pada lobus prefrontal dikaitkan dengan peningkatan keparahan gejala psikotik yang akan ditunjukkan oleh pasien.

Dalam studi metaanalisis lain yang mengkaji 27 studi, MRI secara longitudinal yang membandingkan pasien schizophrenia dalam kelompok kontrol menemukan adanya kelainan struktural otak yang berkembang seiring berjalannya waktu. Kelainan struktural ini termasuk penurunan volume seluruh otak pada *white and gray-matter* dan peningkatan volume ventrikel lateral.

2. Abnormalitas Neurotransmitter

Patofisiologi schizophrenia yang paling mendasar adalah teori mengenai abnormalitas neurotransmitter. Sebagian besar teori ini menyatakan adanya kekurangan ataupun kelebihan neurotransmitter, termasuk dopamin, serotonin dan glutamat. Teori lainnya melibatkan aspartat, glisin dan *gamma-aminobutyric acid* (GABA) sebagai bagian dari ketidakseimbangan neurokimia pada schizophrenia.

Aktivitas abnormal pada reseptor dopamin diduga berperan besar pada kejadian schizophrenia. Empat jalur dopaminergik juga ikut terlibat, antara lain:

- a) Jalur nigrostriatal yang berasal dari substansia nigra dan berakhir pada nukleus kaudatus. Tingkat dopamin yang

rendah dalam jalur ini mempengaruhi sistem ekstrapiramidal yang mengarah ke gejala motorik.

- b) Jalur mesolimbik yang berasal dari area ventral tegmental (VTA) ke area limbik dan berperan dalam gejala positif schizophrenia.
- c) Jalur mesolimbik yang berasal dari area ventral tegmental (VTA) ke area limbik dan berperan dalam gejala positif schizophrenia.
- d) Jalur mesolimbik yang berasal dari area ventral tegmental (VTA) ke area limbik dan berperan dalam gejala positif schizophrenia.

3. Abnormalitas Neurotransmitter akibat Obat

Teori lainnya berhubungan dengan *lysergic acid diethylamide* (LSD) yang dapat meningkatkan kadar serotonin di otak. Rangsangan aktivitas glutamat juga dapat memicu terjadinya schizophrenia, hal ini diperoleh dari penemuan bahwa fenilkisid dan ketamin, dua antagonis *N-methyl-D-aspartate* (NMDA)/glutamate nonkompetitif menginduksi gejala seperti schizophrenia.

Penelitian selanjutnya mengarah pada pengembangan senyawa-senyawa yang dapat menghambat reseptor dopamin, serotonin dan reseptor lainnya sehingga diharapkan dapat mengurangi gejala positif dan negatif schizophrenia.

4. Inflamasi dan Abnormalitas Fungsi Sistem Imun

Fungsi sistem imun mengalami gangguan pada schizophrenia. Aktivitas sistem imun yang berlebih dapat menyebabkan ekspresi berlebih dari sitokin inflamasi serta perubahan struktur dan fungsi otak. Resistensi insulin dan gangguan metabolisme lainnya dikaitkan dengan proses inflamasi. (Alomedika 2022)

d. Proses Terjadinya Skizofrenia

Perjalanan penyakit Skizofrenia dapat dibagi menjadi 4 fase yaitu fase premorbid, fase prodromal, fase aktif dan fase residual.

- 1) Pada fase premorbid ditandai dengan periode munculnya ketidak normalan fungsi, walaupun hal ini dapat terjadi sebagai akibat dari efek penyakit tertentu. Indikator premorbid dari psikosis, diantaranya adalah riwayat psikiatri keluarga, riwayat prenatal, dan komplikasi obstetrik dan defisit neurologis. Faktor premorbid lain adalah pribadi yang terlalu pemalu dan menarik diri, hubungan sosial yang kurang baik dan menunjukkan perilaku antisosial (Towsend, 2015).
- 2) Pada fase prodromal biasanya timbul gejala-gejala non spesifik yang lamanya bisa dalam hitungan minggu, bulan ataupun lebih dari satu tahun sebelum onset psikotik menjadi jelas. Fase prodromal dimulai dengan adanya perubahan fungsi premorbid dan meluas sampai munculnya gejala psikotik. Fase ini dapat

terjadi dalam beberapa minggu atau bulan, tetapi banyak penelitian menyatakan bahwa fase prodromal terjadi antara 2 sampai 5 tahun. Pada fase ini tanda-tanda psikotik mulai muncul dengan intensitas rendah. Pengenalan tanda dan gejala dan penanganan pada fase ini perlu diperhatikan agar tidak berkembang menuju fase aktif (Townsend, 2015).

- 3) Pada fase aktif gejala positif/psikotik menjadi jelas seperti tingkah laku katatonik, inkohereni, waham, halusinasi disertai gangguan afek. Hampir semua individu datang berobat pada fase ini, bila tidak mendapat pengobatan gejala-gejala tersebut dapat hilang spontan suatu saat mengalami eksaserbasi atau terus bertahan (Townsend, 2015).
- 4) fase residual dimana gejala-gejalanya sama dengan fase prodromal tetapi gejala positif/psikotiknya sudah berkurang. Di samping gejala-gejala yang terjadi pada ketiga fase di atas, penderita skizofrenia juga mengalami gangguan kognitif berupa gangguan berbicara spontan, mengurutkan peristiwa, eksekutif (atensi, konsentrasi, hubungan sosial), dan kewaspadaan. Fase residual biasanya mengikuti fase aktif penyakit. Selama fase residual, gejala dari masa akut dapat hilang atau tidak mencolok lagi. Gejala negatif mungkin masih ada, dan afek datar dan kerusakan fungsi peran biasa terjadi. Kerusakan

residual biasanya berkembang antara masa-masa aktif psikosis (Townsend, 2015).

e. Tanda dan Gejala

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

1) Halusinasi

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

2) Waham

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

3) Perubahan arus pikir

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

b) Inkohoren : berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau)

c) Neologisme : menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri

4) Perilaku aneh

5) Pengurangan minat atau motivasi

f. Klasifikasi Skizofrenia

Menurut (Tanjung, Neherta, dan Sarfika, 2023), terdapat beberapa jenis skizofrenia, yaitu:

1) Skizofrenia Paranoid

Ini adalah jenis skizofrenia yang paling sering dijumpai, ditandai dengan kekhawatiran yang berlebihan yang sering kali bersifat paranoid. Biasanya, orang yang mengalaminya juga mengalami halusinasi, terutama yang bersifat auditori, serta gangguan dalam persepsi sensorik seperti halusinasi pendengaran. Selain itu, gangguan emosi dan gejala katatonik tidak terlihat dengan jelas.

2) Skizofrenia Hebefrenik

Jenis skizofrenia ini, yang juga dikenal sebagai skizofrenia tidak teratur, ditandai dengan gejala yang kacau, seperti bicara yang tidak terarah dan perilaku yang tidak sesuai, dengan ekspresi emosi yang datar serta minimnya kemampuan untuk mengekspresikan perasaan. Sering kali ditemukan waham dan halusinasi sebagai bagian dari perubahan emosi yang ada dan bisa juga isolasi sosial dan harga diri rendah.

3) Skizofrenia Katatonik

Skizofrenia katatonik, yang melibatkan ketidakmampuan motorik atau dibarengi dengan kegembiraan, merupakan bentuk skizofrenia di mana pasien tidak mampu berbicara, merespons,

atau bahkan bergerak. Dalam kondisi ini, mereka bisa menunjukkan tingkat kegembiraan atau mania yang ekstrem, dengan gejala kegembiraan katatonik yang terlihat seperti menolak atau meronta-ronta.

4) Skizofrenia Tak Terinci

Skizofrenia tak terinci adalah salah satu bentuk gangguan mental yang ditandai oleh adanya delusi, halusinasi, serta perilaku yang tidak teratur.

2. Konsep Halusinasi

Adapun diagnosa keperawatan pasien yang muncul dengan gangguan persepsi : halusinasi menurut (Yosep 2016) meliputi sebagai berikut :

- a. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi
- b. Harga Diri Rendah
- c. Isolasi Sosial

A. Halusinasi

1) Pengertian

Halusinasi merupakan gejala yang sering dijumpai pada individu dengan masalah kesehatan mental. Halusinasi sering kali dihubungkan dengan skizofrenia, dan sebagian besar orang dengan kondisi tersebut mengalami halusinasi. Ini adalah gangguan dalam cara seseorang menerima informasi, di mana individu mengalami sesuatu yang tidak nyata. Hal ini melibatkan pengalaman yang muncul melalui indera mereka tanpa adanya

rangsangan dari lingkungan. Pengalaman ini dapat berupa persepsi yang salah, terjadi seolah-olah mereka merasakan sesuatu tanpa adanya stimulus dari luar. Ini berbeda dari ilusi, di mana individu percaya bahwa apa yang mereka lihat itu nyata (Herawan, 2020).

Halusinasi adalah kesalahan dalam cara pancaindra menerima informasi, dan yang paling umum terjadi adalah halusinasi berupa suara dan gambaran visual, meski ada juga halusinasi yang melibatkan penciuman, sentuhan, dan rasa (Towsend, 2015). Halusinasi menggambarkan situasi di mana individu memperoleh pengalaman sensori yang tidak didorong oleh rangsangan yang nyata (Sutejo, 2017).

Halusinasi penglihatan stimulus visual meliputi stimulus berupa cahaya atau kilatan, gambar, atau bayangan yang dapat rumit dan kompleks. Bayangan ini bisa jadi menyenangkan ataupun menakutkan (Kusmawati dan Hartono, 2017).

2) Etiologi

Menurut Yosep (2015) penyebab terjadinya halusinasi adalah sebagai berikut :

1) Faktor Predisposisi

a) Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan klien yang terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil,

mudah frustrasi, hilang kepercayaan diri dan mudah terkena stress.

b) Faktor Sosiokultural

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

c) Faktor Biologis

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

d) Faktor Psikologis

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

e) Sosial Budaya

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

2) Faktor Presipitasi

Penyebab halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi menurut Rawlins dan Heancock dalam Yosep (2015).

a) Dimensi Fisik

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

b) Dimensi Emosional

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

c) Dimensi Intelektual

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

d) Dimensi Sosial

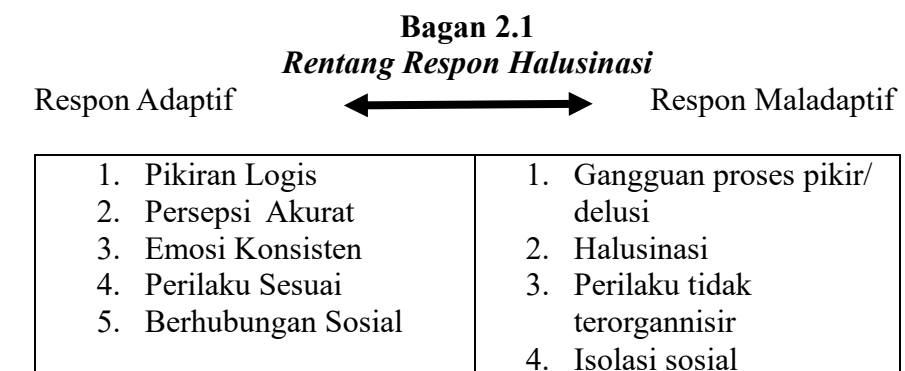
Klien mengalami gangguan interaksi sosial dalam fase awal conforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak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

e) Dimensi Spiritual

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

3) Rentang Respon Halusinasi

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



Keterangan:

1) Respon Adaptif

- a) Pikiran logis : Pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- b) Persepsi akurat : Pandangan yang tepat pada kenyataan.
- c) Emosi konsisten dengan pengalaman : perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.

- d) Perilaku sosial: Sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- e) Hubungan sosial: Proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

2) Respon maladaptif

- a) Gangguan pikiran: Keyakinan yang dipertahankan secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- b) Halusinasi: Persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak nyata.
- c) Kerusakan proses emosi: Perubahan suatu yang timbul dari hati.
- d) Perilaku tidak terorganisir: suatu yang tidak teratur.
- e) Isolasi sosial: Kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

4) Klasifikasi Halusinasi

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

- 1) Halusinasi Pendengaran (Auditory) 70% mendengar suara yang membicarakan, mengejek, menertawakan, mengancam, memerintah untuk melakukan sesuatu (kadang-kadang hal yang berbahaya). Perilaku yang muncul mengarahkan telinga pada

sumber suara. bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, mulut komat kamit, dan ada Gerakan tangan.

