



KEMENKES POLTEKKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN REMAJA NAPZA DENGAN
HALUSINASI DI YAYASAN PELITA JIWA INSANI KOTA PADANG TAHUN
2024**

KARYA TULIS ILMIAH

RAFIKON JAKBAL AGNI
NIM: 213110138

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2024**



KEMENKES POLTEKKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN REMAJA NAPZA DENGAN
HALUSINASI DI YAYASAN PELITA JIWA INSANI KOTA PADANG
TAHUN 2024**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Keperawatan**

RAFIKON JAKBAL AGNI

NIM: 213110138

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2024**

LEMBAR PENGESAHAN
KATA PENGANTAR

Karya tulis ini telah melalui proses pemeriksaan oleh Dosen Tetap NAFPA dengan Maksud dan Tujuan, yaitu agar dapat lebih terdapat dalam NAFPA dan Memberikan wawasan dan pengetahuan kepada para pembaca agar dapat lebih terdapat dalam NAFPA dan Memberikan wawasan dan pengetahuan kepada para pembaca.

Padang, 12 Mei 2024

Direktur

Pengantar I

Direktur NAFPA
NIP. 197001011980031001

Pengantar II

Sekretaris NAFPA
NIP. 197001011980031001

Revisi
Karya Tulis ini telah melalui proses pemeriksaan oleh Dosen Tetap NAFPA dengan Maksud dan Tujuan, yaitu agar dapat lebih terdapat dalam NAFPA dan Memberikan wawasan dan pengetahuan kepada para pembaca.

Revisi

Revisi NAFPA
NIP. 197001011980031001

Kelembagaan NAFPA Padang

KEMENTERIAN KESEHATAN

Survei Tesis Kesehatan Masyarakat

Nama :
NIM :
Program Studi :
Tahun 2011 :

Survei tersebut dilaksanakan dengan tujuan untuk mengetahui dan memahami situasi kesehatan masyarakat yang ada di lokasi penelitian pada saat ini dan untuk mengetahui apakah Program KIA-KI-KI Kabupaten Padang dapat meningkatkan Pelayanan Kesehatan Masyarakat.

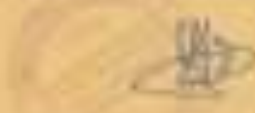
Survei Tesis

Nama Tesis :
Survei 1 :
Survei 2 :
Survei 3 :

Survei 4 :

Survei 5 :

Survei 6 :



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN PADANG

DAFTAR ISI

Daftar Isi

| | |
|-----------------|---|
| Kata Pengantar | 1 |
| Daftar Isi | 2 |
| Daftar Gambar | 3 |
| Daftar Tabel | 4 |
| Daftar Lampiran | 5 |
| Daftar Pustaka | 6 |
| Daftar Halaman | 7 |
| Daftar Bab | 8 |

Penyusunan laporan ini telah selesai dilaksanakan dengan baik dan benar. Untuk itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada dosen pembimbing yang telah membimbing dan membantunya dalam menyelesaikan laporan ini. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada teman-teman yang telah membantu dan membantunya dalam menyelesaikan laporan ini. Penulis berharap laporan ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Padang, 24 Mei 2024

Yusuf Hidayat

12120110101



12120110101

12120110101

**KEMENKES POLTEKKES PADANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG
Karya Tulis Ilmiah, Juni 2024**

RAFIKON JAKBAL AGNI

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Remaja NAPZA Dengan Halusinasi Di
Yayasan Pelita Jiwa Insani Kota Padang Tahun 2024**

ABSTRAK

Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Jumlah pasien remaja yang ada di Yayasan Pelita Jiwa Insani Sebanyak 6 orang. Tujuan penelitian ini untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada klien remaja napza dengan halusinasi di Yayasan Pelita Jiwa Insani Kota Padang tahun 2024.

Desain penelitian yaitu penelitian deskriptif yang berbentuk studi kasus. Penelitian dilakukan pada 1 orang partisipan di Yayasan Pelita Jiwa Insani penyusunan dimulai dari bulan Agustus 2023 sampai Juni 2024 dengan waktu pemberian asuhan keperawatan selama 12 hari. Analisis terhadap proses keperawatan meliputi pengkajian, Diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan dibandingkan dengan hasil penelitian orang lain dan teori.

Hasil penelitian didapatkan keluhan utama klien saat pengkajian yaitu mendengar suara – suara bisikan yang tidak berwujud, sering menutup telinga, suka berbicara sendiri, marah – marah tanpa sebab, mondar – mandir didalam ruangan, suka menyendiri, jarang berinteraksi dengan orang lain, terkadang tampak kesal dan menendang pintu. Diagnosis keperawatan yang didapatkan yaitu halusinasi pendengaran, risiko perilaku kekerasan, dan isolasi sosial. Implementasi keperawatan melatih klien mengontrol halusinasi dengan menghardik minum obat teratur, bercakap – cakap, dan melakukan aktivitas sehari – hari; melatih klien mengontrol marah dengan nafas dalam dan pukul bantal, minum obat teratur, meminta dan menolak dengan baik, dan berdzikir; serta melatih untuk perawatan diri dan bab/bak yang benar. Evaluasi keperawatan terhadap Diagnosis keperawatan yang ditemukan dapat teratasi ditandai dengan klien mampu melakukan latihan sesuai strategi pelaksanaan Intervensi keperawatan.

Penelitian ini diharapkan menjadi gambaran bagi perawat Yayasan Pelita Jiwa Insani Kota Padang dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi dengan meningkatkan komunikasi terapeutik dan pemberian reinforcement positif pada klien setiap selesai melakukan latihan.

**Kata Kunci (Key Word) : Halusinasi, Asuhan Keperawatan
Daftar Pustaka:29 (2010-2023)**

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang maha Esa, karena atas berkat rahmat hidayahnya, saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Diploma III pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Kementrian Kesehatan Politeknik Kesehatan Padang. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan KTI ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan KTI ini. Oleh karena itu, Saya Mengucapkan Terima Kasih Kepada:

1. Ibu Renidayati S.Kp.M,Kep,Sp.Jiwa selaku Direktur Poltekkes Kemenkes RI Padang.
2. Bapak Tasman S.Kp.M.Kep,Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
3. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep,M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
4. Pimpinan Yayasan Pelita Jiwa Insani yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan.
5. Bapak Ibu Dosen dan Staf yang telah membantu dan memberikan ilmu dalam pendidikan untuk bekal bagi peneliti selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
6. Teristimewa orang tua dan keluarga yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral.
7. Rekan-rekan seperjuangan Angkatan 20221 D-III Keperawatan Padang yang telah memberikan dukungan dan semangat.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, 14 Juni 2024

Peneliti

DAFTAR ISI

| | |
|---|------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| LEMBAR PERSETUJUAN | ii |
| LEMBAR PENGESAHAN | iii |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS | iv |
| ABSTRAK | v |
| KATA PENGANTAR | vi |
| DAFTAR ISI | vii |
| DAFTAR GAMBAR | ix |
| DAFTAR LAMPIRAN | x |
| | |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 4 |
| C. Tujuan Penelitian | 5 |
| D. Manfaat Penelitian | 6 |
| | |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 7 |
| A. KONSEP NAPZA..... | 7 |
| a. Pengertian NAPZA | 7 |
| b. Sejarah NAPZA..... | 7 |
| c. Jenis-Jenis & Golongan NAPZA | 8 |
| d. Bahaya NAPZA..... | 10 |
| e. Tanda dan Gejala..... | 11 |
| f. Faktor Penyebab Penyalahgunaan NAPZA | 13 |
| g. Cara Penanggulangan NAPZA..... | 14 |
| B. Konsep Dasar Halusinasi..... | 15 |
| a. Pengertian Halusinasi | 15 |
| b. Proses Terjadinya Halusinasi..... | 15 |
| c. Rentang Respon Neurobiologis..... | 16 |
| d. Pohon Masalah Halusinasi | 18 |
| e. Jenis Halusinasi | 19 |
| f. Tanda dan Gejala Halusinasi | 21 |
| g. Fase Halusinasi..... | 22 |
| h. Mekanisme Koping Halusinasi..... | 23 |
| i. Penatalaksanaan Halusinasi | 24 |
| C. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Halusinasi | 27 |
| a. Pengkajian Keperawatan..... | 27 |
| b. Diagnosis Keperawatan | 32 |
| c. Intervensi Keperawatan | 32 |
| d. Implementasi Keperawatan | 48 |
| e. Evaluasi Keperawatan | 49 |

| | |
|--|-----------|
| BAB III METODE PENELITIAN | 50 |
| A. Jenis dan Desain Penelitian..... | 50 |
| B. Tempat dan Waktu Penelitian..... | 50 |
| C. Populasi dan Sampel..... | 50 |
| D. Alat atau Instrumen Pengumpulan Data | 51 |
| E. Jenis – Jenis Data | 52 |
| BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS | 51 |
| A. Deskripsi Kasus | 51 |
| a. Pengkajian Keperawatan | 51 |
| b. Diagnosis Keperawatan | 56 |
| c. Intervensi Keperawatan..... | 56 |
| d. Implementasi Keperawatan | 57 |
| e. Evaluasi Keperawatan | 60 |
| B. Pembahasan Kasus | 62 |
| a. Pengkajian Keperawatan | 62 |
| b. Diagnosis Keperawatan | 66 |
| c. Intervensi Keperawatan..... | 66 |
| d. Implementasi Keperawatan | 67 |
| e. Evaluasi Keperawatan | 68 |
| BAB V PENUTUP | 70 |
| A. Kesimpulan | 70 |
| B. Saran | 71 |
| DAFTAR PUSTAKA | 73 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|----|
| Gambar 2.1 Rentang Respon Neurobiologis | 17 |
| Gambar 2.2 Pohon Masalah Halusinasi | 18 |

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Format pengkajian jiwa

Lampiran 2 : Data Klien Remaja NAPZA

Lampiran 3 : Inform consent

Lampiran 4 : Jadwal kunjungan Yayasan Pelita Jiwa Insani

Lampiran 5 : Ganchart kegiatan

Lampiran 6 : Surat Izin Pengambilan Data KEMENKES POLTEKKES PADANG

Lampiran 7 : Surat Selesai Penelitian Yayasan Pelita Jiwa Insani

Lampiran 8 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 1

Lampiran 9 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 2

Lampiran 10 : Dokumentasi

Lampiran 11: Hasil Turnitin



Kemenkes
Poltekkes Padang

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada era globalisasi saat ini banyak yang berubah di berbagai Negara, baik itu dalam hal yang sederhana maupun hal yang kompleks, baik yang terjadi di Negara maju maupun Negara berkembang. Proses globalisasi dapat memiliki dampak yang baik seperti berkembangnya teknologi, komunikasi ataupun yang lainnya. Adapun dampak buruk yang di sebabkan oleh globalisasi adalah rusaknya moral masyarakat yang di sebabkan oleh budaya asing yang masuk ke suatu Negara, salah satunya yaitu penggunaan obat-obatan terlarang atau yang biasa di sebut dengan Narkotika Alkohol Psikotropika dan Zat Adiktif (NAPZA) (Julianan & Nengah, 2016).

NAPZA merupakan singkatan dari narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya baik zat alami atau sintetis. NAPZA dibagi menjadi tiga jenis, yaitu narkotika, psikotropika, dan bahan aditif lainnya. Istilah ketiga tersebut mengacu pada kelompok senyawa yang dapat menyebabkan kecanduan. Contoh dari narkotika adalah candu, kokain dan LSD. Kemudian jenis psikotropika diantaranya ada ekstasi, demerol, dan sabu-sabu. Sementara itu contoh zat adiktif adalah kafein, alkohol, dan nikotin (UGM, 2020).

Berdasarkan data yang didapatkan, WHO (2022) menyatakan jumlah kelompok usia remaja di dunia berjumlah 1, 2 milyar atau 18% dari jumlah penduduk di dunia. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) menyatakan bahwa pengguna narkoba terus meningkat di seluruh dunia, pada tahun 2021, 1 dari setiap 17 orang berusia 15-64 tahun di dunia pernah menggunakan narkoba dalam 12 bulan terakhir. Jumlah pengguna meningkat dari tahun 2019 sebanyak 240 juta dan pada tahun 2021 menjadi 296 juta. Pada tahun 2021 Jumlah remaja usia 15-16 tahun yang menggunakan narkoba sebanyak 13,5 juta (5,3%). Pengguna narkoba di kalangan Remaja R usia 15-16 tahun berbeda-beda di setiap wilayah, mulai dari kurang 3% di Asia hingga lebih dari 17% di Osenia.

Pada skala nasional tahun 2022 jumlah penduduk usia 10-24 tahun sebesar 66,74 juta jiwa atau 24,4 % dari 275,77 juta total populasi pada tahun 2022. Dan menurut data Badan Statistik Indonesia tahun 2022 yang ditinjau dari kelompok umur

terdapat 20,34% remaja yang berumur 16-18 tahun, Dari jenis kelaminnya, persentase remaja laki-laki 24,32 %. Angkanya juga lebih tinggi dibandingkan remaja perempuan sebesar 23,68% (Badan Pusat Statistik Indonesia, 2022). Pada tahun 2021 di Indonesia jumlah penduduk usia 15-64 tahun yang terpapar narkoba sebanyak 4.827.616 (1,95%).Jumlah ini meningkat dibandingkan pada tahun 2019 yaitu sebanyak 4.534.744 (1,80%). Menurut kelompok usia pengguna narkoba di Indonesia pada usia 15-24 tahun sebanyak 1,96 % remaja yang pernah memakai narkoba, sedangkan pada usia 25-49 tahun 3,00% dan usia 50-64 tahun 2,17% (Indonesia Drugs Report, 2022).

Badan Narkotika Nasional Provinsi (BNNP) menyatakan di Sumatera Barat sebanyak 66.612 orang tercatat dalam penyalagunaan narkoba. Jumlah ini meningkat dari tahun 2015 yaitu sekitar 59 ribu orang. Provinsi Sumbar menduduki posisi ke-13 dari seluruh provinsi di Indonesia. Persentase penggunaan narkoba sekitar 1,78% dari populasi masyarakat berumur 10-59 tahun (BNNP, 2022).

Menurut Miswarti (2018) dijelaskan bahwa pada tahun 2015, di Kota Padang terdapat 288 suspek penyalahgunaan NAPZA. Dari jumlah tersebut, 29 di antaranya merupakan remaja yang terlibat dalam penyalahgunaan. Angka tersangka NAPZA meningkat menjadi 304 pada tahun yang sama. Pada tahun 2016, terdapat 50 remaja dari total 304 tersangka NAPZA di Kota Padang (Taskon Padang, 2016).

