



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KELUARGA DENGAN  
GANGGUAN : HALUSINASI PENDENGARAN DI WILAYAH  
KERJA PUSKESMAS AMBACANG KOTA PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**MAISYA HASANAH PUTRI**  
**NIM: 203110175**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2023**



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KELUARGA DENGAN  
GANGGUAN: HALUSINASI PENDENGARAN DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS AMBACANG KOTA PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

*Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Diploma pada  
Program Studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang*

**MAISYA HASANAH PUTRI**

**NIM: 203110175**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2023**

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Maisya Hasanah Putri  
NIM : 203110175  
Tempat/ Tanggal Lahir : Solok Selatan, 28 Mei 2002  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum Kawin  
Nama Orang Tua  
Ayah : Riky Chandra  
Ibu : Lisma Juita  
Alamat : Jalan Sungai Cangkar No. 187 RT 000/ Rw 000 Kec.  
Sungai Pagu Kab. Solok Selatan, Sumatera Barat

### Riwayat Pendidikan

<b>NO</b>	<b>PENDIDIKAN</b>	<b>TAHUN AJARAN</b>
1.	TK Amar Ma'ruf	2005-2006
2.	SD N 01 Kuti Anyir	2006-2012
3.	SMP N 01 Solok Selatan	2013-2016
4.	SMA N 01 Solok Selatan	2017-2020
5.	Prodi D-III Keperawatan Padang, Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Padang	2020-2023

**PERTANYAAN TERBUKTIAN**  
Karya Tulis Ilmiah

"Analisa Keperawatan (Nursing Care) Aspek Keperawatan (Nursing)  
Peningkatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Ambawang Kota Padang"

oleh

**MARYA MASYAR PUTRI**  
200110132

Telah dipertahankan dan diperiksa secara cermat oleh dosen Pembimbing I dan Pembimbing II  
Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Poltekkes Padang Periode Kelembagaan  
Kecamatan Kecamatan Padang

Padang, 21 Mei 2023

Maryam, et.

Pembimbing I



**Hani Siregar, S.Kn, N.Ern, SP., Ikes**  
NIP. 19731029 199003 2002

Pembimbing II



**Dr. Yetti Widi Anand, M.Kes**  
NIP. 19700219 200903 2003

Mengesahkan,  
Kantor Wakil Dekan III Keperawatan Padang  
Periode Kelembagaan III Padang



**Dr. Yenni Fitrianti, S. Ern, M. Kes**  
NIP. 19750121 200903 2 2005

**BUSINESS PROPOSAL**

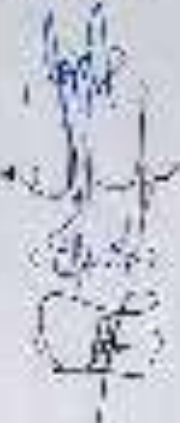
**Formulir Pendaftaran Peserta**

Nama : **Indira Fauziah Dinda**  
NIM : **19011021000000000000**  
Program Studi : **Keperawatan**  
Jenis CBT : **Keperawatan (Kategori Keperawatan Ners dan Perawat Dewa)**

Tidak ada foto dan tanda tangan peserta yang ditandatangani oleh peserta dan cap resmi pada Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang. Peserta yang tidak memenuhi persyaratan akan diinformasikan melalui surat pemberitahuan.

**DEWA PRONATA**

Kata Kunci : **Keperawatan Dewa**  
Dokter : **Dr. Siti Nurhidayah, S.Ked., Ns., D.Kep., Ns., D.Kep., Ns.**  
Fisioterapi : **Dr. Siti Nurhidayah, S.Ked., Ns., D.Kep., Ns., D.Kep., Ns.**  
Anestesi : **Dr. Siti Nurhidayah, S.Ked., Ns., D.Kep., Ns., D.Kep., Ns.**



Honorarium : **Rp. 1.000.000,-**  
Tanggal : **10 Mei 2022**

Mengenal,  
Selamat Pagi!

**Dr. Siti Nurhidayah, S.Ked., Ns., D.Kep., Ns., D.Kep., Ns.**  
NIP. 19111021000000000000

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karna atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan KTI ini. Penulisan KTI ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Diploma III pada Program Studi D III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dari bimbingan berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan KTI ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan KTI ini.

Oleh karena itu, sata mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep. Sp.Jiwa selaku pembimbing I dan Ibu Ns. Verra Widhi Astuti, M. Kep selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
2. Ibu Renidayati, SKp, M.Kep, Sp. Jiwa selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Padang.
3. Bapak Tasman, S.Kp. M.Kep. Sp.Kom Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Padang.
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep. M.Kep selaku Ketua progran Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Padang.
5. Ibu dr. Weni Fitria Nazulis selaku Kepala Puskesmas Ambacang Kota Padang.
6. Bapak dan Ibu dosen beserta staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Padang.
7. Teristimewa kepada Bapak Riki Candra dan Ibu Lisma Juita, S.E selaku kedua orang tua peneliti dan Sdr. Ade Taruna dan Gavin Alfarizky Selaku Saudara peneliti yang telah memberikan support, dukungan, semangat, restu, dan kasih sayang yang tidak dapat ternilai harganya dengan apapun.

8. Sahabat seperjuangan saya Lulus Ukom yang telah memberikan nasehat serta bantuan kepada peneliti dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Rekan-rekan seperjuangan mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Padang Program Studi D-III Keperawatan Padang angkatan 2020.

Akhir kata peneliti berharap semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas semua kebaikan kepada pihak yang telah membantu peneliti. Dan peneliti berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, Mei 2023

Peneliti

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG**

**JURUSAN KEPERAWATAN**

**Karya Tulis Ilmiah, Mei 2023**

**Maisyah Hasanah Putri**

**Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Keluarga Dengan Gangguan Halusinasi Pendengaran Di Wilayah Kerja Puskesmas Ambacang Kota Padang.**

**Isi : xi + 88 Halaman + 2 Gambar + 13 Lampiran**

**ABSTRAK**

Halusinasi salah satu gangguan jiwa dimana penderitanya mengalami perubahan *sensori persepsi* dan ketidakmampuan manusia dalam membedakan antara rangsangan yang timbul dari sumber *internal* (pikiran, perasaan) dan *stimulus eksternal*. Berdasarkan data gangguan jiwa yang berkunjung ke Puskesmas Ambacang pada tanggal 25 Januari 2023 sebanyak 10 orang dengan skizofrenia. Tujuan penelitian ini untuk menerapkan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Keluarga dengan Gangguan Halusinasi Pendengaran di Wilayah Kerja Puskesmas Ambacang Kota Padang Tahun 2023. Desain penelitian Deskriptif, Jenis Kualitatif dalam bentuk studi kasus. Tempat di Wilayah Kerja Puskesmas Ambacang Kota Padang, waktu bulan Oktober 2022 hingga Mei 2023. Populasi seluruh pasien skizofrenia yang berkunjung pada bulan Januari 2023 sebanyak 10 orang dan terdapat 6 orang dengan halusinasi pendengaran. Sampel 1 orang dengan teknik simple random sampling. Alat pengumpulan data dengan format pengkajian, analisa data, diagnosa, rencana asuhan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Metode pengumpulan data wawancara, observasi dan dokumentasi. Data dianalisis dengan membandingkan hasil asuhan keperawatan berdasarkan teori dan hasil sebelumnya. Hasil pengkajian didapatkan keluhan utama pasien mengatakan susah tidur karena mendengar suara saudara perempuannya, suka emosi dan tidak mampu menjaga kebersihan diri. Diagnosa keperawatan yang didapatkan yaitu halusinasi, pendengaran resiko perilaku kekerasan dan defisit perawatan diri. Implementasi keperawatan melatih klien mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat dengan benar, bercakap-cakap dan melakukan aktivitas, melatih cara mengontrol marah dengan teknik napas dalam dan pukulan bantal, minum obat teratur, meminta dan menaungi dengan baik dan melakukan aktivitas, menjaga kebersihan diri, berhadapan, makan dan minum yang benar dan bab dan bak yang benar. Evaluasi keperawatan terhadap diagnosa yang ditemukan dapat teratasi ditandai dengan klien mampu melakukan latihan strategi pelaksanaan ketiga diagnosa secara mandiri. Disimpulkan klien dan keluarga mampu mempraktekkan strategi pelaksanaan yang diajarkan dan masalah teratasi. Saran diharapkan kepada program wilayah kesehatan jiwa untuk melakukan kunjungan rumah dan meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga untuk mencegah timbulnya Halusinasi Pendengaran.

**Kata Kunci** : Halusinasi, Jiwa, Asuhan Keperawatan  
**Daftar Pustaka** : 35 (2013-2022)



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
<b>BAB I : PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	8
C. Tujuan.....	8
D. Manfaat.....	9
<b>BAB II : TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>10</b>
A. Konsep Dasar Halusinasi.....	10
1. Pengertian .....	10
2. Jenis-Jenis Halusinasi .....	11
3. Rentang Respon.....	12
4. Fase-Fase Halusinasi .....	14
5. Dimensi Halusinasi .....	15
6. Faktor Yang Mempengaruhi Halusinasi.....	17
7. Manifestasi Klinis.....	19
8. Mekanisme Koping .....	20
9. Validasi Informasi Tentang Halusinasi.....	21
10. Penatalaksanaan .....	22
B. Asuhan Keperawatan Teoritis .....	25
1. Pengkajian .....	25
2. Diagnosa Keperawatan.....	30
3. Pohon Masalah .....	31
4. Intervensi Keperawatan .....	32
5. Implementasi Keperawatan .....	43
6. Evaluasi Keperawatan .....	44
<b>BAB III : METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>45</b>
A. Jenis dan Desain penelitian .....	45
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	45
C. Populasi dan Sampel .....	45

D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data .....	46
E. Metode Pengumpulan Data .....	47
F. Jenis Data .....	48
G. Prosedur Kerja.....	49
H. Analisis Data .....	50
<b>BAB IV : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>51</b>
A. Deskripsi Kasus.....	51
1. Pengkajian Keperawatan .....	51
2. Analisis data .....	55
3. Diagnosa Keperawatan .....	56
4. Intervensi Keperawatan .....	57
5. Implementasi Keperawatan .....	59
6. Evaluasi Keperawatan .....	63
B. Pembahasan Kasus .....	68
1. Pengkajian Keperawatan .....	68
2. Diagnosa Keperawatan .....	74
3. Intervensi Keperawatan .....	76
4. Implementasi keperawatan .....	80
5. Evaluasi Keperawatan .....	82
<b>BAB V : PENUTUP .....</b>	<b>85</b>
A. Kesimpulan .....	85
B. Saran.....	87

## DAFTAR PUSTAKA

## LAMPIRAN

## DAFTAR GAMBAR

Tabel 3.1 Rentang Respon Neurobiologik .....	11
Tabel 2.2 Pohon Masalah .....	30

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Hasil pengkajian jiwa di keluarga

Lampiran 2. Hasil skrining

Lampiran 3. Inform consent

Lampiran 4. Pelayanan Keperawatan di rumah

Lampiran 5. Jadwal kunjungan keluarga

Lampiran 6. Ganchart kegiatan

Lampiran 7. Surat Pengantar Izin Pengambilan Data Poltekkes Kemenkkes Padang

Lampiran 8. Surat Pengantar Izin Pengambilan Data Dinas Kesehatan Kota Padang

Lampiran 9. Surat Izin Penelitian dari Institusi Poltekkes Kemenkkes Padang

Lampiran 10. Dokumentasi Kunjungan

Lampiran 11. Lembar Konsultasi Pembimbing 1

Lampiran 12. Lembar Konsultasi Pembimbing 2

Lampiran 13. Surat Keterangan Selesai Penelitian

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar belakang**

Gangguan jiwa merupakan suatu keadaan dimana klien yang merasa dirinya tidak diterima oleh lingkungan, gagal dalam usahanya, tidak bisa mengontrol emosinya dan membuat klien terganggu atau terancam dan mengubah perilaku klien dengan ditandai adanya halusinasi, ilusi, waham, gangguan proses pikir, kemampuan berfikir dan tingkah laku yang aneh. Gangguan jiwa adalah suatu sindrom yang dapat menimbulkan permasalahan pada satu atau lebih fungsi kehidupan seperti gangguan keberfungsian keluarga dan keberfungsian sosial (Koujalgi et al., 2015).

Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2019 menjelaskan bahwa *skizofrenia* mempengaruhi 24 juta orang atau 1 dari 300 orang di seluruh dunia. Orang dengan *skizofrenia* memiliki harapan hidup 10-20 tahun di bawah populasi umum. *Skizofrenia* ditandai dengan gangguan signifikan dalam persepsi dan perubahan perilaku. Gejala yang termasuk yaitu delusi yang terus menerus, halusinasi, pemikiran yang tidak teratur, perilaku yang tidak teratur. Orang dengan *skizofrenia* mengalami kesulitan terus-menerus dengan fungsi kognitif mereka. Namun ada berbagai pilihan pengobatan yang efektif, termasuk pengobatan, psikoedukasi, intervensi keluarga dan rehabilitasi psikososial pada penderita *skizofrenia* (WHO, 2022).

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, menjelaskan bahwa *prevalensi* gangguan jiwa di Indonesia dengan anggota rumah tangga (ART) *skizofrenia* atau *psikosis* mencapai 7.0% per mil. Gangguan jiwa *skizofrenia* atau *psikosis* di Sumatera Barat berada pada urutan ke-7 dengan *prevalensi* sekitar 9,0% per mil (Kemenkes RI, 2018). Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Padang 2021 menjelaskan bahwa jumlah kasus gangguan jiwa *Skizofrenia* di Puskesmas sebanyak 2.424 kasus (Dinkes Padang, 2022).

Gejala serangan skizofrenia secara umum terbagi menjadi dua yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif yaitu halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespon pesan atau rangsangan yang datang. Klien *skizofrenia* mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. Gejala negatif yaitu klien *skizofrenia* kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas, karena klien *skizofrenia* hanya memiliki energi yang sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosi klien skizofrenia menjadi datar. Klien *skizofrenia* tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki gangguan jiwa yang akan menimbulkan halusinasi (Yosep, 2013).

Halusinasi merupakan salah satu gangguan jiwa dimana penderitanya mengalami perubahan sensori persepsi dan ketidakmampuan manusia dalam membedakan antara rangsangan yang timbul dari sumber *internal* (pikiran, perasaan) dan stimulus *eksternal* (Putri et al., 2018). Halusinasi adalah suatu keadaan dimana seorang mengalami perubahan dalam jumlah dan pola dari stimulus yang mendekat (yang diprakarsai secara *internal* atau *eksternal*) disertai dengan suatu pengurangan berlebih-lebihan, distorsi atau kelainan berespon terhadap stimulus (Wijayaningsih, 2015).

Diperkirakan lebih dari 90% klien dengan *skizofrenia* mengalami halusinasi. Meskipun bentuk halusinasinya bervariasi tetapi sebagian besar klien *skizofrenia* di rumah sakit jiwa mengalami halusinasi pendengaran. Suara dapat berasal di dalam diri individu atau dari luar dirinya. Data di rumah sakit jiwa di Indonesia adalah halusinasi pendengaran, 20% halusinasi penglihatan, 10% halusinasi penghidu, pengecap dan perabaan (Yosep, 2013).

Halusinasi terbagi menjadi lima yaitu halusinasi pendengaran, halusinasi penglihatan, halusinasi penghidu, halusinasi pengecap dan halusinasi perabaan. Halusinasi pendengaran merupakan gangguan stimulus dimana pasien mendengarkan suara-suara terutama suara orang. Biasanya pasien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu (Prabowo, 2014). Tanda dan gejala pada pasien Halusinasi pendengaran yaitu tiba-tiba tampak tanggap, ketakutan atau ditakutkan oleh orang lain, benda mati atau stimulus yang tidak tampak dan tiba-tiba berlari keruangan lain (Oktaviani et al., 2022). Peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa yaitu memberikan pelayanan dan asuhan secara komprehensif dengan pengkajian, membina hubungan saling percaya, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan dengan cara mengontrol halusinasi dengan pemberian strategi pelaksanaan: menghardik, menggunakan obat secara teratur, bercakap-cakap, melakukan aktivitas terjadwal dan evaluasi terhadap tindakan tersebut (Yosep, 2013).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Padang terdapat 23 puskesmas jumlah pasien yang mengalami skizofrenia sebanyak 2.424 kasus. Prevalensi penyakit gangguan jiwa tertinggi pertama dipuskesmas ambacang sebanyak 344 orang, tertinggi kedua di puskesmas andalas 195 orang dan tertinggi ketiga dipuskesmas pauh 180 orang terdapat dari 23 puskesmas di kota padang (Dinkes Padang, 2022). Berdasarkan survey awal tanggal 25 Januari 2023 di Puskesmas Ambacang, didapatkan data klien 10 kasus.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan (Nur, 2019), setelah diberikan asuhan keperawatan, pasien mampu mempraktekan cara menghardik halusinasi yaitu minum obat teratur, pasien mengatakan masih mendengar suara-suara bisikan. Pasien mampu mempraktekkan menghardk halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Pasien mampu mengatakan masih mendengar suara bisikan. Pasien mengatakan sudah tau cara menghardik halusinasi. Hasil

penelitian yang didapatkan peneliti yaitu pasien mampu melakukan aktivitas seperti kebiasaan yang dilakukan dirumah. Sedangkan pada penelitian yang dilakukan (Livana et al., 2020), dengan judul peningkatan kemampuan mengontrol halusinasi melalui terapi generalis halusinasi menunjukkan adanya peningkatan kemampuan pasien halusinasi sebesar 64% sebelum dan sesudah diberikan terapi generalis dengan cara melatih ingatan dan kemampuan pasien untuk mengontrol halusinasi.

Pada studi literature yang dilakukan oleh (Hertati et al., 2022), dengan judul pengaruh pengendalian halusinasi teknik distraksi menghardik terhadap penurunan halusinasi pendengaran didapatkan dengan hasil setelah dilakukannya bimbingan dan latihan teknik distraksi menghardik maka halusinasi pendengaran pada pasien *skizofrenia* akan mengalami penurunan. Pada penelitian (Nugroho arief, 2020), yang berjudul penerapan teknik menghardik pada Tn.J dengan masalah halusinasi dengan hasil pelaksanaan teknik menghardik dengan bimbingan secara konsisten, maka halusinasi Tn.J berkurang. Teknik menghardik yang dilakukan secara konsisten dapat menurunkan halusinasi, dalam memberikan bimbingan menghardik diharapkan secara kontinyu dan konsisten.

Hasil wawancara dengan penanggung jawab pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas Ambacang Kota Padang, pada tanggal 29 November 2022 terdapat 3 orang pasien *skizofrenia*. Berdasarkan hasil dari 3 orang dengan halusinasi sudah rutin melakukan kontrol kesehatannya ke puskesmas, dan pasien juga sudah mengetahui dengan cara patuh minum obat dapat mengontrol halusinasi yang di alaminya. Klien menderita halusinasi pada 1 tahun yang lalu pengkajian dilakukan dengan metode wawancara dan observasi. Pada saat pengkajian di dapatkan pasien tampak komat kamit, tidak ada kontak mata dan terlihat kotor, saat ditanya isi halusinasi pasien menyebutkan suara itu muncul dari kembarannya yang berada di belanda. Waktu dan frekuensi halusinasi tersebut pada siang hari sekitar 5 menit. Situasi pencetus halusinasi pasien mengatakan suara tersebut



muncul saat pasien sedang termenung sendiri dan respon klien terhadap suara tersebut pasien terlihat percaya terhadap suara tersebut. Pengkajian pada pasien 2 menggunakan metode observasi dan wawancara didapatkan data pasien terlihat suka menyendiri, pakaian berantakan dan suka termenung. Pasien menderita halusinasi sejak 5 tahun yang lalu. Pasien mengatakan senang halusinasi tersebut muncul. Isi halusinasi pasien menyebutkan suara tersebut datang dari suaminya yang berada di Jakarta. Waktu dan frekuensi halusinasi tersebut muncul pada siang hari sekitar 5 menit. Situasi pencetus halusinasi tersebut muncul saat pasien sedang termenung sendiri dan respon klien terhadap suara tersebut terlihat percaya.

Pengkajian pada 6 Pasien halusinasi pendengaran, didapatkan data bahwa klien pertama terlihat suka termenung sendiri, pakaian pasien rapi dan pasien di ajak wawancara nyambung. Pasien awal mulanya mengalami gangguan jiwa bulan Mei 2022, dari data yang di dapatkan pasien sering mendengar suara-suara aneh. Isi halusinasi tersebut dari kakak klien yang berada di Jakarta. Waktu dan frekuensi halusinasi tersebut muncul pada siang hari sekitar 5 menit. Situasi pencetus halusinasi tersebut muncul saat pasien sedang termenung sendiri dan respon klien terhadap suara tersebut terlihat percaya. Apabila pasien mendengar suara tersebut maka pasien mendengarkannya dan pasien tampak percaya pada suara tersebut. Keluarga mengatakan klien mampu minum obat seperti biasa namun terkadang masih bicara sendiri. Apabila di ingatkan untuk menghardik pasien selalu menurutinya. Hasil wawancara yang didapatkan dari keluarga pada hari yang sama, keluarga mengatakan selalu mengingatkan pasien untuk rutin minum obat. Pada klien kedua terlihat sering mondar mandir, rambut berantakan, gigi kotor, sering termenung dan menyendiri. Dari data yang didapatkan klien sering mendengar suara yang tidak ada wujudnya. Isi suara tersebut berasal dari istri klien yang sering menyebut nama klien. Waktu dan frekuensi halusinasi tersebut pada siang dan malam hari dengan frekuensi 5 menit. Situasi pencetus saat klien sedang beremung sendiri. Keluarga

mengatakan klien rutin minum obat tetapi klien tidak dapat mengontrol halusinasi tersebut.

Pada klien ketiga terlihat pakaian rapi, bau badan, tidak dapat tersinggung dan tertutup. Hasil wawancara dengan keluarga klien mengatakan klien awalnya mengalami halusinasi saat pulang dari Bogor. Karena saat itu klien tinggal bersama keluarga dari ayahnya dan klien mengalami tekanan oleh orang tersebut. Sehingga sejak pulang dari Bogor apabila berbicara dengan klien harus berhati-hati, kalau klien tersinggung akan membuat penyakitnya kambuh. Isi halusinasi tersebut dari kakak ayah klien, dengan waktu siang, sore dan malam hari. Frekuensi 10 menit, situasi pencetus saat klien tersinggung. Keluarga mengatakan klien rutin minum obat. Pada klien keempat terlihat gelisah, bingung dan kontak mata kurang. Klien mengatakan apabila tidak ada kegiatan klien sering bermenung sehingga menimbulkan suara-suara aneh serupa dengan saudara perempuannya. Isi suara tersebut seperti memanggil nama klien dan menyuruh untuk menyakiti kakak klien. Klien mengatakan sulit tidur, suara tersebut membuatnya gelisah dan merasa terganggu. Waktunya pada pagi, siang dan malam hari serta frekuensinya 10 menit. Situasi pencetus halusinasi saat klien tidak ada kegiatan dan saat bermenung sendirian. Keluarga mengatakan klien rutin untuk kontrol dan minum obat.

Pada klien kelima terlihat rambut berantakan, pakaian tidak rapi, klien suka bermenung sendiri dan saat di ajak wawancara nyambung. Klien mengatakan sering mendengar suara bercakap-cakap yang serupa dengan orang tuanya. Isi suara tersebut serupa dengan menyebut nama klien. Waktunya pada pagi, sore dan malam hari serta frekuensinya 5 menit. Respon klien terlihat percaya dengan suara tersebut karena klien yakin itu orang tuanya. Suara tersebut muncul saat klien sedang menyendiri. Keluarga mengatakan klien mengalami penyakit gangguan jiwa ini pada saat orang tuanya meninggal 2018. Keluarga mengatakan saat ini klien rutin untuk kontrol dan minum obat ke pelayanan

kesehatan. Pada klien keenam terlihat pakaian rapi, suka beremengung sendiri dan saat di ajak wawancara klien tertutup. Keluarga mengatakan klien sering berbicara sendiri, klien sering menyendiri. Keluarga mengatakan hal ini terjadi saat klien di putuskan oleh kekasih nya, karena klien sudah memberikan fasilitas untuk cewek nya. Keluarga mengatakan klien rutin kontrol dan minum obat.

Upaya keluarga jika halusinasi pasien datang langsung diberikan obat, pasien masih rutin minum obat dan melakukan kontrol ke Puskesmas Ambacang Padang apabila disuruh oleh keluarganya. Peran keluarga yang untuk menurunkan tanda dan gejala halusinasi pasien skizofrenia yaitu tingkatkan peran keluarga harus mampu melihat kebutuhan pasien dan mempertahankan kedekatan dengan orangtua, keluarga harus mampu memberikan dukungan financial untuk perawatan pasien dan melibatkan dla kelompok yang memberikan dukungan dan keluar harus mengembangkan hubungan dengan benar untuk membantu pasien halusinasi merubah sikap dan perilaku (Muhammadiyah et al., 2021). Keterlibatan peran keluarga sangat penting dalam melaksanakan pemeliharaan kesehatan terhadap anggota keluarganya untuk mencapai keberhasilan dalam pengobatan.

Berdasarkan kondisi diatas, maka peneliti sudah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Halusinasi Pendengaran Di Wilayah Kerja Puskesmas Ambacang Kota Padang.