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

5) Tanda dan Gejala Halusinasi

Beberapa tanda dan gejala perilaku halusinasi termasuk senyum atau tawa yang tidak pantas, gerakan bibir diam, berbicara sendiri, gerakan mata cepat, diam, konsentrasi pada pengalaman sensorik, kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dan kenyataan, kemampuan untuk berkonsentrasi hanya beberapa detik atau menit, kesulitan berhubungan dengan orang lain, tidak mampu mengurus dirinya sendiri, orang lain. Tanda gejala perilaku klien yang terkait dengan halusinasi menurut (Utami, 2020) adalah sebagai berikut :

1. Halusinasi Pendengaran

Mendengar suara/kebisingan, kebanyakan suara kata-kata yang jelas, bahkan berbicara di lantai dengan percakapan lengkap antara dua orang yang berhalusinasi. Pikiran yang terdengar jelas ada bersama klien mendengar kata suruh pasien melakukan sesuatu terkadang bisa berbahaya.

2. Halusinasi Penglihatan

Penglihatan dirangsang oleh kilatan cahaya, gambar geometris, gambar kartun dan atau panorama besar dan kompleks. Visual bisa menjadi sesuatu yang lucu sesuatu yang menakutkan, seperti monster.

3. Halusinasi Penciuman

Bau, seperti bau darah, urin, feses, biasanya merupakan bau yang tidak sedap. halusinasi bau tersebut seringkali merupakan akibat dari stroke, tumor, kejang/demensia.

4. Halusinasi Pengecapan

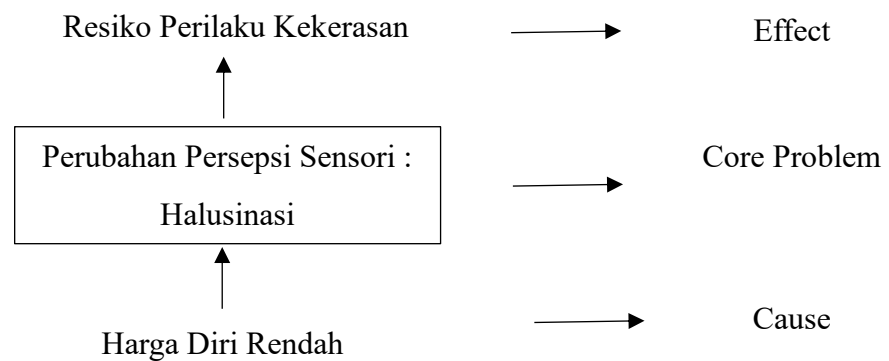
Merasa mengecap suatu rasa seperti rasa darah, urine dan feses

5. Halusinasi Perabaan

Merasa sakit atau tidak nyaman tanpa rangsangan yang jelas
Merasakan sengatan listrik yang berasal dari tanah, benda mati atau orang lain.

6) Pohon Masalah Halusinasi

Bagan 2.2
Pohon Masalah Halusinasi



(Hulu & Pardede, 2023)

7) Fase Halusinasi

Menurut Utami (2020) Fase terjadinya halusinasi yaitu :

1) Tahap I (Comforting)

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

2) Tahap II (Condemning)

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

3) Tahap III (Controlling)

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

4) Tahap IV (Conquering)

Klien sudah sangat dikuasai oleh halusinasi, klien tampak panik, perilaku klien pada tahap IV adalah perilaku panik,

resiko tinggi mencederai, agitasi atau kataton, tidak mampu berespon terhadap lingkungan.

8) Mekanisme Koping

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

1) Regrasi

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

2) Proyeksi

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

3) Menarik Diri

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

9) Penatalaksanaan Halusinasi

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

a. Terapi Farmakologi

1) Haloperidol

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

2) Clopromazine

- a) Klasifikasi : sebagai antipsikotik, antiemetic.
- b) Indikasi : penanganan gangguan psikotik seperti skizofrenia, fase mania pada gangguan bipolar,

skizofrenia, ansietas dan agitasi, anak hiperaktif yang menunjukkan aktivitas motorik berlebih.

- c) Mekanisme Kerja : mekanisme kerja antipsikotik yang tepat belum dipahami sepenuhnya, namun berhubungan dengan efek antidominergik. Antipsikotik postsinaps pada ganglia basa, hipotalamus, system limbic, batang otak dan medulla.
- d) Kontraindikasi Hipersensivitas terhadap obat ini, pasien koma atau depresi sumsum tulang, penyakit, insufisiensi hati, ginjal dan jantung, anak usia dibawah 6 tahun dan Wanita selama masa kehamilan dan laktasi.
- e) Efek Samping Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, hipertensi, ortostatik, hipotensi, mulut kering, mual dan muantah.

3) Thirixypenidil (THP)

- a) Klasifikasi antiparkinson
- b) Indikasi segala penyakit Parkinson, gejala ekstra pyramidal berkaitan dengan obat antiparkinson.
- c) Mekanisme Kerja Mengorks ketidakseimbangan defisiensi dopamine dan kelebihan asetilkolin.

- d) Kontraindikasi Hipersensitivitas terhadap obat ini, glaucoma sudut tertutup, hipertropi prostat pada anak dibawah usia 3 tahun.
- e) Efek samping : mengantuk, pusing, disorientasi, hipotensi, mulut kering, mual dan muntah.

b. Terapi Non Farmakologi

- 1) Terapi Aktivitas Kelompok yang sesuai dengan Gangguan Sensuri Persepsi: Halusinasi adalah TAK Stimulasi Persepsi.
- 2) *Elektro Convulsif Therapy* (ECT), merupakan pengobatan secara fisik menggunakan arus 100 volt, cara kerja belum diketahui secara jelas namun dapat dikatakan bahwa terapi ini dapat memperpendek lamanyaserangan Skizofrenia dan dapat permudah kontak dengan orang lain.
- 3) Pengekangan atau pengikatan pengembangan fisik menggunakan pengekangan mekanik seperti manset untuk pergelangan tangan dan pergelangan kaki dimana klien pengekangan dimana klien dapat dimobilisasi dengan membalutnya, cara ini dilakukan padda klien halusinasi yang mulai menunjukkan perilaku kekerasan diantaranya: marah marah atau mengamuk.

3. Konsep Harga Diri Rendah

1. Definisi

Harga diri rendah adalah disfungsi psikologis yang meluas dan terlepas dari spesifiknya. Masalahnya, hampir semua pasien menyatakan bahwa mereka ingin memiliki harga diri yang lebih baik. Jika kita hanya mengurangi harga diri rendah, banyak masalah psikologis akan berkurang atau hilang secara substansial sepenuhnya. Harga diri merupakan komponen psikologis yang penting bagi kesehatan. Banyak penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa harga diri yang rendah sering kali menyertai gangguan kejiwaan. Harga diri yang tinggi dikaitkan dengan kecemasan yang rendah, efektif dalam kelompok dan penerimaan orang lain terhadap dirinya, sedangkan masalah kesehatan dapat menyebabkan harga diri, sehingga harga diri dikaitkan dengan hubungan interpersonal yang buruk dan beresiko terjadi depresi sehingga perasaan negatif mendasari hilangnya kepercayaan diri dan harga diri individu dan menggambarkan gangguan harga diri (Wijayati et al, 2020).

Harga diri rendah berasal dari pengalaman seseorang seiring dengan pertumbuhannya, seperti tidak ada kasih sayang, dorongan dan tantangan, tidak terdapat cinta dan penerimaan, selalu mengalami kritikan, ejekan, sarkasme, dan sinisme, adanya pemukulan fisik dan pelecehan tidak adanya pengakuan dan pujian

untuk prestasi, terdapat kelebihan dan keunikan yang selalu diabaikan (Pardede, Hafizudin, & Sirait, 2021).

2. Etiologi

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

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

1) Faktor Prediposisi

- a. Faktor yang mempengaruhi harga diri meliputi penolakanj orang tua, harapan orangtua yang tidak realistis, kegagalan yang mempunyai berulang, jawab tanggung kurang personal, ketergantungan pada orang lain, dan idel diri yang tidak realistis.
- b. Faktor yang mempengaruhi ferpormaperan adalah stereotipe peran gender, tuntutan peran pekerjaan.

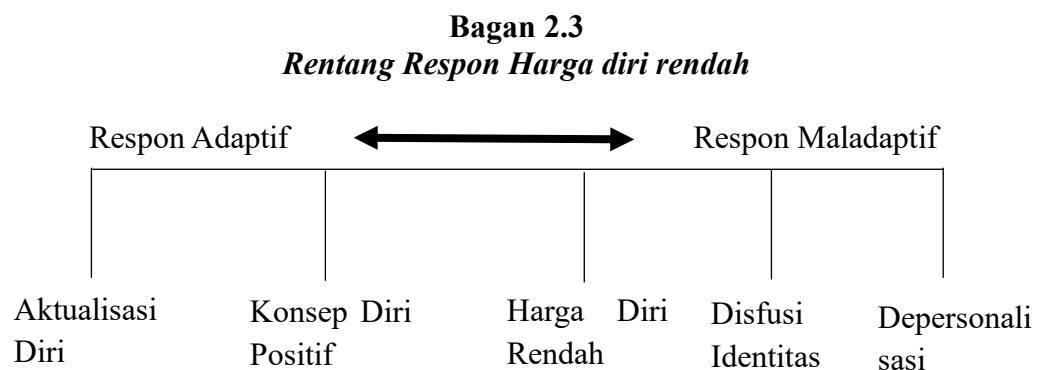
- c. Faktor yang mempengaruhi identitas pribadi meliputi tidak percayaan orangtua, tekanan dari kelompok sebaya, dan perubahan struktur sosial.

2) Faktor presipitasi

Faktor presipitasi terjadi harga diri rendah biasanya adalah kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan/bentuk tubuh, kegagalan atau produktifitas yang menurun. Secara umum, gangguan konsep diri harga diri rendah ini dapat terjadi secara situasional atau kronik. Secara situasional karena trauma yang muncul secara tiba-tiba, misalnya harus dioperasi, kecelakaan, perkosaan atau dipenjara. (Yosep, 2015).

3. Rentang Respon

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



Berdasarkan rentang respon, dapat dijelaskan sebagai berikut:

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

- a) Aktualisasi diri

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

- b) Konsep diri positif

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

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

- a) Harga Diri Rendah

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

- b) Kerancauan Identitas

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

c) Depersonalisasi (Tidak Mengenal Diri)

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

4. Penatalaksanaan

Menurut lyus (2019) penatalaksanaan harga diri rendah dapat dilakukan dengan terapi modalitas, yakni terapi individu, terapi keluarga, kelompok. lingkungan, somatoterapi, dan terapi komplementer.

1) Somatoterapi

a) Farmakologi, terapi medis pada harga diri rendah ini lebih mengarah pada pemberian obat dengan golongan antidepresan, hal ini dikarenakan obat antidepresan bekerja untuk memblok pengambilan kembali neurotransmitter norepineprin dan sorotonin, sehingga dapat meningkatkan konsentrasi penderita.

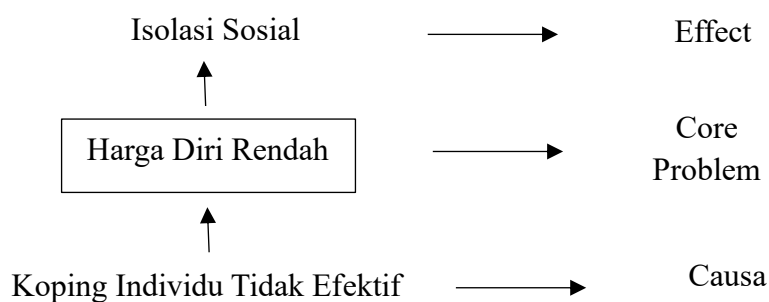
b) Electro Compulsif Therapy (ECT) atau biasa disebut shock terapi merupakan pengobatan medis modern

dengan cara memberikan rangsangan pada otak dengan pulse elektrik

- 2) Terapi Supportif, dimaksudkan untuk memberi dukurigan, motivasi, dan semangat agar penderita tidak merasa putus asa. Terapi yang dapat dilakukan diantaranya terapi kognitif yang berorientasi terhadap masalah dan pemecalsannya.
- 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 engan orang lain, membantu mempersiapkan diri untuk kembali ke masyarakat, dan belajar mempercayai orang lain.