Dampak penggunaan NAPZA secara psikologis meliputi depresi mental, gangguan jiwa berat/ psikotik adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan ketidakmampuan individu menilai kenyataan yang terjadi, misalnya berhalusinasi, waham atau emosi yang tidak stabil yang berujung pada perilaku kekerasan. Dampak putus obat pun bervariasi tergantung narkoba yang digunakan, secara umum dampak putus obat narkoba diantaranya yaitu pasien akan mengalami depresi,sulit berkonsentrasi, tekanan darah meningkat, insomnia,dan berhalusinasi.

Diperkirakan lebih dari 50 % pengguna NAPZA mengalami halusinasi (Anna, 2019). Halusinasi merupakan tanggapan dari panca indera tanpa adanya rangsangan (stimulus) eksternal. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Terdapat lima jenis halusinasi yaitu pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecap, dan perabaan.

Dari kelima jenis halusinasi tersebut, halusinasi pendengaranlah yang paling banyak ditemukan yakni terjadi pada 70 % klien, kemudian klien dengan halusinasi penglihatan sebanyak 20%, dan sisanya 10% adalah halusinasi penciuman, pengecapan, dan perabaan (Nurhalimah, 2016).

Menurut Direja (2014, dalam Nafiatun, 2020), seseorang yang mengalami halusinasi biasanya muncul tanda dan gejala seperti bicara sendiri, tertawa sendiri, marah marah tanpa stimulus yang nyata, kadang klien menutup telinga sambil menelengkan kepala, bahkan ada yang menengok ke kiri-kanan seperti sedang melihat sesuatu. Selain itu mengatakan mendengar suara suara yang tidak jelas, dimana isi percakapannya tidak jelas terkadang mendengar suara orang marah, kadang melihat bayang - bayang yang orang lain tidak dapat melihatnya. Perilaku yang sering muncul dari seseorang yang mengalami halusinasi tergantung pada jenis dan fase halusinasi yang dialami. Semakin berat fase halusinasinya maka akan semakin berat tingkat ansietasnya, dan perilakunya semakin dikendalikan oleh halusinasinya. Perilaku ini sering menimbulkan dampak yang dapat membahayakan diri sendiri maupun lingkungannya. Dalam hal ini, diperlukan penanganan secara tepat untuk mengatasi dampak dari halusinasi yakni dengan melakukan tindakan asuhan keperawatan.

Salah satu dampak dari halusinasi yaitu membuat klien tidak dapat memenuhi kehidupannya sehari-hari, dimana klien dapat melakukan kekerasan seperti mencederai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Klien juga mengalami intoleransi aktivitas sehingga perawatan diri klien menjadi kurang, hal ini disebabkan oleh halusinasi telah mempengaruhi/ memfokuskan pikiran klien ke hal yang tidak realitas sehingga klien hanya sibuk dengan dunia non realitas dan lupa akan keadaan realitas (Dermawan & Rusdi, 2017)

Pada survey awal di Yayasan pelita Jiwa Insani yang beralamat di kelurahan Kalumbuk Kecamatan Kuranji kot Padang, pada tanggal 19 Februari 2024, didapatkan remaja dengan yang menggunakan NAPZA sebanyak 6 orang, dan mempunyai riwayat kesehatan dengan Halusinasi di Yayasan Pelita Jiwa Insani sebanyak 3 orang.

Peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa menurut Yusuf (2015), yaitu sebagai pelaksana asuhan keperawatan yang memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, dan komunitas. Perawat melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif melalui pendekatan proses keperawatan jiwa yaitu pengkajian, membina hubungan saling percaya mengkaji waktu, frekuensi, dan situasi munculnya halusinasi, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, dan pelaksanaan tindakan keperawatan dalam hal mengontrol halusinasi dengan pemberian strategi pelaksanaan. Menurut Pusdiklatnakes (2012), strategi pelaksanaan untuk mengontrol halusinasi yaitu menghardik halusinasi, teratur minum obat, bercakap cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, serta melakukan aktivitas terjadwal.

Berdasarkan hasil penelitian Samal, dkk (2018) tentang Pengaruh Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Klien Halusinasi Terhadap Kemampuan Klien Mengontrol Halusinasi di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan, didapatkan bahwa adanya pengaruh penerapan asuhan keperawatan terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi. Dalam hal ini penerapan asuhan keperawatan memberikan hasil yang bermakna terhadap kemampuan klien dalam mengontrol halusinasi. Penelitian yang dilakukan Gasril, dkk di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau tahun 2020 juga mengatakan bahwa pengaruh antara terapi psikoreligius : dzikir terhadap mengontrol halusinasi pada pasien pengguna NAPZA mendapatkan hasil bahwa terdapat pengaruh antara terapi psikoreligius : dzikir terhadap mengontrol halusinasi pada pasien NAPZA.

Berdasarkan fenomena diatas maka, peneliti melakukan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Remaja NAPZA Dengan Halusinasi Di Yayasan Pelita Jiwa Insani Kota Padang Tahun 2024”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang yang telah dijelaskan, perumusan masalah dalam penelitian ini adalah: "Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Remaja NAPZA Dengan Halusinasi Di Yayasan Pelita Jiwa Insani Kota Padang Tahun 2024"

C. Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Remaja NAPZA dengan Halusinasi di Yayasan Pelita Jiwa Insani Kota Padang Tahun 2024.

b. Tujuan Khusus

1. Mendeskripsikan pengkajian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Remaja NAPZA dengan Halusinasi di Yayasan Pelita Jiwa Insani Kota Padang Tahun 2024
2. Mendeskripsikan Diagnosis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Remaja NAPZA dengan Halusinasi di Yayasan Pelita Jiwa Insani Kota Padang Tahun 2024
3. Mendeskripsikan intervensi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Remaja NAPZA dengan Halusinasi di Yayasan Pelita Jiwa Insani Kota Padang Tahun 2024
4. Mendokumentasikan implementasi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Remaja NAPZA dengan Halusinasi di Yayasan Pelita Jiwa Insani Kota Padang Tahun 2024
5. Mendeskripsikan evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Remaja NAPZA dengan Halusinasi di Yayasan Pelita Jiwa Insani Kota Padang Tahun 2024

D. Manfaat Penelitian

a. Manfaat Aplikatif

1. Bagi Peneliti Menambah pemahaman melalui pengalaman nyata dalam memberikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Remaja NAPZA dengan Halusinasi di Yayasan Pelita Jiwa Insani Kota Padang Tahun 2024
2. Bagi Poltekkes Kemenkes RI Padang: Dapat menjadi referensi bagi mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Padang dan peneliti berikutnya.

b. Manfaat Pengembangan Keilmuan

1. Bagi Institusi Pendidikan :
Menjadi sumber bacaan dan acuan dalam pembelajaran tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Remaja NAPZA dengan Halusinasi
2. Bagi Peneliti Selanjutnya :
Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi penelitian berikutnya untuk menambah pengetahuan dan data dasar untuk penelitian selanjutnya



Kemenkes
Poltekkes Padang

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP NAPZA

a. Pengertian NAPZA

Narkoba adalah singkatan dari narkotika dan obat/bahan berbahaya. Selain “Narkoba”, istilah lain yang diperkenalkan khususnya oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia adalah NAPZA yang merupakan singkatan dari Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif. Menurut Undang-undang RI nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika pada Bab 1 Pasal 1, narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semisintetis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan. Prekursor Narkotika adalah zat yang dapat digunakan dalam pembuatan narkotika (UU RI, 2009).

NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya) adalah bahan atau zat atau obat yang bila masuk kedalam tubuh manusia akan mempengaruhi tubuh terutama otak atau susunan saraf pusat , sehingga menyebabkan gangguan kesehatan fisik, psikis, dan fungsi sosial, ketagihan (adiksi) serta ketergantungan (dependensi) terhadap NAPZA (Alifia, 2020). Narkoba adalah singkatan dari narkotika dan bahan obat berbahaya. Narkoba atau NAPZA merupakan kelompok senyawa yang umumnya menyebabkan kecanduan bagi para penggunanya (BNN, 2017)

b. Sejarah NAPZA

(Sofiyah, 011) Narkotika dan zat adiktif lainnya yang termasuk dalam golongan NAPZA ternyata sudah dikenal dan digunakan sejak dahulu kala. Bangsa sumeria adalah bangsa yang pertama kali mengenal candu. Pada saat itu, candu digunakan sebagai penghilang rasa sakit dan obat tidur.

Ahli medis Hippocrates menggunakan candu sebagai pereda rasa sakit, terutama dalam proses pembedahan. Alexander the Great dari Persia (330 SM), memakai candu karena dapat memberikan rasa senang. Iyong mengenalkan candu pada bangsa india. Di india, candu dipakai dalam pengobatan penyakit diare dan

penyakit seksual. Penggunaan jarum suntik baru dikenal oleh Dr. Alexander Wood dari Edinburgh semakin menambah kemudahan bagi pemakai candu. Tepatnya 1874, peneliti C.R. Wright menemukan sintesis heroin dengan memanaskan morfin.

Pada abad ke 19, peredaran opium sangat pesat di Amerika, bahkan morfin digunakan untuk penahan rasa nyeri pada prajurit yang terluka di peperangan. Di Indonesia sendiri, candu sudah ada jauh sebelum terjadinya perang dunia ke-2. Bahkan, tanaman ganja yang banyak tumbuh di daerah Sumatra biasa digunakan sebagai bumbu masakan sehari-hari. Pemerintah membuat undang – undang tentang pembuatan, penggunaan dan penjualan obat-obatan berbahaya dibawah naungan Menteri Kesehatan. Perundang-undangan ini terus berkembang seiring dengan semakin maraknya penyalahgunaan narkotika di Indonesia bahkan dunia. Perundang-undangan yang berlaku saat ini adalah UU Anti Narkotika nomor 22/1997, menyusul dibuatnya UU Psikotropika nomor 5/1997. Dalam undang-undang tersebut berisi tentang pasal-pasal ketentuan pidana terhadap perilaku kejahatan narkotika dengan pemberian sanksi terberat yaitu hukuman mati.

c. Jenis-Jenis & Golongan NAPZA

NAPZA sering juga disebut sebagai zat psiko aktif, yaitu zat yang bekerja pada otak, sehingga menimbulkan perubahan perilaku, perasaan serta pikiran. Dan dampak yang ditimbulkan pada penyalahgunaan NAPZA sangat merugikan masyarakat, keluarga dan diri sendiri. Sehingga Pemerintah memberlakukan undang-undang. untuk penyalahgunaan Narkotika yaitu UU No.5 tahun 1997 tentang Psikotropika dan UU No. 22 tahun 1997 tentang Narkotika.

1. Narkotika

Pada undang-undang RI No.22 tahun 1997 tentang Narkotika, bahwa narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintetis maupun semi sintetis yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi hingga menghilangkan nyeri dan menyebabkan ketergantungan (Alifia, 2011)

Narkotika dibagi menjadi 3 golongan, yaitu:

a) Narkotika Golongan I

Narkotika yang digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan, dan bukan untuk terapi serta mempunyai potensi sangat tinggi sehingga dapat menimbulkan ketergantungan bagi pemakainya.

Contoh: ganja, kokain, opiate, heroin dll

b) Narkotika Golongan II

Narkotika yang berfungsi untuk pengobatan digunakan sebagai pilihan terakhir dan dapat digunakan dalam terapi atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi tinggi menjadi ketergantungan bagi para pemakainya.

Contoh: morfin, pethidin, betametadol

c) Narkotika Golongan III

Narkotika yang digunakan dalam terapi atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai daya aktif yang ringan yang dapat menyebabkan ketergantungan.

Contoh :kokain

2. Psikotropika

Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintesis bukan narkotika yang berkhasiat psikoaktif melalui susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada kesehatan mental dan perilaku. Yang digolongkan psikotropika menurut undangundang RI adalah: obat penenang/ tidur, LSD, diazepam, ekstasi, sabu-sabu dll.

Psikotropika dibagi menjadi 4 Golongan yaitu:

a) Psikotropika Golongan I

Psikotropika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan dan bukan untuk terapi dan berpotensi tinggi untuk menyebabkan ketergantungan.

Contoh: ekstasi, LSD, STP

b) Psikotropika Golongan II

Psikotropika yang digunakan dalam terapi atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan.

Contoh: amfetamin, metafetamin, Ritalin

c) Psikotropika Golongan III

Psikotropika yang banyak digunakan dalam terapi dan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi yang kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan.

Contoh: pentobarbital, flunitrazepam

d) Psikotropika Golongan IV

Psikotropika yang berkhasiat untuk pengobatan dan sangat luas digunakan dalam terapi atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan, mengakibatkan sindroma ketergantungan.

Contoh: pil koplo, MG, nitrazepam dll

3. Zat Adiktif

Zat adiktif adalah zat atau bahan kimia yang apabila masuk ke dalam tubuh manusia akan mempengaruhi tubuh, terutama susunan saraf pusat, sehingga menyebabkan perubahan aktivitas mental, emosional dan perilaku. Apabila digunakan secara terus menerus akan dapat menyebabkan kecanduan. Zat adiktif yang dimaksud disini adalah zat selain narkotika dan psikotropika yang apabila dicium, dihirup atau dihisap dapat memabukan.