## **B. Rumusan masalah**

Bagaimana penerapan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan Halusinasi Pendengaran pada keluarga di wilayah kerja Puskesmas Ambacang kota Padang tahun 2023?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan umum**

Mampu menerapkan bagaimana asuhan keperawatan jiwa pada keluarga dengan Halusinasi Pendengaran di Wilayah kerja Puskesmas Ambacang Kota Padang tahun 2023

### **2. Tujuan khusus**

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian asuhan keperawatan pada pasien dengan Halusinasi Pendengaran di Wilayah kerja Puskesmas Ambacang Kota Padang Tahun 2023
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa asuhan keperawatan pada pasien dengan Halusinasi Pendengaran di Wilayah kerja Puskesmas Ambacang Kota Padang Tahun 2023
- c. Mampu mendeskripsikan rencana keperawatan asuhan keperawatan pada pasien dengan Halusinasi Pendengaran di Wilayah kerja Puskesmas Ambacang Kota Padang Tahun 2023
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan asuhan keperawatan pada pasien dengan Halusinasi Pendengaran di Wilayah kerja Puskesmas Ambacang Kota Padang Tahun 2023
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan asuhan keperawatan pada pasien dengan Halusinasi Pendengaran di wilayah kerja Puskesmas Ambacang Kota Padang Tahun 2023
- f. Mampu mendeskripsikan dokumentasi keperawatan jiwa pada keluarga dengan Halusinasi Pendengaran di wilayah kerja Puskesmas Ambacang Kota Padang Tahun 2023

## **D. Manfaat Penelitian**

### **a. Aplikatif**

#### **1. Bagi Peneliti**

Hasil dan proses penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman nyata bagi peneliti asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan Halusinasi Pendengaran.

#### **2. Bagi Instusi Pendidikan**

Hasil penelitian ini menjadi bahan tambahan pembelajaran khususnya untuk mengetahui asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan Halusinasi Pendengaran bagi mahasiswa jurusan keperawatan Padang.

#### **3. Bagi Tempat Penelitian**

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan keluarga dengan melakukan perawatan pada keluarga dengan Halusinasi Pendengaran.

### **b. Bagi Selanjutnya**

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan dan sebagai data dasar untuk penelitian sebelumnya.

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

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

#### **1. Pengertian**

Secara umum, halusinasi merupakan terganggunya persepsi sensori seseorang, dimana tidak terdapat stimulus (Yosep, 2013).

Beberapa para ahli, mendefenisikan halusinasi yaitu sebagai berikut :

a. Stuart (2016)

Halusinasi merupakan suatu impresi atau satu pengalaman yang salah dirasakan oleh seseorang.

b. Derman & Rusdi (2013)

Halusinasi merupakan ketidakmampuan manusia dalam membedakan antara rangsangan yang timbul dari sumber internal (pikiran, perasaan) dan stimulus eksternal.

c. Sutejo (2018)

Halusinasi merupakan suatu gejala gangguan jiwa di mana klien merasakan suatu stimulus yang sebenarnya tidak ada.

d. Wijayaningsih (2015)

Halusinasi merupakan persepsi yang salah (misalnya tanpa stimulus eksternal) atau persepsi sensori yang tidak sesuai dengan realita atau kenyataan seperti melihat bayangan atau suara-suara yang sebenarnya tidak ada.

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa halusinasi adalah gangguan persepsi sensorik yang terjadi akibat ketidakmampuan merespon rangsangan pada penderita gangguan jiwa.

## 2. Jenis-Jenis Halusinasi

Halusinasi yang paling banyak diderita adalah halusinasi pendengaran yang mencapai lebih kurang 70%, sedangkan halusinasi penglihatan menduduki peringkat kedua dengan rata-rata 20%. Sementara jenis halusinasi yang lain yaitu halusinasi pengecapan, penghidu dan perabaan rata-rata 10% (Muhith, 2015).

Jenis-jenis halusinasi dan karakteristik nya :

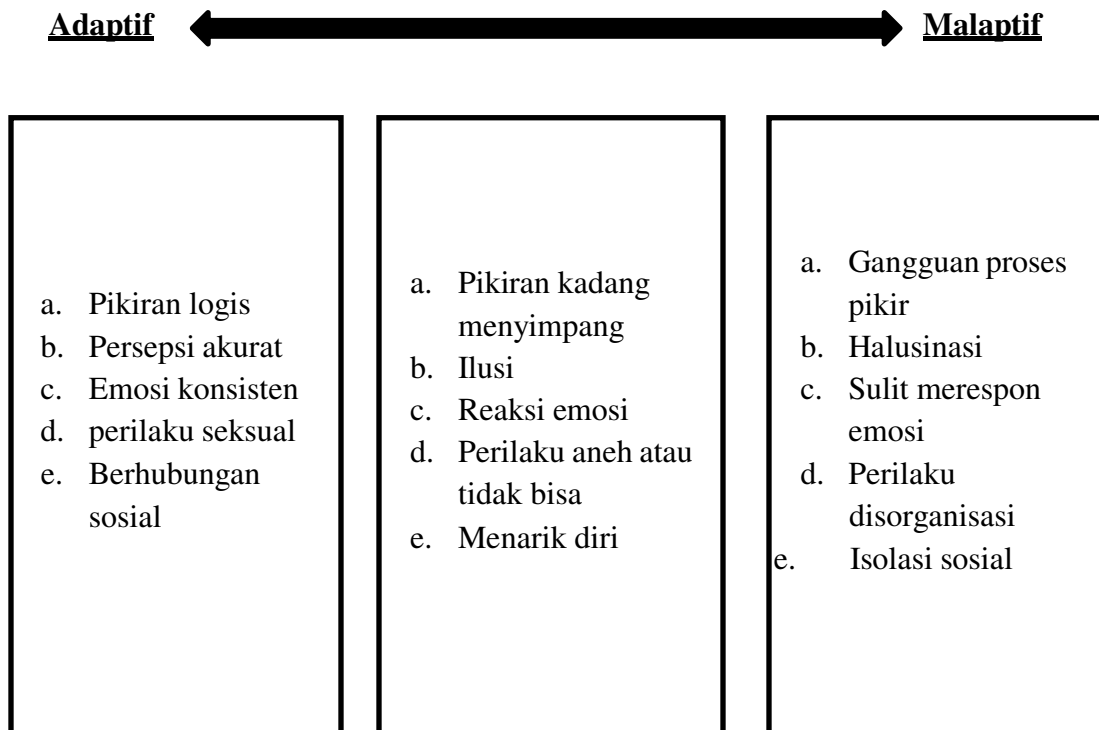
- a. Halusinasi pendengaran : mendengar suara-suara aneh atau kebisingan, paling sering suara orang. suara berbentuk kebisingan yang kurang keras sampai kata-kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai percakapan lengkap antara dua orang atau lebih. Pikiran yang didengar klien dimana pasien disuruh untuk melakukan sesuatu yang kadang-kadang membahayakan.
- b. Halusinasi penglihatan : Stimulus visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambaran geometris, gambaran kartun, bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster.
- c. Halusinasi penghidu : Membau bau-bauan tertentu seperti bau darah, urin atau feses, umumnya bau-bauan yang tidak menyenangkan. Halusinasi penghidu sering akibat stroke, tumor, kejang atau demensia.
- d. Halusinasi pengecapan : Merasa mengecap rasa seperti darah, urin atau feses.
- e. Halusinasi perabaan : Mengalami nyeri atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas. Rasa tersentrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain.

## 3. Rentang Respon

Halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori, sehingga halusinasi merupakan gangguan dari respons neurobiologi. Oleh karenanya, secara keseluruhan, rentang respons halusinasi mengikuti kaidah rentang respons

neurobiologi. Rentang respon neurobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis, persepsi akurat, emosi yang konsisten dengan pengalaman, perilaku cocok, dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Sementara itu, respons maladaptif meliputi adanya waham, halusinasi, kesukaan proses emosi, perilaku tidak terorganisasi dan isolasi sosial seperti menarik diri.

Berikut adalah gambaran rentang respon neurobiologi :



**Gambar 2.1** Rentang Respon Neurobiologik (Stuart, 2014)

#### 1) Respon Adaptif

- a) Pikiran logis berupa pendapat atau pertimbangan yang dapat diterima akal.
- b) Persepsi akurat berupa pandangan dari seseorang tentang suatu peristiwa secara cermat dan tepat sesuai perhitungan.



- c) Emosi konsisten berupa kemantapan perasaan jiwa sesuai dengan peristiwa yang pernah dialami.
- d) Perilaku sesuai dengan kegiatan individu atau sesuatu yang berkaitan dengan individu tersebut diwujudkan dalam bentuk gerakan atau ucapan yang tidak bertentangan dengan normal.
- e) Hubungan sosial dapat diketahui melalui hubungan seseorang dengan orang lain dalam pergaulan di tengah-tengah masyarakat.

## 2) Respon Transisi

- a) Distorsi pikiran berupa kegagalan dalam mengabstrakan dan mengambil kesimpulan.
- b) Ilusi merupakan persepsi atau respon yang salah terhadap stimulus sensoris.
- c) Menarik diri yaitu perilaku menghindar dari orang lain baik dalam berkomunikasi atau pun berhubungan sosial dengan orang-orang di sekitarnya.
- d) Reaksi emosi berupa emosi yang diekspresikan dengan sikap yang tidak sesuai.
- e) Perilaku tidak biasa berupa perilaku aneh yang tidak enak dipandang. Membingungkan, kesukaran mengolah dan tidak kenal orang lain.

## 3) Respon Maladaptif

- a) Gangguan pikiran atau waham berupa keyakinan yang salah secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan realita sosial.
- b) Halusinasi merupakan gangguan yang timbul berupa persepsi yang salah terhadap rangsangan.
- c) Sulit berespon berupa ketidakmampuan atau menurunnya kemampuan untuk mengalami kesenangan, kebahagiaan, keakraban dan kedekatan.
- d) Perilaku di organisasi berupa ketidakselarasan antara perilaku dan gerakan yang ditimbulkan.

- e) Isolasi sosial merupakan suatu keadaan kesepian yang dialami seseorang karena orang lain menyatakan sikap yang negatif dan mengancam.

#### 4. Fase-Fase Halusinasi

Putri et al (2018), secara umum halusinasi berkembang menjadi empat fase yaitu sebagai berikut :

a. Fase pertama

Disebut juga dengan fase *comrothing* yaitu fase yang menyenangkan.

Pada tahap ini masuk dalam golongan nonpsikotik.

Karakteristik klien : klien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, klien melamun dan memikirkan hal-hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara.

Perilaku klien : tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respons verbal yang lambat jika sedang asik dengan halusinasi dan suka menyendiri.

b. Fase kedua

Disebut juga dengan fase *condemning* atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikan, termasuk dalam psikotik ringan.

Karakteristik klien : pengalaman sensori menjijikan atau menakutkan, kecemasan meningkat, melamun dan berfikir sendiri menjadi dominan. Mulai dirasakan adanya bisikan yang tidak jelas. Klien tidak ingin orang lain tau dan ia tetap dapat mengontrolnya.

c. Fase ketiga

Adalah fase *controlling* atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Termasuk kedalam gangguan psikotik.

Karakteristik klien : Bisikan, suara, isi halusinasi semakin menonjol, menguasai dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya.

Perilaku klien : Kemauan dikendalikan halusinasi rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik. Tanda-tanda fisik berupa klien berkeringat, tremor dan tidak mampu mematuhi perintah.

d. Fase keempat

Adalah fase conquering atau fase panic, yaitu klien melebur dengan halusinasinya. Termasuk dalam psikotik berat.

Karakteristik klien : Halusinasinya berubah menjadi mengancam, memerintah dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain di lingkungan.

Perilaku klien : perilaku terror akibat panic, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau kakaktonik, tidak mampu merespons terhadap perintah kompleks dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang.

## 5. Dimensi Halusinasi

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Masalah halusinasi berlandaskan atas hakikat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosio-spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi (Muhith, 2015) yaitu :

a. Dimensi fisik

Manusia dibangun oleh sistem indra untuk menanggapi rangsang eksternal yang diberikan oleh lingkungannya. Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi 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 menantang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

c. Dimensi intelektual

Dalam dimensi intelektual ini 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

Dimensi sosial pada individu dengan halusinasi menunjukkan adanya kecenderungan untuk menyendiri. Individu asik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Oleh karena itu, aspek penting dalam melakukan intervensi keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya

e. Dimensi spiritual

Manusia diciptakan tuhan sebagai makhluk sosial sehingga interaksi dengan manusia lainnya merupakan kebutuhan yang mendasar. Individu yang mengalami halusinasi cenderung menyendiri hingga proses di atas tidak terjadi, individu tidak sadar dengan keberadaannya sehingga halusinasi menjadi sistem kontrol dalam individu tersebut. Saat halusinasi menguasai dirinya, individu kehilangan kontrol kehidupan dirinya.

## 6. Faktor Yang Mempengaruhi Halusinasi

Faktor penyebab halusinasi terbagi menjadi 2 yaitu:

### a. Faktor predisposisi

#### 1) Faktor perkembangan

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

#### 2) Faktor sosiokultural

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

#### 3) Faktor biokimia

Mempengaruhi pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka di dalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Buffofenon dan Dimetyranferase (DMP). Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktivitasnya neurotransmitter otak. Misalnya terjadi ketidakseimbangan acetylcholine dan dopamine.

#### 4) Faktor biologis

Penelitian menunjukkan bahwa anak sehat yang diasuh oleh orang tua skizofrenia cenderung mengalami skizofrenia. Hasil studi menunjukan bahwa factor keluarga menunjukan hubungan yang sangat berpengaruh pada penyakit ini.

### b. Faktor Presipitasi

Adalah stimulus yang dipersiapkan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan yang memerlukan energy ekstra untuk coping. Adanya ransangan lingkungan yang sering yaitu seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak komunikasi dan suasana sepi atau isolasi seiring sebagai pencetus terjadinya halusinasi karena hal tersebut

dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik. Disamping itu juga oleh karena proses penghambatan dalam proses transduksi dari suatu impuls yang menyebabkan terjadinya penyimpangan dalam proses interpretasi dan interkoneksi sehingga dengan demikian faktor-faktor pencetus espon neurubiologis dapat dijabarkan sebagai berikut :

- 1) Klien akan merasakan lebihnya proses informasi pada sistem saraf yang dapat menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak.
- 2) Mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu (mekanisme gating abnormal).
- 3) Gejala-gejala pemicu seperti kondisi kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku.

## **7. Manifestasi Klinis**

Pardede,et.al (2021) mengatakan tanda dan gejala halusinasi yaitu :

- a. Halusinasi penglihatan  
yaitu melirikan mata dari kiri kekanan seperti mencari siapa atau apa yang sedang dibicarakan, mendengarkan dengan penuh perhatian pada orang lain yang sedang tidak berbicara, terlihat percakapan dengan benda mati atau orang yang tidak ada wujudnya, menggerakkan mulut seperti sedang bicara atau menjawab suara.
- b. Halusinasi pendengaran  
yaitu tiba-tiba tampak tanggap, ketakutan atau ditakutkan oleh orang lain, benda mati atau stimulus yang tidak tampak, tiba-tiba berlari keruangan lain.
- c. Halusinasi penciuman  
yaitu hidung yang dikerutkan seperti mencium bau yang tidak enak.

d. Halusinasi perabaan

yaitu mendengar suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya, melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu, monster, mencium bau-bau seperti bau darah, urin dan feses (Oktaviani et al., 2022).

Tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap klien serta ungkapan klien. Tanda dan gejala halusinasi yaitu sebagai berikut :

a. Data subjektif

Berdasarkan data subyektif, klien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi mengatakan bahwa klien :

- 1). Mendengar suara-suara atau kegaduhan
- 2). Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
- 3). Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
- 4). Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, benuk kartun, melihat hantu atau monster
- 5). Mencium bau-bauan seperti bau darah, urine, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan
- 6). Merasakan rasa eperti darah, urine atau feses
- 7). Merasa takut atau senang dengan halusinasinya.

b. Data objektif

Berdasarkan data objektif, klien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi melakukan hal-hal berikut :

- 1). Bicara atau tertawa sendiri
- 2). Marah-marah tanpa sebab
- 3). Mengarahkan telinga kea rah tertentu
- 4). Menutup telinga
- 5). Menunjuk - nunjuk kea rah tertentu

- 6). Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- 7). Mencium sesuatu seperti sedang mambau bau-bauan tertentu
- 8). Menutup hidung
- 9). Sering meludah
- 10). Muntah
- 11). Menggaruk – garuk permukaan kulit.

## **8. Mekanisme Koping**

Mekanisme koping yang sering digunakan klien dengan halusinasi meliputi sebagai berikut:

### **a. Regresi**

Regresi berhubungan dengan proses informasi dan upaya yang digunakan untuk menanggulangi ansietas. Energi yang tersisa untuk aktivitas sehari-hari tinggal sedikit, sehingga klien menjadi malas beraktivitas sehari-hari.

### **b. Proteksi**

Dalam hal ini, klien mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau suatu benda.

### **c. Menarik diri**

Klien sulit mempercayai orang lain dan asik dengan stimulus internal

### **d. Keluarga mengingkari masalah yang di alami oleh klien**

## **9. Validasi Informasi Tentang Halusinasi**

Pengalaman halusinasi menjadi masalah untuk dibicarakan dengan orang lain. Kemampuan untuk bercakap-cakap tentang halusinasi yang dialami oleh klien sangat penting untuk bercakap-cakap tentang halusinasi yang dialami oleh klien sangat penting untuk memastikan dan memvalidasi pengalaman halusinasi tersebut. Perawat harus memiliki ketulusan dan perhatian yang penuh untuk dapat memfasilitasi percakapan tentang halusinasi. Perilaku klien yang mengalami halusinasi sangat tergantung pada jenis halusinasinya, apakah halusinasinya merupakan halusinasi pendengaran, penglihatan,



penghidu, pengecapan, perabaan, cenesthetic, kinesthetic.

Validasi informasi tentang halusinasi dapat diperlukan meliputi :

a. Isi halusinasi

Yang dialami oleh klien. Dapat dikaji dengan menanyakan suara siapa yang didengar dan apa yang dikatakan berkata jika halusinasi yang dialami adalah halusinasi pendengaran. Bentuk bayangan bagaimana yang dilihat klien bila jenis halusinasinya adalah halusinasi penglihatan. Bau apa yang tercium bila jenis halusinasinya adalah halusinasi penghidu. Rasa apa yang dikecap jika jenis halusinasi adalah halusinasi pengecapan. Merasakan apa di permukaan tubuh jika jenis halusinasi adalah halusinasi perabaan.

b. Waktu dan frekuensi halusinasi

Dapat dikaji dengan menanyakan kepada klien kapan pengalaman halusinasi muncul, berapa hari sekali, seminggu atau bulan pengalaman halusinasi itu muncul. Informasi ini sangat penting untuk mengidentifikasi pencetus halusinasi dan menentukan apabila klien perlu diperhatikan saat mengalami halusinasi.

c. Situasi pencetus halusinasi

Perawat perlu mengidentifikasi situasi yang dialami oleh klien sebelum mengalami halusinasi. Dapat dikaji dengan menanyakan kepada klien peristiwa atau kejadian yang dialami sebelum halusinasi itu muncul. Selain itu perawat juga bisa mengobservasi apa yang dialami oleh klien sebelum muncul halusinasi untuk memvalidasi pernyataan klien.

d. Respon klien

Untuk menentukan sejauh mana halusinasi telah mempengaruhi klien, bisa dikaji dengan menanyakan apa yang dilakukan klien saat mengalami pengalaman halusinasi. Apakah klien masih bisa mengobrol stimulus halusinasi atau tidak berdaya lagi terhadap halusinasi (Stuart & Laria, 2005).

## 10. Penatalaksanaan

Pengobatan harus secepat mungkin diberikan, disini peran keluarga sangat penting karena setelah mendapatkan perawatan di RSJ pasien dinyatakan boleh pulang sehingga keluarga mempunyai peranan yang sangat penting didalam hal merawat pasien, menciptakan lingkungan keluarga yang kondusif dan sebagai pengawasan minum obat:

### a. Jenis Dan Dosis Obat

Neuroleptika dengan dosis efektif bermanfaat pada penderita skizofrenia yang menahun, hasilnya lebih banyak jika mulai diberi dalam dua tahun penyakit. Neuroleptika dengan dosis efektif tinggi bermanfaat pada penderita dengan psikomotorik yang meningkat.

Kelas kimia	Nama generik (dagangan)	Dosis harian
Fenotiazin	Asetofenazin (Tidal)	60-12- mg
	Klopromazin ( Thorazine)	30-800 mg
	Flufenazine ( prolixine, Permit)	1-40 mg
	Mesoridazin ( Serentil)	30-400 mg
	Perfenazine ( Trilafon )	12-64 mg
	Proklorperazin ( Compazine )	15-150 mg
	Promazin ( Sparine )	40-1.200 mg
	Tiodazin ( Mellaril )	150-800 mg
	Trifluoperazine ( Stelazine )	2-40 mg
	Trifluopromazine ( Vesprin )	60-150 mg

Tioksanten	Kloprotiksen ( Tarctan )	75-600 mg
	Tiotiksen ( Navane )	8-30 mg
Butirofenon	Haloperidol ( Haldol )	1-100 mg
Dibenzondiazepin	Klozapin ( Clorazil )	300-900 mg
Dibenzokasazepin	Loksapin ( Loxitane )	20-150 mg
Dihidroindolon	Molindone ( Moban )	225-225

Sumber : (Prabowo, 2014)

b. Terapi kejang listrik

Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artificial dengan melewati aliran listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik dapat diberikan pada skizofrenia yang tidak mempan dengan terapi neuroleptika oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.

c. Psikoterapi dan rehabilitas

Psikoterapi suportif individual atau kelompok sangat membanbantu karena berhubungan dengan praktis untuk mempersiapkan pasien kembali ke masyarakat. Selain itu terapi kerja sangat baik untuk mendorong pasien bergaul dengan oang lain, pasien lain, perawat dan dokter. Maksudnya supaya pasien tidak mengasingkan diri karena dapat membentuk permainan atau latihan bersama, seperti terapi modalitas yang terdiri dari :

1). Terapi aktivitas

2). Terapi musik

Focus untuk mendengar, memainkan alat music, bernyanyi yaitu menikmati dengan relaksasi music yang disukai pasien.

3). Terapi seni

Focus untuk mengekspresikan perasaan melalui berbagai pekerjaan seni.

## 4). Terapi menari

Fokus pada ekspresi perasaan melalui gerakan tubuh.

## 5). Terapi relaksasi

Belajar dan praktik relaksasi dalam kelompok. Rasionalnya untuk coping atau perilaku mal adaptif atau deskriptif, meningkatkan partisipasi dan kesenangan pasien dalam kehidupan.

## 6). Terapi sosial

Pasien belajar bersosialisasi dengan pasien.

## 1. Terapi kelompok

a. Terapi group ( kelompok terapeutik )

b. Terapi aktivitas kelompok ( *adjunctive group activity therapy* )

c. TAK stimulus persepsi : Halusinasi

Sesi 1 : mengenal halusinasi

Sesi 2 : mengontrol halusinasi dengan menghardik

Sesi 3 : mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan

Sesi 4 : mencegah halusinasi dengan melakukan kegiatan

Sesi 5 : mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat

d. Terapi lingkungan

Suasana rumah sakit dibuat seperti suasana didalam keluarga

(Home like atmosphere).

## B. Asuhan Keperawatan Teoritis

### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses untuk tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Pengelompokan data pada pengkajian kesehatan jiwa, dapat berupa faktor, preipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping dan kemampuan yang dimiliki klien.

a. Identitas klien

Biasanya didapatkan identitas terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, tanggal pengkajian, tanggal dirawat, nomor rekam medis.

b. Alasan masuk

Biasanya klien sering berbicara sendiri, mendengar atau melihat sesuatu, suka berjalan tanpa tujuan, membanting peralatan dirumah, menarik diri.

c. Faktor predisposisi

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

d. Fisik

Biasanya tidak mengalami keluhan fisik

e. Psikososial

1). Genogram

Biasanya terlihat ada anggota keluarga yang mengalami kelainan jiwa, pola komunikasi klien terganggu begitupun dengan pengambilan keputusan dan pola asuh.

2). Konsep diri

a). Gambaran diri

Klien biasanya mengeluh dengan keadaan tubuhnya, ada bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.

b). Identitas diri

Klien biasanya mampu menilai identitasnya

## c). Peran diri

Klien biasanya menyadari peran sebelum sakit, sakit dirawat peran klien terganggu.

## d). Ideal diri

Klien biasanya tidak menilai diri

## e). Harga diri

Klien biasanya memiliki harga diri yang rendah sehubungan dengan sakitnya

## 3). Hubungan sosial

Biasanya klien kurang dihargai di lingkungan dan keluarga

## 4). Spiritual

## a) Nilai dan keyakinan

Biasanya klien dengan sakit jiwa di pandang tidak sesuai dengan norma agama dan budaya.

## b) Kegiatan ibadah

Biasanya menjalankan ibadah di rumah sebelumnya, saat sakit ibadah terganggu atau sangat berlebihan.

## f. Mental

## 5) Penampilan

Biasanya penampilan diri yang tidak rapi, tidak serasi cocok dan berubah dari biasanya.

## 6) Pembicaraan

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

## 7) Aktivitas motorik

Biasanya meningkat atau menurun, impulsive, kataton dan beberapa gerakan yang abnormal.

## 8) Alam perasaan

Biasanya berupa suasana emosi yang memanjang akibat dari faktor presipitasi. Misalnya sedih dan putus asa disertai apatis.

## 9) Afek

Biasanya afek sering tumpul, datar, tidak sesuai dan ambivalen.

## 10) Interaksi selama wawancara

Biasanya selama berinteraksi dapat dideteksi sikap klien yang tampak komat-kamit, tertawa sendiri, tidak terkait dengan pembicaraan.

## 11) Persepsi

- a) Biasanya Halusinasi apa yang terjadi dengan klien
- b) Biasanya data yang terkait tentang halusinasi lainnya yaitu berbicara sendiri dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindari dari orang lain, tidak dapat membedakan nyata atau tidak nyata, tidak dapat memusatkan perhatian, curiga, bermusuhan, merusak, takut, ekspresi muka tegang dan mudah tersinggung.