5. Pohon Masalah

Bagan 2.4
Pohon Masalah Harga diri rendah



Fitria (2016)

4. Konsep Isolasi Sosial

a. Definisi

Isolasi sosial adalah keadaan kesepian yang dialami oleh individu dan tampaknya dirasakan oleh orang lain sebagai situasi yang buruk atau mengancam. (Nurarif, Huda Amin, 2015). Isolasi sosial dapat diartikan sebagai ketidakmampuan untuk menjalin hubungan yang dekat, hangat, terbuka dan saling bergantung dengan orang lain. Tanda dan gejala yang tampak pada isolasi sosial merasa kesepian, merasa tidak aman pada khalayak, menarik diri, kurang minat dalam berinteraksi dengan orang atau lingkungan, perasaan disibukkan dengan pikiran seseorang dan perasaan tidak memiliki tujuan hidup (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

b. Etiologi

Menurut Mukhrimah Damaiyanti (2015) penyebab terjadinya isolasi sosial:

- 1) Faktor predisposisi
 - a) Faktor perkembangan

Keahlian membina hubungan yang sehat bergantung dari pengalaman sepanjang proses berkembang. Setiap sesi berkembang mempunyai tugas yang wajib dilalui orang dengan sukses, karena jika tugas perkembangan ini tidak diselesaikan, maka akan menghambat perkembangan berikutnya, kurangnya rangsangan dari keterikatan,

perhatian dan kehangatan ibu kepada bayi menciptakan perasaan tidak aman yang dapat mengganggu pembangunan kepercayaan.

b) Faktor biologi

ialah suatu faktor pendukung terjadinya gangguan jiwa, faktor genetik dapat mendukung respon sosial yang maladaptif dan data bukti sebelumnya tentang keterlibatan neurotransmitter dalam gangguan ini, tetapi pada penelitian lebih lanjut diperlukan beberapa titik

c) Faktor sosial budaya

Hal tersebut dapat menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya gangguan dalam membina hubungan saling percaya, misalnya anggota keluarga yang tidak produktif, keterasingan dari orang lain.

d) Faktor komunikasi dalam keluarga

Pola komunikasi keluarga juga dapat mengakibatkan kegagalan hubungan jika keluarga hanya membahas hal-hal negatif yang akan berkontribusi pada berkembangnya harga diri yang rendah pada anak

2) Faktor presipitasi

Menurut Stuart, (2016) Ada beberapa faktor presipitasi yang dapat menyebabkan seseorang mengisolasi diri. Faktor-faktor tersebut dapat berasal dari berbagai stressor antara lain:

a) Stressor Sosial budaya

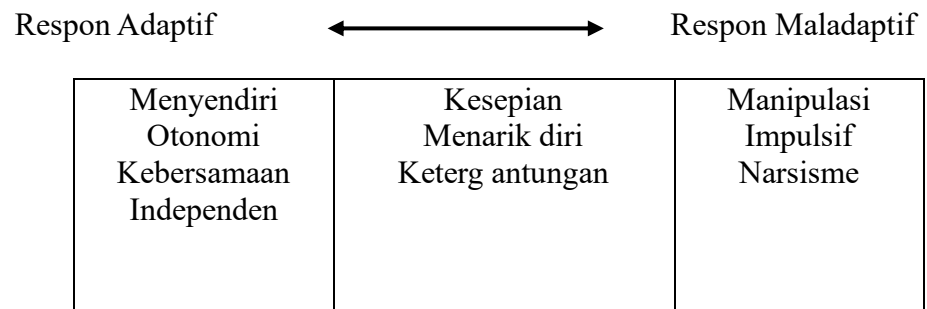
Salah satu stresor sosial budaya adalah ketidakstabilan keluarga. Perceraian adalah penyebab yang umum terjadi. Mobilitas dapat memecahkan keluarga besar, merampas orang yang menjadi sistem pendukung yang penting pada semua usia. Kurang kontak yang terjadi antara generasi. Tradisi, yang menyediakan hubungan yang kuat dengan masa lalu dan rasa identitas dalam keluarga besar, sering kurang dipertahankan ketika keluarga terfragmentasi. Ketertarikan pada etnis dan "budaya" mencerminkan Upaya orang yang terisolasi untuk menghubungkan dirinya dengan identitas tertentu

b) Stressor Psikologi

Tingkat ansietas yang tinggi mengakibatkan gangguan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain. Kombinasi ansietas yang berkepanjangan atau terus menerus dengan kemampuan koping yang terbatas dapat menyebabkan masalah hubungan yang berat. Orang dengan gangguan kepribadian borderline kemungkinan akan mengalami tingkat ansietas yang membuatnya tidak mampu dalam menanggapi peristiwa kehidupan yang memerlukan peningkatan otonomi dan pemisahan contohnya lulus dari sekolah, pernikahan pekerjaan.

c. Rentang Respon

Bagan 2.5
Rentang Respon Isolasi Sosial



(sumber : stuart, 2015)

Keterangan:

1. Respon adaptif

Respon adaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah yang masih dapat diterima oleh norma sosial dan budaya yang umum berlaku, respon ini meliputi:

a) Menyendiri (Solitude)

Respon yang dilakukan individu dalam merenungkan hal yang telah terjadi atau dilakukan dengan tujuan mengevaluasi diri untuk kemudian menentukan rencana-rencana.

b) Otonomi

Kemampuan individu menentukan dan menyampaikan ide, pikiran, dan perasaan dalam hubungan sosial. Individu mampu menetapkan diri untuk independen dan pengaturan diri.

c) Kebersamaan (mutualisme)

Kondisi hubungan interpersonal diman individu mampu untuk saling member dan menerma.

d) Saling ketergantungan (independen)

Suatu hubungan saling tergantung antar individu dengan orang lain dalam membina hubungan interpersonal.

2. Respon Maladaptif

Respon maladptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah dengan cara yang bertentangan dengan norma agama dan masyarakat. Respon maladaptive tersebut antara lain :

a) Manipulasi

Gangguan sosial yang menyebabkan individu memperlakukan sebagai objek, dimana hubungan terpusat pada pengendalian masalah orang lain dan individu cenderung berorientasi pada diri sendiri. Sikap mengontrol digunakan sebagai pertahanan terhadap kegagalan atau frustasi dan dapat digunakan sebagai alat berkuasa atas orang lain.

b) Impulif

Respon sosial yang ditandai dengan individu sebagai subjek yang tidak dapat diduga, tidak dapat dipercaya, tidak mampu merencanakan, tidak mampu belajar dari

pengalaman dan tidak dapat melakukan penilaian secara objektif.

c) Narsisme

Respon sosial ditandai dengan individu memiliki tingkah laku egosentris, harga diri rapuh, berusaha mendapatkan penghargaan dan mudah marah jika tidak mendapat dukungan dari orang lain.

d. Tanda dan Gejala

Karakteristik yang dapat ditunjukkan oleh klien dengan isolasi sosial menurut Abdul munith (2015) yaitu :

1. Gejala subjektif

- a) Klien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang
- b) Klien merasa tidak aman berada dengan orang lain
- c) Respon verbal kurang dan sangat singkat
- d) Klien mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang
- e) Klien merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu
- f) Klien tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan
- g) Klien merasa tidak berguna

2. Gejala objektif

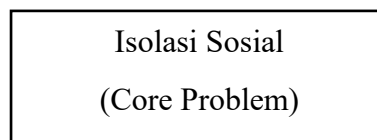
- a) Klien banyak diam dan tidak mau bicara

- b) Tidak mengikuti kegiatan
- c) Banyak terdiam dikamar
- d) Klien menvendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang terdekat
- e) Klien tampak sedih, ekspresi datar dan datar
- f) Kontak mata kurang

e. Pohon Masalah

Bagan 2.6
Pohon Masalah Isolasi Sosial

Resiko Gangguan persepsi sensori Halusinasi
(Effect)



Harga Diri Rendah Kronik
(Causa)

(sumber : Damaiyanti & Iskandar, 2015)

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses awal dan dasar utama pekerjaan keperawatan adalah mengumpulkan informasi dan mengartikulasikan

kebutuhan atau masalah klien. Data dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, social dan spiritual. Pengelompokan data untuk menilai Kesehatan mental dapat berupa faktor pencetus, menilai stressor, *coping resources* dan keterampilan yang ada (Putri et al.,2021). Pada tahap ini ada beberapa yang perlu dieksplorasi baik pada klien yang berkenaan dengan kasus halusinasi yang meliputi :

a. Pengumpulan Data

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

b. Identitas Klien

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

c. Keluhan Utama atau Alasan Masuk

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

marah ketakutan biasa terdapat disorientasi waktu tempat dan orang, tidak dapat mengurus diri dan tidak melakukan kegiatan sehari-hari.

d. Faktor Predisposisi

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

1) Faktor Perkembangan

Biasanya tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu maka individu akan mengalami stres dan kecemasan.

2) Faktor Sosiokultural

Berbagai faktor di masyarakat dapat menyebabkan seseorang merasa disingkirkan oleh kesepian terhadap lingkungan tempat klien dibesarkan.

3) Faktor Biokimia

Adanya stres yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neuro kimia.

4) Faktor Psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis, adanya peran ganda yang bertentangan dan tidak diterima oleh anak akan mengakibatkan stres dan kecemasan yang tinggi dan berakhir dengan gangguan orientasi realitas seperti halusinasi

5) Faktor Genetik

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

e. Faktor Presipitasi

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

f. Pemeriksaan Fisik

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

g. Psikososial

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

h. Konsep Diri

1) Citra Tubuh

Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah/ tidak menerima perubahan tubuh yang terjadi atau yang akan terjadi. Menolak penjelasan perubahan tubuh, persepsi negatif tentang tubuh.

2) Identitas Diri

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

3) Peran Diri

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

4) Ideal Diri

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

5) Harga Diri

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

i. Hubungan Sosial

1) Orang Terdekat

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

2) Peran serta dalam kegiatan Kelompok/Masyarakat

Tanyakan pada klien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

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

j. Spiritual dan Kultural

1) Nilai dan Keyakinan

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

2) Kegiatan Ibadah

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

k. Status Mental

1) Penampilan

Kaji penampilan klien, penampilan tidak rapi atau rapi. penggunaan pakaian tidak sesuai, berapa kali mandi, gosok gigi, keramas. Pada Klien dengan halusinasi mengalami perawatan diri. Raut wajah tampak takut, kebingungan dan cemas.

2) Pembicaraan

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

3) Aktivitas Motorik

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

4) Alam Perasaan

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

5) Afek

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

6) Interaksi selama wawancara

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

7) Persepsi

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

8) Proses Pikir

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

9) Tingkat Kesadaran

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

10) Memori

Daya ingat jangka Panjang meningkatkan kejadian masa lalulebih dari 1 bulan. Daya ingat jangka pendek dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini.

11) Tingkat Konsentrasi Berhitung

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

12) Kemampuan Penelitian

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

13) Daya Tilik Diri

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

1. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

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

2) BAB dan BAK

Kebersihan BAB, BAK, menggunakan WC atau tidak.

3) Mandi

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

4) Berpakaian

Kaji berpakaian klien dan kerapiahannya.

5) Istirahat dan Tidur

Observasi lama dan waktu tidur siang atau tidur malam.

Persiapan sebelum tidur dan kegiatan sesudah tidur

6) Penggunaan Obat

Klien yang mengalami halusinasi biasanya diberikan obat:

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

7) Pemeliharaan Kesehatan

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

8) Kegiatan di dalam rumah

Kaji apa saja yang dilakukan klien saat dirumah.

9) Kegiatan di luar rumah

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

m. Mekanisme Koping

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

- 1) Regresi : Menjadi malas beraktivitas sehari-hari
- 2) Proyeksi : Menjelaskan perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain.