Contoh :Rokok, Lem kayu, Bensin, Alkohol, Aseton, Tiner dll.

d. Bahaya NAPZA

Bahaya yang ditimbulkan akibat memakai Narkotika Menurut Efeknya:

1. Halusinogen

efek dari narkotika ini bisa mengakibatkan bila dikonsumsi dalam sekian dosis tertentu dapat mengakibatkan seseorang menjadi berhalusinasi dengan melihat suatu hal/benda yang sebenarnya tidak ada / tidak nyata contohnya kokain & LSD

2. Stimulan

Efek dari narkoba ini bisa mengakibatkan kerja organ tubuh seperti jantung dan otak bekerja lebih cepat dari kerja biasanya sehingga mengakibatkan seseorang lebih bertenaga untuk sementara waktu, dan cenderung membuat seorang pengguna lebih senang dan gembira untuk sementara waktu

3. Depresan

Efek dari narkoba ini bisa menekan sistem syaraf pusat dan mengurangi aktivitas fungsional tubuh, sehingga pemakai merasa tenang bahkan bisa membuat pemakai tidur dan tidak sadarkan diri. Contohnya putaw

4. Adiktif

Seseorang yang sudah mengkonsumsi narkoba biasanya akan ingin dan ingin lagi karena zat tertentu dalam narkoba mengakibatkan seseorang cenderung bersifat pasif, karena secara tidak langsung narkoba memutuskan syaraf-syaraf dalam otak, contohnya ganja, heroin, putaw.

e. Tanda dan Gejala

Menurut (Prabowo, 2014) tanda dan gejala dapat dilihat sebagai berikut:

1. Tingkah laku pasien pengguna zat sedatif hipnotik

- a) Menurunnya sifat menahan diri
- b) Jalan tidak stabil, koordinasi motorik kurang
- c) Bicara cadel, bertele-tele
- d) Sering datang ke dokter untuk minta resep
- e) Kurang perhatian
- f) Sangat gembira, berdiam, Depresi
- g) Gangguan dalam daya pertimbangan
- h) Dalam keadaan yang over dosis, kesadaran menurun, koma dan dapat menimbulkan kematian

2. Tingkah laku pasien pengguna ganja

- a) Kontrol diri menurun bahkan hilang
- b) Menurunnya motivasi perubahan diri
- c) Euforia ringan

3. Tingkah laku pasien pengguna alkohol
 - a) Sikap bermusuhan
 - b) Kadang bersikap murung, berdiam
 - c) Kontrol diri menurun
 - d) Suara keras, bicara cadel, dan kacau
 - e) Agresif
 - f) Minum alkohol pagi hari atau tidak kenal waktu
 - g) Partisipasi di lingkungan social kurang
 - h) Daya pertimbangan menurun
 - i) Koordinasi motorik terganggu
 - j) Dalam keadaan overdosis, kesadaran menurun bahkan sampai koma.
4. Tingkah laku pasien pengguna opioda
 - a) Terkantuk-kantuk
 - b) Bicara cadel
 - c) Koordinasi motorik terganggu
 - d) Acuh terhadap lingkungan, kurang perhatian
 - e) Perilaku manipulatif, untuk mendapatkan zat adiktif
 - f) Kontrol diri kurang
5. Tingkah laku pasien pengguna kokain
 - a) Hiperaktif
 - b) Euphoria, agitasi, dan sampai agitasi
 - c) Iritabilitas
 - d) Halusinasi dan waham
 - e) Kewaspadaan yang berlebih
 - f) Sangat tegang
 - g) Gelisah insomnia
 - h) Tampak membesar-besarkan sesuatu
 - i) Dalam keadaan over dosis: kejang, delirium, dan paranoid

6. Tingkah laku pasien pengguna halusinogen
 - a) Tingkah laku tidak dapat diramalkan
 - b) Tingkah laku merusak diri sendiri
 - c) Halusinasi, ilusi
 - d) Distorsi (gangguan dalam penilaian, waktu dan jarak)
 - e) Sikap merasa diri benar
 - f) Kewaspadaan meningkat
 - g) Depersonalisasi

f. Faktor Penyebab Penyalahgunaan NAPZA

Menurut Pieter 2013 penyalahgunaan narkoba ada beberapa faktor yaitu:

1. Lingkungan sosial

Motif ingin tahu: di masa remaja seseorang lazim mempunyai rasa ingin tahu lalu setelah itu ingin mencobanya. Misalnya dengan narkotika, psikotropika maupun minuman keras atau bahan bahaya lainnya.

- a) Adanya kesempatan: karena orang tua sibuk dengan kegiatannya masing-masing, mungkin juga karena kurangnya rasa kasih sayang dari keluarga ataupun karena akibat dari perceraian.
- b) Sarana dan prasarana: karena orang tua berlebihan memberikan fasilitas dan uang yang berlebihan, merupakan sebuah pemicu untuk menyalahgunakan uang tersebut untuk membeli narkotika untuk memuaskan rasa keingin tahuan mereka.

2. Kepribadian:

- a) Rendah diri perasaan rendah diri di dalam pergaulan di masyarakat ataupun di lingkungan sekolah, kerja dan sebagainya. Mereka mengatasi masalah tersebut dengan cara menyalahgunakan narkotika, psikotropika maupun Minuman keras yang dilakukan untuk menutupi kekurangan mereka tersebut sehingga mereka memperoleh apa yang diinginkan seperti lebih aktif dan berani.

b) Emosional dan Mental: pada masa-masa ini biasanya remaja ingin lepas dari segala aturan-aturan dari orang tua mereka, dan akhirnya sebagian tempat pelariannya yaitu dengan menggunakan Narkotika, Psikotropika dan Zat adiktif lainnya. Lemahnya mental remaja akan lebih mudah dipengaruhi oleh perbuatan-perbuatan negatif seperti penyalahgunaan NAPZA.

g. Cara Penanggulangan NAPZA

Pemberhentian penggunaan NAPZA memang sulit untuk dilakukan namun ada salah satu cara yang dapat dilakukan untuk mengatasinya yaitu dengan resiliensi. Resiliensi merupakan suatu kemampuan untuk bertahan mengatasi rasa frustrasi dan permasalahan yang dialami oleh individu. Individu yang melakukan resiliensi lebih tahan terhadap stres dan lebih sedikit mengalami gangguan emosi dan perilaku sehingga lebih memudahkan pasien untuk di rehabilitasi (Aisha, 2014).

Upaya penanggulangan penyalahgunaan narkoba dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1. Preventif

Pendidikan agama sejak dini, pembinaan kehidupan rumah tangga yang harmonis dengan penuh perhatian dan kasih sayang. Menjalinkan komunikasi yang konstruktif antar orang tua dan Remaja R .

2. Tindakan hukum

Dukungan semua pihak dalam pemberlakuan Undang – Undang dan peraturan disertai tindakan nyata demi keselamatan generasi muda penerus dan pewaris bangsa.

3. Rehabilitasi

Pusat rehabilitasi merupakan rumah sakit atau yayasan, untuk mereka yang mengalami ketergantungan. Khususnya untuknya penanggulangan Narkoba disekolah yaitu artinya peran orang tua dan guru sangat dibutuhkan dalam terciptanya generasi remaja bebas narkoba. Artinya guru yang bertugas mengawasi para siswa disekolah dan orang tua yang bertugas mengawasi siswa atau Remaja R mereka masing-masing dirumah. Disamping itu

melakukan penyuluhan ke sekolah- sekolah, dan tempat- tempat yang berpotensi menjadi dampak negatif mengenai NAPZA.

4. Kerja sama dengan tokoh-tokoh agama
perlu dilakukan untuk membina iman dan rohani guna meningkatkan pengetahuan mengenai bahaya narkoba
5. Dukungan keluarga
merupakan kunci utama yang sangat menentukan terlibat atau tidaknya Remaja R – Remaja R pada narkoba. Oleh sebab itu komunikasi antara orang tua dan Remaja R - Remaja R harus diefektifkan dan dibudayakan.

B. Konsep Dasar Halusinasi

a. Pengertian Halusinasi

Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi (Nurhalimah, 2016). Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan persepsi sensori, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan, atau penghiduan. Klien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Yusuf, 2015).

Kusumawati (2012), menjelaskan bahwa halusinasi merupakan hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata.

b. Proses Terjadinya Halusinasi

Menurut Pusdiklatnakes (2012), proses terjadinya halusinasi dapat dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart yang meliputi stressor dari faktor predisposisi dan presipitasi :

1. Faktor Predisposisi

Hal-hal yang dapat mempengaruhi terjadinya halusinasi yaitu :

a) Faktor Biologis

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

b) Faktor Psikologis

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

c) Sosial budaya dan Lingkungan

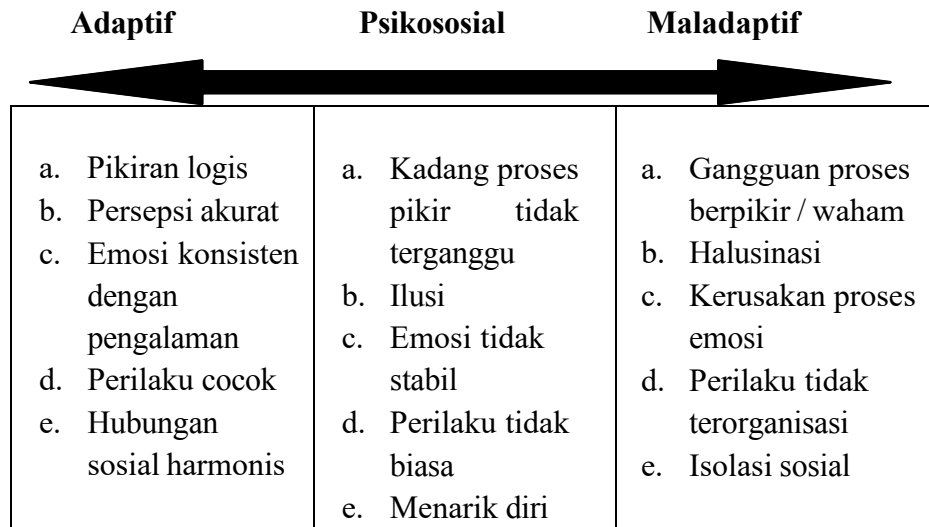
Pada klien yang mengalami halusinasi biasanya didapatkan sosial ekonomi yang rendah, riwayat penolakan lingkungan pada usia perkembangan Remaja R , tingkat pendidikan rendah dan kegagalan dalam hubungan sosial (perceraian, hidup sendiri), serta tidak bekerja.

2. Faktor Presipitasi

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

c. Rentang Respon Neurobiologis

Halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori, dimana terjadi gangguan dari respon neurobiologis. Oleh karenanya secara keseluruhan, rentang respons halusinasi mengikuti kaidah rentang respon neurobiologis. Rentang respon neurobiologis sebagai berikut (Azizah, 2016) :



Gambar 2.1 Rentang Respon Neurobiologis (Azizah, 2016)

Keterangan Gambar :

1. Respon Adaptif

Respon adaptif merupakan respon yang dapat diterima norma – norma budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut.

- a) Pikiran logis yaitu pandangan yang mengarah pada kenyataan.
- b) Persepsi akurat yaitu pandangan yang tepat pada kenyataan.
- c) Emosis konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- d) Perilaku sosial yaitu sikap atau tingkah lau yang masih dalam batas kewajaran.

2. Respon Psikososial

- a) Proses pikir terganggu yaitu proses pikir yang menimbulkan gangguan.
- b) Ilusi yaitu miss interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar – benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
- c) Emosi berlebihan atau berkurang.
- d) Perilaku tidak biasa yaitu sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.

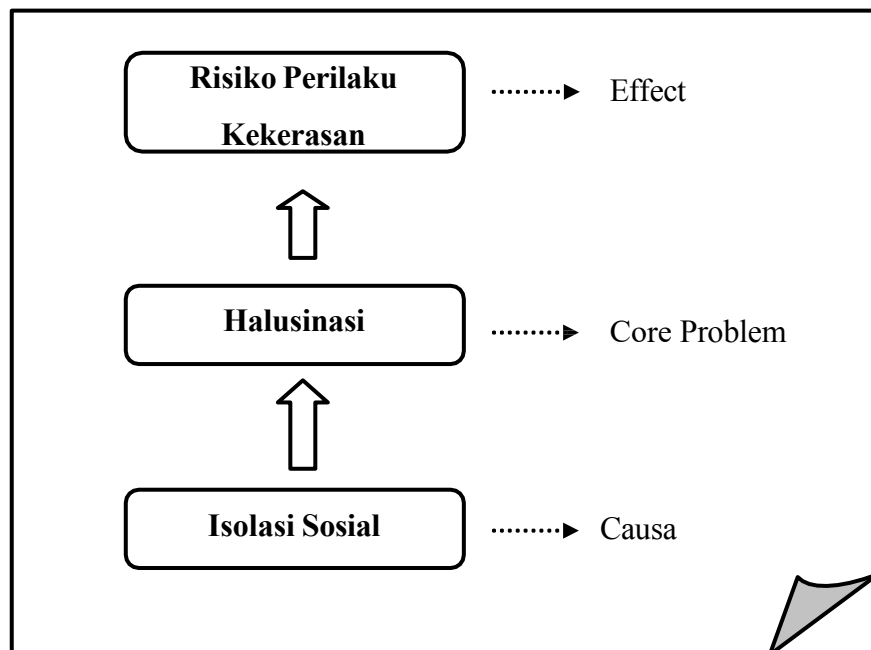
- e) Menarik diri yaitu percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

3. Respon Maladaptif

Respon maladaptif merupakan respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma – norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptif meliputi :

- a) Kelainan pikiran yaitu keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- b) Halusinasi yaitu definisian persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada
- c) Kerusakan proses emosi yaitu perubahan sesuai yang timbul dari hati.
- d) Perilaku tidak terorganisir yaitu suatu perilaku yang tidak teratur.
- e) Isolasi sosial yaitu kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

d. Pohon Masalah Halusinasi



Gambar 2.2 Pohon Masalah Halusinasi (Yusuf, 2015)

e. Jenis Halusinasi

Berikut ini merupakan jenis – jenis halusinasi menurut Kusumawati (2012) yaitu :

1. Halusinasi Pendengaran

Klien mendengarkan suara atau kebisingan yang kurang jelas ataupun yang jelas, dimana suara – suara tersebut terkadang mengajak berbicara klien dan kadang memerintah klien untuk melakukan sesuatu.

2. Halusinasi Penglihatan

Stimulus visual dalam bentuk kilatan atau cahaya, gambar atau bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan.

3. Halusinasi Penghidu

Klien membau bau – bauan tertentu seperti bau darah, urine, feses, parfum, atau bau yang lain. Ini sering terjadi pada seseorang pasca serangan stroke, kejang, atau demensia.

4. Halusinasi Pengecapan

Klien merasa mengecap rasa seperti darah, urine, feses, atau yang lainnya.

5. Halusinasi Perabaan

Klien merasa mengalami nyeri, rasa tersentrum, atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas.

6. Halusinasi Chenesthetic

Klien merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan atau pembentukan feses.