12) Biasanya klien tidak mampu mengorganisir dan menyusun pembicaraan logis dan koheren, tidak berhubungan, berbelit-belit. Ketidakmampuan klien ini sering membuat lingkungan takut dan merasa aneh terhadap klien

## 13) Isi fikir

Biasanya keyakinan klien tidak konsisten dengan tingkat intelektual dan latar belakang daya klien. Ketidakmampuan memproses stimulus internal dan eksternal melalui proses informasi dapat menimbulkan waham.

## 14) Tingkat kesadaran

Biasanya klien akan mengalami disorientasi terhadap orang, tempat dan waktu.

## 15) Memori

Biasanya terjadi gangguan daya ingat jangka panjang maupun jangka pendek. Mudah lupa, klien kurang mampu menjalankan peraturan yang telah disepakati, tidak mudah tertarik. Klien

berulang klien menanyakan waktu, menanyakan apakah tugasnya sudah dikerjakan dengan baik, permisi untuk satu hal.

16) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Biasanya kemampuan mengorganisasi dan konsentrasi terhadap realistis eksternal, suka menyelesaikan tugas, suka bekonsentrasi pada kegiatan atau pekerjaan dan mudah mengalihkan perhatian, mengalami masalah dalam memberikan perhatian.

17) Kemampuan penilaian

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

18) Daya tilik diri

Biasanya klien mengalami ketidakmampuan dalam mengambil keputusan. Menilai dan mengevaluasi diri sendiri, penilaian terhadap lingkungan dan stimulus, membuat rencana termasuk memutuskan, melaksanakan keputusan yang telah disepakati. Klien yang sama sekali tidak dapat mengambil keputusan merasa kehidupan sangat sulit, situasi ini sering mempengaruhi motivasi dan inisiatif klien.

g. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan

Biasanya keadaan berat, klien sibuk dengan halusinasi dan cenderung tidak memperhatikan diri termasuk tidak peduli makanan karena tidak memiliki minat dan kepedulian.

2) BAK dan BAB

Biasanya observasi kemampuan klien untuk BAK atau BAB serta kemampuan klien untuk membersihkan diri.

3) Mandi

Biasanya klien mandi berulang-ulang atau tidak mandi sama sekali.



- 4) Berpakaian  
Biasanya tidak rapi, tidak sesuai dan tidak diganti.
- 5) Istirahat  
Biasanya observasi tentang lama dan waktu tidur siang dan malam.  
Biasanya istirahat klien terganggu bila halusinasinya datang.
- 6) Pemeliharaan kesehatan  
Biasanya pemeliharaan kesehatan klien selanjutnya, peran keluarga dan sistem pendukung sangat menentukan.
- 7) Aktivitas dalam rumah  
Biasanya klien tidak mampu melakukan aktivitas didalam rumah seperti menyapu.
- 8) Aspek medis  
Tindakan medis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi yaitu sebagai berikut:
  1. Haloperidol (HLP)
  2. Chlorpromazina (CPZ)
  3. Triflu perazin (TFZ)
  4. Triplofrazine arkine.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Masalah keperawatan yang mungkin muncul menurut Prabowo, (2014), adalah sebagai berikut:

### **a. Perubahan sensori persepsi : Halusinasi**

Adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistori. Penyebab nya yaitu gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan penghiduan, hipoksia serebral, penyalahgunaan zat, usia lanjut dan pemajanan toksin lingkungan. Gejala subjektif yaitu mendengarkan suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indera

perabaan, penciuman dan pengecapan. Gejala objektif yaitu distorsi sensori, respons tidak sesuai, bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu. Kondisi klinis yaitu Glaukoma, katarak, gangguan refraksi, trauma okuler, infeksi okuler (PPNI, 2016).

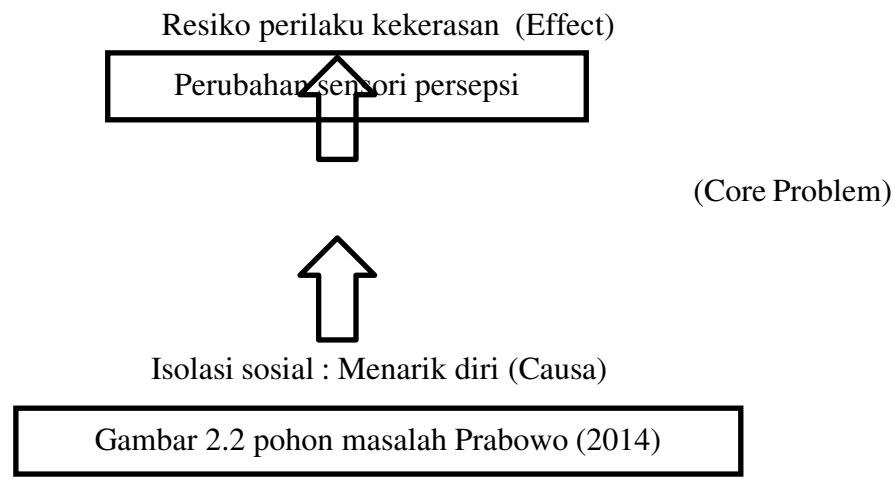
**b. Resiko perilaku kekerasan**

Adalah kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain atau merusak lingkungan. Penyebab yaitu ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah, perubahan status mental dan putus obat. Gejala Subjektif yaitu mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras dan bicara ketus. Gejala Objektif yaitu menyanggah orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan dan perilaku agresif. Kondisi klinis yaitu *attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)*, gangguan perilaku (PPNI, 2016).

**c. Isolasi Sosial**

Adalah ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka dan interdependen dengan orang lain. Penyebab yaitu keterlambatan perkembangan, ketidakmampuan menjalin hubungan yang memuaskan, perubahan penampilan fisik dan perubahan status mental. Gejala subjektif yaitu merasa ingin sendirian, merasa tidak aman di tempat umum. Gejala Objektif yaitu menarik diri, tidak berminat atau menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan. Kondisi klinis yaitu Penyakit Alzheimer, kondisi yang menyebabkan gangguan mobilisasi dan gangguan psikiatrik (PPNI, 2016)

### 3. Pohon Masalah



### 4. Intervensi Keperawatan

Menurut Irman Veolina (2016), mengemukakan bahwa rencana tindakan keperawatan pada klien dan keluarga yaitu sebagai berikut :

#### a. Diagnosa keperawatan : halusinasi

Tindakan keperawatan pada pasien

##### a. Tujuan

- 1) Pasien mampu membina hubungan saling percaya
- 2) Pasien mampu mengenal dan mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik
- 3) Pasien mampu mengenal halusinasi dan mampu mengontrol halusinasi dengan enam minum obat
- 4) Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap
- 5) Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari

##### b. Tindakan

- 6) Membina hubungan saling percaya dengan pasien

- 7) Membantu pasien menyadari gangguan sensori persepsi halusinasi
- 8) Melatih pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, 6 (enam) benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan.

Strategi pelaksanaan tindakan pada pasien yaitu:

- a. Strategi pelaksanaan 1 : Menghardik
  - 1) Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien
  - 2) Mengidentifikasi isi halusinasi klien
  - 3) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien
  - 4) Mengidentifikasi waktu terjadi halusinasi klien
  - 5) Mengidentifikasi situasi pencetus yang menimbulkan halusinasi pada klien
  - 6) Mengidentifikasi perasaan klien saat halusinasi muncul
  - 7) Mengidentifikasi respon pasien saat halusinasi muncul
  - 8) Mengidentifikasi upaya yang dilakukan oleh pasien saat halusinasi Muncul
  - 9) Mengidentifikasi cara mengontrol halusinasi dengan cara Menghardik
  - 10) Mengidentifikasi cara melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
  - 11) Masukkan kedalam jadwal kegiatan
- b. Strategi pelaksanaan 2 : enam benar minum obat
  - 1) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi
  - 2) Validasi kemampuan pasien mengenal halusinasi yang dialami dan kemampuan pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik, berikan pujian
  - 3) Evaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
  - 4) Latih cara mengontrol halusinasi dengan patuh obat ( jelaskan 6 benar: jenis, waktu, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat)

- 5) Masukan pada jadwal kegiatan untuk minum obat sesuai jadwal
- c. Strategi pelaksanaan 3 : bercakap – cakap
- 1) Evaluasi gejala halusinasi
  - 2) Validasi kemampuan pasien dengan mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat, berikan pujian
  - 3) Evaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat sesuai jadwal
  - 4) Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap saat terjadi halusinasi
  - 5) Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan
- d. Strategi pelaksanaan 4 : Melakukan aktivitas sehari-hari
- 1) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi
  - 2) Validasi kemampuan pasien untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat dan bercakap-cakap dengan orang lain, berikan pujian
  - 3) Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian ( Mulai 2 kegiatan )
  - 4) Masukan pada jadwal kegiatan untuk melakukan kegiatan harian

Tindakan keperawatan pada keluarga:

b. Tujuan

- 1) Mengenal masalah halusinasi dan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien
- 2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi ( Menggunakan booklet )
- 3) Merawat pasien halusinasi
- 4) Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan untuk mengontrol Halusinasi
- 5) Mengenal tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan
- 6) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

c. Tindakan Keperawatan

- 1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat Pasien
- 2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi
- 3) Melatih keluarga cara merawat pasien halusinasi
- 4) Membimbing keluarga merawat pasien halusinasi
- 5) Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga dan Lingkungan untuk mengontrol halusinasi
- 6) Mendiskusikan dengan keluarga tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan
- 7) Menganjurkan *follow up* ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

Strategi pelaksanaan tindakan keluarga yaitu :

1. Strategi pelaksanaan 1

- 1) Diskusikan masalah yang di rasakan dengan merawat pasien
- 2) Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya halusinasi
- 3) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan melatih cara menghardik halusinasi
- 4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan Pujian

2. Strategi pelaksanaan 2

- 1) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi halusinasi pasien dan merawat/ melatih pasien menghardik, memberikan obat, berikan pujian atas upaya yang telah dilakukan keluarga
- 2) Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk megontrol halusinasi
- 3) Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi

- 4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian
3. Strategi pelaksanaan 3
  - 1) Evaluasi kemampu keluarga mengidentifikasi halusinasi pasien dan merawat atau melatih pasien menghardik, memberikan obat, berikan pujian atas upaya yang telah dilakkan keluarga
  - 2) Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi
  - 3) Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi
  - 4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian
4. Strategi pelaksanaan
  - 1) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi pasien
  - 2) Merawat atau malatih pasien cara menghardik, memberikan obat dan bercakap-cakap, berikan pujian atas upaya yang telah di lakukan oleh keluarga
  - 3) Jelaskan follow up ke PKM, tanda kambuh, rujukan
  - 4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberika Pujian

#### **b.Diagnosa Keperawatan : Perilaku Kekerasan**

Tindakan keperawatan pada klien

- 5) Tujuan
  - a) Pasien mampu membina hubungan saling percaya
  - b) Pasien mampu menjelaskan penyebab marah
  - c) Pasien mampu menjelaskan perasaan cara mengontrol ras marah atau perilaku kekerasan
  - d) Pasien mampu menjelaskan perilaku yang dilakukan saat marah
  - e) Pasien mampu melatih kegiatan fisik dalam menyalurkan Kemarahan
  - f) Pasien mampu melatih kegiatan fisik dalam menyebutkan kemarahan

- g) Pasien mampu memakan obat secara teratur
- h) Pasien mampu melatih kegiatan bicara saat marah
- i) Pasien mampu melatih kegiatan ibadah untuk mengendalikan rasa marah

Tindakan keperawatan pada pasien

- a. Membina hubungan saling percaya
  - b. Diskusikan bersama pasien penyebab rasa marah yang
  - c. Menyebabkan perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu
  - d. Diskusikan tanda-tanda pada klien jika terjadi perilaku kekerasan
  - e. Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat Marah
  - f. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
  - g. Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan
1. Strategi pelaksanaan 1 pada pasien : Mengidentifikasi pengkajian dan latihan nafas dalam dan memukul kasur dan bantal
- 2) Identifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dilakukan klien
  - 3) Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik, obat, verbal, Spiritual
  - 4) Mengidentifikasi latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal
  - 5) Masukkan ke dalam jadwal harian
- c. Strategi pelaksanaan 2 : Latihan patuh minum obat
- 1) Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
  - 2) Validasi kemampuan melakukan tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal. Tanyakan manfaatnya dan berikan pujian ke klien
  - 3) Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat ( Jelaskan 6 benar obat : Benar nama, benar jenis, benar dosis, benar waktu, benar cara, kontinuitas minum obat dan dampak apabila tidak kontinu



dalam minum obat)

- 4) Masukan kedalam jadwal kegiatan latihan fisik dan minum obat
- d. Strategi pelaksanaan 3 : Latihan secara sosial atau verbal
- 1) Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
  - 2) Validasi kemampuan melakukan tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal, makan obat dan patuh dan benar. Tanyakan manfaatnya dan berikan pujian ke klien
  - 3) Latih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal ( tiga cara yaitu mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar)
  - 4) Masukan kedalam jadwal kegiatan latihan fisik, minum obat dan verbal
- e. Strategi pelaksanaan 4 : Latihan secara spiritual
- 1) Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
  - 2) Validasi kemampuan melakukan tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal, makan obat dengan benar dan patuh, bicara yang baik. Tanyakan manfaatnya dan berikan pujian ke klien
  - 3) Latih cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual (2 kegiatan)
  - 4) Masukan kedalam jadwal kegiatan latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual

Tindakan keperawatan pada keluarga

#### 1. Tujuan

- a. Keluarga mampu mengenal masalah resiko perilaku kekerasan
- b. Keluarga mampu memutuskan untuk melakukan perawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan
- c. Keluarga mampu merawat pasien risiko perilaku kekerasan
- d. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang konsusuif supaya pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dan mengurangi stresor yang menimbulkan perilaku kekerasan

- e. Keluarga mampu mengenal tanda kekambuhan dan mencari pelayanan Kesehatan

#### Tindakan keperawatan keluarga

- a. Mendiskusikan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya perilaku kekerasan atau risiko perilaku kekerasan
- b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya perilaku kekerasan atau risiko perilaku kekerasan
- c. Melatih keluarga cara merawat risiko perilaku kekerasan
- d. Membimbing keluarga merawat risiko perilaku kekerasan
- e. Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasien untuk mengontrol emosinya
- f. Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas pelayanan kesehatan
- g). Menganjurkan *follow up* ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur

#### Strategi pelaksanaan pada keluarga

1. Strategi pelaksanaan 1 : Cara merawat pasien dan latihan fisik 1
  - a. Diskusikan masalah yang dirasakan saat merawat pasien
  - b. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya perilaku kekerasan (gunakan booklet)
  - c. Jelaskan cara merawat pasien perilaku kekerasan
  - d. Latih satu cara merawat perilaku kekerasan secara fisiki 1 dan 2
  - e. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian
2. Strategi pelaksanaan 2 : Latihan cara memberi minum obat
  - a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan pasien
  - b. Validasi kemampan keluarga dalam merawat atau melatih pasien secara fisik dan Berikan pujian
  - c. Jelaskan 6 benar obat
  - d. Anjurkan membantu pasien melakukan kegiatan atau latihan sesuai jadwal

3. Strategi pelaksanaan 3 : Latihan cara sosial atau verbal
  - a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan pasien
  - b. Validasi kemampnan keluarga dalam merawat atau melatih pasien secara fisik dan 2, memberikan obat. Berikan pujian
  - c. Jelaskan cara mengontrol rasa marah dengan cara verbal atau sosial (meminta, menolak, mengungkapkan perasaan). Latih secara verbal atau Sosial)
  - d. Anjurkan membantu pasien melakukan kegiatan atau latihan sesuai jadwal dan berikan pujian
4. Strategi pelaksanaan 4 : Latihan cara spiritual
  - a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan pasien
  - b. Validasi kemampnan keluarga dalam merawat atau melatih pasien secara fisik dan 2, patuh minum obat dan cara verbal atau sosial. Berikan pujian
  - c. Jelaskan cara mengontrol rasa marah dengan cara spiritual (latih cara spiritual, jelaskan follow up ke puskesmas, tanda kambuh, identifikasi kendala atau kesulitan dalam melakukan kegiatan
  - d. Jelaskan cara mengontrol rasa marah pasien jika sudah terjadi perilaku
  - e. merusak diri dan atau lingkungan, latih cara pengekangan dan proses rujukan
  - f. Anjurkan membantu pasien melakukan kegiatan atau latihan sesuai jadwal dan berikan pujian

**b. Diagnosa Keperawatan : Isolasi Sosial**

Tindakan keperawatan pada klien

1. Tujuan:
  - a. Pasien mampu membina hubungan saling percaya
  - b. Pasien mampu menyadari isolasi sosial yang dialaminya
  - c. Pasien mampu berinteraksi secara bertahap dengan anggota keluarga

dan lingkungan sekitarnya

- d. Pasien mampu berkomunikasi saat melakukan kegiatan rumah tangga dan kegiatan social

2. Tindakan:

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Membantu pasien menyadari perilaku isolasi social
- c. Melatih pasien berinteraksi dengan orang lain secara bertahap

Strategi pelaksanaan tindakan pada klien yaitu:

1. Strategi Pelaksanaan 1

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Membantu pasien menyadari masalah isolasi social
- c. Melatih pasien bercakap-cakap secara bertahap antara pasien dan anggota keluarga
- d. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan

2. Strategi pelaksanaan 2

- a. Evaluasi tanda dan gejala isolasi social
- b. Validasi kemampuan pasien dalam berkenalan, beri pujian
- c. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2-3 orang tetangga atau tamu)
- 5. Masukkan pada jadwal kegiatan harian

3. Strategi Pelaksanaan 3

- a. Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial
- b. Validasi kemampuan berkenalan dan bicara saat melakukan kegiatan harian, berikan pujian
- c. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan (2 kegiatan baru dengan 4-5 orang)
- d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan

4. Strategi Pelaksanaan 4

- a. Mengevaluasi tanda dan gejala isolasi sosial
- b. Validasi kemampuan pasien dalam berkenalan dan bicara saat

- melakukan empat kegiatan harian, berikan pujian
- c. Tanyakan perasaan saat melakukan kegiatan
- d. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan sosial
- e. Masukkan pada jadwal kegiatan harian

#### Tindakan keperawatan pada keluarga

1. Tujuan
  - a. Keluarga mampu mengenal masalah isolasi sosial
  - b. Keluarga mampu memutuskan untuk melakukan perawatan pada pasien isolasi sosial
  - c. Keluarga mampu merawat pasien isolasi sosial dengan mengajarkan dan mendampingi pasien berinteraksi secara bertahap, berbicara saat melakukan kegiatan rumah tangga dan kegiatan sosial
  - d. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang kondusif agar pasien mampu berinteraksi dengan lingkungan sekitar
  - e. Keluarga mampu mengenal tanda kekambuhan dan mencari pelayanan kesehatan
2. Tindakan:
  - a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
  - b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya isolasi sosial
  - c. Melatih keluarga cara merawat pasien isolasi sosial
  - d. Membimbing keluarga merawat pasien isolasi sosial
  - e. Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung peningkatan hubungan sosial pasien
  - f. Mendiskusikan dengan keluarga tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan
  - g. Mengajukan *follow up* ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

Strategi pelaksanaan tindakan pada keluarga yaitu:

1. Strategi Pelaksanaan

- a. Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- b. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya isolasi sosial
- c. Memberi kesempatan keluarga untuk memutuskan perawatan pasien
- d. Jelaskan cara merawat pasien isolasi sosial
- e. Melatih dua cara merawat: berkenalan dan melakukan kegiatan harian
- f. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

3. Strategi Pelaksanaan 2

- a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala isolasi sosial pasien
- b. Validasi kemampuan keluarga melatih pasien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan, berikan pujian
- c. Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan pasien berbicara
- d. Latih cara membimbing pasien berbicara
- e. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal

4. Strategi Pelaksanaan 3

- a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala isolasi sosial pasien
- b. Validasi kemampuan keluarga melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan rumah tangga, berikan pujian
- c. Jelaskan cara melatih pasien bercakap-cakap dalam melakukan kegiatan
- d. Jelaskan cara melatih keluarga mendampingi pasien melakukan kegiatan.
- e. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

5. Strategi Pelaksanaan 4

- a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala isolasi sosial

pasien

- b. Validasi kemampuan keluarga merawat/ melatih pasien
- c. Jelaskan follow up ke PKM, tanda kambuh, dan rujukan
- d. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

### **3. Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah pelaksanaan keperawatan oleh klien. Hal yang harus diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah tindakan keperawatan yang akan dilakukan implementasi pada klien dengan GSP : halusinasi dilakukan secara interaksi dalam melaksanakan tindakan keperawatan, perawat harus lebih dulu melakukan :

1. Bina hubungan saling percaya (BHSP).
2. Identifikasi, waktu, frekuensi, situasi, respon klien
3. terhadap halusinasi
4. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
5. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat
6. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap
7. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melaksanakan kegiatan terjadwal.

### **4. Evaluasi Keperawatan**

1. Evaluasi kemampuan pasien halusinasi berhasil apabila pasien dapat Mengenal halusinasi, Mengontrol halusinasi dengan cara :
  - a) Menghardik
  - b) Bercakap-cakap dengan orang lain
  - c) Melakukan aktivitas yang terjadwal
  - d) Menggunakan obat secara teratur
2. Evaluasi kemampuan keluarga (pelaku perawat) Halusinasi berhasil apabila keluarga dapat :
  - a) Mengenai halusinasi yang di alami pasien (pengertian, tanda dan

gejala, proses terjadinya halusinasi dan akibat jika halusinasi tidak diatasi).

- b) Mengambil keputusan merawat halusinasi.
- c) Merawat halusinasi.
- d) Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung.



## **BAB III METODE PENELITIAN**

### **A. Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus, dimana penelitian ini diarahkan untuk mendeskripsikan dan menggambarkan penerapan asuhan keperawatan jiwa pada keluarga dengan halusinasi pendengaran di wilayah kerja Puskesmas Ambacang Kota Padang.

### **B. Tempat Dan Waktu Penelitian**

Penelitian yang telah dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Ambacang Kota Padang tahun 2023. Waktu penelitian telah dilakukan dari bulan Oktober 2022 sampai bulan Mei 2023. Pendampingan kasus telah dilakukan selama 12 hari, dengan melakukan kunjungan klien dan keluarga untuk memberikan asuhan keperawatan dimulai dari tanggal 30 Januari-10 Februari 2023.

### **C. Subjek penelitian**

#### **1. Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien skizofenia yang tercatat dan berkunjung ke Puskesmas Ambacang Kota Padang Pada bulan Januari 2023, yang berjumlah 10 kasus skizofrenia. Dan terdapat 6 kasus dengan gangguan halusinasi pendengaran.

#### **2. Sampel**

Sampel penelitian ini diambil dari 6 orang pasien dengan gangguan halusinasi pendengaran yang mengunjungi Puskesmas Ambacang Kota Padang.

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

- a. Kriteria Inklusi
  - 1). Klien bersedia menjadi responden
  - 2). Klien dengan skizofrenia yang mengalami halusinasi pendengaran
  - 3). Klien yang kooperatif
  - 4). Klien berada di wilayah kerja Puskesmas Ambacang
- b. Kriteria eksklusi
  - 1) Klien mengundurkan diri sebelum proses wawancara selesai
  - 2) Klien tidak kooperatif
  - 3) Klien yang tidak berada di tempat saat waktu penelitian (selama 3 hari berturut-turut).

Dari 6 orang responden gangguan halusinasi pendengaran dilakukan screening sehingga di dapatkan 4 orang yang memenuhi kriteria inklusi dan 2 orang tidak memenuhi kriteria inklusi karena klien tidak kooperatif. Maka peneliti memilih responden dengan cara teknik *simple random sampling* yaitu mengundi 4 orang pasien sehingga didapatkan 1 orang sampel utama penelitian yaitu Bapak E.

#### **D. Alat Atau Instrument Pengumpulan Data**

Alat dan instrument pengumpulan data yang digunakan adalah format tahap proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan cara anamnesa, pemeriksaan fisik yang terdiri dari tensimeter, stetoskop, thermometer dan pengukuran berat badan.

##### 1. Format pengkajian

Terdiri dari identitas pasien, alasan masuk, faktor predisposisi, pemeriksaan fisik, psikososial, genogram, konsep diri dan program pengobatan.

##### 2. Format analisa data

Terdiri dari nama pasien, etiologi (pohon masalah).

3. Format diagnosa keperawatan

Terdiri dari nama pasien, diagnosa keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.

4. Format rencana asuhan keperawatan

Terdiri dari nama pasien, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan.

5. Format implementasi keperawatan

Terdiri dari nama pasien, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.

6. Format evaluasi keperawatan

Terdiri dari nama pasien, hari dan tanggal diagnose keperawatan, evaluasi keperawatan dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.

## **E. Metode Pengumpulan Data**

Pengumpulan data yang dilakukan peneliti menggunakan teknik oengumpulan data secara wawancara, observasi, pengukuran dan studi dokumentasi.

1. Wawancara

Data yang didapatkan dari wawancara dilakukan peneliti dengan menggunakan format pengkajian keperawatan jiwa. Wawancara dilakukan tentang identitas klien, alasan masuk, keluhan utama, faktor predisposisi, psikososial, konsep diri, hubungan sosial dan mekanisme koping.

2. Observasi

Peneliti mengobservasi kondisi klien dengan melakukan pengamatan secara langsung, melihat keadaan umum dan respon klien untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti. Data yang didapat dari observasi yaitu penampilan, pembicaraan, aktivitas motorik, tingkat kesadaran, tingkat konsentrasi dan berhitung.

### 3. Dokumentasi

Studi dokumentasi yang dapat dijadikan sebagai teknik pengumpulan data. Beberapa data yang didapatkan bersumber dalam bentuk kebijakan, foto, dokumen, hasil rapat, jurnal dan lain-lain.