3) Menarik Diri : Sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal.

n. Pengetahuan

Kaji pengetahuan klien terkait gangguan yang klien alami.

o. Aspek Medis

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

2. Analisa Data

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

Tabel 2.1
Analisa Data

No	Data	Masalah
1.	Ds : 1. Melihat bayangan atau mendengar bisikan 2. Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, atau pengecap. Do : 1. Distoria sensori 2. Respon tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, menyium sesuatu. 4. Menyendiri	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

	5. Melamun 6. Mondar-mandir 7. Bicara sendiri	
2	DS : a. Kontak mata kurang dan murung b. Berjalan menunduk dan postur tubuh menunduk c. Menghindari orang lain d. Bicara pelan dan lebih banyak diam e. Sering menyendiri f. Mengkritik orang lain g. Resiko perilaku kekerasan DO : a. Sulit Tidur b. Merasa tidak berarti dan merasa tidak berguna c. Merasa tidak mempunyai kemampuan positif d. Merasa menilai negative e. Kurang konsentrasi dan merasa tidak mampu melakukan apapun f. Merasa malu	Harga Diri Rendah

3. Diagnosa Keperawatan

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

Menurut Sutejo (2017) berdasarkan data yang diperoleh, ditetapkan bahwa diagnose keperawatan halusinasi adalah gangguan persepsi sensori halusinasi. Karena yang mengalami gangguan yaitu pada sensorinya yang mempersiapkan suatu hal yang tidak nyata atau tidak ada objek nyata.

Diagnosa keperawatan halusinasi penglihatan menurut (Yosep, 2016) meliputi sebagai berikut :

- a. Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan.
- b. Harga Diri Rendah.
- c. Isolasi Sosial

4. Intervensi Keperawatan

Perawat kesehatan jiwa mengembangkan rencana asuhan yang menggambarkan intervensi untuk mencapai hasil yang diharapkan. Rencana asuhan digunakan untuk memandu intervensi terapeutik secara sistematis dan mencapai hasil pasien yang diharapkan (Yusuf et. al,2015)

Rencana Tindakan keperawatan pada klien dengan diagnose Gangguan persepsi sensori halusinasi melalui pelaksanaan (SP) :

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

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

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

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

Tabel 2.2
Rencana Tindakan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Rasional
			Kriteria Hasil	Intervensi	
1.	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan	TUM : Klien dapat mengontrol halusinasinya TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya	Setelah 1 x Pertemuan diharapkan klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria : 1. Ekspresi wajah bersahabat 2. Menunjukkan rasa senang 3. Ada kontak mata 4. Mau berjabat tangan 5. Mau menyebutkan nama 6. Mau menjawab salam 7. Klien mampu duduk berdampingan dengan perawat 8. Mau mengutarakan masalah yang dihadapi.	SPI 1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komter. 1. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal. 2. Perkenalkan diri dengan sopan. 3. Tanyakan nama lengkap klien dan kegiatan klien. 4. Jelaskan maksud tujuan interaksi. 5. Berikan perhatian pada klien 2. Beri kesempatan pada klien mengungkapkan perasaannya dengarkan ungkapan isi klien	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar interaksi yang selanjutnya akan dilakukan.

		TUK 2 : Klien dapat mengontrol halusinasinya.	Klien mampu mengenal halusinasinya dengan kriteria hasil : 1. Klien dapat menyebutkan waktu timbul halusinasi. 2. Klien dapat mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu saat terjadi halusinasi. 3. Klien dapat mengungkapkan perasaannya saat muncul halusinasi	SP 2 1. Adakah kontak sering dan singkat secara bertahap. 2. Katakana apa yang dilihat halusinasi dari halusinasi 3. Tanyakan kapan halusinasi datang 4. Tanyakan halusinasinya 5. Bantu mengontrol halusinasi. a. Jika menemukan klien yang halusinasi apakah ada yang di lihat. b. Jika klien menjawab ada lanjutkan apa yang dikatakan c. Katakana bahwa perawat percaya klien melihat bayangan namun perawat tidak dapat melihat d. Katakana bahwa perawat mau membantu pasien 6. Diskusi dengan klien	Dengan mengenal halusinasi klien dapat mengontrol halusinasi
--	--	--	--	--	---

		TUK 3 : Klien dapat mengontrol halusinasi	Setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain	a. Situasi yang menimbulkan/ tidak menimbulkan halusinasi b. Waktu frekuensi halusinasi : (pagi, siang, sore, malam)/ jika sendiri jengkel atau sedih c. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi SP 3 1. Identifikasi Bersama klien Tindakan yang bisa dilakukan apabila terjadi halusinasi. 2. Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan klien, jika bermanfaat beri pujian. 3. Diskusikan cara terbaik memutuskan/mengontrol halusinasi a. Tutup mata, telinga, dan katakana saya	Memberikan cara alternative lain yang dapat klien lakukan saat halusinasinya muncul.
--	--	--	--	---	---

			Tindakan yang dilakukan untuk mengendalikan halusinasi. 2. Klien dapat menunjukan cara baru untuk mengontrol halusinasi 3. Klien dapat mengikuti aktivitas kelompok 4. Klien dapat mengikuti kepatuhan minum obat untuk mencegah halusinasi	tidak mau melihat, kamu palsu b. Temui orang lain atau perawat untuk bercakap cakap halusinasi yang dilihat c. Membantu jadwal sehari-hari d. Meminta teman, keluarga atau perawat menyapa klien jika tampak berbicara sendiri 4. Bantu klien memilih dan melatih cara mengontrol halusinasi secara bertahap 5. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang dilatih evaluasi hasilnya jika benar beri pujian 6. Anjurkan mengikuti TAK jenis orientasi realita atau stimulasi persepsi 7. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, dan waktu minum obat, serta manfaat obat.	
--	--	--	---	---	--

		TUK 4 : Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi	1. Klien dapat melihat cara mengatasi halusinasi 2. Klien melakukan cara mengatasi halusinasi	8. Diskusikan dengan klien jenis obat yang diminum, waktu minum obat, dosis dan cara 9. Diskusikan proses minum obat SP 4 1. Anjurkan klien memberi tahu kepada keluarga jika mengalami halusinasi 2. Diskusikan dengan keluarga 3. Diskusikan dengan klien tentang jenis, dosis, frekuensi dan manfaat 4. Pastikan klien minum obat dengan anjuran dokter	Dengan ikut sertakan keluarga klien dapat mengontrol halusinasi dengan efektif
2	Harga Diri Rendah	Klien Mampu : 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 2. Menilai kemampuan yang dapat digunakan	Setelah 1x pertemuan klien mampu : 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 2. Memiliki kemampuan yang dapat digunakan 3. Memilih kegiatan sesuai	SP 1 : 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien a. Diskusikan bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan klien di rumah, adanya	SP 1 Mengeksplor kemampuan yang dimiliki klien

				a. Diskusikan dengan klien beberapa aktifitas yang dapat dilakukan dan di pilih sebagai kegiatan yang akan klien lakukan sehari-hari b. Bantu klien menetapkan aktifitas mana yang dapat klien lakukan secara mandiri c. Aktivitas yang memerlukan bantuan minimal dari perawat atau keluarga d. Aktifitas apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat klien e. Beri contoh cara pelaksanaan aktifitas yang telah dipilih f. Mendiskusikan dengan klien untuk menetapkan urutan	
--	--	--	--	---	--

				kegiatan (yang sudah dipilih klien) 4. Melatih kemampuan yang dipilih a. Bersama klien memperagakan beberapa kegiatan yang akan di lakukan oleh klien b. Berikan dukungan dan pujian yang nyata sesuai dengan kemampuan yang diperlihatkan klien 5. Membantu Menyusun a. Memberikan kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan b. Memberikan pujian atas aktivitas atau kegiatan yang dapat dilakukan setiap hari c. Tingkatkan kegiatan sesuai toleransi dan perubahan setiap kegiatan	Untuk melatih kemampuan klien Untuk mengontrol klien melakukan kegiatannya
--	--	--	--	---	--

				d. Susun daftar aktifitas yang sudah dilakukan Bersama klien SP 2 : Melatih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien	Untuk melatih klien kegiatan yang diinginkan
--	--	--	--	---	---

5. Implementasi

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

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

6. Evaluasi

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

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

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

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Nama	: Tn. Y
Usia	: 64 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Alamat	: Jl. Suka Asih
Pendidikan	: Sarjana
Status Perkawinan	: Cerai
Pekerjaan	: Pensiunan
No. RM	: 012999
Tanggal Pengkajian	: 22 April 2025
Diagnosa Medis	: Sizofrenia

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. S
Usia	: 51 Tahun
Alamat	: Jl. Raya Timur
Hubungan dengan klien	: Adik Kandung

c. Keluhan Utama

Klien masuk diantar oleh adiknya ke Klinik Yayasan Nur Ilahi Assanie pada tanggal 07 April 2021. Pada saat dikaji tanggal 22 April 2025 klien mengatakan sering melihat makhluk halus berupa jin yang sering mengawalinya, jin tersebut muncul di waktu yang tidak tentu biasanya saat klien merasa akan ada bahaya pada keluarganya atau saat klien sedang sendirian.

d. Faktor Predisposisi

1) Riwayat Gangguan Jiwa

Klien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya pada tahun 2019.

2) Pengobatan Sebelumnya

Klien mengatakan dulu klien pernah ke Rs Jiwa, namun pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena terputusnya obat

3) Riwayat masa lalu tidak menyenangkan

Klien mengatakan pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu saat dirinya merasa gagal dalam berumah tangga.

4) Riwayat Penganiayaan

Klien mengatakan tidak memiliki Riwayat penganiayaan.

5) Riwayat Anggota Keluarga

Klien mengatakan tidak ada yang gangguan jiwa pada keluarganya.

e. Faktor Presipitasi

Ditemukan adanya kegagalan dalam berumah tangga membuat klien kecewa dan merasa di khianati oleh orang yang disayangi.

f. Pemeriksaan Fisik

a. Tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 110/80 mmHg

Suhu : 36°C

Respirasi : 20x/menit

Ukur

Tinggi Badan : 178 cm

Berat : 50 kg

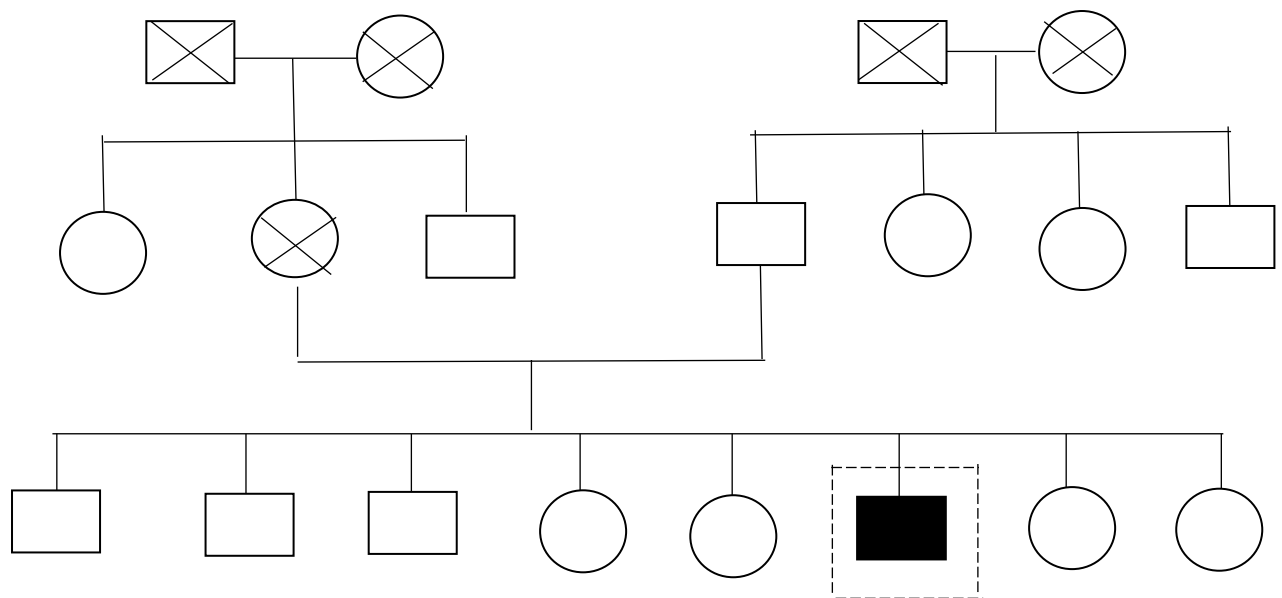
b. Keluhan Fisik

Klien mengatakan penglihatannya buram dari jarak dekat maupun jarak jauh.

g. Psikososial

Genogram

Bagan 3.1



Keterangan :



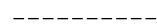
: Laki-laki



: Meninggal



: Perempuan



: Tinggal Serumah



: Klien



: Garis Keturunan

Penjelasan :

Klien merupakan anak ke 6 dari 8 bersaudara di keluarga tersebut tidak ada yang mengidap gangguan jiwa selain klien, klien sebelumnya pernah menikah tapi cerai dan belum memiliki anak, klien sudah mengidap gangguan jiwa sebelumnya pada tahun 2019 dan masuk ke Rehabilitasi mental di Yayasan Nur

Ilahie Assanie Samarang Garut pada tahun 2021 dan klien sudah melakukan proses rehab selama 5 tahun.

h. Konsep diri

1) Citra Tubuh

Klien mengatakan menyukai tampilan dirinya.