Sedangkan menurut Yusuf (2015), terdapat lima jenis halusinasi. Berikut ini jenis halusinasi beserta data penunjangnya :

Tabel 2 1 Jenis-Jenis Halusinasi dan Data Penunjangnya

| Jenis Halusinasi | Data Objektif | Data Subjektif |
|-------------------------------|---|--|
| Halusinasi Pendengaran | <ul style="list-style-type: none"> a. Bicara atau tertawa sendiri b. Marah – marah tanpa sebab c. Mengarahkan telinga ke arah tertentu d. Menutup telinga | <ul style="list-style-type: none"> a. Mendengar suara – suara atau kegaduhan b. Mendengar suara yang mengajak bercakap – cakap c. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya |
| Halusinasi Penglihatan | <ul style="list-style-type: none"> a. Menunjuk – nunjuk ke arah tertentu b. Ketakutan kepada sesuatu yang tidak jelas | <ul style="list-style-type: none"> a. Melihat bayangan sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu, atau monster |
| Halusinasi Penciuman | <ul style="list-style-type: none"> a. Mencium seperti sedang membaui bau – bau tertentu b. Menutup hidung | <ul style="list-style-type: none"> a. Membau bau – bau seperti bau darah, urin, atau feses b. Kadang – kadang bau itu menyenangkan |
| Halusinasi Pengecapan | <ul style="list-style-type: none"> a. Sering meludah b. Muntah | <ul style="list-style-type: none"> a. Merasakan rasa seperti darah, urin, atau feses |
| Halusinasi Perabaan | <ul style="list-style-type: none"> a. Menggaruk – garuk permukaan kulit | <ul style="list-style-type: none"> a. Mengatakan ada serangga di permukaan kulit, merasa seperti tersengat listrik |

f. Tanda dan Gejala Halusinasi

Nurhalimah (2016), mengungkapkan bahwa tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi terhadap pasien serta ungkapan pasien. Adapun tanda dan gejala pasien halusinasi yaitu :

1. Data Subjektif

Pasien mengatakan :

- a) Mendengar suara – suara atau kegaduhan
- b) Mendengar suara yang mengajak bercakap – cakap
- c) Mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya
- d) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
- e) Mencium bau – bauan seperti darah, urin, feses, kadang – kadang bau itu menyenangkan
- f) Merasakan rasa seperti darah, urin, atau feses
- g) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya

2. Data Objektif

- a) Bicara atau tertawa sendiri
- b) Marah – marah tanpa sebab
- c) Mengarahkan telinga ke arah tertentu
- d) Menutup telinga
- e) Menunjuk – nunjuk ke arah tertentu
- f) Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
- g) Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau – bauan tertentu
- h) Menutup hidung
- i) Sering meludah
- j) Muntah
- k) Menggaruk – garuk permukaan kulit

g. Fase Halusinasi

Halusinasi berkembang melalui empat fase, yaitu sebagai berikut (Kusumawati, 2012) :

1. Fase Pertama

Fase ini disebut juga dengan fase *comforting* yaitu fase menyenangkan.

Pada fase ini termasuk dalam golongan nonpsikotik.

a) Karakteristik :

Klien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan. Klien mulai melamun dan memikirkan hal – hal yang menyenangkan, cara ini hanya menolong sementara.

b) Perilaku Klien :

Tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respon verbal yang lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya dan suka menyendiri.

2. Fase Kedua

Fase ini disebut juga dengan fase *condemning* atau ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikkan. Pada fase ini termasuk dalam golongan psikotik ringan.

a) Karakteristik

Pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun, dan berpikir sendiri jadi dominan. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas. Klien tidak ingin orang lain tahu, dan ia tetap dapat mengontrolnya.

b) Perilaku Klien

Meningkatnya tanda – tanda sistem syaraf otonom seperti peningkatan denyut jantung, tekanan darah, dan pernapasan. Klien asyik dengan halusinasinya dan tidak bisa membedakan realitas.

3. Fase Ketiga

Fase ini disebut juga dengan fase *controlling* atau ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Pada fase ini termasuk dalam gangguan psikotik.

c) Karakteristik :

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

d) Perilaku Klien :

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

4. Fase Keempat

Fase ini disebut juga dengan fase *conquering* atau panik yaitu klien lebur dengan halusinasinya. Pada fase ini termasuk dalam golongan psikotik berat.

a) Karakteristik :

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

b) Perilaku Klien :

Perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau katakonik, tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks, dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang.

h. Mekanisme Koping Halusinasi

Mekanisme koping yang sering digunakan klien dengan halusinasi yaitu (Sutejo, 2018) :

1. 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.

2. Proteksi

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

3. Menarik Diri

4. Klien sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal.

5. Keluarga mengingkari masalah yang dialami oleh klien.

i. Penatalaksanaan Halusinasi

Penatalaksanaan medis pada klien halusinasi menurut Prabowo (2014), yaitu:

1. Farmakoterapi

Menurut Rahayu (2016, dalam Fatmawati, 2019), farmakoterapi yang lazim digunakan pada pasien halusinasi yaitu :

a) Haloperidol (HLP)

1) Klasifikasi : antipsikotik, neuroleptik, butirofenon

2) Penatalaksanaan psikosis kronis dan akut, pengendalian hiperaktivitas dan masalah perilaku berat pada Remaja R – Remaja R .

3) Mekanisme kerja

Mekanisme kerja antipsikotik yang tepat belum dipahami sepenuhnya, tampak menekan susunan saraf pusat pada pusat subkortikal formasi retikular otak, mensefalon, dan batang otak.

4) Kontra Indikasi

Hipersensitivitas terhadap obat ini yaitu pasien depresi susunan saraf pusat dan sumsum tulang, kerusakan otak subkortikal, penyakit Parkinson, dan Remaja R dibawah usia 3 tahun.

5) Efek Samping

Sedasi, sakit kepala, kejang, insomnia, pusing, mulut kering, dan anoreksia.

b) Clorpomazin**1) Klasifikasi : sebagai antipsikotik, antiemetik**

Penanganan gangguan psikotik seperti fase mania pada gangguan bipolar, gangguan skizoatif, ansietas dan agitasi, Remaja R hiperaktif yang menunjukkan aktivitas motorik yang berlebihan.

2) Mekanisme kerja

Mekanisme kerja antipsikotik yang tepat belum dipahami sepenuhnya, namun berhubungan dengan efek antidopaminergik. Antipsikotik dapat menyekat reseptor dipamine postinap pada ganglia basal, hipotalamus, system limbic, batang otak, dan medulla.

3) Kontra Indikasi

Hipersensitivitas terhadap obat ini, pasien koma atau depresi sumsum tulang, penyakit Parkinson, insufisiensi hati, ginjal, dan jantung, Remaja R usia dibawah 6 bulan, dan wanita selama kehamilan dan laktasi.

4) Efek Samping

Sedasi, sakit kepala, kejang, pusing, hipotermi, hipertensi, mual, muntah, dan mulut kering.

c) Trihexyphenidil**1) Klasifikasi : antiparkinson****2) Indikasi**

Segala penyakit parkinson, gejala ekstra pyramidal berkaitan dengan obat antiparkinson.

3) Mekanisme kerja

Mengoreksi ketidakseimbangan defisiensi dopamine dan kelebihan antikolin dalam korpus stiatum, asitekolin disekat oleh sinaps untuk mengurangi efek kolinergik berlebihan.

4) Kontra Indikasi

Hipersensitivitas terhadap obat ini, glaukoma sudut tertutup, hipertropi prostat pada Remaja R dibawah umur 3 tahun.

5) Efek Samping

Mengantuk, pusing, disorientasi, hipotensi, mulut kering, mual, dan muntah.

2. Terapi Kejang Listrik

Terapi kejang listrik merupakan pengobatan untuk menimbulkan kejang grandmall secara artificial dengan melewati aliran listrik melalui elektroda yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik dapat diberikan pada pengguna NAPZA yang tidak mempan dengan terai neuroleptoka oral atau injeksi, dosis terapi kejang listrik 4 – 5 joule / detik.

3. Psikoterapi dan Rehabilitasi

Psikoterapi suporif individual atau kelompok sangat membantu karena berhubungan dengan praktis dengan maksud mempersiapkan klien kembali ke masyarakat, selain itu terapi kerja sangat baik untuk mendorong klien bergaul dengan orang lain, perawat dan dokter. Maksudnya supaya klien tidak mengasingkan diri karena membentuk kebiasaan yang kurang baik, dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama, seperti terapi modalitas yang terdiri dari :

a) Terapi Aktivitas

1) Terapi Seni

Fokus : untuk mengespresikan perasaan melalui berbagai jenis pekerjaan seni.

2) Terapi Musik

Fokus : mendengar, memainkan alat musik, bernyanyi. Yaitu menikmati dengan relaksasi musik yang disukai klien.

3) Terapi Menari

Fokus pada : ekspresi perasaan melalui gerakan tubuh.]

4) Terapi Relaksasi

Belajar dan praktek relaksasi dalam kelompok. Rasional : untuk koping / prilaku mal adaptif / deskriptif, meningkatkan partisipasi dan kesenangan klien dalam kehidupan.

b) Terapi Sosial

Klien belajar bersosialisasi dengan klien lain.

c) Terapi Kelompok

1) Terapi group (kelompok terapeutik)

2) Terapi aktivitas kelompok

3) TAK stimulus persepsi : Halusinasi

(a) Sesi 1 : Menenal halusinasi

(b) Sesi 2 : Mengontrol halusinasi dengan menghardik

(c) Sesi 3 : Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat

(d) Sesi 4 : Mencegah halusinasi dengan bercakap – cakap

(e) Sesi 5 : Mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari- hari

d) Terapi lingkungan

Suasana rumah sakit dibuat seperti suasana di dalam keluarga (home like atmosphere).

C. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Halusinasi

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian sebagai tahap awal proses keperawatan meliputi pengumpulan data, analisis data dan perumusan masalah klien. Data yang dikumpulkan adalah data secara holistik, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual (Yusuf, 2015). Menurut Dermawan (2013), pengkajian asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi adalah sebagai berikut :

1. Identitas

Biasanya identitas terdiri dari : nama klien, umur, jenis kelamin, agama, alamat lengkap, pekerjaan, tanggal masuk, alasan masuk, nomor rekam medik, informan, keluarga yang bisa dihubungi.

2. Alasan Masuk

Biasanya klien masuk karena mengalami hal – hal seperti berbicara, senyum, dan tertawa sendirian. Mengatakan mendengar suara – suara atau bisikan – bisikan makhluk halus atau orang lain. Kadang klien

marah–marah sendiri tanpa sebab, mengganggu lingkungan, bermenung, banyak diam, kadang merasa takut di rumah, sikap curiga, bermusuhan, menarik diri, sulit membuat keputusan, ketakutan, mudah tersinggung, jengkel, mudah marah, ekspresi wajah tegang, pembicaraan kacau dan tidak masuk akal.

3. Faktor Predisposisi

Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu, pengobatan yang pernah dilakukan sebelumnya (biasanya berhasil, kurang berhasil, dan tidak berhasil). Biasanya halusinasi klien disebabkan oleh aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam rumah tangga atau tindak kriminal. Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Biasanya ada pengalaman masa lalu klien yang tidak menyenangkan.

4. Pemeriksaan Fisik

Biasanya pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan tanda – tanda vital (TTV) yaitu tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, dan suhu tubuh klien, kemudian pengukuran tinggi badan dan berat badan, serta keluhan fisik yang dirasakan klien.

5. Psikososial

a) Genogram

Biasanya terdapat anggota keluarga klien yang lain yang mengalami gangguan jiwa, pola komunikasi terganggu, begitu pula dengan pengambilan keputusan dan pola asuh. Genogram dilihat dari 3 generasi sebelumnya.

b) Konsep Diri

1) Citra Tubuh

Biasanya berisi tentang persepsi klien tentang tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan bagian tubuh yang tidak disukainya. Biasanya klien mudah kecewa, mudah putus asa, menutup diri.

2) Identitas Diri

Biasanya berisi status klien atau posisi klien sebelum dirawat. Kepuasan klien sebagai laki - laki atau perempuan. Kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, dan kelompok).

3) Peran Diri

Biasanya klien menceritakan tentang peran atau tugas yang diemban dalam keluarga atau kelompok masyarakat. Kemampuan klien dalam melaks Remaja R an tugas atau peran tersebut. Biasanya klien mengalami krisis peran.

4) Ideal Diri

Biasanya berisi tentang harapan klien terhadap penyakitnya. Harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, dan masyarakat). Kemudian harapan klien terhadap tubuh, posisi, status, dan tugas atau peran. Biasanya gambaran diri negatif.

5) Harga Diri

Biasanya berisi tentang bagaimana cara klien memandang dirinya, orang lain sesuai dengan kondisi pada citra diri, identitas diri, peran diri, dan ideal diri. Penilaian atau penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya. Biasanya klien mengalami harga diri rendah.

6) Hubungan Sosial

Biasanya klien dengan halusinasi tidak mempunyai orang yang terdekat dan sering dicemoohkan oleh lingkungan di sekitar klien.

7) Spiritual

(a) Nilai dan Keyakinan

Biasanya nilai – nilai dan keyakinan terhadap agama kurang sekali, keyakinan agama klien halusinasi terganggu.

(b) Kegiatan Ibadah

Biasanya klien menjalankan kegiatan ibadah di rumah

sebelumnya, saat sakit ibadah klien terganggu atau sangat berlebihan.

8) Status mental

(a) Penampilan

Biasanya penampilan klien tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, dan cara berpakaian klien tidak seperti biasanya.

(b) Cara Bicara atau Pembicaraan

Biasanya cara bicara klien dengan halusinasi keras, gagap, inkoheren, apatis, lambat, membisu, dan tidak mampu memulai pembicaraan.

(c) Aktivitas Motorik

Biasanya keadaan klien tampak lesu, tegang, gelisah, sering menyendiri, dan tremor.

(d) Alam Perasaan

Biasanya keadaan klien tamak sedih, ketakutan, putus asa, khawatir, dan gembira secara berlebihan.

(e) Afek

Biasanya afek klien datar, tumpul, labil, tidak sesuai, berlebihan, dan ambivalen.

(f) Interaksi Selama Wawancara

Biasanya pada saat melakukan wawancara klien bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata kurang, dan selalu curiga.

(g) Persepsi

Biasanya tergantung dari halusinasi yang diderita oleh klien. Seperti halusinasi pendengaran mendengar sesuatu, penglihatan melihat sesuatu, pengecap mengecap sesuatu, perabaan merasakan sesuatu.

(h) Proses Pikir

Biasanya pada klien halusinasi proses pikir sirkumtansial, tangensial, kehilangan asosiasi, pengulangan pembicaraan.

c) Kebutuhan Klien Pulang

1) Makan

Biasanya klien kurang makan dan makan klien tidak sesuai dengan kebutuhan.