## **F. Jenis data**

### 1. Data primer

Data primer pada penelitian ini adalah data yang didapatkan langsung dari penderita gangguan halusinasi pendengaran dan keluarganya meliputi : identitas pasien, riwayat kesehatan, pola aktivitas sehari-hari dan pemeriksaan fisik terhadap pasien dan keluarga.

Data yang diperoleh dapat dikelompokkan menjadi :

#### a) Data objektif

Data objektif yang didapatkan dari klien gangguan halusinasi pendengaran yaitu klien tampak gelisah, bingung, berbicara sendiri dan kontak mata kurang.

#### b) Data subjektif

Data subjektif yang didapatkan dari Bapak E yang mengalami gangguan halusinasi pendengaran yaitu bapak E mengatakan mendengar suara yang serupa dengan saudara perempuannya, suara tersebut membuatnya gelisah dan merasa terganggu.

### 2. Data sekunder

Data sekunder yang digunakan pada penelitian ini meliputi dari nama kunjungan klien di Puskesmas Ambacang Kota Padang. Dalam penelitian ini data sekunder yang didapatkan yaitu 6 orang dengan halusinasi pendengaran.

## **G. Prosedur Kerja**

1. Peneliti meminta surat izin survey data dari institusi Poltekkes Kemenkes RI Padang ke Dinas Kesehatan Kota Padang.
2. Peneliti mendatangi dinas kesehatan kota padang dan menyerahkan surat izin peneliti dari institusi untuk mendapatkan rekomendasi penelitian.
3. Peneliti mendatangi puskesmas Ambacang untuk menyerahkan surat izin survey data dari Dinas Kesehatan Kota Padang dan meminta izin kepada Puskesmas Ambacang Kota Padang untuk melakukan survey data.
4. Peneliti mendatangi pemegang wilayah gangguan jiwa, yang berkunjung ke Puskesmas Ambacang pada bulan Januari 2023 sebagai data populasi serta meminta alamat pasien tersebut. Peneliti mendapatkan 10 orang dengan skizofrenia di antara 10 orang tersebut terdapat 6 orang dengan gangguan halusinasi pendengaran. Setelah itu peneliti menentukan sampel dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Dari 6 orang data gangguan halusinasi pendengaran 2 orang diantaranya tidak memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.
5. Peneliti kemudian menentukan sampel dengan teknik simple random sampling melalui cara undian, dari 4 orang yang memenuhi kriteria didapatkan 1 orang responden utama.
6. Peneliti mengunjungi rumah responden dan menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan, serta memberikan informed consent ke responden dan keluarga untuk di tanda tangani dan diberikan waktu untuk bertanya.
7. Peneliti melakukan kontrak waktu dan tempat untuk melakukan asuhan keperawatan jiwa pada keluarga selama 12 kali kunjungan rumah.
8. Peneliti meminta waktu responden untuk melakukan pengkajian menggunakan format pengkajian keperawatan jiwa dengan cara wawancara, observasi dan dokumentasi.
9. Peneliti akan melakukan intervensi, implementasi dan evaluasi kepada responden dan keluarga kemudian peneliti melakukan terminasi.

## **H. Analisis Data**

Analisis data dilakukan berdasarkan data-data yang telah diperoleh kemudian dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif. Hasil analisa data tersebut kemudian dirumuskan menjadi diagnosis keperawatan sesuai dengan standar diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI), menyusun intervensi keperawatan berdasarkan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI), melaksanakan implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Setelah didapatkan hasil pengkajian hingga evaluasi keperawatan, peneliti kemudian membandingkan hasil tersebut dengan konsep asuhan keperawatan teoritis.

## **BAB IV**

### **DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS**

#### **A. Deskripsi Kasus**

Deskripsi kasus menjelaskan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosa keperawatan, merencanakan intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan di wilayah kerja Puskesmas Ambacang Kota Padang mulai dari tanggal 30 Januari 2023 Sampai dengan tanggal 10 Februari 2023 dengan jumlah kunjungan sebanyak 12 kali kunjungan.

##### **a. Pengkajian Keperawatan**

###### **a. Identitas Pasien**

Partisipan Bapak E merupakan seorang klien rawat jalan di Puskesmas Ambacang Kota Padang dengan diagnosa halusinasi pendengaran. Bapak E berjenis kelamin laki-laki, berusia 52 tahun, status belum menikah, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan buruh harian lepas, agama islam, alamat di By Pass KM 7.5 RT 01/RW 05 Ketaping, Kampung Dayak, Kota Padang, Sumatera Barat. Sumber informasi dari klien dan keluarga.

###### **b. Keluhan Saat Pengkajian**

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 30 Januari 2023 jam 11.30 WIB, pasien mengatakan apabila tidak ada kegiatan pasien sering bermenung sehingga menimbulkan suara-suara aneh yang serupa dari saudara perempuannya, klien mengatakan suara tersebut seperti merayu klien. Isi halusinasi tersebut seperti memanggil nama klien dan menyuruh untuk menyakiti kakak klien. Waktu dan frekuensi halusinasi tersebut yaitu pada pagi, siang dan malam hari dan frekuensi nya 10 menit. Situasi pencetus suara tersebut muncul saat klien sedang tidak ada kegiatan dan saat bermenung sendirian.

Klien mengalami sulit tidur. Klien mengatakan suara tersebut membuatnya gelisah dan merasa terganggu. Dari data observasi klien tampak gelisah, bingung dan kontak mata kurang.

Klien mengatakan suara tersebut membuatnya gelisah, klien suka emosi. Emosi klien muncul apabila klien mendapatkan perlakuan yang tidak sesuai keinginannya. Dari data observasi klien tampak curiga kepada orang lain dan mudah tersinggung. Klien mengatakan mandi 3x sehari tetapi tidak menggunakan sabun dan klien jarang menggosok gigi. Dari data observasi klien mengalami bau badan, gigi berwarna kuning dan bau mulut.

c. Faktor predisposisi

1) Gangguan jiwa dimasa lalu

Keluarga mengatakan klien sudah mengalami gangguan jiwa pada umur 28 tahun. Awal klien mengalami gangguan jiwa saat klien merasa terganggu pada suara saudara perempuannya yang mengatakan suka sama klien dan membuat klien selalu berfikir.

2) Pengobatan sebelumnya

Keluarga mengatakan klien sebelumnya pernah berobat ke Rumah Sakit Jiwa Hb Saanin Padang. Pada saat itu klien mendapatkan terapi obat Haloperidol, chlorpromazine dan Trihexyphenidly HCL. Beberapa bulan setelah klien keluar dari RSJ keluarga mengatakan pasien putus obat karna klien merasa dirinya sudah sembuh. Sehingga klien sudah tidak mau minum obat yang diberikan oleh rumah sakit atau puskesmas.

d. Trauma dan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan dirinya belum pernah menjadi pelaku tindak kekerasan dan seksual.



e. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

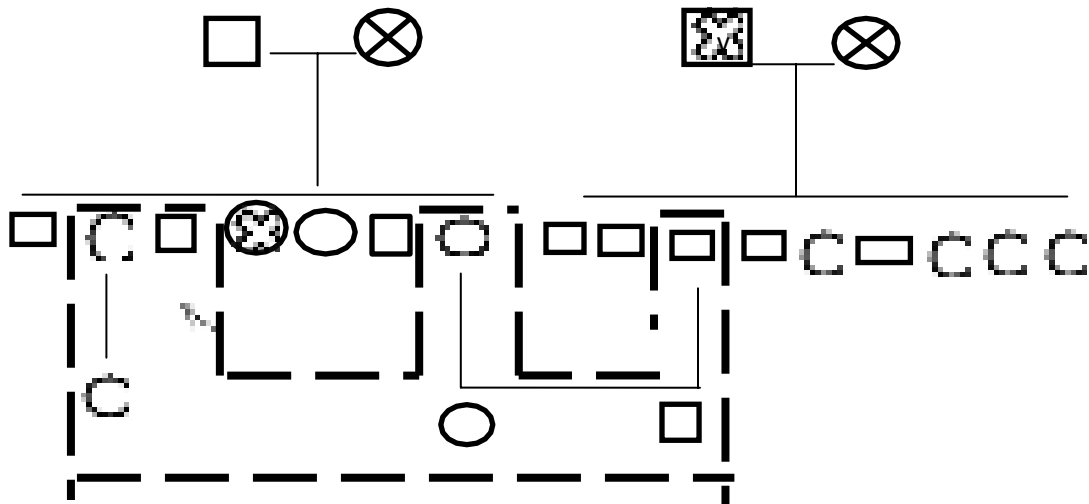
Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga lainnya yang mengalami gangguan jiwa seperti yang di alami oleh Tn.E.

f. Pemeriksaan fisik

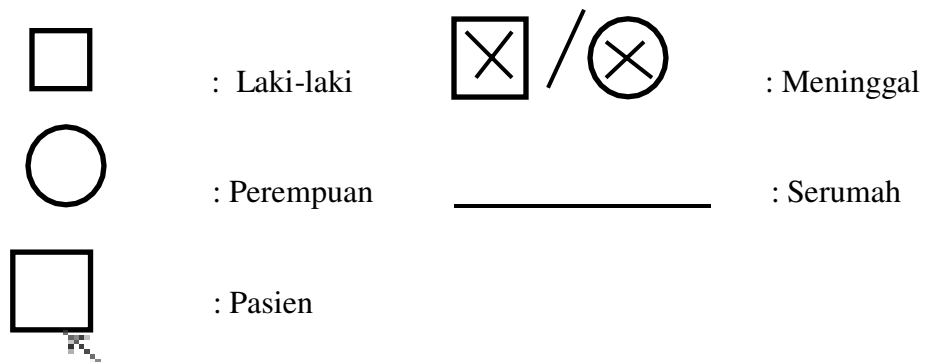
Hasil pemeriksaan fisik pada klien didapatkan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 124/80 mmHg, nadi 85 x/mnit, frekuensi pernapasan 20 x/menit, suhu 36,7, tinggi badan 168 cm dan berat badan 58 kg. Klien mengatakan tidak ada keluhan fisik lainnya.

g. Psikososial

1) Genogram



Keterangan :



## 2) Konsep diri

Konsep diri terdiri dari lima yaitu citra tubuh, identitas diri, peran diri, ideal diri dan harga diri. Pada citra tubuh Tn. E mengatakan ia menyukai semua anggota tubuhnya, identitas diri Tn. E merupakan seorang laki-laki berumur 52 tahun, anak ketiga dari tujuh bersaudara. Saat ini Tn.E belum menikah, Tn.E tinggal dengan keluarganya. Peran diri, untuk peran Tn.E tidak mengetahui tentang perannya.

Ideal diri, Tn.E mengatakan ingin sembuh melupakan masalah yang tidak menyenangkan pada dirinya. Harga diri, Tn.E mengatakan dirinya tidak dapat menikah karena penyakit yang dialaminya.

## 3) Hubungan sosial

Hasil pengkajian hubungan sosial antara lain pasien mengatakan orang yang berarti baginya adalah keluarganya. Pasien mengatakan pernah ikut serta dalam kegiatan yang ada di lingkungannya yaitu pengkajian pemuda di tempat tinggalnya.

## 4) Spiritual

Tn.E mengatakan beragama islam, percaya dengan Allah SWT. Dalam kegiatan ibadah, Tn.E mengatakan jarang menjalankan ibadah sholat 5 waktu. Pasien mengatakan rutin untuk melakukan pengajian 3 kali seminggu.

## 5) Status mental

Hasil pengkajian status mental pasien pada Tn.E berpenampilan tidak rapi, penggunaan baju sesuai dengan cara berpakaian seperti biasa, rambut acak-acakan, tangan bersih dan kuku pendek. Selama wawancara pasien kooperatif, berbicara lambat dan tidak mampu untuk memulai pembicaraan. Proses pikir pasien berbelit-belit dan mengulang pembicaraan.

## 6) Persepsi

Tn.E mengatakan susah tidur karena mendengar suara-suara aneh tersebut. Pasien mengatakan suara terdengar seperti merayu pasien. Pasien mengatakan suara-suara yang didengar membuatnya gelisah dan terganggu.

## 7) Aktivitas motorik

Keluarga mengatakan Tn.E baik dalam melakukan kegiatan.

## 8) Aktivitas sehari-hari

Tn.E bisa melakukan makan dengan mandiri dan menghabiskan makanan tersebut, serta membersihkan alat makan. Tn.E mampu BAB pada tempatnya 1x sehari. Tn.E mengatakan kalau BAK tidak terlalu sering karena kurang banyak mengkonsumsi air biasanya sehari sampai 4-5x sehari dan mampu membersihkan kamar mandi setelah digunakannya.

## 9) Mekanisme koping

Tn. E memiliki mekanisme koping yang maladaptif, karena ketika Tn. E emosi ia suka mengamuk dan marah-marah.

## h. Aspek medis

Diagnosis medis klien skizofrenia, klien minum obat, haloperidol 2x1 mg, Resperidon 2x1 mg, chlorpromazine 1x25 mg dan Trihexyphenidly HCL.

**b. Analisis Data**

Dari hasil pengkajian didapatkan data yang akan di analisis yaitu sebagai berikut :

Data subjektif : pasien mengatakan susah tidur karena mendengar suara-suara saudara perempuannya. Pasien mengatakan suara terdengar seperti merayu pasien. Pasien mengatakan suara yang di dengar membuatnya gelisah dan merasa terganggu. Pasien mengatakan suara tersebut muncul

3-4x/hari yaitu pada pagi, siang dan malam hari.

Data Objektif : pasien tampak gelisah, bingung dan kontak mata kurang

Masalah : dari data yang didapatkan adalah gangguan persepsi sensori :  
halusinasi pendengaran

Data subjektif : pasien mengatakan suara-suara yang didengar membuatnya gelisah dan merasa terganggu. Pasien mengatakan suka emosi, keluarga juga mengatakan pasien kadang-kadang suka berteriak. Emosi klien muncul apabila klien mendapatkan perlakuan yang tidak baik seperti keinginan yang tidak terpenuhi dan apabila tidak dihargai oleh lingkungan sekitar.

Data objektif : klien tampak mudah tersinggung, tampak curiga kepada orang lain.

Masalah : dari data yang didapatkan adalah resiko perilaku kekerasan.

Data subjektif : Klien mengatakan mandi 3x sehari tetapi tidak menggunakan sabun dan jarang menggosok gigi.

Data objektif : klien mengalami bau badan, gigi dan mulut.

Masalah : dari data yang didapatkan adalah defisit perawatan diri

### **c. Diagnosis Keperawatan**

Hasil pengkajian didapatkan diagnosis keperawatan terdapat 3 diagnosa yaitu: diagnosa pertama gangguan persepsi:halusinasi pendengaran ditandai dengan pasien mengatakan susah tidur Karena mendengar suara saudara perempuannya. Pasien mengatakan suara tersebut seperti merayu pasien. Pasien mengatakan suara tersebut membuat nya gelisah dan merasa terganggu. Pasien tampak gelisah, bingung dan kontak mata kurang.

Diagnosis kedua adalah resiko perilaku kekerasan ditandai dengan pasien mengatakan suara-suara yang didengar membuatnya sedih dan marah karena teringat sama saudara perempuannya. Keluarga mengatakan pasien suka emosi secara tiba-tiba, pasien tampak curiga kepada orang lain dan mudah tersinggung.

Diagnosis ketiga adalah defisit perawatan diri ditandai dengan klien mengatakan mandi 3× sehari mandi tetapi tidak menggunakan sabun, dan jarang menggosok gigi. Pasien mengalami bau mulut dan bau badan.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi yang dilakukan pada klien untuk diagnosa gangguan sensori : halusinasi adalah membuat rencana keperawatan dengan tindakan strategi pelaksanaan halusinasi yaitu membina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga, bantu klien mengenal isi halusinasi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan respon, serta upaya yang dilakukan apabila halusinasi tersebut muncul. Latihan strategi pelaksanaan untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat secara teratur, bercakap-cakap dan melakukan aktivitas sehari-hari.

Intervensi yang akan dilakukan untuk keluarga yaitu diskusikan masalah keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan tentang pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi dan cara merawat pasien halusinasi, serta melakukan latihan strategi pelaksanaan halusinasi kepada keluarga dengan melatih merawat pasien halusinasi dengan menghardik, meminum obat secara teratur, bercakap-cakap, melakukan aktivitas sehari-hari dan memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk *follow up* klien halusinasi.

Intervensi yang dilakukan pada pasien untuk diagnosa kedua resiko perilaku kekerasan yaitu Identifikasi penyebab : tanda dan gejala perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan dan melakukan strategi pelaksanaan untuk mengontrol rasa marah dengan cara latihan fisik teknik nafas dalam dan pukul bantal, minum obat secara tetatur, latihan verbal (mengungkapkan, meminta dan menolak dengan baik) serta latihan secara spiritual.

Intervensi yang dilakukan untuk keluarga adalah diskusi masalah yang dialami keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya resiko perilaku kekerasan, cara merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan, serta melakukan strategi pelaksanaan resiko perilaku kekerasan dengan melatih keluarga bagaimana cara merawat pasien dengan latihan fisik teknik nafas dalam, minum obat secara teratur, latihan verbal (mengungkapkan, memintak dan menolak dengan baik) serta latihan secara spiritual. Serta memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk *follow up* klien resiko perilaku kekerasan.

Intervensi yang dilakukan pada pasien untuk diagnosa ketiga defisit perawatan diri yaitu bantu klien untuk mengidentifikasi masalah perawatan diri, melakukan strategi pelaksanaan dengan melatih klien dengan cara menjaga kebersihan diri, mandi, cuci rambut, gosok gigi dn gunting kuku, melatih cara berhias, melath cara makan dan minum yang baik, serta melatih cara BAB dan BAK yang baik.

Intervensi yang dilakukan oleh keluarga adalah diskusikan masalah yang diasakan keluarga dalam merawat pasien, jelaskan pengertian tanda dan geala, proses tejadinya serta cara merawat kebersihan diri. Serta melakukan strategi pelaksanaan pada keluarga yaitu melatih

keluarga untuk membimbing klien menjaga dan merawat kebersihan diri, cara berhias yang benar dan cara makan dan minum yang baik, BAB atau BAK yang baik dan follow up klien ke pelayanan kesehatan.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Implementasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh peneliti sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan dengan membuat strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada partisipan.

Implementasi yang dilakukan pada klien untuk diagnosa pertama gangguan persepsi sensori : halusinasi yaitu :

- a. Senin, 30 Januari 2023 jam 11.00-13.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan I yaitu membina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga. Bantu klien untuk mengenal isi halusinasi, frekuensi, waktu terjadi, faktor pencetus, perasaan, respon klien serta tindakan yang dilakukan klien saat halusinasi tersebut muncul. Masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien dilaksanakan satu kali kunjungan. Melakukan penyuluhan tentang halusinasi pada klien dan keluarga. Melakukan latihan untuk mengontrol halusinasi pada klien dan keluarga dengan cara menghardik.

Peneliti menjelaskan konsep tentang halusinasi, tanda dan gejala dan strategi pelaksanaannya kepada klien dan keluarga. Klien mengatakan halusinasi muncul 3-4x sehari yaitu pada pagi, siang dan malam hari, dengan waktu 10 menit. Klien di ajarkan teknik menghardik untuk mencegah munculnya halusinasi, cara menghardik yaitu klien menutup telinga dengan kedua tangan lalu klien berkata pergi engkau suara palsu.

- b. Selasa, 31 Januari 2023 jam 12.00-13.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan II halusinasi pada pasien dan keluarga dengan minum obat secara teratur. Sebelum menjelaskan tentang minum obat secara teratur, peneliti menanyakan bagaimana perasaan klien setelah diajarkan teknik menghardik, apakah suara palsu tersebut masih muncul berapa kali sehari muncul dan apa yang dilakukan klien. Menjelaskan nama obat dan kegunaannya.

Obat Haloperidol yaitu obat untuk mengurangi gejala halusinasi yang dialami pasien atau obat penenang, obat chlorpromazine yaitu obat untuk mengurangi efek samping dari obat lainnya seperti mengurangi rasa gugup, gelisah, perilaku agresif dan obat Trihexyphenidly HCL yaitu obat yang digunakan untuk mengatasi gejala penyakit Parkinson. Serta menjelaskan 6 benar minum obat : benar pasien, benar obat, benar dosis, benar cara atau rute, benar waktu dan benar dokumentasi. Klien mengatakan pernah putus obat pada bulan Januari 2023. Peneliti menanyakan apakah klien rutin meminum obat sesuai dengan waktu yang telah diberikan.

- c. Rabu, 01 Februari 2023 jam 11.00-12.30 WIB dilakukan strategi pelaksanaan III halusinasi pada pasien dan keluarga dengan cara bercakap-cakap. Sebelum di ajarkan cara bercakap-cakap peneliti menanyakan bagaimana keadaan klien apakah halusinasi masih muncul dan tindakan yang di ajarkan di lakukan saat halusinasi muncul. Peneliti dan klien bercakap-cakap mengenai kegiatan pasien sehari-hari. Klien mengatakan apabila tidak ada pekerjaan klien sering duduk di warung dekat rumah nya bersama dengan tetangga klien.



- d. Kamis, 02 Februari 2023 jam 13.00-14.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan IV halusinasi dengan cara melakukan aktivitas sehari-hari, serta menjelaskan pemanfaatan fasilitas kesehatan untuk follow up pasien kepada pasien dan keluarga. Peneliti menanyakan bagaimana keadaan klien, apakah suara tersebut masih muncul dan apabila muncul apakah klien menggunakan teknik yang telah diajarkan oleh peneliti. Pasien melakukan aktivitas membaca al-qur'an, karena pasien melakukan pengajian di lingkungan tempat tinggalnya.

Diagnosa kedua resiko perilaku kekerasan yaitu :

- a. Jum'at, 03 Februari 2023 jam 14.00-15.00 WIB membina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga, melakukan identifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan, serta masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien dan melakukan strategi pelaksanaan I resiko perilaku kekerasan pada pasien dan keluarga untuk mengontrol rasa marah dengan cara latihan fisik tarik napas dalam pada pasien dan keluarga.
- b. Kamis, 04 Februari 2023 jam 13.00-14.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan II resiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur pada pasien dan keluarga. Menjelaskan nama obat dan kegunaannya. Obat Haloperidol yaitu obat untuk mengurangi gejala halusinasi yang dialami pasien atau obat penenang, obat chlorpromazine yaitu obat untuk mengurangi efek samping dari obat lainnya seperti mengurangi rasa gugup, gelisah, perilaku agresif dan obat Trihexyphenidly HCL yaitu obat yang digunakan untuk mengatasi gejala penyakit Parkinson. Serta menjelaskan 6 benar minum obat : benar pasien, benar obat, benar dosis, benar cara atau rute, benar waktu dan benar dokumentasi

- c. Jum'at, 05 Februari 2023 jam 14.00-15.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan III resiko perilaku kekerasan dengan latihan verbal mengungkapkan cara meminta dan menolak dengan cara yang baik pada pasien dan keluarga.
- d. Sabtu, 06 Februari 2023 Jam 16.00-17.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan IV resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual yaitu mengontrol marah dengan cara sholat 5 waktu dan memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk follow up pasien kepada pasien dan keluarga.

Diagnosa ketiga defisit perawatan diri yaitu

- a. Minggu, 07 Februari 2023 jam 12.30-13.30 WIB membina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga, melakukan identifikasi masalah perawatan diri, kebersihan diri berdandan, makan dan minum, BAB atau BAK, pentingnya kebersihan diri, serta masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien dan melakukan latihan strategi pelaksanaan I dengan melatih cara menjaga diri kebersihan diri mandi, cuci rambut dan gosok gigi. Klien mandi 3× sehari tetapi tidak menggunakan sabun, pasien jarang menggosok gigi.
- b. Senin, 08 Februari 2023 jam 13.00-14.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan II dengan melatih berdandan pada pasien dan keluarga. Menjelaskan cara menyisir rambut serta menggunting kuku.
- c. Selasa, 09 Februari 2023 jam 13.00-14.00 WIB strategi pelaksanaan III dengan melatih cara melakukan makan dan minum yang baik pada pasien dan keluarga. Menjelaskan adab saat makan, sebelum makan mencuci makan, mengambil nasi, sambel dan membaca doa atau membaca bismillah.

- d. Rabu, 10 februari 2023, jam 11.00-12.30 wb dilakukan strategi pelaksanaan IV dengan melatih cara BAB atau BAK yang baik pada pasien dan keluarga. BAB atau BAK pada tempatnya serta membersihkan toilet setelah digunakan untuk BAB atau BAK.

## 6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan didapatkan berdasarkan hasil dari implemetasi keperawatan yang telah dilakukan. Dimana peneliti melakukan implementasi dari 3 diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu halusinasi pendengaran, risiko perilaku kekerasan dan defisit perawatan diri. Semua masalah dapat teratasi berdasarkan pengamatan yang telah dilakukan selama 12 hari.

Diagnosa pertama gangguan persepsi sensori : halusinasi yaitu

- a. Senin, 30 Januari 2023 jam 13.00 WIB hasil strategi pelaksanaan I halusinasi, pasien dan keluarga mampu untuk melakukan latihan cara menghardik. Sebelum dilakukan strategi pelaksanaan menghardik klien sering mendengarkan suara-suara yang memanggil dirinya. Suara tersebut muncul 3-4× sehari muncul pada pagi, siang dan malam hari dalam waktu 10 menit.

Setelah di ajarkan cara menghardik halusinasi menjadi berkurang , dari 3-4× sehari menjadi 2× sehari yaitu pada waktu sore dan malam hari. Klien mengatakan apabila suara tersebut muncul klien melakukan cara menghardik yaitu menutup telinga dengan kedua telapak tangan sambil berteriak pergi engkau suara palsu. Klien mampu melakukan strategi pelaksanaan pertama yaitu halusinasi tercapai dan dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan kedua halusinasi.