2) Identitas Diri

Klien dapat menyebutkan identitas dirinya, klien mengatakan anak ke 6 dari 8 bersaudara klien pun menyebutkan bahwa dirinya seorang laki-laki.

3) Peran Diri

Klien mengatakan menikmati masa pensiunan

4) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin pulang dan ingin bertemu dengan keluarganya.

5) Harga Diri

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

i. Hubungan Sosial

a. Orang Terdekat

Klien mengatakan orang yang paling berarti dalam hidupnya adalah ibu, saat ini ibu klien sudah meninggal dunia sementara adik dan kakanya sudah menikah sehingga klien hidup berdua Bersama ayahnya dirumah.

b. Peran Serta dalam Kegiatan

Klien mengatakan klien tertutup dilingkungannya.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

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

j. Spiritual

a. Nilai dan Keyakinan

Klien mengatakan beragama islam dan patuh terhadap perintah Allah SWT.

b. Kegiatan Ibadah

Klien mengatakan suka melaksanakan sholat tapi terkadang terlupakan.

k. Status Mental

1) Penampilan

Klien menggunakan pakaian sesuai, klien tampak rapi dalam berpakaian, rambut klien rapih dan kulit tampak keriput.

2) Pembicaraan

Klien dapat memulai pembicaraan sendiri, tetapi jika sedang diajak berbicara kadang-kadang mendominasi pembicaraan, suara kurang dan terkadang cepat.

3) Aktivitas Motorik

Klien tampak sering berdiam diri di ruangan dan jika ada aktivitas klien selalu mengikutinya.

4) Alam Perasaan

Saat pengkajian klien mengatakan saat melihat jin tersebut tidak merasa gelisah karena merasa jin tersebut baik.

5) Afek

Saat diwawancarai emosi klien datar.

6) Interaksi selama wawancara

Klien tampak tenang dan kooperatif, klien mau mendengarkan dan selalu menjawab pertanyaan dengan jelas yang ditanyakan oleh perawat atau mahasiswa.

7) Persepsi

klien mengatakan sering melihat makhluk halus berupa jin yang sering mengawalinya, jin tersebut muncul di waktu yang tidak tentu biasanya saat klien merasa akan ada bahaya pada keluarangnya atau saat klien sedang sendirian.

8) Proses pikir

Saat berkomunikasi pembicaraan klien tidak berbelit-belit dan selalu sampai pada pembicaraan.

9) Isi pikir

Tidak ada gangguan isi pikir.

10) Tingkat Kesadaran

Kesadaran klien composmentis.

11) Memori

Klien mampu mengingat seperti kejadian di masalalnya.

12) Tingkat Konsentrasi

Tingkat konsentrasi klien baik, klien dapat berhitung tanpa bantuan orang lain dan menjumlahkan bilangan yang diberikan dengan benar.

13) Kemampuan Penelitian

Klien dapat mengambil Keputusan sederhana saat diajukan pilihan berbincang di teras atau di kursi, klien dapat menentukan berbincang di teras.

14) Daya Tarik diri

Klien mentadari dirinya sakit jiwa, klien juga mengatakan alasannya dibawa ke klinik karena dirinya kambuh lagi akibat obat tidak terkontrol.

1. Aktivitas Sehari-hari

a. Makan

Klien makan dengan mandiri 3x sehari

b. BAB/BAK

Klien mampu BAB dan BAK secara mandiri dengan frekuensi BAB 1X sehari, BAK 4x sehari.

c. Mandi

Klien mandi 1x sehari yaitu pagi hari secara mandiri.

d. Berpakaian

Klien mampu menggunakan pakaian sendiri.

e. Istirahat tidur

Klien mengatakan bahwa ia tidur siang pukul 14.00 wib dan tidur malam mulai pukul 22.00 wib dan bangun pagi pukul 05.00 wib.

f. Penggunaan obat

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

g. Pemeliharaan Kesehatan

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

h. Aktivitas dirumah

Klien mengatakan setelah pulang dari klinik jiwa, klien akan melakukan aktivitas sehari-hari seperti beres-beres rumah, mencuci pakaian sendiri dan membantu keluarganya.

i. Aktivitas di luar rumah

Klien mengatakan setelah pulang dari klinik jiwa, klien akan melakukan aktivitas diluar rumah seperti membantu memperbaiki barang tetangga nya yang rusak.

m. Mekanisme Koping

1) Adaptif

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

2) Maladaptif

- i. Ketika ada masalah pada saat di klinik klien suka berdiam melamun dengan tatapan kosong.
- ii. Ketika ada masalah pada saat di rumah klien juga suka berdiam melamun.
- iii. Klien menyalahkan diri sendiri atas kegagalan dalam rumah tangganya.

n. Pengetahuan Penyakit

Klien mengatakan dirinya mengetahui bahwa klien sedang mengalami gangguan kejiwaan.

o. Aspek Penunjang

1) Diagnosa Medis

Skizofrenia

2) Terapi Medis

Tabel 3.1
Terapi Medis

No	Nama Obat	Dosis	Waktu	Kegunaan	Efek Samping
1	Stelosi	5 mg	1-0-1	Untuk Mengatasi halusinasi.	Gangguan Gerakan seperti tremor, mengantuk, perubahan irama jantung atau tekanan darah
2	Hexymer	2 mg	1-0-1	Untuk pasien yang memiliki gangguan Gerakan akibat penyakit Parkinson atau efek samping obat.	Sakit kepala, pusing, mulut kering, mual, penglihatan buram.
3	Clozapine	25 mg	0-0-1	Untuk mengobati skizofrenia.	Rasa kantuk, sensasi pusing, gemetar, gangguan penglihatan.

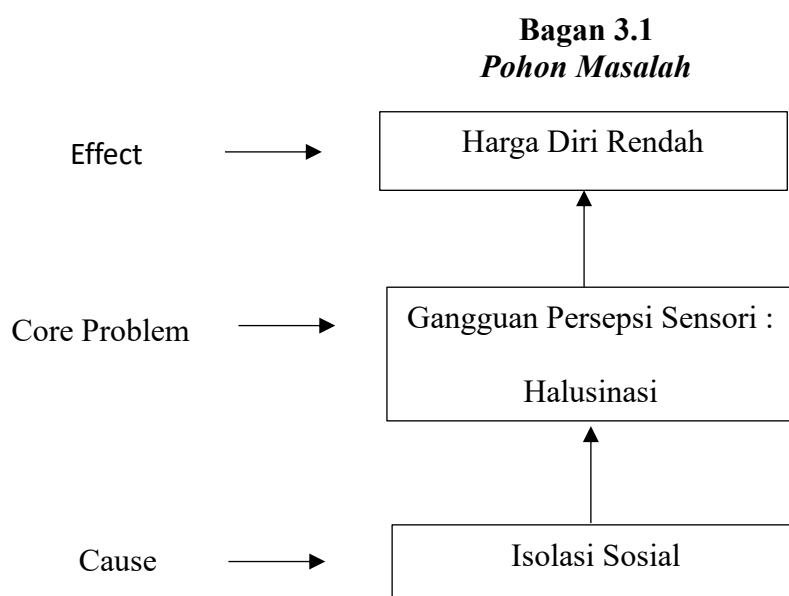
2. Analisa Data

Tabel 3.1
Analisa Data

No	Data	Masalah
1.	Ds : Klien mengatakan sering melihat makhluk halus berupa jin yang sering mengawalinya, jin tersebut muncul di	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan

	waktu yang tidak tentu biasanya saat klien merasa akan ada bahaya pada keluarganya atau saat klien sedang sendirian. Do : 1. Klien sering melamun, menyendiri dan berbicara sendiri. 2. Kurangnya kontak mata saat berinteraksi	
2.	Ds : Klien mengatakan merasa malu Ketika berhubungan dengan orang lain dan merasa tidak bernilai, tidak dihargai karena penyakit gangguan jiwa, klien mengatakan merasa malu karena pernikahannya berakhir perceraian. Do : 1. Klien tampak melamun dan suka menunduk. 2. Kontak mata kurang. 3. Klien suka menyendiri.	Harga Diri Rendah

3. Pohon Masalah



4. Diagnosa Keperawatan

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

5. Intervensi Keperawatan

Nama : Tn. Y

No. Rm : 012999

Umur : 64 Tahun

Klinik : Nur Ilahi Assanie Samarang

Jenis Kelamin : Laki-laki

Tabel 3.2
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan		Rasional
			Kriteria Hasil	Intervensi	
1.	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan	TUM : Klien dapat mengontrol halusinasinya TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya	Setelah 1 x Pertemuan diharapkan klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria : 1. Ekspresi wajah bersahabat 2. Menunjukkan rasa senang 3. Ada kontak mata 4. Mau berjabat tangan 5. Mau menyebutkan nama 6. Mau menjawab salam	SPI 1. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komter. a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal. b. Perkenalkan diri dengan sopan. c. Tanyakan nama lengkap klien dan kegiatan klien. d. Jelaskan maksud tujuan interaksi.	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar interaksi yang selanjutnya akan dilakukan.

		TUK 2 : Klien dapat mengontrol halusinasinya.	7. Klien mampu duduk berdampingan dengan perawat 8. Mau mengutarakan masalah yang dihadapi. Klien mampu mengenal halusinasinya dengan kriteria hasil : 1. Klien dapat menyebutkan waktu timbul halusinasi. 2. Klien dapat mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu saat terjadi halusinasi. 3. Klien dapat mengungkapkan perasaannya saat muncul halusinasi	e. Berikan perhatian pada klien 2. Beri kesempatan pada klien mengungkapkan perasaannya dengarkan ungkapan isi klien SP 2 2. Adakah kontak sering dan singkat secara bertahap. 2. Katakana apa yang dilihat halusinasi dari halusinasi 3. Tanyakan kapan halusinasi datang 4. Tanyakan halusinasinya 5. Bantu mengontrol halusinasi. a. Jika menemukan klien yang halusinasi apakah ada yang di lihat. b. Jika klien menjawab ada lanjutkan apa yang dikatakan c. Katakana bahwa perawat percaya klien melihat bayangan namun perawat tidak dapat melihat	Dengan mengenal halusinasi klien dapat mengontrol halusinasi
--	--	--	--	--	---

		TUK 3 : Klien dapat mengontrol halusinasi	Setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan klien mampu : 1. Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 2. Memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain 5. Klien dapat menyebutkan Tindakan yang	d. Katakana bahwa perawat mau membantu pasien 6. Diskusi dengan klien a. Situasi yang menimbulkan/ tidak menimbulkan halusinasi b. Waktu frekuensi halusinasi : (pagi, siang, sore, malam)/ jika sendiri jengkel atau sedih c. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi SP 3 1. Identifikasi Bersama klien Tindakan yang bisa dilakukan apabila terjadi halusinasi. 2. Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan klien, jika bermanfaat beri pujian. 3. Diskusikan cara terbaik memutuskan/mengontrol halusinasi	Memberikan cara alternative lain yang dapat klien lakukan saat halusinasinya muncul.
--	--	--	--	--	--

			dilakukan untuk mengendalikan halusinasi. 6. Klien dapat menunjukkan cara baru untuk mengontrol halusinasi 7. Klien dapat mengikuti aktivitas kelompok 8. Klien dapat mengikuti kepatuhan minum obat untuk mencegah halusinasi	a. Tutup mata, telinga, dan katakana saya tidak mau melihat, kamu palsu b. Temui orang lain atau perawat untuk bercakap cakap halusinasi yang dilihat c. Membantu jadwal sehari-hari d. Meminta teman, keluarga atau perawat menyapa klien jika tampak berbicara sendiri 4. Bantu klien memilih dan melatih cara mengontrol halusinasi secara bertahap 5. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang dilatih evaluasi hasilnya jika benar beri pujian 6. Anjurkan mengikuti TAK jenis orientasi realita atau stimulasi persepsi 7. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, dan waktu	
--	--	--	--	---	--