2) Mandi

Biasanya klien tidak mau mandi, gosok gigi, tampak kusam, dan tidak mau menggunting kuku.

3) BAK dan BAB

Biasanya BAB dan BAK klien normal atau tidak ada gangguan.

4) Berpakaian

Biasanya klien tidak mau mengganti pakaian dan memakai pakaian yang tidak serasi.

5) Istirahat

Biasanya istirahat klien terganggu.

6) Penggunaan Obat

Biasanya klien minum obat tidak teratur.

7) Aktivitas Dalam Rumah

Biasanya klien malas mengerjakan pekerjaan rumah.

8) Aktivitas Luar Rumah

Biasanya klien malas untuk beraktivitas di luar rumah, karena klien selalu merasakan ketakutan.

d) Mekanisme Koping

1) Adaptif

Biasanya klien mampu berbicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik relaksasi, aktivitas konstruktif, klien mampu berolah raga.

2) Maladaptif

Biasanya klien suka minum alkohol, reaksi klien lambat atau berlebihan, klien bekerja secara berlebihan, selalu menghindar dan menciderai diri sendiri.

3) Masalah Psikososial dan Lingkungan

Biasanya klien mengalami masalah dalam berinteraksi dengan

lingkungan, biasanya disebabkan oleh kurangnya dukungan dari kelompok, masalah dengan pendidikan, masalah dengan pekerjaan, masalah dengan ekonomi, dan masalah dengan pelayanan kesehatan.

4) Pengetahuan

Biasanya klien dengan halusinasi mengalami gangguan kognitif.

e) Aspek Medik

Tindakan medis dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan halusinasi adalah dengan memberikan terapi sebagai berikut :

- 1) ECT (Electro Convulsive Therapy)
- 2) Obat – obatan seperti : Haloperidol (HLP), Trihexphenidyl (THP)

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi menurut (Azizah, 2016) adalah sebagai berikut :

1. Halusinasi
2. Isolasi Sosial
3. Risiko Perilaku Kekerasan

c. Intervensi Keperawatan

Menurut(Pusdiklatnakes,2012),intervensiatau rencana tindakan keperawatan pada klien dan keluarga yaitu :

1. Diagnosis Keperawatan : Halusinasi

Tindakan Keperawatan pada Klien

a) Tujuan

- 1) Klien mampu membina hubungan saling percaya
- 2) Klien mampu mengenal dan mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik
- 3) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan minum obat secara teratur dengan prinsip 6 benar minum obat
- 4) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap–cakap

- 5) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari

b) Tindakan

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Membantu klien menyadari gangguan persepsi sensori halusinasi
- 3) Melatih klien cara mengontrol halusinasi dengan 4 cara yaitu (Muhith, 2015) :

(a) Menghardik halusinasi

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

(b) Minum Obat Secara Teratur dengan Prinsip 6 Benar Minum Obat

Untuk mampu mengontrol halusinasi, pasien juga harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Pasien gangguan jiwa yang dirawat di rumah seringkali mengalami putus obat sehingga akibatnya pasien mengalami kekambuhan. Bila kekambuhan terjadi maka untuk mencapai kondisi seperti semula akan lebih sulit. Untuk itu pasien perlu dilatih menggunakan obat sesuai program dan berkelanjutan.

Adapun tindakan keperawatan agar pasien patuh menggunakan obat diantaranya : jelaskan guna obat, jelaskan akibat putus obat, jelaskan cara mendapatkan obat / berobat, dan jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, dan benar dosis).

(c) Bercakap – cakap dengan orang lain

Untuk mengontrol halusinasi, dapat juga dengan bercakap – cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap – cakap dengan orang lain maka akan terjadi distraksi (fokus perhatian pasien akan teralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut) sehingga salah satu cara yang efektif untuk mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap – cakap dengan orang lain.

(d) Melakukan aktivitas terjadwal

Untuk mengurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang teratur. Dengan beraktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang seringkali mencetuskan halusinasi. Untuk itu pasien yang mengalami halusinasi bisa dibantu mengatasinya dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu.

Adapun tahapan intervensinya yaitu : menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi, mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien melatih pasien melakukan aktivitas, menyusun jadwal aktivitas sehari – hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih. Upayakan pasien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam, 7 hari dalam seminggu, dan memantau pelaksanaan jadwal kegiatan serta memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.

c) Strategi Pelaksanaan (SP)

Strategi Pelaksanaan 1 : Menghardik halusinasi

- 1) Mengidentifikasi jenis halusinasi klien
- 2) Mengidentifikasi isi halusinasi klien
- 3) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien

- 4) Mengidentifikasi waktu terjadi halusinasi klien
- 5) Mengidentifikasi situasi pencetus yang menimbulkan halusinasi
- 6) Mengidentifikasi perasaan pasien saat halusinasi muncul
- 7) Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi
- 8) Mengidentifikasi upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi
- 9) Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
- 10) Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik
- 11) Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan

Strategi Pelaksanaan 2 : Minum obat secara teratur dengan prinsip

6 benar minum obat

- 1) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi
- 2) Validasi kemampuan pasien mengenal halusinasi yang dialami dan kemampuan pasien mengontrol halusinasi, berikan pujian
- 3) Evaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- 4) Latih cara mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat.
- 5) Jelaskan pentingnya penggunaan obat, akibat bila obat tidak digunakan sesuai program, akibat bila putus obat, cara mendapatkan obat/berobat. Jelaskan prinsip 6 benar minum obat: jenis, waktu, dosis, frekuensi, cara dan kontinuitas minum obat.
- 6) Masukkan pada jadwal kegiatan harian

Strategi Pelaksanaan 3 :Bercakap – cakap dengan orang lain

- 1) Evaluasi gejala halusinasi
- 2) Validasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat, berikan pujian
- 3) Evaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat sesuai jadwal
- 4) Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakapcakap saat terjadi halusinasi
- 5) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan

Strategi Pelaksanaan 4 : Melakukan aktivitas sehari – hari

- 1) Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi
- 2) Validasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap dengan orang lain, berikan pujian
- 3) Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian
- 4) Masukkan pada jadwal kegiatan harian.

Tindakan Keperawatan pada Keluarga**a) Tujuan**

- 1) Keluarga mampu mengenal masalah halusinasi dan masalah yang dirasakan dalam merawat klien
- 2) Keluarga mampu menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi
- 3) Keluarga mampu merawat klien halusinasi
- 4) Keluarg mampu menciptakan suasana keluarga dan lingkungan untuk mengontrol halusinasi
- 5) Keluarga mampu mengenal tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan
- 6) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk *follow up* klien dengan teratur.

b) Tindakan

- 1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
- 2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi
- 3) Melatih keluarga cara merawat klien halusinasi
- 4) Membimbing keluarga merawat klien halusinasi
- 5) Melatih keluarga menciptakan suasana 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.

c) Strategi Pelaksanaan (SP)

Strategi Pelaksanaan 1 :

- 1) Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- 2) Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi
- 3) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan melatih cara halusinasi
- 4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

Strategi Pelaksanaan 2 :

- 1) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi pasien dan merawat pasien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik, berikan pujian
- 2) Jelaskan 6 benar cara memberikan obat
- 3) Latih cara memberikan/ membimbing minum obat
- 4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal.

Strategi Pelaksanaan 3 :

- 1) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi halusinasi pasien dan merawat/ melatih pasien menghardik, dan memberikan obat, berikan pujian
- 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 memberikan pujian.

Strategi Pelaksanaan 4 :

- 1) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi pasien dan merawat / melatih pasien menghardik, obat, dan bercakap-cakap, dan melakukan kegiatan, berikan pujian
- 2) Jelaskan *follow up* ke puskesmas, tanda kambuh, dan rujukan
- 3) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

2. **Diagnosis Keperawatan : Isolasi Sosial**

Tindakan Keperawatan pada Klien

a) Tujuan

- 1) Klien mampu membina hubungan saling percaya
- 2) Klien mampu menyadari isolasi sosial yang dialaminya
- 3) Klien mampu berinteraksi secara bertahap dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitarnya
- 4) Klien mampu berkomunikasi saat melakukan kegiatan rumah tangga dan kegiatan sosial.

b) Tindakan

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Membantu klien menyadari perilaku isolasi sosial
- 3) Melatih klien berinteraksi dengan orang lain secara bertahap

c) Strategi Pelaksanaan (SP)

Strategi Pelaksanaan 1 :

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Membantu pasien menyadari masalah isolasi social
- 3) Melatih pasien bercakap-cakap secara bertahap antarpasien dan anggota keluarga
- 4) Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan

Strategi Pelaksanaan 2 :

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

Strategi Pelaksanaan 3 :

- 1) Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial
- 2) Validasi kemampuan berkenalan dan bicara saat melakukan kegiatan harian, berikan pujian

- 3) Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan (2 kegiatan baru dengan 4-5 orang)
- 4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan

Strategi Pelaksanaan 4 :

- 1) Mengevaluasi tanda dan gejala isolasi sosial
- 2) Validasi kemampuan pasien dalam berkenalan dan bicara
- 3) saat melakukan empat kegiatan harian, berikan pujian
- 4) Tanyakan perasaan saat melakukan kegiatan
- 5) Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan sosial
- 6) Masukkan pada jadwal kegiatan harian.

Tindakan Keperawatan pada Keluarga

a) Tujuan

- 1) Keluarga mampu mengenal masalah isolasi sosial
- 2) Keluarga mampu memutuskan untuk melakukan perawatan pada klien isolasi sosial
- 3) Keluarga mampu merawat klien isolasi sosial dengan mengajarkan dan mendampingi klien berinteraksi secara bertahap, berbicara saat melakukan kegiatan rumah tangga dan kegiatan sosial
- 4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang kondusif agar klien mampu berinteraksi dengan lingkungan sekitar
- 5) Keluarga mampu mengenal tanda kekambuhan, dan mencari pelayanan kesehatan.

b) Tindakan

- 1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat klien
- 2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya isolasi sosial, dan mengambil keputusan merawat klien
- 3) Melatih keluarga cara merawat isolasi sosial
- 4) Membimbing keluarga merawat isolasi sosial
- 5) Melatih keluarga menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung peningkatan hubungan sosial klien

- 6) Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas pelayanan kesehatan
- 7) Mengajukan follow up ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

c) Strategi Pelaksanaan (SP)

Strategi Pelaksanaan 1 :

- 1) Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- 2) Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya isolasi sosial
- 3) Memberi kesempatan keluarga untuk memutuskan perawatan pasien,
- 4) Jelaskan cara merawat pasien isolasi sosial
- 5) Melatih dua cara merawat: berkenalan dan melakukan kegiatan harian
- 6) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

Strategi Pelaksanaan 2 :

- 1) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala isolasi sosial pasien
- 2) Validasi kemampuan keluarga melatih pasien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan, berikan pujian
- 3) Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan pasien berbicara
- 4) Latih cara membimbing pasien berbicara
- 5) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal.

Strategi Pelaksanaan 3 :

- 1) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala isolasi sosial pasien.
- 2) Validasi kemampuan keluarga melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan rumah tangga, berikan pujian.
- 3) Jelaskan cara melatih pasien bercakap-cakap dalam melakukan kegiatan.

- 4) Jelaskan cara melatih keluarga mendampingi pasien melakukan kegiatan.
- 5) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

Strategi Pelaksanaan 4 :

- 1) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala isolasi sosial pasien.
- 2) Validasi kemampuan keluarga melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan rumah tangga, berikan pujian.
- 3) Jelaskan cara melatih pasien bercakap-cakap dalam melakukan kegiatan.
- 4) Jelaskan cara melatih keluarga mendampingi pasien melakukan kegiatan.
- 5) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

3. Diagnosis Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

Tindakan Keperawatan pada Klien

a) Tujuan

- 1) Klien mampu membina hubungan saling percaya
- 2) Klien mampu menjelaskan penyebab marah
- 3) Klien mampu menjelaskan perasaan saat terjadinya marah / perilaku kekerasan
- 4) Klien mampu menjelaskan perilaku kekerasan yang dilakukan saat marah
- 5) Klien mampu menyebutkan cara mengontrol rasa marah / perilaku kekerasan
- 6) Klien mampu melatih kegiatan fisik dalam menyalurkan kemarahan
- 7) Klien mampu memakan obat secara teratur
- 8) Klien mampu melatih bicara yang baik saat marah
- 9) Klien mampu melatih kegiatan ibadah untuk mengendalikan rasa marah.

b) Tindakan

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Diskusikan bersama klien penyebab rasa marah yang menyebabkan perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu.
- 3) Diskusikan tanda – tanda pada klien jika terjadi perilaku kekerasan
- 4) Diskusikan bersama klien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah
- 5) Diskusikan bersama klien akibat perilakunya
- 6) Latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan secara : latihan fisik (nafas dalam dan pukul bantal), minum obat (6 benar), cara verbal (mengungkapkan cara meminta dan menolak dengan benar), dan spiritual.

c) Strategi Pelaksanaan (SP)**Strategi Pelaksanaan 1 :**

- 1) Mengidentifikasi perilaku kekerasan, dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (nafas dalam dan pukul bantal).
- 2) Membina hubungan saling percaya.
- 3) Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (nafas dalam dan pukul bantal).
- 4) Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan.
- 5) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik (nafas dalam dan pukul bantal).

Strategi Pelaksanaan 2 :

- 1) Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur dengan prinsip 6 benar minum obat
- 2) Evaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik (nafas dalam dan pukul bantal).
- 3) Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat (6 benar).
- 4) Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan.
- 5) Masukkan pada jadwal kegiatan harian minum obat (6 benar)

Strategi Pelaksanaan 3 :

- 1) Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal yaitu: mengungkapkan, cara meminta, dan menolak dengan benar.
- 2) Evaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik (nafas dalam dan pukul bantal) dan minum obat (6 benar)
- 3) Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal: mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan benar.
- 4) Berikan pujian setelah melakukan kegiatan.
- 5) Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan.
- 6) Masukkan pada jadwal kegiatan harian mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal.