- b. Selasa, 31 Januari 2023 jam 13.00 WIB hasil strategi pelaksanaan II. Klien mengatakan suara saudara perempuannya masih muncul, Klien mengatakan suara tersebut sudah berkurang yaitu 2x dalam sehari. Klien mengatakan ada melakukan tindakan menghardik secara mandiri saat suara tersebut muncul. Klien mengatakan senang diajarkan tentang prinsip 6 benar minum obat. Klien mengatakan sudah mengerti tentang obat yang diminumnya. Klien mampu menyebutkan kembali nama dan manfaat obat yang dikonsumsi sambil dibantu oleh perawat. Klien mampu menyebutkan 3 dari 6 prinsip benar minum obat. Keluarga selalu mengingatkan pasien waktu minum obat. Dari hasil objektif dan subjektif yang peneliti temukan pada klien terhadap strategi pelaksanaan kedua klien mampu, kemudian dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan ketiga halusinasi.
- c. Rabu, 01 Februari 2023 jam 12.30 WIB hasil strategi pelaksanaan III. Dilakukan evaluasi terhadap strategi pelaksanaan halusinasi yaitu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap. Klien mengatakan sudah jarang mendengar suara palsu tersebut, frekuensi munculnya sudah berkurang yakni 2x dalam sehari. Klien mengatakan ada melakukan latihan menghardik secara mandiri dan minum obat secara teratur dibantu oleh keluarga. Klien mengatakan akan bercakap-cakap dengan orang sekelilingnya saat suara tersebut muncul. Berdasarkan hasil subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada klien terhadap penerapan strategi pelaksanaan halusinasi ketiga, dimana klien mampu melakukannya secara mandiri dan dibantu oleh keluarganya. Strategi pelaksanaan halusinasi ketiga tercapai, kemudian dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan keempat halusinasi.

- d. Kamis, 02 Februari 2023, jam 14.00 WIB hasil strategi pelaksanaan IV. Klien mengatakan sudah melakukan latihan menghardik, minum obat secara teratur dan bercakap-cakap dengan orang lain secara mandiri, klien mengatakan suara tersebut muncul 2x dalam sehari. Klien mengatakan paham tentang strategi pelaksanaan tentang aktivitas sehari-hari sehingga membuat suara tersebut jarang muncul. Klien akan mengatakan kegiatan membaca ayat al-qur'an. Dari data objektif klien ditemukan tampak antusias untuk melakukan kegiatan yang telah diajarkan secara mandiri. Dari hasil evaluasi subjektif dan objektif ditemukan klien mampu menerapkan strategi pelaksanaan keempat tersebut dan dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan diagnosa kedua yaitu risiko perilaku kekerasan.

Diagnosa kedua resiko perilaku kekerasan yaitu :

- a. Jum'at, 03 Februari 2023 jam 15.00 WIB hasil strategi pelaksanaan I resiko perilaku kekerasan pasien dan keluarga mampu untuk mengontrol rasa marah klien dengan cara latihan fisik yaitu tarik napas dalam. Cara melakukan teknik tarik napas dalam yaitu klien dapat merilekskan seluruh anggota tubuh, kemudian menghirup udara tahan beberapa detik dan hembuskan secara perlahan. Data objektif yang ditemukan klien tampak memahami cara melakukan teknik napas dalam dan memperagakan kembali latihan tersebut. Dari hasil evaluasi subjektif dan objektif peneliti menemukan pada klien terhadap penerapan strategi pelaksanaan risiko perilaku kekerasan pertama yaitu klien mampu melakukan teknik latihan napas dalam secara mandiri. Sehingga pemberian strategi pelaksanaan pertama tercapai dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan kedua.

- b. Sabtu, 04 Februari 2023 jam 14.00 WIB hasil strategi pelaksanaan II. Klien mengatakan ada melakukan latihan nafas dalam secara mandiri dan dibantu keluarga. Klien mengatakan sudah mulai mengerti tentang obat nya dan klien mengatakan akan rutin meminum obat supaya cepat sehat dan mengurangi timbul nya halusinasi klien. Dari data evaluasi objektif dan subjektif peneliti menemukan klien sangat antusias terhadap strategi pelaksanaan yang telah diajarkan, kemudian dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan ketiga resiko perilaku kekerasan
  
- c. Minggu, 05 Februari 2023 jam 15.00 WIB hasil strategi pelaksanaan III. Klien mengatakan sudah melakukan latihan nafas dalam dan minum obat secara teratur yang diawasi oleh perawat dan keluarga. Untuk data objektif ditemukan klien tampak tenang dan kopeatif serta mampu mengulang kembali apa yang telah diajarkan. Strategi pelaksanaan ketiga klien diajarkan untuk mengontrol marah dengan cara verbal (meminta,menolak dan mengungkapkan dengan baik). Hasil evaluasi subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada klien terhadap penerapan strategi pelaksanaan ketiga tercapai, kemudian dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan ke empat resiko perilaku kekerasan.
  
- d. Senin, 06 Februari 2023 jam 17.00 WIB hasil strategi pelaksanaan IV yaitu mengontrol marah dengan cara spiritual yaitu dengan sholat 5 waktu dan beristughfar. Dari hasil observasi klien tampak tenang, mampu memahami dan memperagakan cara mengontrol marah dengan latihan spiritual. Dari hasil evaluasi subjektif dan objektif peneliti temukan yaitu klien mampu melaksanakan spiritual untuk mengontrol marah yaitu dengan sholat dan

beristighfar secara mandiri sehingga strategi pelaksanaan keempat tercapai. Kemudian dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan diagnosa prioritas masalah ketiga yaitu defisit perawatan diri.

#### Diagnosa ketiga defisit perawatan diri

- a. Selasa, 07 Februari 2023 jam 13.30 WIB hasil strategi pelaksanaan I klien dan keluarga mampu latihan cara menjaga kebersihan diri mandi, cuci rambut, gosok gigi dan potong kuku secara mandiri. Data objektif klien tampak sudah wangi, kuku klien sudah bersih dan pendek. Dari data evaluasi subjektif dan objektif diatas klien mampu melakukan strategi pelaksanaan menjaga kebersihan diri secara mandiri. Sehingga strategi pelaksanaan pertama tercapai dan dilanjutkan ke strategi pelaksanaan kedua defisit perawatan diri.
- b. Rabu, 08 Februari 2023 jam 14.00 WIB strategi pelaksanaan II dengan pasien dan keluarga mengulang kembali cara menjaga kebersihan diri, klien mampu melakukan strategi pelaksanaan menjaga kebersihan diri secara mandiri dan dibantu oleh keluarga. Selanjutnya klien di ajarkan cara strategi pelaksanaan kedua yaitu berdandan atau berhias yakni cara menyisir rambut dan memakai pakaian dengan rapi. Klien sangat menyukai cara yang telah diajarkan oleh perawat. Data objektif yang didapatkan klien sudah tampil rapi. Data evaluasi subjektif dan objektif diatas maka klien mampu melakukan strategi pelaksanaan kedua secara mandiri selanjutnya dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan ke tiga.
- c. Kamis, 09 Februari 2023 jam 14.00 WIB hasil strategi pelaksanaan III dengan pasien dan keluarga mampu mengulang cara menjaga kebersihan diri, berdandan dan berhias serta klien mampu melatih cara makan dan minum yang baik. Dari data objektif yang didapatkan

klien mulai tampak menjaga penampilannya dan mengganti baju. Data evaluasi subjektif dan objektif diatas klien mampu melakukan strategi pelaksanaan tersebut secara mandiri dan di awasi oleh keluarga klien. Maka akan dilanjutkan ke strategi pelaksanaan keempat.

- d. Jum'at, 10 Februari 2023 jam 12.30 WIB hasil strategi pelaksanaan IV pasien dan keluarga mampu mengulang cara menjaga kebersihan diri, berdandan, melatih cara makan dan minum yang baik dan melatih cara BAB atau BAK yang baik. Data objektif yang ditemukan klien tampak wangi,rapid an paham tentang cara makan dan minum yang baik. Data hasil subjektif dan objektif yang didapatkan klienmampu melakukannya secara mandiri dan di awasi oleh keluarga, serta strategi pelaksanaan akan dihentikan.

## **B. Pembahasan kasus**

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan jiwa dilakukan kepada pasrtisipan Bapak E dengan Halusinasi Pendengaran di Wilayah Kerja Puskesmas Ambacang Kota Padang. Maka dalam bab ini peneliti akan membahas kesenjangan yang diperoleh sebagai hasil pelaksanaan studi kasus. Peneliti juga membahas kesulitan dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa kepada Bapak E. Didalam penyusun asuhan keperawatan peneliti melakukan suatu proses yang meliputi pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

### **1. Pengkajian Keperawatan**

- a. Identitas pasien

Hasil pengkajian identitas pada pasien yaitu pasien dengan inisial Tn. E jenis kelamin laki-laki, berusia 52 tahun, status belum menikah, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan buruh harian lepas, agama islam, alamat di By pass KM 7.5 RT 01/RW 05 Ketaping, Kampung Dayak,



Kota Padang, Sumatera Barat. Sumber informasi dari klien dan keluarga.

Teori menurut Ridhyalla Afnuhazi (2015), mengatakan bahwa pengkajian adalah proses untuk tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan yang terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Pengelompokan data pengkajian kesehatan jiwa salah satunya yaitu identitas klien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, tanggal pengkajian, pekerjaan, pendidikan.

Penelitian yang dilakukan oleh Aldam & Wardani (2019) pengkajian pada pasien yang mengalami gangguan jiwa yaitu meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, pendidikan dan alamat.

b. Keluhan saat pengkajian

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 30 januari 2023 jam 11.30 WIB, pasien mengatakan apabila tidak ada kegiatan pasien sering bermenung sehingga menimbulkan suara-suara aneh yang serupa dari saudara perempuannya, klien mengatakan suara tersebut seperti merayu klien. Isi halusinasi tersebut seperti memanggil nama klien dan menyuruh untuk menyakiti kakak klien. Waktu dan frekuensi halusinasi tersebut yaitu pada pagi, siang dan malam hari dan frekuensi nya 10 menit. Situasi pencetus suara tersebut muncul saat klien sedang tidak ada kegiatan dan saat bermenung sendirian. Klein mengalami sulit ditur. Klien mengatakan suara tersebut membuat nya gelisah dan merasa terganggu. Dari data observasi klien tampak gelisah, bingung dan kontak mata kurang.

Klien mengatakan suara tersebut membuat nya gelisah, klien suka

emosi. Emosi klien muncul apabila klien mendapatkan perlakuan yang tidak sesuai keinginannya. Dari data observasi klien tampak curiga kepada orang lain dan mudah tersinggung. Klien mengatakan mandi 3x sehari tetapi tidak menggunakan sabun dan klien jarang menggosok gigi. Dari data observasi klien mengalami bau badan, gigi berwarna kuning dan bau mulut.

Tanda gejala pada pasien dengan halusinasi pendengaran terbagi menjadi dua yaitu yang pertama data subjektif klien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi akan mengalami mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara untuk melakukan sesuatu yang berbahaya. Yang kedua data objektif klien dengan gangguan sensori persepsi halusinasi akan melakukan bicara atau tertawa sendiri, marah tanpa sebab dan menutup telinga (Sutejo, 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh Aldam & Wardani (2019), di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi (RSMM) bogor mengatakan tanda dan gejala halusinasi pendengaran yaitu : Data subjektif yaitu mendengar kebisingan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara yang menyuruh melakukan kekerasan terhadap orang lain dan diri sendiri. Data objektif yaitu keluyuran di jalan, marah-marah tanpa sebab, bicara dan tertawa sendiri.

Tanda dan gejala diatas sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Patimah (2021) yaitu pada klien dengan halusinasi pendengaran di alam perasaan nya klien sering mendengar suara tanpa ada wujudnya, suara tersebut sering muncul pada malam hari, suara tersebut menyuruh klien untuk melakukan sesuatu menciderai orang lain atau dirinya.

Berdasarkan teori dan hasil penelitian dari kasus kelolaan yang sudah dijelaskan diatas, asumsi peneliti tidak terdapat perbedaan antara teori dan praktek yang telah ditemukan dilapangan. Peneliti berasumsi keluhan yang akan pada klien dengan halusinasi adalah pasien mengatakan susah tidur karena mendengar suara-suara aneh dari saudara perempuannya. Pasien mengatakan suara tersebut membuat tidurnya terganggu. Pasien tampak bingung, kontak mata kurang.

c. Faktor predisposisi

Keluarga mengatakan pasien sudah mengalami gangguan jiwa pada umur 28 tahun. Awal klien mengalami gangguan jiwa pasien merasa terganggu karena saudara perempuannya suka sama pasien dan membuat pasien selalu berfikir. Keluarga mengatakan pasien sebelumnya pernah berobat ke Rumah Sakit Jiwa Hb Saanin Padang. Pada saat itu klien mendapatkan terapi obat Haloperidol, chlorpromazine dan Trihexyphenidly HCL. Beberapa bulan setelah pasien keluar dari RSJ keluarga mengatakan pasien putus obat karna sudah tidak mau minum obat yang diberikan oleh rumah sakit atau puskesmas. Klien mengatakan dirinya belum pernah menjadi pelaku tindak kekerasan dan seksual. Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga lainnya yang mengalami gangguan jiwa seperti yang dialami oleh Tn. E.

Teori menurut Derman & Rusdi (2013), mengatakan bahwa faktor predisposisi terbagi menjadi tiga bagian yaitu yang pertama faktor biologis adalah hambatan dalam berbicara, daya ingat, perilaku menarik diri sehingga dapat menyebabkan orang tidak ingin bersosialisasi. Yang kedua faktor psikologis adalah hubungan antara keluarga yang tidak harmonis, perhatian dengan orang lain berlebihan atau kurang sehingga menyebabkan koping individu dalam

menghadapi stress tidak adaptif. Yang ketiga adalah faktor sosial budaya adalah kemiskinan dapat sebagai faktor terjadi halusinasi apabila individu mempunyai coping yang tidak efektif maka pasien akan suka berkhayal menjadi orang hanya dan lama kelamaan.

Hasil penelitian Hidayat et al (2015), mengatakan bahwa faktor predisposisi pada klien gangguan jiwa meliputi faktor biologis yaitu faktor yang mengalami gangguan jiwa, adanya resiko bunuh diri dan riwayat penggunaan Napza, faktor biologis keluarga dan lingkungan yang merespon klien. Kondisi psikologis keadaan klien yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam kehidupannya. Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realitas seperti kemiskinan, konflik sosial budaya dan kegagalan dalam hubungan sosial.

Berdasarkan dari hasil penelitian kasus kelolaan dan teori yang telah dijelaskan diatas maka penulis beransumsi faktor predisposisi yang menyebabkan pasien mengalami halusinasi yaitu faktor sosial budaya karena pasien mengalami kegagalan/penolakan dalam hubungan sosial dan risiko bunuh diri.

d. Pemeriksaan fisik

Hasil pemeriksaan fisik pada pasien didapatkan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 124/80 mmHg, nadi 85 x/mnit, frekuensi pernapasan 20 x/menit, suhu 36,7. Tinggi badan 168 cm dan berat badan 58 kg. Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik lainnya.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ghina (2020), mengatakan bahwa pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien dengan halusinasi pendengaran pada umumnya tidak ada masalah. Dari data yang

didapatkan oleh peneliti semua tanda-tanda vital klien terdapat pada batas normal.

Berdasarkan dari hasil penelitian terhadap kasus kelolaan yang telah dijelaskan diatas maka penulis berasumsi tidak ada kesenjangan antara teori dengan data yang ditemukan, maka apabila perawat melakukan pemeriksaan fisik pada klien halusinasi pendengaran akan menemukan data seperti diatas.

e. Aspek medik

Diagnosa medis klien skizofrenia, klien minum obat, haloperidol 2x1 mg, Resperidon 2x1 mg, chlorpromazine 1x25 mg dan Trihexyphenidly HCL.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Indriani et al (2020), mengatakan bahwa obat yang sering digunakan pada klien dengan gejala halusinasi pendengaran merupakan gejala psikosis pada klien skizofrenia adalah obat anti psikosis. Adapun obat yang diberikan pada pasien dengan halusinasi biasanya seperti Haloperidol yaitu obat untuk mengurangi gejala halusinasi yang dialami pasien atau obat penenang, obat chlorpromazine yaitu obat untuk mengurangi efek samping dari obat lainnya seperti mengurangi rasa gugup, gelisah, perilaku agresif dan obat Trihexyphenidly HCL yaitu obat yang digunakan untuk mengatasi gejala penyakit Parkinson.

Berdasarkan hasil penelitian diatas penulis berasumsi tidak ada perbedaan anantara hasil penelitian. Partisipan dengan halusinasi minum obat anti psikotik seperti haloperidol, chlorpromazine dan Trihexyphenidly HCL. Dimana obat tersebut memiliki fungsi yang berbeda-beda.

## 2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang dilakukan pada pasrtisipan Tn.E didapatkan Defisit perawatan diri sebagai penyebab, halusinasi sebagai masalah utama dan risiko perilaku kekerasan sebagai akibat.

Teori menurut Stuart (2014), menjelaskan bahwa pohon masalah pada pasien dengan gangguan persepsi : halusinasi yaitu isolasi sosial merupakan penyebab dari halusinasi, halusinasi sebagai core problem nya, resiko perilaku kekerasan sebagai akibatnya.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Livana et al (2020), mengatakan bahwa diagnosa keperawatan pada pasien dengan halusinasi ditemukan yaitu isolasi sosial sebagai penyebab, halusinasi pendengaran sebagai core problem dan resiko perilaku kekerasan sebagai akibat.

Berdasarkan teori dan hasil penelitian yang telah dilakukan, peneliti menemukan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Dikarenakan pada pasien halusinasi pendengaran tersebut masalah isolasi sosial sudah teratasi. Karena pasien mampu berkomunikasi dengan orang orang lain walaupun dengan keluarga, tetangga didekat rumah klien.

Diagnosa keperawatan prioritas perta pada Bapak E yaitu halusinasi pendengaran. Data yang mendukung peneliti dalam mengangkat diagnosa prioritaas pertama yaitu Bapak E mengatakan apabila tidak ada kegiatan pasien sering bermenung sehingga menimbulkan suara-suara aneh yang serupa dari saudara perempuannya, klien mengatakan suara tersebut seperti merayu klien. Isi halusinasi tersebut seperti memanggil nama klien dan menyuruh untuk menyakiti kakak klien. Waktu dan frekuensi halusinasi tersebut yaitu pada pagi, siang dan malam hari dan frekuensi nya 10 menit. Situasi pencetus suara tersebut muncul saat klien sedang tidak ada kegiatan

dan saat bermenung sendirian.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh malau (2021) yang menyatakan bawah diagnosa keperawatan pertama pada klien yaitu halusinasi dengan data pendukung yaitu Ibuk A mengatakan mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, Ibuk A mengatakan suara tersebut muncul saat tidak melakukan kegiatan. Ibuk A tampak gelisah dan berbicara sendiri.

Tanda dan gejala yang di alami Bapak E dan Ibuk A sesuai dengan teori yang diungkapkan Prabowo (2014) yaitu mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara kegaduhan, bicara dan tertawa sendiri serta ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.

Diagnosa prioritas kedua yaitu resiko perilaku kekerasan ditandai dengan pasien mengatakan suara-suara yang didengar membuatnya sedih dan marah karena teringat sama saudara perempuannya. Keluarga mengatakan pasien suka emosi secara tiba-tiba, pasien tampak curiga kepada orang lain.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sujarwo & PH (2019) yaitu data yang mendukung yaitu marah secara tiba-tiba dan curiga kepada orang lain karena merasa akan melukai dirinya.

Pernyataan tersebut sesuai dengan teori Keliat (2021) Yaitu tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yaitu mengatakan kesal pada orang lain, melukai diri sendiri dan merusak lingkungan. Kondisi klinis yang terjadi pada risiko perilaku kekerasan yaitu gangguan perilaku.

Diagnosa prioritas ketiga yaitu defisit perawatan diri ditandai dengan keluarga mengatakan pasien sering mandi tetapi tidak memakai sabun, dan jarang menggosok gigi. Pasien terdapat bau mulut dan bau badan.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian Herawati et al (2020) tanda dan gejala defisit perawatan diri pada pasien halusinasi dapat ditemukan melalui observasi salah satunya adalah gangguan kebersihan diri, ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, bau badan dan kuku panjang.

Pernyataan tersebut sesuai dengan teori Prabowo (2014) yaitu tanda dan gejala defisit perawatan diri yaitu kuku kotor, gigi kotor, mulut bau, penampilan tidak rapi, bau badan dan pakaian kotor.

### **3. Intervensi keperawatan**

Intervensi yang dilakukan pada klien untuk diagnosa gangguan sensori : halusinasi adalah membuat rencana keperawatan dengan tindakan strategi pelaksanaan halusinasi yaitu membina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga, bantu klien mengenal isi halusinasi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan respon, serta upaya yang dilakukan apabila halusinasi tersebut muncul. Latihan strategi pelaksanaan untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat secara teratur, bercakap-cakap dan melakukan aktivitas sehari-hari.

Intervensi yang akan dilakukan untuk keluarga yaitu diskusikan masalah keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan tentang pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi dan cara merawat pasien halusinasi, serta melakukan latihan strategi pelaksanaan halusinasi kepada keluarga dengan melatih merawat pasien halusinasi dengan menghardik, meminum obat secara teratur, bercakap-cakap, melakukan aktivitas sehari-hari dan memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk *follow up* klien halusinasi.



Teori menurut Keliat (2021), menjelaskan bahwa intervensi yang dilakukan kepada klien untuk diagnosis stimulus persepsi : halusinasi yaitu menggunakan strategi pelaksanaan klien dan keluarga. Strategi pelaksanaan yaitu membina hubungan saling percaya, mendiskusikan dengan klien isi halusinasi, frekuensi waktu terjadi, situasi pencetus munculnya halusinasi dan perasaan klien. Mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dengan cara tutup telinga sambil mengatakan “ kamu suara palsu, aku tidak mau mendengar”, enam minum obat, mencegah halusinasi dengan cara bercakap-cakap dan melakukan aktivitas sehari-hari.

Penelitian yang dilakukan oleh Yoga et al (2022), menjelaskan bahwa pada strategi pelaksanaan yang dilakukan pada pasien halusinasi pendengaran terdapat 4 bagian yaitu yang pertama melakukan monitoring tentang halusinasi, isi, waktu, frekuensi dan situasi yang menimbulkan munculnya halusinasi. Selanjutnya mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Yang kedua mengontrol halusinasi dengan cara enam benar minum obat, yang ketiga tentang bercakap-cakap dan yang ke empat melakukan aktivitas sehari-hari.

Strategi pelaksanaan yang dilakukan oleh Irman Veolina (2016), tindakan keperawatan keluarga untuk diagnosis persepsi : halusinasi yaitu mengenal masalah halusinasi dan apa yang dirasakan oleh keluarga selama merawat klien, menjelskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi, melatih keluarga cara merawat klien halusinasi, melatih keluarga untuk menciptakan suasana keluarga yang nyaman, menjelaskan kepada keluarga tanda gejala kekambuhan klien serta harus di rujuk ke pelayanan kesehatan terdekat. Strategi pelaksanaan yang dilakukan oleh keluarga kepada klien yaitu melatih cara menghardik, melatih enam benar obat, bercakap-cakap dan *follow up* ke pelayanan kesehatan.

Intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan priotitas kedua resiko perilaku kekerasan yaitu Identifikasi penyebab : tanda dan gejala perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan dan melakukan strategi pelaksanaan untuk mengontrol rasa marah dengan cara latihan fisik teknik nafas dalam dan pukul bantal, minum obat secara tetatur, latihan verbal (mengungkapkan, meminta dan menolak dengan baik) serta latihan secara spiritual.

Intervensi yang dilakukan untuk keluarga adalah diskusi masalah yang dialami keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya resiko perilaku kekerasan, cara merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan, serta melakukan strategi pelaksanaan resiko prilaku kekerasan dengan melatih keluarga bagaimana cara merawat pasien dengan latihan fisik teknik nafas dalam, minum obat secara teratur, latihan verbal (mengungkapkan, memintak dan menolak dengan baik) serta latihan secara spiritual. Serta memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk *follow up* klien resiko perilaku kekerasan.

Teori menurut Keliat (2021) mengatakan bahwa strategi pelaksanaan klien yang dilakukan pada perilaku kekerasan adalah klien dapat menyebutkan penyebab muncul kemarahan nya, respon yang dirasakan, reaksi yang dilakukan saat marah dan dapat menyebutkan akibat perilaku kekerasan. Strategi pelaksanaan yang dilakukan adalah latihan cara teknik nafas dalam, minum obat secara teratur, latihan verbal (mengungkapkan, meminta dan menolak dengan baik) dan latihan secara spiritual.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Famela et al (2022), mengatakan bahwa intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan diagnosa kedua risiko perilaku kekerasan yaitu membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab : tanda dan gejala perilaku kekerasan, akibat perilaku

kekerasan dan melakukan strategi pelaksanaan untuk mengontrol rasa marah dengan cara latihan fisik teknik nafas dalam dan pukul bantal, minum obat secara teratur, latihan verbal (mengungkapkan, meminta dan menolak dengan baik) serta latihan cara spiritual.

Strategi pelaksanaan yang dilakukan oleh Sujarwo & PH (2019), tindakan keperawatan keluarga untuk diagnosa risiko perilaku kekerasan yaitu bagaimana perasaan keluarga saat merawat klien, jelaskan tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut). Beritahu keluarga tentang kondisi klien yang perlu *follow up* ke puskesmas. Latih keluarga untuk merawat klien dengan perilaku kekerasan yaitu motivasi klien untuk melakukan tindakan yang telah di ajarkan. Strategi pelaksanaan keluarga yaitu diskusikan apabila kondisi klien seperti melempar benda yang ada di sekitar, cara melatih keluarga melakukan cara untuk mengontrol kemarahan.