		TUK 4 : Klien dapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasi	1. Klien dapat melihat cara mengatasi halusinasi 2. Klien melakukan cara mengatasi halusinasi	minum obat, serta manfaat obat. 8. Diskusikan dengan klien jenis obat yang diminum, waktu minum obat, dosis dan cara 9. Diskusikan proses minum obat SP 4 1. Anjurkan klien memberi tahu kepada keluarga jika mengalami halusinasi 2. Diskusikan dengan keluarga 3. Diskusikan dengan klien tentang jenis, dosis, frekuensi dan manfaat 4. Pastikan klien minum obat dengan anjuran dokter	Dengan ikut sertakan keluarga klien dapat mengontrol halusinasi dengan efektif
2	Harga Diri Rendah	Klien Mampu : 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 2. Menilai kemampuan yang dapat digunakan	Setelah 1x pertemuan klien mampu : 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki 2. Memiliki kemampuan yang dapat digunakan 3. Memilih kegiatan sesuai	SP 1 : 1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien a. Diskusikan bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif	SP 1 Mengeksplor kemampuan yang dimiliki klien

		3. Memilih kemampuan yang sesuai 4. Merencanakan kegiatan yang sudah dipilih	4. Melakukan kegiatan yang sudah dipilih 5. Merencanakan kegiatan yang sudah dipilih	seperti kegiatan klien di rumah, adanya keluarga, dan lingkungan terdekat klien b. Beri pujian yang realistis dan hindarkan penilaian negative setiap kali 2. Membantu pasien menilai kemampuan yang sudah dapat digunakan a. Diskusikan dengan klien kemampuan yang masih digunakan saat ini b. Bantu klien menyebutkan dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan klien c. Perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif	Membantu menilai kemampuan yang dapat digunakan
--	--	--	--	--	--

				3. Membantu klien memilih atau menetapkan kemampuan yang dilatih a. Diskusikan dengan klien beberapa aktifitas yang dapat dilakukan dan di pilih sebagai kegiatan yang akan klien lakukan sehari-hari b. Bantu klien menetapkan aktifitas mana yang dapat klien lakukan secara mandiri c. Aktivitas yang memerlukan bantuan minimal dari perawat atau keluarga d. Aktifitas apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat klien e. Beri contoh cara pelaksanaan aktifitas yang telah dipilih	Membantu klien mengembangkan kemampuan yang ada
--	--	--	--	--	--

				f. Mendiskusikan dengan klien untuk menetapkan urutan kegiatan (yang sudah dipilih klien) 4. Melatih kemampuan yang dipilih a. Bersama klien memperagakan beberapa kegiatan yang akan di lakukan oleh klien b. Berikan dukungan dan pujian yang nyata sesuai dengan kemampuan yang diperlihatkan klien 5. Membantu Menyusun a. Memberikan kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan b. Memberikan pujian atas aktivitas atau kegiatan yang dapat dilakukan setiap hari c. Tingkatkan kegiatan sesuai toleransi dan	Untuk melatih kemampuan klien Untuk mengontrol klien melakukan kegiatannya
--	--	--	--	---	--

			Klien mampu : 1. Melatih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan klien. 2. Klien dapat Menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih	perubahan setiap kegiatan d. Susun daftar aktifitas yang sudah dilakukan Bersama klien SP 2 : Melatih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp1) 2. Pilih kemampuan yang dipilih. 3. Latih kemampuan yang dipilih. 4. Memasukan dalam kegiatan klien. 5. Berikan penghargaan atau pujian atas kemajuan klien	Untuk melatih klien kegiatan yang diinginkan
--	--	--	---	--	---

6. Implementasi dan Evaluasi

Nama : Tn. Y

Klinik : Nur Ilahi Assanie Samarang

Umur : 64 Tahun

No. Rm : 012999

Tabel 3.3
Implementasi dan Evaluasi

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan	23/04/2025 Jam : 08.40 wib 1. Membina hubungan saling percaya dengan klien. 2. Mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi halusinasi klien. 3. Mengajarkan klien untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. 4. Mengajarkan kepada klien agar memasuki kedalam kegiatan harian klien.	S : 1. Klien mau memperkenalkan dirinya. 2. Klien mengatakan sering melihat makhluk halus berupa jin yang sering mengawalnya 3. Klien mengatakan jin tersebut muncul saat klien sendirian dengan waktu yang tidak tentu biasanya saat klien merasa akan ada bahaya pada keluarganya. O : 1. Klien mampu mengidentifikasi halusinasinya. 2. Klien dapat meragakan cara menghardik halusinasi A : Sp 1 teratasi Sebagian P :	Imelda Puspitasari Marlina

			Latih klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.	
		SP 2 Jam : 08.50 wib 1. Mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 2. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara kedua yaitu dengan bercakap-cakap 3. Menganjurkan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian.	S : 1. Klien merasa senang dan tenang. 2. Klien mengatakan ,mengerti cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. O : 1. Klien tampak bercakap-cakap dengan orang lain. 2. Klien tampak sering mengobrol dengan perawat. A : Sp 2 Tercapai P : 1. Evaluasi Sp1 dan sp 2 2. Lanjutkan sp 3, mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas secara terjadwal.	Imelda Puspitasari Marlina
		SP 3 : Jam : 9.00 wib 1. Mengevaluasi Tindakan harian dan bercakap-cakap lalu beri pujian. 2. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (yang dapat dilakukan klien). 3. Menganjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian.	S : Klien mengatakan suka merapihkan tempat tidur O : 1. Klien mampu menyebutkan aktivitas dari sehari-harinya. 2. Klien terlihat sangat senang merapihkan tempat tidurnya. A : Masalah teratasi P : Lanjutkan Sp 4	Imelda Puspitasari Marlina

		SP 4 Jam : 9. 20 wib 1. Memberikan Pendidikan Kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur. 2. Menganjurkan klien memasukan dalam jadwal.	S : Klien mengatakan minum obat 2 kali sehari. O : Klien mampu minum obat secara mandiri dan teratur sesuai jadwal. A : Masalah Teratasi P : Hentikan Intervensi	Imelda Puspitasari Marlina
2.	Harga Diri Rendah	24/04/2025 Jam : 15.00 wib 1. Mengidenrifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. 2. Menilai kemampuan yang akan dilatih. 3. Membantu klien memilih / menetapkan kemampuan yang akan dilatih 4. Melatih kemampuan pertama yang akan telah dipilih. 5. Membantu klien menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih .	S: Klien mengatakan kemapuan yang sering dilakukan sendiri seperti merapikan tempat tidur. O: Klien mampu menyebutkan aspek positif A: Gangguan konsep diri : Harga diri rendah P : Lanjutkan Intervensi lanjutkan SP 2	Imelda Puspitasari Marlina
		SP 3 Jam 15.20 wib 1. Memilih kemampuan kedua yang dapat dilakukan.	S : Klien mengatakan senang bermain hal positif seperti bermain catur. O : 1. Klien tampak tenang. 2. Klien tampak senang saat bermain catur.	Imelda Puspitasari Marlina

		2. Melatih klien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan klien. 3. Bantu klien menetapkan kegiatan mana yang dapat klien lakukan secara mandiri. 4. Susun jadwal untuk melakukan kegiatan yang telah dilatih.	A : P : Hentikan Intervensi	
--	--	--	---	--

7. Catatan Perkembangan

Nama : Tn. Y

Klinik : Nur Ilahi Assanie Samarang

Umur : 64 Tahun

No. Rm : 012999

Tabel 3.4
Catatan Perkembangan

No	Waktu/Hari	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1	25/04/25 09.30 wib	Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan	SP 1 S : 1. Klien mengatakan mengerti cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan mampu mempraktekannya. 2. Klien masih melihat bayangan-bayangan dan suara-suara saat sedang sendiri. O : Klien tampak mempraktikkan cara mengontrol halusinasi secara mandiri A : Halusinasi Penglihatan P : Mengevaluasi Sp1 halusinasi dan lanjut Sp 2 E : Sp 1 teratasi lanjut Sp 2 R :	Imelda Puspitasari Marlina

	26/04/25 15.00 wib		Lanjutkan Sp2 melatih klien bercakap-cakap SP 2 S : Klien mampu mempraktekan Kembali cara melakukan Sp2 Halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan teman sekamarnya. O : 1. Klien tampak mampu melakukan bercakap-cakap dengan teman sekamarnya. 2. Klien tampak tenang. A : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan P : Mengevaluasi jadwal kegiatan klien, melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara Sp2 dengan bercakap-cakap. I : Evaluasi Sp2 dan lanjutkan Sp3 menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian. E : Sp2 teratasi lanjutkan Sp3 R : Lanjutkan Sp3 dengan melakukan aktifitas yang terjadwal yaitu membereskan tempat tidur	Imelda Puspitasari Marlina
	28/05/2025 09.00 wib		SP 3 S : Klien mengatakan mampu membereskan tidur klien secara mandiri	Imelda Puspitasari Marlina

	29/05/2025 15.00 wib		O : i. Klien tampak membereskan tempat tidur ii. Klien tampak tenang dan senang A : Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan P : Mengevaluasi jadwal kegiatan klien melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara Sp3 dengan melakukan aktifitas terjadwal yaitu membereskan tempat tidur. I : Evaluasi Sp3 dan lanjutkan Sp4 menganjurkan klien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian. E : Sp3 teratasi lanjutkan Sp4 R : Lanjutkan Sp4 dengan cara meminum obat secara teratur.	
			SP 4 S : Klien mengatakan meminum obat sehari 2x pagi dan sore hari. O : 1. Klien terlihat meminum obat dengan baik 2. Klien terlihat minum obat secara teratur P: Mengevaluasi jadwal kegiatan kegiatan klien melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara Sp4 halusinasi dengan cara meminum obat secara teratur. I :	Imelda Puspitasari Marlina

			1. Mengevaluasi Sp4 2. Memasukan kedalam jadwal kegiatan harian klien E : Sp4 teratasi R : Masalah teratasi, Hentikan Intervensi	
2	30/04/2025 09.00 wib	Harga Diri Rendah	SP 1 S : 1. Klien mengatakan bisa memperkenalkan dirinya 2. Klien mampu memilih aktivitas yang dapat dilakukan 3. Klien mengatakan suka membereskan tempat tidur O : 1. Klien tampak tenang 2. Klien tampak membereskan tempat tidur A : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah P : Mengevaluasi jadwal kegiatan klien melatih klien mengontrol harga diri rendah dengan cara Sp2 Harga diri rendah dengan cara beraktivitas dan bercakap-cakap dengan orang lain. I : Mengevaluasi Sp 1 dan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian E : Sp1 teratasi R : Lanjutkan Sp2 dengan melakukan kegiatan lain yang dapat dilakukan yaitu dengan bermain catur	Imelda Puspitasari Marlina

	01/05/2025 15.00 wib		SP 2 S : Klien mampu memilih aktivitas sehari-harinya dengan baik seperti melakukan aktivitas bermain catur. O : Klien tampak senang melakukan aktivitasnya A : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah P : Mengevaluasi Sp2 dan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian E : Sp2 teratasi R : Masalah teratasi, Hentikan intervensi	Imelda Puspitasari Marlina
--	-------------------------	--	--	---

B. Pembahasan

Dalam pembahasan ini, penulis membahas tentang masalah yang didapatkan selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn.Y di klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assanie Garut. Masalah yang didapatkan berupa kesenjangan antar teori dengan keadaan langsung di lapangan, serta faktor yang mendukung dan menghambat selama pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Pada tahap pengkajian ini penulis memperoleh data klien baik data yang bersifat subjektif maupun objektif. Data subjektif didapatkan dari hasil wawancara kepada klien, sedangkan data objektif diperoleh dari penulis dengan cara observasi langsung yang terlihat oleh penulis. Dalam pengkajian untuk mengumpulkan data, penulis menggunakan Teknik terapeutik yaitu pendekatan pada klien (Bina Hubungan Saling Percaya), pendekatan tersebut berupa wawancara dan observasi. Pada tahap ini, tidak semua masalah keperawatan pada tinjauan teoritis ditemukan pada kasus Tn. Y dalam menentukan diagnosa penulis melihat dari data yang didapatkan dari hasil pengkajian. Pada studi kasus ini fokus pengkajian pada klien dengan halusinasi penglihatan yaitu keluhan utama, faktor predisposisi, psikososial, dan status mental. Pada data klien yaitu keluhan utama : Pada saat dikaji tanggal 22 April 2025 klien mengatakan sering melihat makhluk halus berupa

jin yang sering mengawalinya, jin tersebut muncul di waktu yang tidak tentu biasanya saat klien merasa akan ada bahaya pada keluarangnya atau saat klien sedang sendirian.