Strategi Pelaksanaan 4 :

- 1) Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual (2 kegiatan)
- 2) Evaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik (nafas dalam dan pukul bantal),minum obat teratur dengan prinsip 6 benar minum obat dan cara verbal.
- 3) Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan cara spiritual (latih 2 kegiatan)
- 4) Berikan pujian setelah klien melakukan kegiatan.
- 5) Tanya perasaan klien setelah melakukan kegiatan.
- 6) Memasukkan pada jadwal kegiatan harian untuk latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual

Tindakan Keperawatan pada Keluarga**a) Tujuan**

- 1) Keluarga mampu mengenal masalah risiko perilaku kekerasan
- 2) Keluarga mampu memutuskan untuk melakukan perawatan pada klien risiko perilaku kekerasan
- 3) Keluarga mampu merawat klien risiko perilaku kekerasan dengan mengajarkan dan mendampingi klien dengan melakukan kegiatan fisik, bicara yang baik, minum obat teratur, dan spiritual

- 4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang kondusif agar klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dan mengurangi stresor yang menimbulkan perilaku kekerasan
- 5) Keluarga mampu mengenal tanda kekambuhan, dan mencari pelayanan kesehatan.

b) Tindakan

- 1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
- 2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya risiko perilaku kekerasan
- 3) Melatih keluarga cara merawat klien risiko perilaku kekerasan
- 4) Membimbing keluarga merawat klien risiko perilaku kekerasan
- 5) Melatih keluarga menciptakan suasana dan lingkungan yang mendukung klien untuk mengontrol emosinya
- 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.

c) Strategi Pelaksanaan (SP)

Strategi Pelaksanaan 1 :

- 1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- 2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala beserta proses terjadinya perilaku kekerasan.
- 3) Menjelaskan cara merawat perilaku kekerasan.
- 4) Melatih salah satu cara merawat perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik (nafas dalam dan pukulan bantal).
- 5) Anjurkan keluarga membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.

Strategi Pelaksanaan 2 :

- 1) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi serta merawat dan melatih pasien fisik (nafas dalam dan pukul bantal).
- 2) Beri pujian pada keluarga.
- 3) Menjelaskan dan melatih keluarga cara memberikan obat (6 benar).
- 4) Anjurkan keluarga membantu pasien dalam memberikan obat (6 benar) sesuai jadwal

Strategi Pelaksanaan 3 :

- 1) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi serta merawat, melatih pasien fisik (nafas dalam dan pukul bantal), dan minum obat (6 benar).
- 2) Beri pujian atas upaya yang telah dilakukan keluarga.
- 3) Menjelaskan dan melatih keluarga cara membimbing pasien perilaku kekerasan dengan cara verbal (mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik).
- 4) Anjurkan keluarga melatih pasien dengan cara verbal sesuai jadwal

Strategi Pelaksanaan 4 :

- 1) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi serta merawat, melatih pasien fisik (nafas dalam dan pukul bantal), minum obat (6 benar), dan cara verbal.
- 2) Beri pujian atas upaya yang telah dilakukan keluarga.
- 3) Jelaskan follow up ke pelayanan kesehatan masyarakat, tanda kambuh, dan rujuk pasien segera.
- 4) Anjurkan keluarga membantu pasien melakukan kegiatan sesuai jadwal dan berikan pujian

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

| No | Diagnosis Keperawatan | SIKI | SLKI |
|----|---|--|--|
| 1 | Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi | Setelah dilakukan asuhan keperawatan jiwa diharapkan persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil : a. Verbalisasi mendengar bisikan menurun b. Verbalisasi melihat bayangan menurun c. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun d. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui penciuman menurun e. Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun f. Distorsi sensori menurun g. Perilaku halusinasi menurun h. Menarik diri menurun i. Melamun menurun j. Mondar – mandir menurun k. Respons sesuai stimulus membaik l. Konsentrasi membaik m. Orientasi membaik | Manajemen Halusinasi a. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi b. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan c. Monitor isi halusinasi d. Pertahankan lingkungan yang aman e. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi f. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi g. Anjurkan berbicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi h. Anjurkan melakukan distraksi i. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi j. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan ansietas |
| 2 | Isolasi Sosial | Setelah dilakukan asuhan keperawatan jiwa diharapkan keterlibatan | Promosi sosialisasi a. Identifikasi kemampuan |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>sosial meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Minat interaksi meningkat b. Verbalisasi isolasi menurun c. Verbalisasi ketidakamanan di tempat umum menurun d. Perilaku menarik menurun e. Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun f. Afek murung / sedih menurun g. Kontak mata membaik | <p>melakukan interaksi dengan orang lain</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Identifikasi hambatan dalam melakukan interaksi dengan orang lain c. Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan d. Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok e. Motivasi berinteraksi di luar lingkungan f. Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain g. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri h. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan i. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap j. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan k. Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain l. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi m. Latih mengespesikan marah dengan tepat |
|--|--|---|--|

| | | | |
|---|----------------------------------|---|--|
| 3 | Risiko Perilaku Kekerasan | Setelah dilakukan asuhan keperawatan jiwa diharapkan kontrol diri membaik dengan kriteria hasil : a. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun b. Verbalisasi umpatan menurun c. Perilaku melukai diri sendiri / orang lain menurun d. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun e. Perilaku agresif / amuk menurun f. Suara keras menurun g. Bicara ketus menurun | Pencegahan perilaku kekerasan a. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan b. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung c. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan d. Pertahankan lingkungan yang bebas dari bahaya secara rutin e. Libatkan keluarga dalam perawatan f. Anjurkan pengunjung dan keluarga mendukung keselamatan pasien g. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif h. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal |
|---|----------------------------------|---|--|

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018)

d. Implementasi Keperawatan

Menurut Kusumawati (2012), implementasi atau pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Selanjutnya Prabowo (2014), mengungkapkan bahwa sebelum melaks Remaja Ran tindakan yang sudah direnc Remaja Ran, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh klien pada saat ini. Semua tindakan yang telah dilaks Remaja Ran beserta respons klien didokumentasikan.

e. **Evaluasi Keperawatan**

Menurut Yusuf (2015), evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi ada dua macam, yaitu evaluasi proses atau evaluasi formatif yang dilakukan setiap selesai melakukan tindakan dan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan respon klien legar yaitu mendokumentasikan apa yang telah dilakukan.

Yusuf (2015), juga mengungkapkan bahwa evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP, yaitu sebagai berikut :

- S : Respons subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaks Remaja Ran.
- O : Respons objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaks Remaja Ran.
- A : Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontraindikasi terhadap masalah yang ada.
- P : Tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons klien.

Rencana tindak lanjut dapat berupa hal sebagai berikut (Kusumawati, 2012):

1. Rencana dilanjutkan jika masalah tidak berubah.
2. Rencana dimodifikasi jika masalah tetap, sudah dilakukan semua tindakan terapi hasil belum memuaskan.
3. Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada.
4. Rencana selesai jika tujuan sudah tercapai dan perlu mempertahankan keadaan baru.



Kemenkes
Poltekkes Padang

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis Penelitian ini adalah Kualitatif. Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian Deskriptif yang berbentuk studi kasus yang bertujuan untuk menggambarkan dan melihat suatu kasus secara keseluruhan gejala, fakta, atau realita untuk mencari ke-khasannya berdasarkan karakteristik tempat, waktu, umur, jenis kelamin, sosial, ekonomi, pekerjaan, status perkawinan, cara hidup (pola hidup) dan lain-lain. Hasil penelitian ini adalah mendeskripsikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Remaja NAPZA Dengan Halusinasi Di Yayasan Pelita Jiwa Insani Kota Padang Tahun 2024.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Yayasan Pelita Jiwa Insani Kota Padang. Waktu penelitian Pada Bulan Agustus 2023-Juni 2024 .

C. Populasi dan Sampel

a. Populasi

Populasi adalah salah satu hal essensial yang perlu mendapatkan perhatian dengan seksama apabila peneliti ingin menyimpulkan suatu hasil yang dapat dipercaya dan tepat guna untuk daerah atau objek penelitiannya. Populasi dari penelitian ini adalah seluruh pasien yang mengkonsumsi NAPZA yang berada di Yayasan Pelita Jiwa Insani yaitu sebanyak 6 orang.

b. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah karakteristik yang dimiliki populasi yang digunakan untuk penelitian. Pemilihan sampel mengacu pada teknik sampling purposive adalah teknik penentuan sampel dengan pertimbangan atau kriteria-kriteria tertentu. Pada penelitian ini, peneliti menggunakan teknik *purposive sampling*. Sampel yang didapat peneliti berdasarkan data dari Yayasan Pelita Jiwa Insani yaitu 1 orang.

Penelitian ini menggunakan responden dengan kriteria:

1. Kriteria inklusi

- a) Pasien Remaja dengan halusinasi.
- b) Pasien yang kooperatif.
- c) Pasien yang memiliki lebih dari 3 tanda dan gejala gangguan persepsi sensori.
- d) Pasien bersedia menjadi subjek dalam penelitian.

2. Kriteria eksklusi

- a) Pasien memiliki keterbatasan fisik.
- b) Klien mengundurkan diri sebelum proses penelitian selesai.
- c) Klien tidak kooperatif dengan tidak mengikuti kegiatan secara penuh.

D. Alat atau Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah olehnya. Pengumpulan data pada responden dimulai dengan melakukan pengkajian sampai evaluasi. Instrument yang digunakan adalah format pengkajian asuhan keperawatan keluarga. Data yang didapatkan melalui wawancara dan anamnesa antara lain data umum, riwayat dan tahap perkembangan keluarga, struktur keluarga, fungsi keluarga, stressor dan koping keluarga serta harapan keluarga. Data yang didapatkan melalui observasi antara lain pemeriksaan fisik dan perilaku pasien dengan NAPZA. Untuk melengkapi data pengkajian awal pada responden, alat bantu yang digunakan peneliti stetoskop, tensimeter, alat ukur BB dan TB

a. Cara Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah dengan menggunakan cara berupa observasi, pengukuran, wawancara, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama jelas.

1. **Wawancara**

Wawancara merupakan salah satu teknik yang dapat digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian. Dapat dijelaskan bahwa wawancara

merupakan percakapan tatap muka (face to face) antara pewawancara bertanya langsung tentang sesuatu objek yang diteliti dan telah dirancang sebelumnya Wawancara yang digunakan dengan menggunakan format pengkajian keperawatan keluarga pada remaja dengan perilaku NAPZA untuk mengetahui kondisi secara jelas dan mendapatkan informasi mengenai penyebab penyalahgunaan NAPZA dan akibat yang ia dirasakan. Setelah dilakukan wawancara kepada responden didapatkan data yang akan dimasukkan kedalam format Asuhan Keperawatan Keluarga mulai dari pengkajian sampai evaluasi.

2. Pengukuran

Penelitian melakukan pengukuran berupa tekanan darah, mengukur suhu tubuh, nadi serta pernafasan serta pengukuran tinggi badan dan berat badan responden.

3. Observasi

Dalam observasi ini, peneliti terlibat dengan kegiatan sehari-hari orang yang sedang diamati atau yang digunakan sebagai sumber data penelitian. Hasil penelitian observasi berupa aktivitas kejadian peristiwa, kondisi atau tertentu Dalam observasi, peneliti mengobservasi atau melihat kondisi dari klien dan lingkungan sekitar klien, seperti pengaruh teman sebaya, dukungan dari keluarga, sikap menerima dan mengambil keputusan serta penanganan dan program pemerintah untuk mengatasi permasalahan penyalahgunaan NAPZA.

E. Jenis – Jenis Data

a. Data Primer

1. Data primer

Data Primer adalah data yang diperoleh langsung dari pasien seperti pengkajian kepada pasien, meliputi: identitas pasien, riwayat kesehatan pasien, pola makan, pola aktivitas sehari- hari dirumah dan pemeriksaan fisik terhadap pasien.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh melalui pihak lain, tidak langsung diperoleh peneliti dari subjek penelitian. Data sekunder merupakan sumber data penelitian yang diperoleh langsung di Yayasan Pelita Jiwa Insani, data sekunder umumnya diperoleh dari keluarga pasien, rekam medis, data penunjang, catatan atau laporan yang tersusun didalam arsip yang tidak dipublikasikan.



Kemenkes
Poltekkes Padang

BAB IV

DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS

A. Deskripsi Kasus

Deskripsi kasus ini menjelaskan tentang ringkasan pelaksanaan asuhan keperawatan pada partisipan dengan halusinasi pendengaran yang telah dilaksanakan Pada Remaja R di Yayasan Pelita Jiwa Insani Kota Padang dimulai pada Bulan Maret Sampai dengan selesai. Gambaran asuhan keperawatan yang telah peneliti lakukan meliputi pengkajian keperawatan, merumuskan Diagnosis keperawatan, merencanakan intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan sampai melakukan evaluasi keperawatan. Pemilihan partisipan dilakukan melalui skrining menggunakan format skrining klien dengan halusinasi dapatkan hasil 6 orang klien yang mengalami halusinasi. Dari orang klien yang mengalami halusinasi tersebut didapatkan 1 orang klien yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Sehingga didapatkan 1 orang klien sebagai partisipan yaitu Remaja R.

a. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas pasien

Hasil pengkajian identitas pada pasien yaitu pasien dengan inisial Remaja R jenis kelamin Laki-laki, berusia 17 tahun, status belum menikah, pendidikan terakhir SMP, tidak bekerja, agama islam, alamat di Jl.Gunung Talang, Kecamatan Talang, Kabupaten Solok, Sumatera Barat. Sumber informasi dari klien .

2. Keluhan saat pengkajian

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 06 Maret 2024 jam 13.00 WIB, pasien mengatakan susah tidur karena mendengar suara-suara bisikan . Pasien mengatakan suara terdengar seperti menyuruh melakukan sesuatu. Pasien mengatakan suara-suara yang didengar membuatnya sedih dan marah karna teringat masa lalu. Pasien mengatakan suka emosi dan mengamuk tiba-tiba. Dari hasil observasi pasien tampak gelisah, bingung, kontak mata kurang, pandangan tajam, dan gigi berwarna kuning.

3. Faktor predisposisi

a) Gangguan jiwa dimasa lalu

Pasien mengatakan sudah mengalami sakit jiwa sejak 1 tahun terakhir

b) Pengobatan sebelumnya

Pasien mengatakan sebelumnya pernah berobat ke Natsir Solok tetapi tidak dirawat. Pada saat itu klien mendapat terapi obat Haloperidol, chlorpromazine ,trihenski phenidol dan beberapa bulan setelah itu

4. Trauma dan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan dirinya belum pernah menjadi pelaku tindak kekerasan dan seksual. Pasien pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan saat sekolah dulu.

5. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

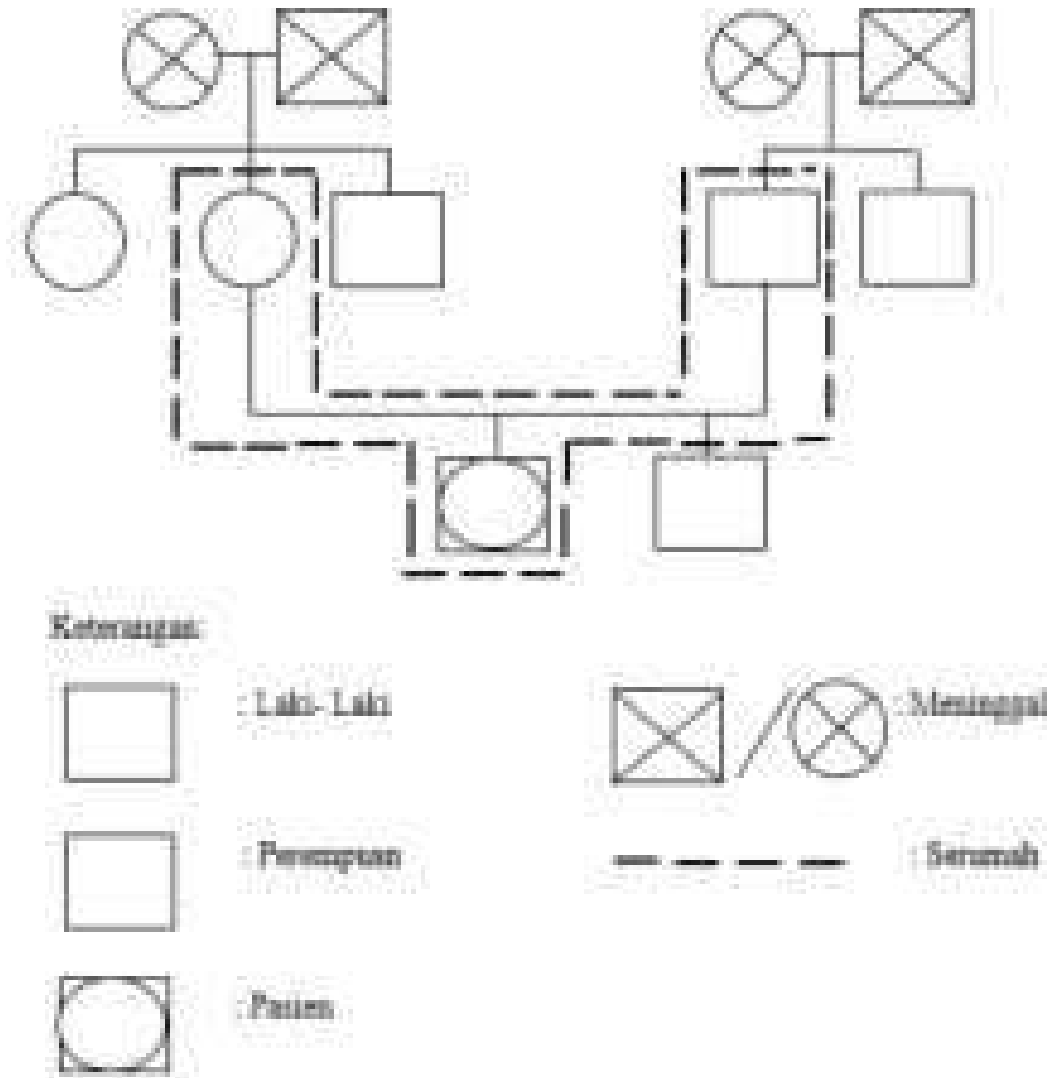
Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang lainnya mengalami gangguan jiwa seperti yang dialaminya

6. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik pada pasien didapatkan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 88 x/menit, frekuensi pernapasan 19 x/menit, suhu 36,5. Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik lainnya.

7. Psikososial

a) Genogram



b) Konsep diri

Konsep diri terdiri dari lima yaitu citra tubuh, identitas diri, peran diri, ideal diri, dan harga diri. Pada citra tubuh Remaja R mengatakan ia menyukai semua anggota tubuhnya, identitas diri, Remaja R merupakan seorang Laki-laki berumur 17 tahun, Remaja R anak pertama dari 2 bersaudara. Saat ini Remaja R belum menikah, Remaja R tinggal dengan kedua orang tuanya. Peran diri, untuk peran Remaja R tidak mengetahui tentang perannya Ideal diri, Remaja R mengatakan ia ingin sembuh melupakan masalah yang tidak menyenangkan. Harga diri, Remaja R

mengatakan dirinya tidak berharga lagi karena sakit yang dialaminya saat ini

c) Hubungan Sosial

Hasil pengkajian hubungan sosial antara lain pasien mengatakan orang yang berarti baginya adalah kedua orang tuanya. Pasien mengatakan tidak pernah ikut serta dalam kegiatan yang ada dilingkungannya, pasien hanya berinteraksi dengan tetangga dekat rumah saja.

d) Spiritual

Remaja R mengatakan ia beragama islam, percaya dengan Allah SWT. Dalam kegiatan ibadah, Remaja R mengatakan jarang menjalankan ibadah sholat 5 waktu

e) Status mental

Hasil pengkajian status mental pasien penampilan Remaja R didapatkan tidak rapi, penggunaan baju sesuai dengan cara berpakaian seperti biasa, ,tangan bersih dan kuku pendek. Selama wawancara pasien kooperatif,berbicara lambat, dan tidak mampu memulai pembicaraan. Proses pikir pasien berbelit-belit dan mengulang pembicaraan.Pasien memiliki isi pikir Remaja R mengatakan selalu curiga kepada orang lain.

f) Persepsi

Remaja R mengatakan susah tidur karena mendengar suara-suara mengganggu. Pasien mengatakan suara terdengar seperti menyuruh melakukan sesuatu. Pasien mengatakan suara-suara yang didengar membuatnya sedih dan marah.

g) Aktivitas motorik

Remaja R mengatakan malas dalam melakukan kegiatan. Remaja R tampak malas dalam melakukan aktivitas harinya, Remaja R sering mondar mandir dan bermenung.

h) Aktivitas sehari-hari

Remaja R mampu makan dengan mandiri dan mampu menghabiskan makanannya, serta membersihkan alat makan. Remaja R mampu BAB pada tempatnya 1x sehari, Remaja R mengatakan kalau BAK sering karena banyak mengkonsumsi air biasanya sehari sampai 7-8x sehari dan mampu membersihkan kamar mandi setelah digunakannya.

i) Mekanisme Koping

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

j) Aspek Medik

Diagnosis medis klien Skizofrenia, klien minum obat, Haloperidol 2x1 mg, Risperidon 2x1 mg, Chlropromazine 1x25 mg, B complex 1x1 mg.

8. Analisa Data

Dari hasil pengkajian didapatkan data yang akan dianalisis :

- a) **Data Subjektif** : pasien mengatakan susah tidur karena mendengar suara-suara mengganggu. Pasien mengatakan suara terdengar seperti menyuruh melakukan sesuatu. Pasien mengatakan suara-suara yang didengar membuatnya sedih dan marah karena teringat masa lalu.

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

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

- b) **Data Subjektif** : Pasien mengatakan suara-suara yang didengar membuatnya sedih dan marah karena teringat masa lalu. Pasien juga mengatakan suka emosi dan mengamuk tiba-tiba.

Data Objektif : pandangan tajam, pasien tampak mudah tersinggung, pasien tampak curiga kepada orang lain

Masalah dari data yang didapat adalah risiko perilaku kekerasan

c) **Data subjektif** : Perawat mengatakan pasien malas mandi, mengganti pakaian dan gosok gigi

Data objektif : baju pasien kotor , bau badan gigi dan mulut kotor, serta bau mulut

Masalah dari data yang didapat adalah defisit perawatan diri.

b. **Diagnosis Keperawatan**

Hasil pengkajian didapatkan Diagnosis keperawatan pada pasien ada tiga yaitu yang pertama **gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran** ditandai dengan pasien mengatakan mendengar suara-suara bisikan. Pasien mengatakan suara terdengar seperti menyuruh melakukan sesuatu. Pasien mengatakan suara-suara yang didengar membuatnya sedih dan marah karna teringat masa lalu. pasien tampak gelisah, bingung, dan kontak mata kurang

Diagnosis kedua adalah **risiko perilaku kekerasan** ditandai dengan faktor resiko halusinasi ,pasien mengatakan suara-suara yang didengar membuatnya sedih dan marah karna teringat masa lalu. Pasien juga mengatakan suka emosi dan mengamuk tiba-tiba.

Diagnosis ketiga adalah **defisit perawatan diri** ditandai dengan pasien malas mandi, mengganti pakaian dan gosok gigi. pasien tampak tidak mengganti baju,gigi dan mulut kotor,bau mulut.

c. **Intervensi Keperawatan**

Intervensi yang dilakukan pada klien untuk Diagnosis **gangguan persepsi sensori : halusinasi** adalah membuat rencana keperawatan dengan tindakan strategi pelaksanaan halusinasi yaitu membina hubungan saling percaya pada pasien , identifikasi halusinasi,frekuensi,waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan respon, latihan strategi pelaksanaan untuk mengontrol halusinasi dengan cara minum obat secara teratur, latihan cara mengahardik, latihan cara bercakap-cakap, dan latihan dengan melakukan aktivitas sehari-hari.

Intervensi yang dilakukan pada pasien untuk Diagnosis kedua **risiko perilaku kekerasan** yaitu membina hubungan saling percaya pada klien dan keluarga, 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, memintak dan menolak dengan baik)serta latihan cara spiritual.

Intervensi yang dilakukan pada pasien untuk Diagnosis ketiga **defisit perawatan diri** yaitu membina hubungan saling percaya pada klien dan keluarga, identifikasi masalah perawatan diri, berhias, makan dan minum, BAB/BAK, pentingnya kebersihan 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.

d. 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 **Diagnosis pertama gangguan persepsi sensori** : halusinasi yaitu :

Kunjungan pertama Rabu, 06 Maret 2024 jam 13.00-14.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan I membina hubungan saling percaya pada pasien . Melakukan identifikasi halusinasi, frekuensi, waktu terjadi, faktor pencetus, perasaan, respon klien serta masalah yang dirasakan Remaja R satu kali kunjungan. Melakukan penyuluhan tentang halusinasi pada klien dan. Melakukan latihan untuk mengontrol halusinasi pada klien dengan cara menghardik.

Kunjungan kedua Kamis, 07 Maret 2024 jam 15.00-16.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan II halusinasi pada pasien dengan minum obat secara teratur. Menjelaskan nama obat dan kegunaannya, obat haloperidol yaitu obat untuk mengurangi gejala halusinasi yang dialami pasien/penenang, resperidon yaitu obat untuk menangani gangguan mental pasien dengan gejala psikosis seperti skizofrenia, chlorpromazine yaitu obat untuk mengurangi efek samping dari obat lainnya seperti mengurangi rasa gugup, gelisah, perilaku agresif dan lainnya, vitamin B complex yaitu obat untuk meningkatkan energy, meningkatkan fungsi otak dan lainnya. Serta menjelaskan 6 benar minum obat: benar pasien, benar obat, benar dosis, benar cara/rute, benar waktu, benar dokumentasi.

Kunjungan ketiga Jum'at 08 Maret 2024 jam 15.00-16.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan III **halusinasi** pada pasien dengan cara bercakap-cakap. Pasien dan perawat bercakap-cakap mengenai kegiatan pasien sehari-hari diayasan.

Kunjungan keempat Sabtu, 09 Maret 2024 jam 15.00-16.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan IV halusinasi dengan cara melakukan aktivitas sehari-hari. Pasien melakukan aktivitas menyapu, karna pasien biasa membantu rekan seyayasan.

Diagnosis kedua risiko perilaku kekerasan yaitu :

Kunjungan kelima Minggu, 10 Maret 2024 jam 15.00-16.00 WIB membina hubungan saling percaya pada pasien, melakukan identifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan, serta masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien dan melakukan latihan strategi pelaksanaan I risiko perilaku kekerasan pada pasien untuk mengontrol rasa marah dengan cara latihan fisik tarik napas dalam dan pukul bantal dengan pasien

Kunjungan keenam Senin, 11 Maret 2024 jam 16.00-17.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan II risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur pada pasien. Menjelaskan nama obat dan kegunaannya, obat haloperidol yaitu obat untuk mengurangi gejala halusinasi yang dialami

pasien/penenang, resperidon yaitu obat untuk menangani gangguan mental pasien dengan gejala psikosis seperti skizofrenia, chlorpromazine yaitu obat untuk mengurangi efek samping dari obat lainnya seperti mengurangi rasa gugup, gelisah, perilaku agresif dan lainnya, vitamin B complex yaitu obat untuk meningkatkan energy, meningkatkan fungsi otak dan lainnya. Serta menjelaskan 6 benar minum obat: benar pasien, benar obat, benar dosis, benar cara/rute, benar waktu, benar dokumentasi.

Kunjungan ketujuh Selasa, 12 Maret 2024 jam 16.00-17.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan III risiko perilaku dengan latihan verbal mengungkapkan cara meminta dan menolak dengan cara yang baik pada pasien.

Kunjungan kedelapan Rabu, 13 Maret 2024 jam 16.00-17.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan IV risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual yaitu dengan mengontrol marah dengan berdzikir serta menjelaskan pemanfaatan fasilitas kesehatan untuk follow up pasien kepada.

Selanjutnya pada **Diagnosis ketiga defisit perawatan diri** yaitu

Kunjungan kesembilan Kamis, 14 Maret 2024 jam 16.00-17.00 WIB membina hubungan saling percaya pada pasien , melakukan identifikasi masalah perawatan diri, kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB/BAK, pentingnya kebersihan diri,

Kunjungan kesepuluh Jum'at, 15 maret 2024 jam 16.00-17.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan II dengan melatih cara melatih berdandan pada pasien . Menjelaskan cara menyisir rambut serta berbedak.

Kunjungan kesebelas Sabtu, 16 Maret 2024 jam 16.00-17.00WIB strategi pelaksanaan III dengan melatih cara makan dan minum yang baik pada pasien. Menjelaskan adab saat makan, sebelum makan mencuci tangan, makan dan minum dengan posisi duduk, sebelum makan tidak lupa membaca doa atau membaca bismillah, tidak berbicara saat makan, menggunakan tangan kanan saat sedang makan, tidak tergesa-gesa saat makan, dan makan jangan berlebihan.