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk diagnosa prioritas ketiga defisit perawatan diri yaitu bantu klien untuk mengidentifikasi masalah perawatan diri, melakukan strategi pelaksanaan dengan melatih klien dengan cara menjaga kebersihan diri, mandi, cuci rambut, gosok gigi dan gunting kuku, melatih cara berhias, melatih cara makan dan minum yang baik, serta melatih cara BAB dan BAK yang baik.

Intervensi yang dilakukan oleh keluarga adalah diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, jelaskan pengertian tanda dan gejala, proses terjadinya serta cara merawat kebersihan diri. Serta melakukan strategi pelaksanaan pada keluarga yaitu melatih keluarga untuk membimbing klien menjaga dan merawat kebersihan diri, cara berhias yang benar dan cara makan dan minum yang baik, BAB atau BAK yang baik dan follow up klien ke pelayanan kesehatan.

Teori menurut Keliat (2021), tindakan keperawatan untuk pasien resiko perilaku kekerasan yaitu membina hubungan saling percaya dengan klien. Strategi pelaksanaan pada klien dengan defisit perawatan diri yaitu melaksanakan upaya untuk menjaga kebersihan diri, latih cara berdandan, latih cara makan dan minum yang baik dan melaksanakan toileting.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Herawati et al (2020), tentang terapi kelompok suportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri, bahwa kemandirian pasien skizofrenia setelah dilakukan terapi suportif untuk menjaga kebersihan diri, cara berdandan/berhias, makan dan minum yang baik dan cara BAB dan BAK yang baik.

Strategi pelaksanaan yang dilakukan oleh Ridhyalla Afnuhazi, (2015), untuk strategi pelaksanaan keluarga pada diagnosa defisit perawatan diri yaitu bagaimana perasaan keluarga saat merawat klien, jelaskan tentang pengertian dan tanda gejala defisit perawatan diri. Strategi pelaksanaan yang dilakukan yaitu keluarga melatih klien untuk menjaga kebersihan diri, berdandan dan berhias, cara makan dan minum dan cara BAB dan BAK.

#### **4. Implementasi keperawatan**

Secara umum implementasi yang dilakukan peneliti sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat sebelumnya. Tujuannya adalah memperdayakan pasien agar mampu mandiri memenuhi kebutuhan serta meningkatkan keterampilan coping dalam menyelesaikan masalah.

Peneliti melakukan implementasi keperawatan menggunakan tahapan strategi pelaksanaan satu sampai empat pada masing-masing diagnosa yang telah dilakukan. Pada diagnosa Halusinasi Pendengaran yaitu membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga. Melatih klien

mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi, melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara patuh dan benar minum obat, melatih klien dengan cara bercakap-cakap, melatih klien dengan melakukan aktivitas sehari-hari.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Andri et al (2019) mengatakan bahwa implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien dengan diagnosa keperawatan Halusinasi pendengaran yaitu melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, patuh minum obat, bercakap-cakap dan melakukan aktivitas sehari-hari.

Dari pembahasan diatas peneliti mengambil kesimpulan bahwa implementasi keperawatan pada pasien dengan gangguan persepsi halusinasi pendengaran tidak ada kesenjangan antara kasus dan penelitian sebelumnya.

Implementasi untuk diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan yaitu melatih klien mengontrol marah dengan cara latihan fisik yaitu pukul bantal dan tarik nafas dalam, melatih klien mengontrol marah dengan cara patuh minum obat, melatih klien mengontrol marah dengan cara verbal yaitu meminta dan menolak dengan baik, melatih klien mengontrol marah dengan cara spiritual. Sebagaimana teori menurut Sutejo (2018) menyebutkan bahwa pengobatan pasien risiko perilaku kekerasan melalui asuhan keperawatan sesuai dengan strategi pelaksanaan pada pasien seperti mengontrol dengan cara tarik nafas dalam, patuh minum obat, sevara verbal dan spiritual.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hidayat et al (2015) menyatakan bahwa implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien untuk diagnosa keperawatan kedua risiko perilaku kekerasan yaitu melatih

klien mengontrol marah dengan cara latihan fisik yaitu pukul bantal dan nafas dalam, patuh minum obat, secara verbal dan spiritual.

Implementasi untuk diagnosa keperawatan defisit perawatan diri adalah melatih klien cara menjaga kebersihan diri, cara berdandan dan berhias, cara makan dan minum yang baik serta cara bab dan bak yang baik dan benar.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Herawati et al (2020) tanda dan gejala defisit perawatan diri pada pasien halusinasi dapat ditemukan melalui observasi salah satunya adalah gangguan kebersihan diri, ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, bau badan dan kuku panjang.

Dalam memberi implementasi peneliti juga memberikan reinforcement positif kepada pasien. Dengan memberikan reinforcement positif partisipan tampak bersemangat dalam melakukan strategi pelaksanaan yang diberikan. Hal ini didukung oleh reinforcement positif dapat memudahkan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan dan dapat memberikan motivasi pada pasien (Andri et al., 2019).

Menurut peneliti, tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien saat ini. Peneliti tidak menemukan kesulitan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Karena klien memahami semua kegiatan yang sudah di ajarkan. Klien mampu bekerja sama dengan baik bersama peneliti dalam melakukan kegiatan. Maka tidak terdapat kesenjangan antara penelitian dan teori.

## **6. Evaluasi keperawatan**

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan

yang diberikan. Pada kasus peneliti melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan yang dilakukan selama 12 hari. Ketiga masalah tersebut dapat teratasi.

Diagnosa halusinasi dapat teratasi, hal ini dapat dibuktikan dengan pengamatan peneliti selama 12 hari. Klien mampu mempraktekkan strategi pelaksanaan 1 sampai dengan 4 halusinasi yaitu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, patuh minum obat dengan cara 6 benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan aktivitas. Adapun perilaku yang muncul pada klien dapat tidur dengan nyenyak dan beraktivitas dengan tenang.

Diagnosa risiko perilaku kekerasan dapat teratasi, klien mampu mempraktekkan strategi pelaksanaan 1 sampai 4 risiko perilaku kekerasan yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal, patuh minum obat, cara verbal dan cara spiritual. Adapun perilaku yang muncul klien mampu mengontrol amarahnya dan tidak menciderai orang lain dan dirinya.

Diagnosa defisit perawatan diri dapat teratasi, klien mampu mempraktekkan strategi pelaksanaan 1 sampai 4 defisit perawatan diri yaitu kebersihan diri, berdandan, cara makan dan minum yang baik, cara BAB/BAK yang baik dan benar.

Teori menurut Yusuf (2015), menjelaskan bahwa evaluasi kemampuan pasien halusinasi berhasil apabila pasien dapat mengenal halusinasi, mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat secara teratur, bercakap-cakap dengan orang lain dan melakukan aktivitas secara terjadwal. Evaluasi kemampuan keluarga yaitu apabila keluarga dapat mengenal halusi asi yang di alami pasien, mengambil keputusan merawat halusinasi, menciptakan keluarga yang nyaman, memantau peningkatan

kemampuan klien dan melakukan *follow up* ke pelayanan kesehatan terdekat.

Hasil penelitian Supratti dan Ashriady (2018), menjelaskan bahwa evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada klien. Evaluasi dalam keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemebuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Berdasarkan hasil penelitian kasus kelolaan evaluasi keperawatan yang telah dilakukan membutuhkan waktu yang panjang dan tindakan yang berkelanjutan dalam menilai sejauh mana kemampuan pasien dalam latihan yang diberikan.

Untuk rencana tindak lanjut pada klien Bapak E adalah keluarga harus tetap menjadi dukungan terhadap Bapak E dalam melakukan strategi pelaksanaan untuk mengurangi terjadinya halusinasi pendengaran. Asumsi peneliti evaluasi yang dilakukan sesuai dengan tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Pada klien ditemukan halusinasi menurun dengan tanda dan gejala dan praktek yang telah diajarkan. Klien mengatakan halusinasinya berkurang.



## **BAB V PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan penelitian asuhan keperawatan jiwa halusinasi di wilayah kerja Puskesmas Ambacang Kota Padang mulai tanggal 30 Januari 2023 sampai tanggal 10 Januari 2023, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

#### **a. Pengkajian Keperawatan**

Pada pengkajian peneliti menemukan keluhan berupa pasien mengatakan apabila tidak ada kegiatan pasien sering bermenung sehingga menimbulkan suara-suara aneh yang serupa dari saudara perempuannya, klien mengatakan suara tersebut seperti merayu klien. Isi halusinasi tersebut seperti memanggil nama klien dan menyuruh untuk menyakiti kakak klien. Waktu dan frekuensi halusinasi tersebut yaitu pada pagi, siang dan malam hari dan frekuensi nya 10 menit. Situasi pencetus suara tersebut muncul saat klien sedang tidak ada kegiatan dan saat bermenung sendirian.

Klien mengalami sulit tidur. Klien mengatakan suara tersebut membuatnya gelisah dan merasa terganggu. Dari data observasi klien tampak gelisah, bingung dan kontak mata kurang.

Klien mengatakan suara tersebut membuatnya gelisah, klien suka emosi. Emosi klien muncul apabila klien mendapatkan perlakuan yang tidak sesuai keinginannya. Dari data observasi klien tampak curiga kepada orang lain dan mudah tersinggung. Klien mengatakan mandi 3x sehari tetapi tidak menggunakan sabun dan klien jarang menggosok gigi. Dari data observasi klien mengalami bau badan, gigi berwarna kuning dan bau mulut.

**b. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa yang ditegakkan yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi sebagai masalah utama, resiko perilaku kekerasan sebagai penyebab dan sebagai akibat yaitu resiko perawatan diri.

**c. Intervensi Keperawatan**

Yang dirumuskan sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan kepada pasien. Intervensi keperawatan untuk masalah keperawatan ditemukan sesuai dengan teori. Diagnosa yang pertama gangguan persepsi : halusinasi yaitu mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi, patuh minum obat dengan cara 6 benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan aktivitas. Diagnosa kedua resiko perilaku kekerasan yaitu tarik napas dalam dan pukul bantal, patuh minum obat, cara verbal dan cara spiritual. Diagnosa ketiga defisit perawatan diri yaitu kebersihan diri, berdandan, cara makan dan minum yang baik, cara BAB/BAK yang baik dan benar.

**d. Implementasi keperawatan**

Yang dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat sebelumnya sesuai dengan masalah yang ditemukan pada pasien. Pelaksanaan keperawatan yang sudah peneliti lakukan halusinasi terdapat beberapa pelaksanaan keperawatan yang sudah peneliti lakukan diantaranya strategi pelaksanaan 1 sampai 4 halusinasi yaitu mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi, patuh minum obat dengan cara 6 benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan aktivitas. Diagnosa kedua resiko perilaku kekerasan strategi pelaksanaan 1 sampai 4 yaitu tarik napas dalam dan pukul bantal, patuh minum obat, cara verbal dan cara spiritual. Diagnosa ketiga defisit perawatan diri strategi pelaksanaan 1 sampai 4 yaitu kebersihan diri, berdandan, cara makan dan minum yang baik, cara BAB/BAK yang baik dan benar. Tahap akhir yaitu penulis melakukan evaluasi keperawatan

#### **e. Evaluasi Keperawatan**

Dilakukan mengenai tindakan yang telah dilakukan berdasarkan catatan perkembangan dengan metode SOAP pada pasien. Pada diagnosa halusinasi hasil yang didapatkan halusinasi dapat teratasi, pasien tidak mendengar suara dan beraktivitas tidak terganggu. Pada diagnosa risiko perilaku kekerasan hasil didapatkan pasien mampu mengontrol marah dan tidak menciderai orang lain dan diri sendiri. Pada diagnosa defisit perawatan diri hasil didapatkan mampu menjaga kebersihan diri dengan baik dan benar.

#### **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

##### **1. Bagi penulis**

Agar dapat menambah wawasan mahasiswa dan pengalaman mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan mengaplikasikan ilmu dan teori yang diperoleh dibangku perkuliahan khususnya pada pasien dengan halusinasi pendengaran.

##### **2. Bagi Puskesmas Ambacang**

Hasil studi kasus yang dilakukan oleh penulis dapat menjadi masukan dan tambahan informasi untuk meningkatkan kegiatan yang di fokuskan pada pengendalian Halusinasi Pendengaran di Wilayah Kerja Puskesmas Ambacang Kota Padang dengan melakukan kunjungan ke rumah untuk meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga dalam mencegah timbulnya Halusinasi Pendengaran. Sehingga perawat program kesehatan jiwa dapat mengembangkan perannya untuk mengurangi timbulnya halusinasi pendengaran di masyarakat.

### 3. Institusi pendidikan

Sebagai sumber bacaan atau referensi dalam kegiatan proses belajar mengajar dan bahan pustaka tentang asuhan keperawatan jiwa khususnya pada pasien dengan halusinasi pendengaran.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aldam, S. F. S., & Wardani, I. Y. (2019). Efektifitas penerapan standar asuhan keperawatan jiwa generalis pada pasien skizofrenia dalam menurunkan gejala halusinasi. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 7(2), 165. <https://doi.org/10.26714/jkj.7.2.2019.167-174>
- Andri, J., Febriawati, H., Panzilion, P., Sari, S. N., & Utama, D. A. (2019). Implementasi Keperawatan dengan Pengendalian Diri Klien Halusinasi pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Kesmas Asclepius*, 1(2), 146–155. <https://doi.org/10.31539/jka.v1i2.922>
- Derman, & Rusdi. (2013). *Konsep Dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa* (Yogyakarta : Gosyen (ed.); TIM Gosyen). <https://doi.org/KDT>
- Dinkes Padang. (2022). Laporan Tahunan Tahun 2021 Edisi Tahun 2022. *Sep 16, 2022*, <https://dinkes.padang.go.id/laporan-tahunan-tahun-2022>  
<https://dinkes.padang.go.id/laporan-tahunan-tahun-2021-edisi-tahun-2022>
- Famela, F., Kusumawaty, I., Martini, S., & Yunike, Y. (2022). Implementasi Keperawatan Teknik Bercakap-Cakap Pada Pasien Halusinasi Pendengaran. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 7(2), 205–214. <https://doi.org/10.36729/jam.v7i2.869>
- Herawati, N., Afconneri, Y., Padang, P. K., Gadang, S., Padang, K., & Barat, S. (2020). Self-Health Care of Scizophrenia Patients With Halusination. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8(1), 9–20.
- Hertati, H., Wijoyo, E. B., & Nuraini, N. (2022). Pengaruh Pengendalian Halusinasi Teknik Distraksi Menghardik terhadap Penurunan Halusinasi Pendengaran: Studi Literatur. *Jurnal Ilmiah Keperawatan ...*, 5(2), 145–156. <http://jurnal.umt.ac.id/index.php/jik/article/view/2918%0Ahttp://jurnal.umt.ac.id/index.php/jik/article/download/2918/3328>
- Hidayat, F., Keliat, B. A., & Mustikasari. (2015). Penerapan Cognitif Behavior Therapy Pada Klien Halusinasi Dan Perilaku Kekerasan Dengan Pendekatan

- Model Stress Adaptasi Stuart Dan Model Hubungan Interpersonal Peplau Di RS DR Marzoeki Mahdi Bogor. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 3(1), 28–42. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/3927/3657>
- Indriani, A., Ardiningrum, W., & Febrianti, Y. (2020). Studi Penggunaan Kombinasi Antipsikotik pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Yogyakarta. *Majalah Farmasetika*, 4(Suppl 1), 201–211. <https://doi.org/10.24198/mfarmasetika.v4i0.25882>
- Irman Veolina, dkk. (2016). *Ilmu Keperawatan Jiwa 1* (Tim editor UNP Press (ed.)). Padang: UNP Press.
- Keliat, A. (2021). *KEPERAWATAN JIWA : TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK, ED 2*. buku kedokteran EGC.
- Kemenkes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Koujalgi, S., Pandurangi, A., Nayak, R., & Patil, N. (2015). Determinants of obsessive compulsive disorder. *Journal of the Scientific Society*, 42(3), 161. <https://doi.org/10.4103/0974-5009.165549>
- Livana, Rihadini, Kandar, Suerni, T., Sujarwo, Maya, A., & Nugroho, A. (2020). Peningkatan Kemampuan Mengontrol Halusinasi Melalui Terapi Generalis Halusinasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Jiwa*, 2(1), 1–8.
- malau, mei yanti. (2021). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Halusinasi Pada Penderita Skizofrenia*. 22–24. <http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/nbv42>
- Muhammadiyah, U., Pekalongan, P., Pangestika, N. C., & Budiarto, E. (2021). Prosiding Seminar Nasional Kesehatan Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Peran Keluarga Dalam Menurunkan Tanda Gejala Halusinasi Pasien Skizofrenia: Literature Review. *Seminar Nasional Kesehatan*, 2021.
- Muhith. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa : Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta : CV

Andi Offset.

Nugroho arief. (2020). Penerapan Teknik Menghardik pada Tn. J dengan Masalah Halusinasi. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 6, 15–24.

Nur. (2019). Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Ruang Kenanga Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan. *Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 10(2), 97.

<https://doi.org/10.32382/jmk.v10i2.1310>

Oktaviani, S., Hasanah, U., & Utami, I. T. (2022). Penerapan terapi Menghardik Dan Menggambar pada Pasien Halusinasi Pendengaran. *Journal Cendikia Muda*, 2(September), 407–415.

<https://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/viewFile/365/226>

Patimah, S. (2021). Aplikasi Terapi Bercakap - Cakap Pada Tn. N dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Jampang Kulon. *Jurnal Lentera*, 4(1), 6–10. <https://doi.org/10.37150/jl.v4i1.1382>

Pengetahuan, H., Dengan, G., Kek, K., Di, T. I., Pamotan, P., Rembang, K., Pratiwi, A. T., Studi, P., Iii, D., Ilmu, F., Dan, K., & Semarang, U. M. (2011). *Karya tulis ilmiah*. 1–13.

PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Jakarta : DPP PPNI.

Prabowo. (2014). *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa* (John budi). Yogyakarta : Nuha Medika.

Putri, Fernandes, Feri, Ira, & rahayu. (2018). *keperawatan kesehatan jiwa* (Ikhanul An). Padang : Andalas University Press.

Ridhyalla Afnuhazi. (2015). *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa* (Marni (ed.)). Yogyakarta : Gosyen Publishing.

Sujarwo, S., & PH, L. (2019). Studi Fenomenologi : Strategi Pelaksanaan Yang Efektif Untuk Mengontrol Perilaku Kekerasan Menurut Pasien Di Ruang Rawat

- Inap Laki Laki. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(1), 29.  
<https://doi.org/10.26714/jkj.6.1.2018.29-35>
- Supratti, S., & Ashriady, A. (2018). Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 2(1), 44.  
<https://doi.org/10.33490/jkm.v2i1.13>
- Sutejo. (2018). *Keperawatan Jiwa* (Weda sasmi). Yogyakarta : PUSTAKA BARU PRESS.
- WHO. (2022). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Wijayaningsih. (2015). *Panduan Lengkap Praktik Klinik Keperawatan Jiwa* (Ari M@ftuhin (ed.); Taufik ism). Jakarta timur : CV. Trans Info Media.
- Yoga, A., Darjati, & Ita Apriliani. (2022). Penerapan Intervensi Manajemen Halusinasi Dalam Mengurangi Gejala Halusinasi Pendengaran. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*, 6(1), 33–41.  
<https://doi.org/10.36971/keperawatan.v6i1.107>
- Yosep. (2013a). *Keperawatan Jiwa* (S. Aep Gunarsa (ed.); Hendra Kur). Bandung : PT Refika Aditama.
- Yusuf, A. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta Selatan : salemba medika.



## LAMPIRAN 1

### PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

#### 1. Identifikasi klien

Inisial klien	: Tn. E
Umur	: 52 tahun
Jenis kelamin	: Laki-Laki
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Buruh harian lepas
Status	: Belum kawin
Tanggal pengkajian	: 30 Januari 2023
Informan	: klien dan Keluarga
Alamat lengkap	: By Pass KM 7.5 RT 01/RW 05 Ketaping, Kampung Dayak, Kota Padang, Sumatera Barat.

#### 2. Keluhan Saat Pengkajian

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 30 Januari 2023 jam 11.30 WIB, pasien mengatakan apabila tidak ada kegiatan pasien sering bermenung sehingga menimbulkan suara-suara aneh yang muncul dari saudara perempuannya, klien mengatakan suara tersebut seperti merayu klien. Klien mengalami sulit tidur. Klien mengatakan suara tersebut membuatnya gelisah dan merasa terganggu. Suara tersebut muncul 3-4x sehari yaitu pada pagi, siang dan malam hari. Pasien mengatakan suara tersebut membuatnya terganggu. Dari data observasi klien tampak gelisah, bingung dan kontak mata kurang.

Klien mengatakan suara tersebut membuatnya gelisah, klien suka emosi. Emosi klien muncul apabila klien mendapatkan perlakuan yang tidak sesuai keinginannya. Dari data observasi klien tampak curiga kepada orang lain dan mudah tersinggung. Klien mengatakan mandi 3x sehari tetapi tidak

menggunakan sabun dan klien jarang menggosok gigi. Dari data observasi klien mengalami bau badan, gigi berwarna kuning dan bau mulut.

### **3. Faktor predisposisi**

#### **1) Gangguan jiwa dimasa lalu**

Keluarga mengatakan pasien sudah mengalami gangguan jiwa pada umur 28 tahun. Awal klien mengalami gangguan jiwa pasien merasa terganggu karena saudara perempuannya suka sama pasien dan membuat pasien selalu berfikir

#### **2) Pengobatan sebelumnya**

Keluarga mengatakan pasien sebelumnya pernah berobat ke Rumah Sakit Jiwa Hb Saanin Padang. Pada saat itu klien mendapatkan terapi obat Haloperidol, chlorpromazine dan Trihexyphenidly HCL. Beberapa bulan setelah pasien keluar dari RSJ keluarga mengatakan pasien putus obat karna sudah tidak mau minum obat yang diberikan oleh rumah sakit atau puskesmas.

#### **3) Trauma dan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan**

##### **a. Aniaya fisik**

Keluarga mengatakan Tn.E tidak pernah mengalami penganiayaan secara fisik serta tidak pernah menjadi perilaku aniaya fisik.

##### **b. Tindakan kriminal**

Keluarga mengatakan Tn.E tidak pernah mengalami tindakan criminal, tidak pernah menjadi perilaku dan tidak menyaksikan tindakan kriminal.

##### **c. Kekerasan dalam keluarga**

Keluarga mengatakan Tn.E tidak pernah mengalami kekerasan dalam keluarga serta tidak pernah menjadi pelaku kekerasan dalam keluarga.

#### **B. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa**

Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga lainnya yang

mengalami gangguan jiwa seperti yang di alami oleh Tn. E.

C. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan dirinya belum pernah menjadi pelaku tindakan kekerasan.

1. Pemeriksaan fisik

1. Tanda-tanda vital

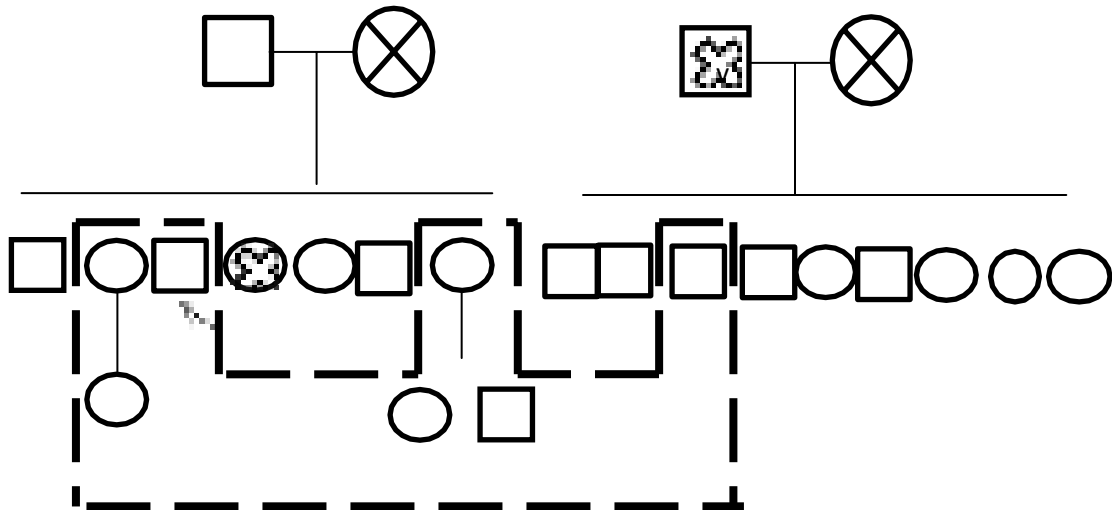
- a. Tekanan darah : 124/80 mmHg
- b. Nadi : 85 85 x/i
- c. Suhu : 36,7
- d. Pernapasan : 20 x/i

2. Ukuran

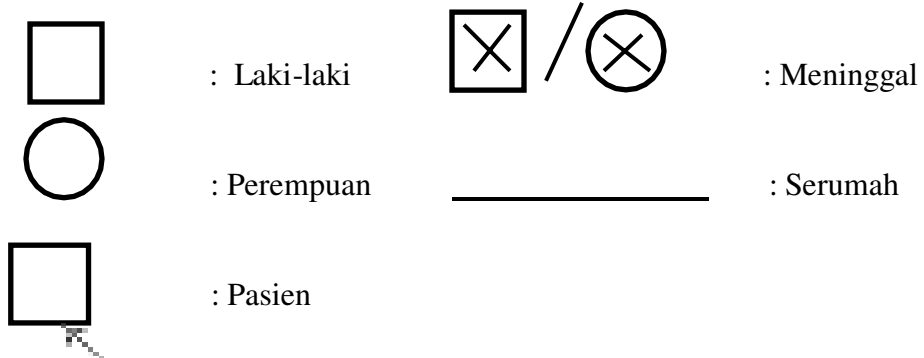
- e. Tinggi badan : 168 cm
- f. Berat badan : 58 kg

2. Psikososial

3. Genogram



Keterangan :



4. Konsep diri

a. Citra tubuh

Tn.E mengatakan ia menyukai semua anggota tubuhnya.

b. Identitas diri

Tn.E merupakan seorang laki-laki berumur 52 tahun, anak ketiga dari tujuh bersaudara. Saat ini Tn.E belum menikah, Tn.E tinggal dengan keluarganya.

c. Peran diri

Tn.E mengatakan tidak mengetahui tentang perannya.

d. Ideal diri

Tn.E mengatakan ingin sembuh melupakan masalah yang tidak menyenangkan pada dirinya.

e. Harga diri

Tn.E mengatakan dirinya tidak dapat menikah karena penyakit yang dialaminya.