Pada faktor predisposisi diperoleh data klien pernah mengalami gangguan jiwa di masalalu pada tahun 2019 tetapi pengobatan kurang berhasil, klien tidak pernah mengalami kekerasan sebelumnya, klien mengatakan pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu saat dirinya merasa gagal dalam berumah tangga. Pada data gambaran diri Tn. Y mengatakan menyukai tampilan dirinya. Identitas diri klien merupakan anak ke 6 dari 8 bersaudara dan klien menyadari bahwa dia seorang laki-laki. Peran diri suka melakukan aktivitas dirumahnya seperti membantu membereskan rumahnya. Ideal diri Klien mengatakan ingin pulang dan ingin bertemu dengan keluarganya.

Klien mengatakan hubungan dengan orang lain kurang baik, karena klien mengatakan merasa malu ketika berhubungan dengan orang lain dan merasa tidak bernilai, tidak dihargai karena penyakit gangguan jiwa, klien mengatakan merasa malu karena pernikahannya berakhir perceraian. Klien mengatakan ada hambatan dalam berhubungan dan komunikasi dengan orang lain yaitu kurang percaya diri. Klien mengatakan orang yang paling berarti dalam hidupnya adalah ibu, saat ini ibu klien sudah meninggal dunia sementara adik dan kakanya sudah menikah sehingga klien hidup berdua bersama ayahnya dirumah. Pada status mental alam perasaan klien saat melihat makhluk

halus jin tidak merasa gelisah karena merasa jin tersebut baik. Interaksi selama wawancara klien mau diajak komunikasi.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Pada tahap ini tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan teori ditemukan pada kasus Tn. Y dikarenakan dalam menentukan diagnosa keperawatan penulis melihat dari data pasien saat melakukan pengkajian . faktanya terdapat diagnose berbeda yang muncul pada Tn. Y diantaranya :

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

Diagnosa yang muncul diatas ditemukan berdasarkan hasil pengkajian menyebutkan bahwa klien mengalami gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan ditandai dengan klien mengatakan melihat makhluk halus berupa jin yang sering mengawalnya jin tersebut muncul di waktu yang tidak tentu biasanya saat klien merasa akan ada bahaya pada keluarganya atau saat klien sedang sendirian. Adapun data yang menunjukkan klien dengan diagnosa harga diri rendah ditandai dengan klien mengatakan hubungan dengan orang lain kurang baik, karena klien mengatakan merasa malu Ketika berhubungan dengan orang lain dan merasa tidak bernilai, tidak dihargai karena penyakit gangguan jiwa, klien mengatakan merasa malu karena pernikahannya berakhir perceraian.

Dalam penegakan diagnosis terdapat kesenjangan dalam masalah keperawatan menurut (Yosep, 2016). Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada halusinasi ada 3, yaitu Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Penglihatan, Harga Diri Rendah dan Isolasi Sosial. Sedangkan masalah isolasi social tidak muncul pada klien Tn. Y karena pada saat pengkajian klien tidak menunjukkan tanda dan gejala isolasi social, hal ini terjadi kemungkinan karena klien sudah bisa beradaptasi di klinik.

3. Intervensi

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

4. Implementasi

Pada tahap ini, penulis menjalankan Tindakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan, disesuaikan dengan situasi dan kondisi klien. Sebelum melakukan Tindakan yang direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tersebut masih diperlukan dan sesuai dengan kondisi klien saat ini. Sesuai dengan prinsip teoritis, sebelum melakukan Tindakan keperawatan, perawat membuat Kesepakatan dengan klien yang menjelaskan detail apa yang akan dilakukan serta peran klien dalam proses tersebut. Selanjutnya, semua Tindakan yang dilakukan beserta respon klien didokumentasikan, dengan implementasi menggunakan strategi pelaksanaan yang sesuai dengan standar kriteria keperawatan. Pada tanggal 23 April 2025 dilakukan Sp1 yang isinya mencakupi : Bina Hubungan Saling Percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik, identifikasi, jenis, isi, frekuensi halusinasi yang dialami, ajarkan klien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik serta mengajarkan klien memasukan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian, lalu mengevaluasi cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, klien mengontrol dengan bercakap-cakap dengan orang lain, dan menganjurkan klien memasukan cara menghardik halusinasi dan di dalam pelaksanaan klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara dilakukan Sp3 yang isinya mencakup untuk melatih klien

mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan yang bisa dilakukan pasien setiap hari, lalu dilakukan Sp4 menjelaskan obat dan melatih cara minum obat yang teratur, menganjurkan memasukan ke jadwal kegiatan harian, mengidentifikasi, menilai, dan membantu pasien dalam memilih kemampuan positif yang akan dilatih yang dimiliki pasien. Masalah Harga Diri Rendah Sp1 Pada tanggal 24 April 2025 hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi kepada klien dan melakukan kegiatan harian yaitu klien memilih kegiatan pertama (Membersihkan Tempat tidur). Selanjutnya Sp2 melakukan kegiatan terjadwal kemampuan pada klien yang kedua yaitu bermain catur.

Klinik jiwa memiliki serangkaian kegiatan yang terstruktur untuk membantu pasien dalam proses pemulihan baik secara fisik, psikologis, maupun social. Tujuan utama dari seluruh kegiatan adalah membantuy pasien mencapai kondisi stabil, mengurangi gejala gangguan jiwa serta meningkatkan kemampuan pasien dalam merawat diri dan bersosialisasi Adapun kegiatan rutin yang bisa dilakukan di klinik rehabilitasi mental nur ilahie, setiap pagi perawat memeriksa tanda-tanda vital pasien (tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan) dan melakukan aktivitas fisik yaitu senam aerobik dan senam yoga. Setiap hari jumat diadakan pengajian dan kegiatan seni seperti belajar marawis, selain itu juga salah satu kegiatan yang sangat menarik dan bermanfaat adalah melakukan

games dan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) yang dapat membantu mengurangi stress dan kejenuhan selama dirawat , melatih komunikasi dan interaksi social, dan meningkatkan kepercayaan diri.

5. Evaluasi

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

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

6. Dokumentasi

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

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn.Y dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang dalam proses keperawatan jiwa akhirnya penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Mampu melakukan pengkajian pada Tn.Y dengan Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Penglihatan di Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assani Samarang dalam tahapan in penulis melakukan secara komprehensif melalui aspek biopsikosoial dan spiritual.
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Penglihatan dan Harga diri rendah.
3. Mampu menyusun rencana tindakan sesuai dengan prioritas masalah yang muncul pada Gangguan persepsi sensori: Halusinasi Penglihatan.
4. Mampu melaksanakan tindakan keprawatan pada rencana yang telah ditetapkan dengan metode yang digunakan untuk member asuhan keperawatan secara langsung kepada klien.

5. Mampu mengevaluasi dengan cara melihat secara langsung kondisi umum hasil tindakan keperawatan berdasarkan pada kriteria tujuan yang terdapat pada perencanaan, penulis mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan.
6. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan secara sistematis dan teoritis pendapat penulis yang dilakukan dengan semaksimal mungkin.

B. Rekomendasi

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

1. Untuk Profesi Perawat

Untuk perawat harus dapat melaksanakan asuhan keperawatan yang telah ditetapkan dalam memberikan tindakan keperawatan yang profesional terhadap klien sehingga mampu meningkatkan derajat kesehatan jiwa pada pasien lainnya.

2. Untuk Institusi

Studi kasus ini dapat digunakan sebagai dasar untuk penelitian lebih lanjut dalam proses pembelajaran keperawatan jiwa khususnya dibutuhkan suatu metode yang dapat dijadikan acuan aplikasi mahasiswa dalam melakukan sebuah penelitian kepada klien gangguan jiwa atau skizofrenia sehingga mahasiswa lebih memahami dan mengerti tentang bagaimana kondisi klien saat gangguan jiwa.

3. Untuk Lahan Praktik

Studi kasus dapat dijadikan acuan intervensi untuk memudahkan mengembangkan asuhan keperawatan jiwa dipelayanan kesehatan dan dapat memfasilitasi penanganan masalah gangguan jiwa yang dialami klien dengan halusinasi.

4. Untuk Mahasiswa

Mahasiswa diharapkan mampu menetapkan manajemen asuhan keperawatan sesuai dengan teori yang sudah ada dan dengan tindakan keperawatan sesuai standar operasional sehingga dapat mengingatkan pengetahuan dan keterampilan untuk menjadi bahan pembelajaran lapangan kerja nanti.

DAFTAR PUSTAKA

- Muhith, Abdul (2015) *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. CV. Andi Offset, Yogyakarta.
- Alomedika, (2022). Patofisiologi Skizofrenia. Diambil Kembali dari [Patofisiologi Schizophrenia - Alomedika](#)
- Damayanti, & Iskandar. 2015. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Dinas Kesehatan. (2021, Mei 29). Jumlah Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Kabupaten Garut. Diambil kembali dari <https://opendata.jabarprov.go.id>
- Direja, A.H.S (2021). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Nuha Medika
- fitria, N. (2015). *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Herawan,N.,& Afconneri,A.(2020) *Perawatan diri Pasien Skizofrenia dengan Halusinasi*. Jurnal keperawatan jiwa volume 8 No 1,hal 9-20,11
- Hulu, M., & Pardede, a. j. (2023). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. S Dengan Masalah. Penerapan strategi pelaksanaan*, hal.3.
- Iyus Yosep, S. Kep. , M. Si., M. Se., & Titin Sutini, S. kep., Ners., M. Kep. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa : PT Refika Aditama*
- Anul, Karim (2022) *SELF HEALING PASIEN DALAM PROSES PEMULIHAN*. Other thesis, Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat.
- Keliat, B. A., Akemat, S., Daulima, N. H. C., & Nurhaeni, H. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC, 1-10.
- Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahi Assanie Garut. (2025). *Data Diagnosa Penyakit 2025*.
- Kusumawati F, Hartono Y (2017). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika

- Livana, I., Titik Suerni, K. &, & Arief Nugroho. (2018). Peningkatan Kemampuan Pasien dalam mengontrol Halusinasi melalui Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi persepsi. *Jurnal Ners Widwa Husada*, 35-40.
- Muhith, Abdul (2015) *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. CV. Andi Offset, Yogyakarta.
- M., Damaiyanti, M., & Fitriani, D. R. (2025). Hubungan Komunikasi Keluarga terhadap Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Wilayah Puskesmas Kota Samarinda. *ASJN (Aisyiah Surakarta Journal of Nursing)*, 6(1), 1–7. <https://doi.org/10.30787/asjn.v6i1.1662>
- Nurarif. A.H. dan Kusuma. H . 2015 *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa medis*. Jogjakarta Mediaction
- Pardede,J.A., Hafizuddin, H., & Sirait, A. (2021). *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*.
- Putri, N. N., Octavia, N.L., novia, Vandera, S., Saragih, M., Sasmira, & Asaniaman. (2021). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan. PDF Studi Kasus.
- Rahayu,D.R.2016. *Asuhan Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori ; Halusinasi dengan pasien Ny.S diruang bima instalasi jiwa rumah sakit umum daerah Banyumas*. Universitas Muhammadiyah: Purwokerto
- Rasa, S. (2023). Memahami Skizofrenia. Jakarta: Sekolah rasa.
- Rahayu, S., Mustikasari, M, & Daulima, N. H. (2019). Perubahan Tanda Gejala dan Kemampuan Pasien Harga Diri Rendah Kronik Setelah Latihan Terapi Kognitif dan Psikoedukasi Keluarga. *Journal Educational Of Nursing (JEN)*. 2 (1). 39 – 51.
- Riskesdas. 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018.
- Sistawati,A.d.,Fhitriyah,I.,&Karimah,A.2022.mendampingi orang dengan skizofrenia. Ampus C Unair, Mulyorejo Surabaya 20115:Airlangga University press.
- Stuart, W. G. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart Buku I, Edisi Indonesia*. Singapore: Elvisier.
- Stuart, G.W, (2016). *Keperawatan Kesehatan Jiwa : Elsever*.
- Sutejo. (2017). *Keperawatan jiwa. Konsep dan praktik asuhan keperawatan jiwa: Gangguan jiwa dan psikososial*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press

- Tanjung, A. I., Naherta, M., & Sarfika, R. (2023). *Penyebab Kekambuhan Pada Pasien Skizoprenia*. Indramayu: Adab
- Townsend, Mary. C. (2015). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing 5th edition*. Philadelphia: F.A Davis Company
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI. Jakarta.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: PPNI.
- Utami. (2020). *Stase Keperawatan Jiwa, Penulis Doni Syahdi*. 2019, 1-4
- Wijayati, F., Nurfantri, N., & Chanitya devi, G. putu. (2019). Penerapan Intervensi Manajemen Halusinasi terhadap Tingkat Agitasi pada Pasien Skizofrenia. *Health Information : Jurnal* <https://doi.org/10.36990/hijp.v11i1.86> Penelitian, 11(1), 13–19.
- Wijaya, F., Nasir, T., Hadi, L., & Akhmad, A. (2020). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Harga Diri Rendah Pasien Gangguan Jiwa*. *Health Information: Jurnal Penelitian*
- Yusuf Ah., Dkk (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Yosep, H. I., dan Sutini, T. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing*. Bandung: Refika Aditama.
- Yosep, Iyus. (2016). *Keperawatan jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama
- Zainuddin, R, & Hashari, R. (2019). *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Efektifitas Murotal Terapi Terhadap Kemandirian Mengenal Halusinasi Penglihatan*
- zuraida. (2017). Konsep Diri Penderita Skizofrenia Setelah Rehabilitasi. *Jurnal Psikologi Kognisi*, 1(2), <https://garuda.kemdikbud.go.id/documents/detail/1469250>

LAMPIRAN

Lampiran I SPTK

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SP)

PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI :

HALUSINASI

Nama Mahasiswa : Imelda Puspitasari Marlina

Nama Pasien : Tn. Y

Tempat : Klinik Nur Ilahi Assanie Samarang Garut

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

DS :

- a. Klien mengatakan sering melihat makhluk halus berupa jin.
- b. Klien juga mengatakan bayangan atau jin tersebut selalu mengawalnya.
- c. Makhluk halus jin tersebut muncul dengan waktu yang tidak tentu biasanya saat klien sedang sendiri

DO :

- a. Klien sering melamun, menyendiri dan berbicara sendiri.

- b. Kurangnya kontak mata saat berinteraksi

2. Diagnosa Keperawatan

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

3. Tujuan Keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi : Halusinasi Penglihatan

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

Harga Diri Rendah

- a. Klien mampu beraktivitas terjadwal seperti (Membereskan Tempat tidur klien)
- b. Klien mampu beraktivitas yang kedua (Melakukan tenis meja)

4. Tindakan Keperawatan

- a. Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi : Halusinasi Penglihatan

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

- b. Harga diri rendah

Tindakan keperawatan pada pasien

- 1) Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan aspek positif yang dimiliki
- 2) Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan
- 3) Pasien dapat menetapkan atau memilih kegiatan yang sesuai kemampuan
- 4) Pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan
- 5) pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih

B. Strategi Pelaksanaan dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi

SP 1 :

Klien Tn. Y pada tanggal 26 April 2025 pukul 09.00 wib, membantu klien mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara pertama yaitu menghardik halusinasi.

Fase Orientasi :

“Assalamualaikum pak, Perkenalkan nama saya Imelda, senang di panggil imel. Nama bapak siapa ? Senang di panggil siapa ?”

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

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

Fase Kerja :

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

“Apakah bayangan itu terus-menerus terlihat atau sewaktu-waktu ? Kapan yang sering bapak lihat ? Berapa hari sehari bapak alami ? Pada keadaan apa bayangan itu muncul ? Apakah pada waktu sendiri ?”

“Apa yang bapak rasakan Ketika melihat bayangan itu? Apakah dengan cara itu bayangan-bayangan itu hilang ? Bagaimana kita belajar cara-cara mencegah bayangan-bayangan itu muncul ?”

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

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

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

Fase Terminasi :

“Bagaimana perasaan bapak setelah peragaan Latihan tadi ? kalau muncul lagi bayangan-bayangan, silahkan bapak coba acara tersebut. Bagaimana kita buat jadwal latihannya? (Saudara masukan kegiatan Latihan

menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan Latihan pasien). Bagaimana kalau kita ketemu lagi untuk belajar dan Latihan mengendalikan bayangan-bayangan dengan cara yang kedua ? jam berapa pak ? bagaimana kalau jam satu lagi ? Berapa lama kita akan berlatih ? Dimana tempatnya?”

“Baiklah sampai jumpa”

“Assalamualaikum”

SP 2 :

Klien Tn. Y pada tanggal 28 April 2025 pukul 15.00 wib. Melatih pasien mengontrol halusinasinya dengan cara kedua (bercakap-cakap dengan orang lain).

Fase Orientasi :

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

Fase Kerja :

“Cara kedua untuk mencegah mengontrol halusinasi yang lain. Jadi kalau bapak mulai melihat bayangan-bayangan, langsung saja mencari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk mengontrol dengan bapak.

Contohnya begini “tolong, saya mulai melihat bayangan-bayangan. Ayo ngobrol dengan saya!”

Fase Terminasi :

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

“Assalamualaikum”

SP3 :

Klien Tn. B pada tanggal 29 April 2025 pukul 09.00 wib. Melatih pasien mengontrol halusinasinya dengan cara ketiga (Melakukan aktivitas yang terjadwal).

Fase Orientasi :

“Assalamualaikum pak, bagaimana perasaan bapak hari ini ? Apakah bayangan-bayangan masih muncul ?Apakah sudah pakai dua cara yang telah kita latih ? Bagaimana hasilnya ? Bagus! Sesuai janji kita, hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan

kegiatan yang terjadwal. Mau Dimana kita bicara? Bisa kita duduk di ruang TV? Berapa lama kita bicara ? Bagaimana kalau 30 menit ?”

Fase Kerja :

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

Fase Terminasi :

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap cara yang ke tiga untuk mencegah bayangan-bayangan itu ? Bagus sekali! Coba sebutkan 3 cara yang telah kita latih untuk mencegah bayangan-bayangan. Bagus sekali, mari kita masukan dalam jadwal kegiatan harian. Coba lakukan sesuai jadwal ya! (Perawat dapat melakukan aktivitas yang lain pada pertemuan berikut sampai terpenuhi seluruh aktivitas dari pagi sampai malam) bagaimana kalau besok kita membahas cara meminum obat mau jam berapa ? Bagaimana jam 15.00 wib ? di ruang depan ya, sampai jumpa. Wassalamualaikum”

SP 4 :

Klien Tn. B pada tanggal 30 April 2025 pukul 15.00 WIB. Melatih pasien mengontrol halusinasinya dengan cara ke empat (Melatih klien menggunakan obat secara teratur).

Fase Orientasi :

“Assalamualaikum pak, bagaimana perasaan bapak hari ini ? Apakah bayangan-bayangannya masih muncul ? Apakah sudah di pakai juga cara yang telah kita latih ? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan ? Apakah pagi ini sudah minum obat ? Baik hari ini kita akan mendiskusikan tentang obat-obat yang bapak minum. Kita akan diskusi selama 20 menit, disini saja ya pak?”.

Fase Kerja :

“Pak adakan bedanya setelah meminum obat secara teratur ? Apakah bayangan-bayangan berkurang hilang ? Minum obat sangat penting supaya bayangan-bayangan yang ibu lihat dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang bapak minum ? (Perawat menyiapkan obat pasien). Oh obatnya ada selosi, hexamer, clozapine. Selosi di minum pagi sama sore kemudian hexamer diminum pagi sama sore ya pak, dan clozapine diminum sore saja.”

Fase Terminasi :

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang obat ? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah bayangan-bayangan ? Coba jelaskan! Bagus! (jika jawaban benar). Mari kita masukan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan harian pak. Jangan lupa pada waktu minum obat minta obat pada perawat. Besok kita ketemu lagi untuk melihat 4 cara mencegah bayangan yang telah kita bicarakan. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 09.00 wib? Sampai jumpa.”

“Assalamualaikum”

C. Strategi Pelaksanaan dengan Harga Diri Rendah

SP 1 :

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

Fase Orientasi :

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

“Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah bapak Y lakukan? Setelah itu kita akan nilai kegiatan yang dpat bapak Y lakukan di sini. Setelah kita nilai, kita akan pilih satu kegiatan untuk kita latih, Dimana kita duduk? Bagaimana kalau di ruang depan ? Berapa lama ? Bagaimana kalau 20 menit ?”

Fase Kerja

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

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

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

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

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

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

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

Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan bapak Y setelah kita bercakap-cakap dan latihan merapihkan tempat tidur?. Yah, bapak Y ternyata banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan di klinik ini. Salah satunya, merapihkan

tempat tidur, yang sudah bapak Y praktekkan dengan baik sekali. Nali kemampuan ini dapat dilakukan juga di rumah setelah pulang."

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

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

SP 2:

Melatih pasien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan.

Fase Orientasi

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

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

"Ya benar, kita akan bermain catur di teras"

"Waktunya sekitar 10 menit. Mari kita ke teras"

Fase Kerja

"Baik pak sekarang kita mulai bermain catur"

Fase Terminasi

"Bagaimana perasaan bapak setelah melakukan kegiatan melakukan bermain catur"

"Sangat senang sekali"

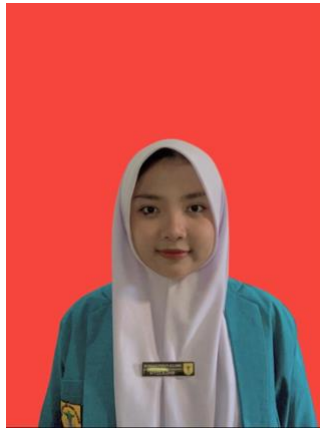
DOKUMENTASI

Lampiran II



DATA RIWAYAT HIDUP

Lampiran III



A. Identitas

Nama : Imelda Puspitasari Marlina
Tempat Tanggal Lahir : Garut 07 November 2004
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Garut, Jl. Margawati, Kp. Galumpit Bes Rt03/Rw25
Instagram : Imeldapm

B. Riwayat Pendidikan

1. TK Riyadlul Falaah
2. SDN Kota Kulon 1 Garut
3. SMPN 6 Garut
4. SMK Kesehatan Bhakti Kencana Garut
5. STIKes Karsa Husada Garut

Lampiran III

LEMBAR BIMBINGAN

KARYA TULIS ILMIAH STIKES KARSA HUSADA GARUT

Nama : Imelda Puspitasari Marlina

NIM : KHGAA22114

Pembimbing : Gin Gin Sugih P., S Kep. M Hkes

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. Dengan Gangguan Persepsi

Sensori : Halusinasi Penglihatan dengan Diagnosa Skizofrenia Di

Klinik Rehabilitasi Mental Nur Ilahie Assanie Samarang Garut.

No	Tanggal Bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.	03/06/2025	Capit	um over		
2.	09/06/2025	Bab 1	penulisan tabel pulvis		

3.	05/06 2025	Bab II	acc bab I		
4.	11/06 2025		taburkan anup. bab II		
5.	12/06 2025	bab III	di dalam tabel cukup 150 an		
6	18/06 2025	Bab III W	acc bab III pembahasan sana kpd Mopai		

7.	20/06 2025	Lab IV	aa lab IV		
9.	24/06 2025	Dapus	ce Dapus		
10	24/06 2025	Selamat di KTI	sedang ace		