5. Hubungan sosial

a. Orang terdekat

Klien mengatakan orang terdekat klien adalah kakak nya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Keluarga mengatakan Tn.E bergaul dengan lingkungan sekitar rumah dan orang luar lingkungannya. Karena klien bekerja sebagai buruh harian lepas.

c. Hambatan dalam hubungan dengan orang lain

Keluarga mengatakan Tn.E masih bergaul dengan orang lain, namun itu hanya tetangga didekat rumah saja.

6. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Tn.E mengatakan ia beragama islam dan percaya kepada Allah SWT.

b. Dalam kegiatan ibadah

Tn.E mengatakan jarang menjalankan ibadah sholat 5 waktu.

7. Status mental

a. Penampilan

Tn.E berpenampilan tidak rapi, penggunaan baju sesuai dengan cara berpakaian seperti biasa, rambut acak-acakan, tangan bersih dan kuku pendek.

Masalah keperawatan : Defisit Perawatan Diri

b. Pembicaraan

Selama wawancara pasien kooperatif, berbicara lambat dan tidak mampu untuk memulai pembicaraan.

c. Aktivitas motorik

Keluarga mengatakan klien lebih suka mencari aktivitas sehari-hari untuk mengurangi munculnya suara-suara palsu. Karena apabila tidak ada kegiatan klien akan suka bermenung.

d. Alam perasaan

Keluarga mengatakan klien sering merasa khawatir yang tidak jelas. Saat dilakukan wawancara kontak mata pasien kurang.

e. Afek

Klien berbicara lembut dan mudah tersinggung.

- f. Persepsi  
Tn.E mengatakan susah tidur karena mendengar suara-suara aneh tersebut. Pasien mengatakan suara terdengar seperti merayu pasien. Pasien mengatakan suara-suara yang didengar membuatnya gelisah dan terganggu.
  - g. Proses pikir  
Klien berbicara berbelit-belit dan suka mengulang pembicaraan.
  - h. Isi pikir  
Pasien tampak curiga kepada orang baru
  - i. Tingkat kesadaran  
Tn.E mempunyai tingkat kesadaran baik, mampu mengingat waktu, tempat dan orang yang berkomunikasi dengan nya.
  - j. Memori  
Tn.E tidak ada masalah dalam gangguan daya ingat baik dalam kejadian jangka panjang dan kejadian jangka pendek.
  - k. Tingkat konsentrasi dan berhitung  
Tn.E mempunyai konsentrasi mudah dialihkan dan tidak dapat fokus pada satu titik.
  - l. Kemampuan penilaian  
Tn.E mampu melakukan penilaian seperti memilih cuci tangan sebelum makan.
  - m. Daya tilik  
Klien tidak memiliki masalah dengan daya tilik dirinya.
8. Aktivitas sehari-hari
- a. Makan  
Klien makan 3x sehari, klien mampu makan dengan mandiri dan selalu menghabiskan makanannya.
  - b. BAB/BAK  
Klien mampu BAB dan BAK secara mandiri pada tempatnya dan memebersihkan kamar mandi setelah digunakannya.

c. Mandi

Klien mandi 3x sehari, klien mandi tidak bersih. Saat pengkajian klien baun dan gigi kuning.

d. Berpakaian/berhias

Klien jarang mengganti bajunya, memakai baju dengan tidak rapi dan rambut klien berantakan.

e. Istirahat dan tidur

Klien mengatakan tidur siang jarang, pada malam hari apabila tidak mendengar suara tidur pasien tidak terganggu.

f. Pemeliharaan kesehatan

Klien membutuhkan kontrol lanjutan dan juga diperlukan perawatan pendukung seperti keluarga, teman, tetangga dan lingkungannya.

g. Kegiatan di dalam rumah

Klien mengatakan mampu mengerjakan pekerjaan rumah seperti pekerjaan mencuci piring dan mencuci pakaian.

h. Kegiatan aktivitas di luar rumah

Kegiatan di luar rumah kadang-kadang klien pergi kerja dan pergi main ke rumah tetangga.

9. Mekanisme Koping

Klien mengatakan jika mempunyai masalah, klien emosi suka mengamuk dan marah-marah secara tiba-tiba.

Masalah keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan.

10. Masalah Psikososial dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mengatakan masih mempunyai keluarga dan mendapatkan dukungan dari keluarga.

2. Masalah berhubungan dengan lingkungan

Keluarga mengatakan Tn.E tidak pernah mendapatkan perlakuan tidak baik oleh masyarakat sekitar.

3. Masalah dengan pendidikan  
Klien mengatakan riwayat pendidikan terakhirnya adalah SMA.
4. Masalah dengan pekerjaan  
Klien mengatakan tidak memiliki pekerjaan dan kadang-kadang hanya membantu kegiatan rumah.
5. Masalah ekonomi  
Keluarga mengatakan tidak mempunyai kendala dalam merawat klien.
6. Masalah dengan pelayanan kesehatan  
Keluarga mengatakan tidak ada masalah dalam hal pelayanan kesehatan, keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada.

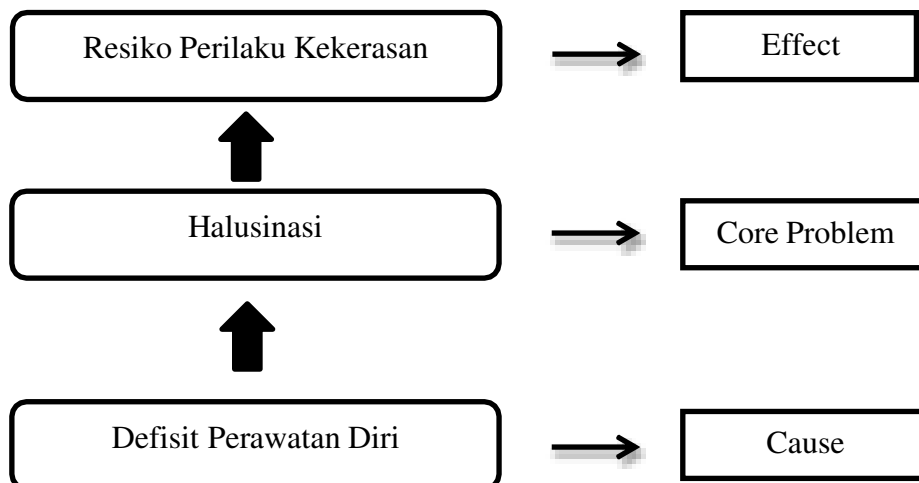
### 11. Pengetahuan

Klien mengatakan mengetahui tentang penyakit yang di alaminya.

### 12. Aspek Medik

1. Diagnosa medik : Skizofrenia
2. Terapi medik : haloperidol 2x1 mg, Resperidon 2x1 mg, chlorpromazine 1x25 mg dan Trihexyphenidly HCL.

### 13. Pohon Masalah





## I. Analisis Data

NO	DATA	MASALAH
1	<p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Tn. E mengatakan susah tidur</li><li>b. Tn.E mengatakan mendengar suara-suara saudara perempuannya</li><li>c. Tn.E mengatakan suara terdengar seperti menyuruh untuk melakukan sesuatu</li></ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Tn.E tampak bingung</li><li>b. Kontak mata kurang</li></ul>	Halusinasi
2	<p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Tn.E mengatakan suara yang terdengar membuatnya sedih</li><li>b. Tn.E mengatakan suka emosi dan mengamuk tiba-tiba</li></ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Tn.E tampak mudah tersinggung</li><li>b. Tn.E tampak curiga kepada orang lain</li></ul>	Resiko perilaku kekerasan
3	<p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Keluarga mengatakan klien sering mandi tapi tidak pakai sabun</li><li>b. Keluarga mengatakan klien malas mengganti pakaian dan gosok gigi</li><li>c. Keluarga mengatakan klien mandi 3x sehari</li></ul>	Defisit perawatan diri

**Data objektif :**

- a. Tn.E tampak tidak tapi
- b. Tn.E tampak jarang mengganti pakaian
- c. Gigi dan mulut kotor, bau mulut dan bau badan

**J. Diagnosa Keperawatan**

1. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi
2. Resiko Perilaku Kekerasan
3. Defisit Perawatan Diri

**K. Intervensi Keperawatan**

Intervensi yang dilakukan pada klien untuk diagnosa gangguan sensori : halusinasi adalah membuat rencana keperawatan dengan tindakan strategi pelaksanaan halusinasi yaitu membina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga, bantu klien mengenal isi halusinasi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan respon, serta upaya yang dilakukan apabila halusinasi tersebut muncul. Latihan strategi pelaksanaan untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat secara teratur, bercakap-cakap dan melakukan aktivitas sehari-hari.

Intervensi yang akan dilakukan untuk keluarga yaitu diskusikan masalah keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan tentang pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi dan cara merawat pasien halusinasi, serta melakukan latihan strategi pelaksanaan halusinasi kepada keluarga dengan melatih merawat pasien halusinasi dengan menghardik, meminum obat secara teratur, bercakap-cakap, melakukan aktivitas sehari-hari dan memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk *follow up* klien halusinasi.

Intervensi yang dilakukan pada pasien untuk diagnosa kedua resiko perilaku

kekerasan yaitu Identifikasi penyebab : tanda dan gejala perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan dan melakukan strategi pelaksanaan untuk mengontrol rasa marah dengan cara latihan fisik teknik nafas dalam dan pukul bantal, minum obat secara teratur, latihan verbal (mengungkapkan, meminta dan menolak dengan baik) serta latihan secara spiritual.

Intervensi yang dilakukan untuk keluarga adalah diskusi masalah yang dialami keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya resiko perilaku kekerasan, cara merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan, serta melakukan strategi pelaksanaan resiko perilaku kekerasan dengan melatih keluarga bagaimana cara merawat pasien dengan latihan fisik teknik nafas dalam, minum obat secara teratur, latihan verbal (mengungkapkan, memintak dan menolak dengan baik) serta latihan secara spiritual. Serta memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk *follow up* klien resiko perilaku kekerasan.

Intervensi yang dilakukan pada pasien untuk diagnosa ketiga defisit perawatan diri yaitu bantu klien untuk mengidentifikasi masalah perawatan diri, melakukan strategi pelaksanaan dengan melatih klien dengan cara menjaga kebersihan diri, mandi, cuci rambut, gosok gigi dn gunting kuku, melatih cara berhias, melath cara makan dan minum yang baik, serta melatih cara BAB dan BAK yang baik.

Intervensi yang dilakukan oleh keluarga adalah diskusikan masalah yang diasakan keluarga dalam merawat pasien, jelaskan pengertian tanda dan geala, proses terjadinya serta cara merawat kebersihan diri. Serta melakukan strategi pelaksanaan pada keluarga yaitu melatih keluarga untuk membimbing klien menjaga dan merawat kebersihan diri, cara berhias yang benar dan cara makan dan minum yang baik, BAB atau BAK yang baik dan follow up klien ke pelayanan kesehatan.

## INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan	Rencana tindakan		
	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
<b>Gangguan persepsi : Halusinasi</b>	Pasien mampu mengontrol halusinasi sesuai strategi pelaksanaan tindakan keperawatan	Setelah dilakukan 2-4 x pertemuan diharapkan klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Latihan menghardik.</li> <li>2. Minum obat secara teratur.</li> <li>3. Latihan bercakap-cakap dengan orang lain.</li> <li>4. Latihan melakukan aktivitas sehari-hari.</li> </ol>	<b>SP 1 Pasien :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi halusinasi : isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi, pencetus, perasaan dan respon.</li> <li>2. Jelaskan cara mengontrol halusinasi menghardik, minum obat secara teratur, bercakap-cakap, dan melakukan aktivitas sehari-hari.</li> <li>3. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.</li> <li>4. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien.</li> </ol> <b>SP 2 Pasien :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan menghardik, beri pujian.</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan minum obat secara teratur dan jelaskan 6</li> </ol>

			<p>benar minum obat.</p> <p>3. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian pasien.</p> <p><b>SP 3 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan latihan minum obat secara teratur.</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap</li> <li>3. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien</li> </ol> <p><b>SP 4 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, minum obat secara teratur, dan bercakap-cakap, berikan pujian.</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari.</li> <li>3. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien</li> </ol>
<p><b>Gangguan persepsi :</b></p> <p><b>Halusinasi</b></p>	<p>Keluarga mampu mengenal masalah halusinasi, mampu merawat pasien</p>	<p>Setelah dilakukan pertemuan 2-4 x pertemuan keluarga mampu mengarahkan pasien dalam mengontrol halusinasi</p>	<p><b>SP 1 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan masalah yang dirasakan merawat pasien halusinasi.</li> <li>2. Jelaskan pengertian, tanda gejala,</li> </ol>

	<p>halusinasi dengan baik,memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk folow up pasien secara teratur.</p>		<p>dan proses terjadinya halusinasi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Jelaskan cara merawat pasien halusinasi.</li> <li>4. Latih cara merawat halusinasi : latihan menghardik.</li> <li>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal. Beri pujian.</li> </ol> <p><b>SP 2 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien cara menghardik, beri pujian.</li> <li>2. Jelaskan cara minum obat secara teratur dan benar minum obat.</li> <li>3. Latih cara minum obat.</li> <li>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal, beri pujian</li> </ol> <p><b>SP 3 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien cara menghardik, cara minum obat teratur, beri pujian.</li> <li>2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol</li> </ol>
--	--	--	---

			<p>halusinasi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi</li> <li>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal, berpujian.</li> </ol> <p><b>SP 4 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik, minum obat teratur, dan bercakap-cakap, beri pujian.</li> <li>2. Latih cara merawat pasien dengan mengontrol halusinasi melalui kegiatan sehari-hari.</li> <li>3. Jelaskan follow up ke puskesmas, tanda kambuh, dan rujukan.</li> <li>4. Anjurkan membantu pasien sesuai dengan jadwal dan berikan pujian.</li> </ol>
<b>Resiko perilaku kekerasan</b>	Pasien mampu mengontrol rasa marah sesuai strategi pelaksanaan tindakan keperawatan.	Setelah dilakukan 2-4 x pertemuan diharapkan klien mampu mengontrol rasa marah dengan cara : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Latihan fisik tarik napas dalam dan</li> </ol>	<b>SP 1 Pasien :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan dan akibat perilaku kekerasan.</li> </ol>

		<p>pukul bantal.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Minum obat secara teratur.</li> <li>3. Latihan verbal (mengungkapkan, meminta dan menolak dengan cara yang baik).</li> <li>4. Dengan cara spiritual</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Jelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik, minum obat secara teratur, verbal dan spiritual.</li> <li>3. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik tarik napas dalam dan pukul bantal.</li> <li>4. Masukkan ke dalam jadwal harian</li> </ol> <p><b>SP 2 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik tarik napas dalam dan pukul bantal. Beri pujian.</li> <li>2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat teratur dan 6 benar minum obat</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan harian.</li> </ol> <p><b>SP 3 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik Tarik nafas dalam pukul bantal, dan minum obat. Beri pujian.</li> <li>2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan</li> </ol>
--	--	---	--



			<p>dengan cara verbal (mengungkapkan, meminta, menolak dengan cara yang baik).</p> <p>3. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian.</p> <p><b>SP 4 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik tarik nafas dalam dan minum obat serta latihan verbal. Beri pujian.</li> <li>2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual.</li> <li>3. Masukkan ke dalam jadwal harian</li> </ol>
<b>Resiko perilaku kekerasan</b>	Keluarga mampu mengenal masalah resiko perilaku kekerasan, mampu merawat pasien perilaku kekerasan dengan baik, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk follow up pasien secara teratur	Setelah dilakukan pertemuan 2-4 x pertemuan keluarga mampu mengarahkan pasien dalam mengontrol perilaku kekerasan	<p><b>SP 1 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.</li> <li>2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya perilaku kekerasan.</li> <li>3. Jelaskan cara merawat perilaku kekerasan.</li> <li>4. Latih cara merawat perilaku kekerasan dengan latihan nafas dalam dan pukul bantal.</li> </ol>

			<p>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.</p> <p><b>SP 2 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien cara menghardik, berpujian.</li><li>2. Jelaskan cara minum obat secara teratur dan benar minum obat.</li><li>3. Latih cara minum obat.</li><li>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal, beri pujian</li></ol> <p><b>SP 3 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik Tarik nafas dalam pukul bantal, dan minum obat. Beri pujian.</li><li>2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (mengungkapkan, meminta, menolak dengan cara yang baik).</li><li>3. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian.</li></ol>
--	--	--	---

			<p><b>SP 4 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien latihan nafas dalam pukul bantal dan memberikan obat, verbal dan spiritual. Beri pujian.</li> <li>2. Jelaskan follow up kepuskesmas, tanda kambuh,dan rujukan.</li> <li>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.</li> </ol>
<b>Defisit perawatan diri</b>	Pasien mampu menjaga kebersihan diri sesuai strategi pelaksanaan tindakan keperawatan	<p>Setelah dilakukan 2-4 x pertemuan diharapkan klien mampu menjaga kebersihan diri dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mandi, sikat gigi, cuci rambut dan potong kuku</li> <li>2. Berdandan yang benar</li> <li>3. Makan/minum yang benar</li> <li>4. BAK/BAK yang benar</li> </ol>	<p><b>SP 1 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi masalah perawatan diri, kebersihan diri,berdandan, makan/minum, BAB/BAK.</li> <li>2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri</li> <li>3. Jelaskan alat dan tata cara mengkaga kebersihan diri</li> <li>4. Latih cara menjaga kebersihan diri seperti mandi, ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut dan potong kuku</li> <li>5. Masukkan kedalam jadwal harian</li> </ol>

			<p><b>SP 2 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian.</li> <li>2. Jelaskan cara dan alat untuk berdandan setelah kebersihan diri, sisiran dan berganti pakaian.</li> <li>3. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.</li> </ol> <p><b>SP 3 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian.</li> <li>2. Jelaskan cara dan alat makan/minum yang baik.</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan harian.</li> </ol> <p><b>SP 4 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan/minum. Berikan pujian</li> <li>2. Jelaskan tata cara BAB/BAK yang benar</li> <li>3. Masukkan ke dalam jadwal harian</li> </ol>
<b>Defisit Perawatan Diri</b>	Keluarga mampu mengenal masalah defisit perawatan diri,	Setelah dilakukan pertemuan 2-4× pertemuan keluarga mampu mengarahkan pasien untuk menjaga kebersihan diri	<p><b>SP 1 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.</li> </ol>

	<p>mampu merawat pasien defisit perawatan diri dengan baik, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk follow up pasien secara teratur.</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya defisit perawatan diri</li> <li>3. Jelaskan cara merawat defisit perawatan diri.</li> <li>4. Latih cara merawat kebersihan diri.</li> <li>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan reinforcement.</li> </ol> <p><b>SP 2 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri. Beri pujian.</li> <li>2. Bimbing keluarga membantu pasien berdandan.</li> <li>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan reinforcement</li> </ol> <p><b>SP 3 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri, dan berdandan. Beri pujian.</li> <li>2. Bimbing keluarga</li> </ol>
--	---	--	---

			<p>membantumakan/minum pasien.</p> <p>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan reinforcement.</p> <p><b>SP 4 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri, berdandan, makan/minum. Beri pujian.</li><li>2. Bimbing keluarga merawat BAB/BAK pasien.</li><li>3. Jelaskan follow up ke puskesmas, tanda kambuh dan rujukan.</li></ol>
--	--	--	--

## IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
<p>Senin / 30 Januari 2023</p>	<p><b>Gangguan persepsi sensori : Halusinasi</b></p>	<p><b>Strategi pelaksanaan I klien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya.</li> <li>2. Membantu pasien menyadari gangguan persepsi sensori halusinasi. Tanyakan pendapat pasien mengenai : halusinasi. Mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, respon, perasaan , upaya yang dilakukan untuk mengontrol halusinasi.</li> <li>3. Jelaskan cara mengontrol halusinasi.</li> <li>4. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.</li> <li>5. Masukkan ke dalam kegiatan</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan suara tersebut muncul sudah berkurang</li> <li>2. Suara tersebut muncul 2-3× sehari pada waktu sore dan malam hari</li> <li>3. Apabila suara muncul pasien melakukan teknik menghardik</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak bingung</li> <li>2. Pasien tampak gelisah</li> <li>3. Kontak mata kurang</li> </ol> <p><b>A :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu melakukan secara mandiri</li> <li>2. Masalah teratasi sebagian</li> </ol> <p><b>P :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Optimalkan SP 1 Halusinasi</li> <li>2. Lanjutkan ke SP 2 yaitu minum</li> </ol>	

			obat secara teratur	
		<p><b>Strategi pelaksanaan 1 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan masalah yang dirasakan oleh keluarga selama merawat klien</li> <li>2. Menjelaskan tentang pengertian, tanda, gejala dan proses terjadinya halusinasi</li> <li>3. Menjelaskan cara merawat klien halusinasi</li> <li>4. Melatih cara merawat klien halusinasi dengan cara menghardik</li> <li>5. Anjurkan untuk membantu klien sesuai dengan jadwal harian</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <p>Keluarga mengatakan mengerti tentang penjelasan mengenai halusinasi, cara merawat pasien dengan cara menghardik.</p> <p><b>O :</b></p> <p>Keluarga tampak memahami apa yang dijelaskan dan keluarga dapat mengulangi kembali cara menghardik.</p> <p><b>A :</b></p> <p>Keluarga mampu merawat pasien dengan mandiri masalah teratasi sebagian.</p> <p><b>P :</b></p> <p>Lanjutkan SP 2 keluarga.</p>	
Selasa / 31 Januari 2023	Gangguan persepsi sensorial : Halusinasi	<p><b>Strategi pelaksanaan II Klien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi cara menghardik</li> <li>2. Menanyakan apakah suara tersebut masih muncul</li> <li>3. Menjelaskan cara minum obat yang benar</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan masih mendengar suara-suara di sore dan malam hari</li> <li>2. Pasien mengatakan mengerti paham tentang cara minum obat yang benar</li> </ol>	



		<p><b>4. Memasukkan ke dalam jadwal harian pasien</b></p>	<p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak berbicara berbelit-belit tetapi sampai pada tujuan pembicaraan</li> <li>2. Pasien tampak mengerti tentang cara minum obat yang benar dan mampu melakukannya</li> </ol> <p><b>A :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu melakukan secara mandiri masalah teratasi sebagian</li> </ol> <p><b>P :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Optimalkan SP 2 Halusinasi</li> <li>2. Lanjutkan SP 3 dengan latihan bercakap-cakap</li> </ol>	
		<p><b>Strategi pelaksanaan II keluarga:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat / melatih pasien cara menghardik, beri pujian.</li> <li>2. Jelaskan cara minum obat secara teratur dan 6 benar minum obat.</li> <li>3. Latih cara minum obat.</li> <li>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga pasien mengatakan membantu dan mengingatkan pasien dalam melakukan latihan menghardik.</li> <li>2. Keluarga mengatakan mengerti cara minum obat teratur dan 6 cara</li> </ol>	

		dan berikan pujian	<p>minum obat yang benar.</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga tampak memahami apa yang dijelaskan</li> <li>2. Keluarga dapat mengulangi kembali 6 cara benar minum obat.</li> </ol> <p><b>A :</b></p> <p>Keluarga mampu merawat pasien dengan mandiri masalah teratasi sebagian.</p> <p><b>P :</b></p> <p>Lanjutkan SP 3 keluarga.</p>	
<b>Rabu/ 01 Februari 2023</b>	<b>Gangguan persepsi sensori : Halusinasi</b>	<b>Strategi pelaksanaan III klien :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardikdan latihan minum obat secara teratur.</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasidengan bercakap-cakap.</li> <li>3. Masukkan ke jadwal kegiatan harianpasien</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan suara tersebut sudah berkurang muncul</li> <li>2. Pasien sering mencengar suara tersebut pada malam hari</li> <li>3. Pasien mengatakan paham tentang cara minum obat yang benar</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontak mata kurang</li> <li>2. Pasien tampak kurang fokus</li> </ol>	

			<p>3. Pasien paham tentang cara latihan bercakap-cakap dan klien paham melakukannya</p> <p><b>A :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu melakukan secara mandiri</li> <li>2. Masalah teratasi</li> </ol> <p><b>P :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Optimalkan SP 3 halusinasi</li> <li>2. Lanjutkan ke SP 4 dengan melakukan aktivitas sehari-hari</li> </ol>	
		<p><b>Strategi Pelaksanaan III keluarga:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien cara menghardik, cara minum obat teratur, beri pujian.</li> <li>2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi.</li> <li>3. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi.</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga pasien mengatakan membantu dan mengingatkan pasien dalam melakukan latihan menghardik, minum obat secara teratur.</li> <li>2. Keluarga mengatakan mengerti yang di jelaskan yaitu cara bercakap – cakap.</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga tampak memahami apa</li> </ol>	

		<p>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal , beri pujian.</p>	<p>yang dijelaskan</p> <p>2. Keluarga dapat mengulangi kembali cara bercakap – cakap.</p> <p><b>A :</b> Keluarga mampu merawat pasien dengan mandiri masalah teratasi sebagian.</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan SP 4 keluarga</p>	
<p><b>Kamis / 02 Februari 2023</b></p>	<p><b>Gangguan persepsi sensori : Halusinasi</b></p>	<p><b>Strategi pelaksanaan IV klien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan tentang latihan menghardik, minum obat dengan benar dan bercakap-cakap</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian</li> <li>3. Masukkan ke dalam jadwal harian</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sudah jarang mendengar suara- suara.</li> <li>2. Pasien mengatakan tidur malam sudah mulai nyenyak.</li> <li>3. Pasien mengatakan mengerti tentang cara melakukan kegiatan sehari-hari.</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak ceria</li> <li>2. pasien tampak mengerti tentang cara latihan melakukan kegiatan sehari-hari dan mampu melakukannya.</li> </ol>	

			<p><b>A:</b> Pasien mampu melakukan secara mandiri masalah teratasi sebagian.</p> <p><b>P:</b> Optimalkan SP 4 halusinasi</p>	
		<p><b>Strategi Pelaksanaan IV keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik, minum obat teratur, dan bercakap-cakap, beripujian.</li> <li>2. Latih cara merawat pasien dengan mengontrol halusinasi melalui kegiatan sehari-hari.</li> <li>3. Jelaskan follow up ke puskesmas, tanda kambuh, dan rujukan</li> <li>4. Anjurkan membantu pasien sesuai dengan jadwal dan berikan pujian</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga pasien mengatakan membantu dan mengingatkan pasien dalam melakukan latihan menghardik, minum obat secara teratur, latihan cara bercakap – cakap.</li> <li>2. Keluarga mengatakan mengerti yang di jelaskan mengenai kegiatan sehari – hari dan follow up ke puskesmas, tanda kekambuhan, serta rujukan</li> </ol> <p><b>O:</b> Keluarga tampak memahami apa yang dijelaskan dan keluarga dapat mengulangi kembali mengenai follow up ke puskesmas, tanda kekambuhan</p>	

			<p>dan rujukan.</p> <p><b>A :</b>          Keluarga mampu merawat pasien dengan mandiri masalah teratasi</p> <p><b>P :</b>          Intervensi Dihentikan.</p>	
<p><b>Jum'at/ 03          Februari 2023</b></p>	<p><b>Resiko          perilaku          kekerasan</b></p>	<p><b>Strategi pelaksanaan 1 klien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan dan akibat perilaku kekerasan.</li> <li>2. Jelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik, minum obat secarateratur, verbal dan spiritual.</li> <li>3. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik tarik napas dalam dan pukul bantal.</li> <li>4. Masukkan pada jadwal kegiatan harian.</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan dari suara yang muncul tersebut membuat klien mudah marah</li> <li>2. Pasien mengatakan suka emosi secara tiba-tiba</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pandangan tajam</li> <li>2. Pasien tampak mudah tersinggung</li> <li>3. Pasien tampak curiga kepada orang lain</li> <li>4. Pasien mampu melakukan latihan fisik tarik napas dalam dan pukul bantal</li> </ol>	

			<p><b>A :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu melakukan secara mandiri</li> <li>2. Masalah teratasi</li> </ol> <p><b>P :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Optimalkan SP 1 resiko perilaku kekerasan</li> <li>2. Lanjutkan ke SP 2 yaitu minum obat secara teratur</li> </ol>	
		<p><b>Strategi Pelaksanaan I keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.</li> <li>2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya perilaku kekerasan.</li> <li>3. Jelaskan cara merawat perilaku kekerasan.</li> <li>4. Latih cara merawat perilaku kekerasan dengan latihan nafas dalam dan pukul bantal.</li> <li>5. Anjurkan membantu pasien sesuai</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga mengatakan mengerti tentang penjelasan mengenai resiko perilaku kekerasan,</li> <li>2. Keluarga mengatakan mengerti cara merawat pasien resiko perilaku kekerasan dengan Tarik nafas dalam dan pukul bantal.</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <p>Keluarga tampak memahami penjelasan yang diberikan dengan , mampu mengulangi kembali.</p>	

		jadwal dan memberi pujian.	<p><b>A :</b> Keluarga mampu merawat pasien dengan mandiri masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan SP 2 Keluarga.</p>	
<b>Sabtu/ 04 Februari 2023</b>	<b>Resiko perilaku kekerasan</b>	<p><b>Strategi Pelaksanaan II klien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik tarik napas dalam dan pukul bantal. Beri pujian.</li> <li>2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat teratur dan 6 benar minum obat</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan harian.</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan rasa marah masih ada dan tiba-tiba</li> <li>2. Pasien mengatakan mengerti tentang cara minum obat teratur dan 6 benar minum obat</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak berbicara berbelit-belit tetapi sampai pada tujuan pembicaraan</li> <li>2. Pasien tampak mengerti tentang cara minum obat yang benar dan mampu melakukannya</li> </ol> <p><b>A :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu melakukan secara mandiri</li> </ol>	



			<p>2. Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Optimalkan SP 2 resiko perilaku kekerasan</li> <li>2. Lanjutkan SP 3 dengan latihan verbal (mengungkapkan , meminta dan menolak dengan baik)</li> </ol>	
		<p><b>Strategi Pelaksanaan II keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien latihan nafas dalam dan pukul batal, Beri pujian.</li> <li>2. Jelaskan cara minum obat teratur dan 6 benar cara minum obat.</li> <li>3. Latih cara memberikan minum obat.</li> <li>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberipujian</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <p>Keluarga mengatakan mengerti tentang penjelasan mengenai minum obat secara teratur dan 6 benar cara minum obat.</p> <p><b>O :</b></p> <p>Keluarga tampak memahami penjelasan yang diberikan dengan , mampu mengulangi kembali.</p> <p><b>A :</b></p> <p>Keluarga mampu merawat pasien dengan mandiri masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b></p> <p>Lanjutkan SP 3 Keluarga</p>	

<p><b>Minggu/ 05</b> <b>Februari 2023</b></p>	<p><b>Resiko perilaku kekerasan</b></p>	<p><b>Strategi Pelaksanaan III klien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik Tarik nafas dalam pukul bantal, dan minum obat. Beri pujian.</li> <li>2. Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (mengungkapkan, meminta, menolak dengan cara yang baik).</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan perasaan marah mulai berkurang</li> </ol> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu mengulangi latihan fisik tarik nafas dalam, pukul bantal dan minum obat yang benar</li> <li>2. Pasien mampu melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal</li> </ol> <p><b>A :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu melakukan kegiatan secara mandiri</li> </ol> <p><b>P :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Optimalkan SP 3 perilaku kekerasan</li> <li>2. Lanjutkan SP 4 dengan latihan spiritual</li> </ol>	
		<p><b>Strategi Pelaksanaan III keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien latihan nafas dalam serta pukul bantal dan</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <p>Keluarga mengatakan mengerti tentang penjelasan mengenai cara latihan verbal</p> <p><b>O :</b></p>	

		<p>memberikan obat. Beri pujian.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Latihan cara verbal (mengungkapkan, meminta, menolak dengan cara yang baik).</li> <li>Latih cara membimbing kegiatan spiritual.</li> <li>Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian</li> </ol>	<p>Keluarga tampak memahami penjelasan yang diberikan dengan, mampu mengulangi kembali.</p> <p><b>A :</b>          Keluarga mampu merawat pasien dengan mandiri masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b>          Lanjutkan SP 4 Keluarga.</p>	
<p><b>Senin/ 06          Februari 2023</b></p>	<p><b>Resiko          perilaku          kekerasan</b></p>	<p><b>Strategi pelaksanaan IV klien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi kegiatan latihan fisiktarik nafas dalam, pukul bantal dan minum obat serta latihan verbal. Beri pujian.</li> <li>Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual.</li> <li>Masukkkan dalam jadwal kegiatan harian.</li> </ol>	<p><b>S :</b>          Pasien mengatakan mampu mengontrol perasaan marah.</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mampu mengulangi kembali latihan fisik tarik nafas dalam, pukul bantal, minum obat dan latihan verbal</li> <li>Pasien mengerti cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</li> </ol>	

			<p><b>A:</b> Pasien mampu melakukan latihan secaramandiri</p> <p><b>P:</b> Optimalkan SP 4 perilaku kekerasan</p>	
		<p><b>Strategi Pelaksanaan IV keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien latihannafas dalam pukul Bantal dan memberikan obat, verbal dan spiritual. Beri pujian.</li> <li>2. Jelaskan follow up ke puskesmas,tanda kambuh, dan rujukan.</li> <li>3. Anjurkan membantu pasien sesuaijadwal dan memberi pujian</li> </ol>	<p><b>S:</b> Keluarga mengatakan mengerti tentang penjelasan mengenai cara spiritual dan follow up ke puskesmas serta tanda kekambuhan dan juga rujukan.</p> <p><b>O:</b> Keluarga tampak memahami penjelasan yang diberikan dengan , mampu mengulangi kembali.</p> <p><b>A:</b> Keluarga mampu merawat pasien dengan mandiri masalah teratasi.</p> <p><b>P:</b> Intervensi dihentikan.</p>	
<p>Selasa/ 07 Februari 2023</p>	<p><b>Defisit perawatan diri</b></p>	<p><b>Strategi pelaksanaan I klien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi masalah perawatan diri, kebersihan diri, makan/minum, BAB/BAK</li> <li>2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri.</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengaakan malas mandi,mandi sekali dalam 3 hari</li> <li>2. Pasien mengatakan malas</li> </ol>	

		<p>3. Jelaskan cara dan alat kebersihan diri.</p> <p>4. Latih cara menjaga kebersihan diri mandi dan ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut, potong kuku.</p> <p>5. Masukkan jadwal kegiatan harian.</p>	<p>menggantipakaian dan gosok gigi</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak gigi dan mulut kotor, bau mulut, bau badan</li> <li>2. Pasien mampu melakukan mandi dan gosok gigi dengan benar.</li> </ol> <p><b>A :</b></p> <p>Pasien mampu melakukan secara mandiri masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Optimalkan SP 1 defisit perawatan diri</li> <li>2. lanjutkan ke SP 2 dengan cara berhias</li> </ol>	
		<p><b>Strategi pelaksanaan I keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.</li> <li>2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <p>Keluarga mengatakan mengerti tentang penjelasan mengenai defisit perawatan diri, dan cara merawat</p>	

		<p>proses terjadinya defisit perawatan diri.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Jelaskan cara merawat defisit perawatan diri.</li> <li>4. Latih cara merawat kebersihandiri.</li> <li>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikanreinforcement.</li> </ol>	<p>pasien defisit perawatan diri.</p> <p><b>O :</b>  Keluarga tampak memahami penjelasan yang diberikan dengan mampu mengulangi kembali.</p> <p><b>A :</b>  Keluarga mampu merawat pasien dengan mandiri masalah teratasi sebagian.</p> <p><b>P :</b>  Lanjtkan SP 2 keluarga</p>	
<p><b>Rabu/ 08  Februari 2023</b></p>	<p><b>Defisit  perawatan  diri</b></p>	<p><b>Strategi pelaksanaan II klien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian.</li> <li>2. Jelaskan cara dan alat untuk berdandan setelah kebersihan diri, sisiran dan mengganti pakaian.</li> <li>3. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<p><b>S :</b>  Pasien mengatakan jarang mengganti baju.</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak sudah mandi dan gosok gigi.</li> <li>2. Pasien tampak masih memakai baju kemaren.</li> </ol> <p><b>A :</b>  Pasien mampu melakukan secara mandiri masalah teratasi sebagian</p>	

			<p><b>P :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Optimalkan SP 2 defisit perawatan diri</li> <li>2. lanjutkan ke SP 3 cara makan/minum yang baik</li> </ol>	
		<p><b>Strategi pelaksanaan II keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri. Beri pujian.</li> <li>2. Bimbing keluarga membantu pasien berdandan</li> <li>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan reinforcement</li> </ol>	<p><b>S :</b> Keluarga mengatakan mengerti tentang penjelasan mengenai cara berdandan</p> <p><b>O :</b> Keluarga tampak memahami penjelasan yang diberikan dengan mampu mengulangi kembali.</p> <p><b>A :</b> Keluarga mampu merawat pasien dengan mandiri masalah teratasi sebagian.</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan SP 3 keluarga</p>	

<p><b>Kamis/ 09 Februari 2023</b></p>	<p><b>Defisit perawatan diri</b></p>	<p><b>Strategi pelaksanaan III klien:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian.</li> <li>2. Jelaskan cara dan alat makan/minum yang baik.</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan harian.</li> </ol>	<p><b>S :</b> Pasien mengatakan ketika makan dan minum sering berserakkan.</p> <p><b>O :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak sudah mandi dan gosok gigi.</li> <li>2. Pasien tampak sudah mengganti bajunya.</li> <li>3. Pasien mengerti cara makan dan minum yang baik</li> </ol> <p><b>A :</b> Pasien mampu melakukan secara mandiri masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Optimalkan SP 3 defisit perawatandiri</li> <li>2. Lanjutkan ke SP 4 dengan latihan BAB/BAK yang baik dan benar</li> </ol>	
---	--------------------------------------	--	---	--



		<p><b>Strategi pelaksanaan III keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri, dan berdandan. Beri pujian.</li> <li>2. Bimbing keluarga membantu makan/minum pasien.</li> <li>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan reinforcement.</li> </ol>	<p><b>S :</b> Keluarga mengatakan mengerti tentang penjelasan mengenai makan dan minumlah yang benar</p> <p><b>O :</b> Keluarga tampak memahami penjelasan yang diberikan dengan mampu mengulangi kembali.</p> <p><b>A :</b> Keluarga mampu merawat pasien dengan mandiri masalah teratasi sebagian.</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan SP 4 keluarga</p>	
<p><b>Jum'at / 10 Februari 2023</b></p>	<p><b>Defisit perawatan diri</b></p>	<p><b>Strategi pelaksanaan IV klien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan/minum. Beri puji</li> <li>2. Jelaskan cara BAB/BAK yang baik.</li> <li>3. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<p><b>S :</b> Pasien mengatakan ketika BAK jarang disiram.</p> <p><b>O :</b> Pasien tampak paham penjelasan mengenai cara BAB/BAK yang baik dan benar</p>	

			<p><b>A :</b> Pasien mampu melakukan secara mandiri masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> 1. Optimalkan SP 4. 2. Intervensi dihentikan.</p>	
		<p><b>Strategi pelaksanaan IV keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri, berdandan, makan/minum. Beri pujian.</li> <li>2. Bimbing keluarga merawat BAB/BAK pasien.</li> <li>3. Jelaskan follow up ke puskesmas, tanda kambuh, dan rujukan</li> </ol>	<p><b>S :</b> Keluarga mengatakan mengerti tentang penjelasan mengenai BAB/BAK yang baik dan follow up ke puskesmas</p> <p><b>O :</b> Keluarga tampak memahami penjelasan yang diberikan dengan mampu mengulangi kembali.</p> <p><b>A :</b> Keluarga mampu merawat pasien dengan mandiri masalah teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dihentikan</p>	

LAMPIRAN 2

FORMAT SKRENING KLIEN YANG MENGALAMI SKIZOFRENIA  
DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI :  
HALUSINASI PENDENGARAN

Lembar observasi

1. Klien pernah mengalami tanda dan gejala sebagai berikut, jika iya beri tanda ceklis  jika tidak beri tanda silang

- a. Dicara atau tertawa sendiri
- b. Mondar-mandir tanpa arah
- c. Mendengar suara-suara atau kegeluhhan
- d. Menarik diri dari orang lain
- e. Menggerakkan mulut seperti sedang berbicara atau mengjawab suara
- f. Tiba-tiba marah atau menyengam orang lain
- g. Tidak mengikuti kegiatan

✓
✓
✓
✓
✓
✓

LAMPIRAN

LEMBAR PENELITIAN  
(Lembar Consent)

Yang berandaarasan adalah (s):

Responden:

Nama:

Edison

Tempat tanggal lahir:

Padang, 31 Desember 1990

Pemegang surat (Kebang):

Nama:

Eva Yulis

Hubungan dengan responden:

Indah, 18 Desember 1980

Selaku saya menandatangani lembar penelitian ini saya bersedia menjadi responden pada penelitian Mulya Husniyati Firda Program Studi D-III Keperawatan Fachs Fakultas Kesehatan Komoditas RI Padang dengan judul penelitian "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Bahadranal Pendidikan Di Wilayah Kerja Puskesmas Arahayang Kota Padang Tahun 2023"

Persetujuan ini saya tulis dengan ingka utukada serta paksa dan saya paku

Padang, 26 Januari 2023

Responden



Edison

**LAMPIRAN 4****PELAYANAN KEPERAWATAN JIWA DIRUMAH**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

**Klien**

Nama : Edison

Umur : 52 Tahun

Alamat : By pass KM 7.5 RT 01/RW 05 Ketaping, Kampung Dayak, Kota Padang, Sumatera Barat

**Penanggung Jawab (Keluarga)**

Nama : Erna Yulis

Umur : 54 Tahun

Alamat : By pass KM 7.5 RT 01/RW 05 Ketaping, Kampung Dayak, Kota Padang, Sumatera Barat

No.Telp : -

Hubungan dengan klien : Kakak

Setelah mendapatkan penjelasan tentang pelayanan keperawatn jiwa di rumah, yang memuat tentang HAK dan KEWAJIBAN KLIEN, menyatakan setuju/tidak setuju menerima pelayanan oleh tm kesehatan keperawatan keluarga di rumah

**HAK KLIEN :**

1. Ikut menentukan rencana pelayanan keperawatan jiwa di keluarga
2. Menerima pelayanan yang sesuai dengan norma yang berlaku berdasarkan kode etik, norma agama dan sosial budaya tanpa diskriminasi berdasarkan ras, warna kulit, agama, jenis kelamin, usia dan asal usul kebangsaan.
3. Mengemukakan keberadaan tentang tindakan sesuai menerima penejelasan yang lengkap, kecuali tindakan kegawat-daruratan.
4. Mengemukakan kebutuhan terhadap individu petugas yang melayani.
5. Memperoleh informasi yang berkaitan dengan setiap perubahan pelayanan keperawatan.
6. Memperoleh perlindungan hukum atas tindakan yang menyimpang dari standar prosedur.

**LAMPIRAN 5**

**JADWAL KUNJUNGAN PELAYANAN KEPERAWATAN  
JIWA DI RUMAH**

**LAMPIRAN 5** **JADWAL KUNJUNGAN PELAYANAN KEPERAWATAN  
JIWA DI RUMAH**

MINGGU KE-	KELAS KEPERAWATAN RUMAH	KEMEN	KELARA	KABU	KASIM	KURAT	KATU	MINGGU
I	RUMAH	Eda	Eda	Eda	Eda	Eda	Eda	Eda
	KEMEN	Eda	Eda	Eda	Eda	Eda	Eda	Eda
II	RUMAH	Eda	Eda	Eda	Eda	Eda		
	KEMEN	Eda	Eda	Eda	Eda	Eda		

104

Poltekkes Kemenkes Padang

LAMPIRAN 6

ASIHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN HALUSINASI  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS AMBACANG KOTA PADANG

NO	KEGIATAN	OKTO BER	NOVEM BER	DESEM BER	JANUAR I	FEBRUARI	MARSH	APRIL	MEE	JUNI
1.	Konsultasi dan ACE Judul Proposal									
2.	Pembuatan dan Konsultasi Proposal									
3.	Pendahuluan Sidang Pusat									
4.	Sidang proposal									
5.	Perbaikan Proposal									
6.	Penelitian dan Pengkajian									
7.	Pendahuluan Ujian KTI									
8.	Sidang KTI									
9.	Perbaikan KTI									
10.	Pengumpulan perbaikan KTI									
11.	Pastikan									

Padang, 20 Mei 2023

*[Signature]*  
Heppi Siregar, S.Kp, M.Kep, SP, Jns  
NIP. 19701020 199300 2552

*[Signature]*  
Nc. Verra Wily Arnat, M. Kep  
NIP. 1691225 200902 2001

*[Signature]*  
Makrya Rizkhanul Anis  
201510175  
Kolektif Komunitas Perawat

LAMPIRAN 7











**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN PADANG**

KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
 DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN  
 POLITEKNIK KESEHATAN PADANG  
 Jl. Raya Padang - Bukittinggi Km. 10, Padang, Sumatera Barat 25139  
 Telp. (075) 213111, Faks. (075) 213112, Email: poltekkes.padang@kemkes.go.id  
 Website: www.poltekkes.padang.kemkes.go.id



---

Nomor : PP/2101/2014/2009

5 Januari 2023

Perihal : Ijazah Penyetoran

Yth Kepala Balai Kesehatan Asuhung Kota Padang

Di Tempat

Dengan hormat,

Selubungan dengan telah ditaswirkan saya (Ibu Saiful Haryand Soaya Yudi Hrian) sebagai Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D-3 Keperawatan Padang Poltekkes Sumatera Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk bersedia dan kepada Mahasiswa untuk melakukan Penyetoran di Institut yang dipaparkan di bawah ini :

NO	NAMA / NIM	JUDUL KTI
1	Melisa Haryand Hari / 210110172	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Infeksi dan Peradangan di Wilayah Kerja Puskesmas Asuhung

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerinduan Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.





Diksur. 



Haridanti, S.Kn, M.Kep, Sp. Jien  
 NIP. 19730828199516 2 001

**LAMPIRAN 10**

**DOKUMENTASI KUNJUNGAN**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Klien</b>	<b>Keluarga</b>
<b>Halusinasi</b>          <b>Pengkajian</b>	  	  
<b>SP 1</b>		

		
<p>SP 2</p>		
<p>SP 3</p>		

<p><b>SP 4</b></p>		
<p><b>Resiko Perilaku Kekerasan</b></p> <p><b>(SP 1)</b></p>		
<p><b>SP 2</b></p>		

<p><b>SP 3</b></p>		
<p><b>SP 4</b></p>		
<p><b>Defisit Perawatan Diri (SP 1)</b></p>		

<p><b>SP 2</b></p>		
<p><b>SP 3</b></p>		
<p><b>SP4</b></p>		



LEMBAGA KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH  
 FIBRE D-HI STIPROGRAM ATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN  
 POLITEKNIK KEMENKES RI PADANG

Nama : Nuzca Hafidah Peris  
 NIM : 20118179  
 (Mentoring I) : Hippi Siregar, S.Kp, N.Kep, Sp. (Per)  
 Asid : Anggraeni Permana, Nsika Daman, Dwiyana H. Willyan  
 Kerja Paksa dan Asid yang Kita Pelani

No	Tanggal	Kegiatan atau bentuk Peningkatan	Tanda Tangan
1	15 - Desember 2020	Acc judul	
2	20 - Desember 2020	Penyusunan BAB I	
3	21 - Desember 2020	Pembahasan Bab 1 dan 2	
4	20 - Desember 2020	Pembahasan Bab 1 dan 2	
5	21 - Desember 2020	Pembahasan Bab 1 dan 2	
6	21 - Desember 2020	Revisi Pembahasan Bab 1	
7	22 Desember 2020	Acc sidang proposal	
8	18 Januari 2021	Penyusunan akhir	

9	08-Mei-2013	Revisi Lembar Kerja Rab 10 dan Rab 11	  
10	09-Mei-2013	Revisi Rab 11	
11	15-Mei-2013	Revisi Lembar Kerja	
12			
13			
14			

**Catatan**

1. Lembar Kerja telah direvisi dengan cara kesatuan
2. Lembar anggaran anggaran secara keseluruhan; sebagai salah satu syarat pendanaan ulang;

Mengakhiri,  
 Ketua Prodi D-III Kesehatan Padang  
 Politeknik Kesehatan RI Padang




Ns Yopi Padlisgati S. Kep. M. Keo  
 NIP. 197907311994062006

LEMBANG KUNSI JASTI KARYA TULIS DI MILAH  
 FAKULTAS KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN  
 POLITEKNIK KEMENKES PADANG

Nama : Nisrina Sholahati Putri  
 NIM : 20118113  
 Pendidikan Di : St. Verna Ulin. Andal. Al. Kes  
 Asah : Asah Regenerasi Pada Pasien Dengan Hidroseal Di  
 Wanita

Karya Praktikum Asah yang Kita Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Sesi Pembelajaran	Tanda Tangan
1	08.09.2021	1st. Jurnal	
2	09.09.2021	2nd. Riset	
3	10.09.2021	3rd. Riset Bab 1, Lanjut ke 2 dan 3	
4	11.09.2021	4th. Riset Bab 1, 2 dan 3	
5	12.09.2021	5th. Riset 1 dan 2	
6	13.09.2021	6th. Riset	
7	14.09.2021	7th. Riset Asah	
8	15.09.2021	8th. Riset Asah Lanjut Bab 1	
9	16.09.2021	9th. Riset Bab 1, Lanjut Bab 1	

9	09. Mar. 2017	Revisi Bab IV	
10	13. Mar. 2017	Revisi Bab IV, Bab V	
11	15. Mar. 2017	Aceh	
12			
13			
14			

**Catatan:**

1. Lembar kontrol harus dibaca setiap kali kesakitan
2. Lembar kontrol ini diserahkan ke pasien sebagai sarana untuk pemberitaraan ulang

Menghadiri,  
 Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang  
 Poltekkes Kemenkes RI Padang



Ns. Yessi Endriyanti S. Ken, M. Ken

NIK: 19750121 199903 2 1015