Kunjungan keduabelas Minggu, 17 Maret, 2024 jam 16.00-17.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan IV dengan melatih cara BAB/BAK yang baik pada pasien dan keluarga. BAB/BAK pada tempatnya serta membersihkan toilet setelah digunakan untuk BAB/BAK.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan setiap selesai tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan pada ketiga Diagnosis keperawatan prioritas yang diangkat. **Diagnosis pertama gangguan persepsi sensori** : halusinasi yaitu :

Kunjungan pertama Rabu, 06 Maret 2024 jam 13.00-14.00 WIB hasil strategi pelaksanaan I halusinasi pasien mampu melakukan latihan cara menghardik.

Kunjungan kedua Kamis 07 maret 2024 jam 15.00-16.00 WIB hasil strategi pelaksanaan II halusinasi pada pasien mampu mengulang kembali cara menghardik dan paham tentang minum obat secara teratur. Adapun perilaku setelah dilakukan sp pasien masih mendengar suara-suara pada malam hari tetapi pasien mampu melakukan dengan cara menghardik saat suara tiba.

Kunjungan ketiga Jum'at, 08 maret 2024 jam 15.00-16.00 WIB hasil strategi pelaksanaan III halusinasi pada pasien mampu mengulang kembali cara menghardik, minum obat secara teratur dan mampu mempraktekkan cara bercakap-cakap. Adapun perilaku yang muncul setelah dilakukan sp pasien sudah mulai berkurang mendengar suara pada malam hari.

Kunjungan keempat Sabtu, 09 maret 2024 jam 15.00-16.00 WIB hasil strategi pelaksanaan IV halusinasi pasien mampu mengulang kembali cara menghardik, minum obat secara teratur, cara bercakap-cakap, mampu melakukan aktivitas sehari-hari, pasien mengatakan sudah jarang mendengar suara dan tidur mulai nyenyak.

Diagnosis kedua risiko perilaku kekerasan yaitu :

Kunjungan kelima Minggu, 10 Maret 2024 jam 15.00-16.00 WIB hasil strategi pelaksanaan I risiko perilaku kekerasan pasien mampu mengontrol rasa marah klien dengan cara latihan fisik tarik napas dalam dan pukul bantal.

Kunjungan keenam Senin 11 Maret 2024 jam 16.00-17.00 WIB hasil strategi pelaksanaan II risiko perilaku kekerasan pasien mampu mengulang cara latihan fisik tarik nafas dalam, pukul bantal dan pasien mampu latihan cara minum obat secara teratur dan selalu mengingatkan waktu minum obat..

Kunjungan ketujuh Selasa, 12 Maret 2024 jam 16.00-17.00 WIB hasil strategi pelaksanaan III risiko perilaku pasien mampu mempraktekkan kembali cara tarik nafas dalam, pukul bantal, minum obat seacara teratur, mampu melakukan latihan verbal (mengungkapkan, meminta dan menolak dengan cara yang baik)secara mandiri dan pasien mengatakan rasa marah mulai berkurang.

Kunjungan kedelapan Rabu, 13 maret 2024 jam 16.00-17.00 WIB hasil strategi pelaksanaan IV risiko perilaku kekerasan, pasien mampu mempraktekkan kembali cara tarik nafas dalam, pukul bantal, minum obat seacara teratur, melakukan latihan verbal (mengungkapkan, meminta dan menolak dengan cara yang baik).pasien juga mampu latihan cara spiritual dan rasa marah pasien sudah mulai terkontrol serta pasien.

Selanjutnya **pada Diagnosis ketiga defisit perawatan diri** yaitu

Kunjungan kesembilan Kamis, 14 maret 2024 jam 16.00-17.00 WIB hasil strategi pelaksanaan I dengan klien mampu latihan cara menjaga kebersihan diri mandi,cuci rambut, gosok gigi, dan potong kuku secara mandiri.

Kunjungan kesepuluh Jum'at, 15 Maret 2024 jam 16.00-17.00. WIB hasil strategi pelaksanaan II dengan pasien mengulang kembali cara menjaga kebersihan diri dan melatih cara melatih berdandan.Tetapi pasien masih tampak malas mandi.

Kunjungan kesebelas Sabtu , 16 Maret 2024 jam 16.00-17.00 WIB hasil pelaksanaan III ,pasien mampu mengulang cara menjaga kebersihan diri, berdandan dan pasien mampu melatih cara makan dan minum yang baik, serta

pasien mulai tampak menjaga kebersihan, pasien tampak sudah mandi dan mengganti baju.

Kunjungan kedua belas Minggu, 17 Maret 2024 jam 16.00-17.00 WIB hasil strategi pelaksanaan IV dengan pasien dan keluarga mampu mengulang cara menjaga kebersihan diri, berdandan, melatih cara makan dan minum yang baik dan melatih cara BAB/BAK yang baik. Pasien mampu melakukan secara mandiri.

B. Pembahasan Kasus

Deskripsi kasus menjelaskan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian keperawatan, merumuskan Diagnosis keperawatan, merencanakan Remaja Rintervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan, hingga melakukan evaluasi keperawatan di Yayasan Pelita Jiwa Insani Kota Padang mulai dari tanggal 06 Maret 2024 sampai tanggal 17 Maret 2024. Didapatkan 1 orang partisipan yang berinisial Remaja R jenis kelamin Laki-laki, berusia 17 tahun, beralamat di Yayasan Pelita Jiwa Insani, Sumatera Barat dengan jumlah kunjungan sebanyak 12 kali kunjungan.

a. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas pasien

Hasil pengkajian identitas pada pasien yaitu pasien dengan inisial Remaja R jenis kelamin Laki-laki, berusia 17 tahun, status belum menikah, pendidikan terakhir, tidak bekerja, agama islam, alamat di Gunuang Talang, Kota Solok, Sumatera Barat. Sumber informasi dari klien.

Pengkajian identitas pasien sesuai dengan teori menurut Prabowo (2014). Pengkajian jiwa meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, pendidikan dan alamat.

2. Keluhan saat pengkajian

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 06 Maret 2024 jam 13.00 WIB, pasien mengatakan susah tidur karena mendengar suara-suara. Pasien mengatakan suara terdengar seperti menyuruh melakukan sesuatu. Pasien mengatakan suara-suara yang didengar membuatnya sedih dan marah karna

teringat masa lalu. Pasien mengatakan suka emosi dan meagamuk tiba-tiba. pasien mengatakan pasien sering bermenung dan berbicara sendiri. pasien mengatakan malas mandi dan mengganti pakaian. Dari hasil observasi pasien tampak gelisah, bingung, kontak mata kurang, bau badan dan gigi berwarna kuning.

Menurut Keliat (2012) tanda dan gejala halusinasi dinilai dari hasil observasi pasien serta ungkapan yaitu mendengar suara-suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya, merasa takut atau senang dengan Halusinasinya. ,

Penelitian yang dilakukan oleh Dermawan, (2015) di RSJD Surakarta mengatakan tanda dan gejala halusinasi pendengaran:

Data subjektif yaitu mendengar suara atau kegaduhan, mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap, mendengar suara yang menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya. Data objektif yaitu bicara dan tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, mengarahkan telinga ke arah tertentu, dan menutup telinga.

Berdasarkan hasil penelitian dari kasus kelolaan dan teori yang telah dijelaskan diatas, asumsi peneliti tidak terdapat perbedaan antara teori dan praktek yang ditemukan dilapangan. maka peneliti berasumsi keluhan yang akan ditemukan pada klien dengan halusinasi adalah pasien mengatakan susah tidur karena mendengar suara-suara . Pasien mengatakan suara terdengar seperti menyuruh melakukan sesuatu. Pasien mengatakan suara-suara yang didengar membuatnya sedih dan marah karna teringat masa lalu. Pasien tampak gelisah, bingung serta kontak mata kurang.

3. Faktor predisposisi

pasien mengatakan klien sudah mengalami gangguan jiwa pada tahun 2023 pada saat itu klien berusia tahun. Awal klien mengalami gangguan jiwa .

klien mulai menyendiri, bermenung. mendengar suara-suara dan suka marah-marah.

pasien mengatakan klien sebelumnya pernah berobat ke RSUD M.NATSIR SOLOK tetapi tidak dirawat. Pada saat itu , Klien mendapat terapi obat Haloperidol Chiropromazine, Trihenski phenidol dan beberapa bulan setelah itu keluarga mengatakan klien putus obat karna sudah tidak mau minum obat yang diberikan rumah sakit.

Klien mengatakan dirinya belum pernah menjadi pelaku tindak kekerasan dan seksual. Klien pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan saat sekolah dulu.Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang lainnya mengalami gangguan jiwa seperti yang dialami Remaja R

Menurut Dalami (2014) faktor predisposisi meliputi faktor biologis yaitu faktor herediter yang mengalami gangguan jiwa, adanya risiko bunuh diri, riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA, faktor biologis keluarga, pengasuh dan lingkungan pasien sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis pasien salah satu sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidep partisipan adanya kegagalan yang berulang, kurangnya kasih sayang, atau overprotektif dan faktor sosial budaya. Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realita seperti kemiskinan, konflik sosial budaya (perang. kerusuhan, bencana alam), kegagalan dalam hubungan sosial, dan kehidupan yang terisolasi disertai stress.

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 social dan risiko bunuh diri.

4. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik pada pasien didapatkan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88 x/menit, frekuensi pernapasan 19 x/menit, suhu 36,5. Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik lainnya.

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 akan menemukan data seperti yang diatas.

5. Aspek Medik

Diagnosis medis klien Skizofrenia, klien minum obat, Haloperidol 2x1 mg, Risperidon 2x1 mg, Chiropromazine 1x25 mg, B complex 1x1 mg.

Menurut Muhith (2015) obat yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikosis pada klien skizofrenia adalah obat anti psikosis. Adapun obat yang diberikan pada pasien dengan halusinasi biasanya seperti Haloperidol (HLP) fungsinya adalah untuk menghilangkan suara-suara yang terdengar oleh partisipan, chlorpromazine (CPZ) fungsinya adalah untuk menenangkan, risperidon fungsinya untuk mengontrol halusinasi dan tingkah laku. Efek samping dari obatan-obatan tersebut adanya klien merasa tenggorokan kering, otot kaku, berat badan bertambah dan sering haus.

Berdasarkan hasil penelitian dan teori diatas penulis berasumsi tidak ada perbedaan antara teori dan hasil penelitian. Partisipan dengan halusinasi minum obat antipsikotik seperti haloperidol, chlorpromazine dan risperidon, dimana obat-obat tersebut memiliki fungsi yang berbeda-beda, sedangkan efek samping dari obat tersebut biasanya pasien mengatakan mudah haus, dan tenggorokan terasa kering, otot kaku. Oleh sebab itu perlu bagi perawat untuk memberikan informasi mengenai obat-obat yang diminum oleh pasien.

b. **Diagnosis Keperawatan**

Hasil pengkajian didapatkan Diagnosis keperawatan pada pasien ada tiga yaitu yang pertama **gangguan persepsi sensori**: halusinasi pendengaran ditandai dengan pasien mengatakan susah tidur karena mendengar suara-suara. Pasien mengatakan suara terdengar seperti menyuruh melakukan sesuatu. Pasien mengatakan suara-suara yang didengar membuatnya sedih dan marah karna teringat masa lalu. pasien tampak gelisah, bingung, dan kontak mata kurang.

Diagnosis kedua adalah **risiko perilaku kekerasan** ditandai dengan Pasien mengatakan suara-suara yang didengar membuatnya sedih dan marah karna teringat masa lalu. Pasien juga mengatakan suka emosi dan mengamuk tiba-tiba.

Diagnosis ketiga adalah **defisit perawatan diri** ditandai dengan pasien mengatakan pasien malas mandi, mengganti pakaian dan gosok gigi. pasien tampak tidak mengganti baju, gigi dan mulut kotor. bau mulut, bau badan.

Menurut teori Keliat (dalam Sutejo, 2017) menjelaskan bahwa pohon masalah pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi, isolasi sosial merupakan penyebab dari halusinasi, halusinasi sebagai core problemnya, risiko perilaku kekerasan sebagai akibatnya. Hal yang peneliti temui dilapangan adanya kesenjangan dengan teori yang ada. Ini dikarenakan pada pasien isolasi sosial sudah teratasi. Karena pasien mampu berkomunikasi dengan orang lain walaupun bergaul dengan keluarga dan tetangga didekat rumah saja.

c. **Intervensi Keperawatan**

Intervensi yang dilakukan pada klien untuk **Diagnosis pertama gangguan persepsi sensori: halusinasi** adalah membuat rencana keperawatan dengan tindakan strategi pelaksanaan halusinasi yaitu membina hubungan saling percaya pada klien, identifikasi halusinasi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan respon, latihan strategi pelaksanaan untuk mengontrol halusinasi dengan cara minum obat secara teratur, latihan cara menghardik,

latihan cara bercakap-cakap, dan latihan dengan melakukan aktivitas sehari-hari.

Intervensi yang dilakukan pada klien untuk **Diagnosis kedua risiko perilaku kekerasan** yaitu membina hubungan saling percaya pada klien, 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, memintak dan menolak dengan baik) serta latihan cara spiritual.

Intervensi yang dilakukan pada klien untuk **Diagnosis ketiga defisit perawatan diri** yaitu membina hubungan saling percaya pada klien, identifikasi masalah perawatan diri, berhias, makan dan minum, BAB/BAK, pentingnya kebersihan 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.

Penyusunan rencana keperawatan pada pasien telah sesuai dengan teori 1 menurut Keliat (2012), namun tetap disesuaikan kembali dengan keadaan pasien serta dievaluasi secara terus menerus sehingga tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan tercapai. Peneliti juga mengikuti langkah - langkah perencanaan yang telah disusun mulai dari menentukan prioritas masalah sampai dengan kriteria hasil yang diharapkan. Dalam perencanaan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek dalam memprioritaskan masalah dan perencanaan tindakan keperawatan. disini peneliti berusaha memprioritaskan masalah sesuai dengan pohon masalah yang telah ada baik itu dari penyebab maupun akibat yang muncul.

d. 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 koping dalam menyelesaikan masalah.

Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang diterapkan. Hasil penelitian pada Remaja R dengan **gangguan persepsi sensori:halusinasi pendengaran** terdapat beberapa pelaksanaan keperawatan yang sudah peneliti lakukan diantaranya strategi pelaksanaan I sampai 4 halusinasi yaitu: mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi, patuh minum obat dengan cara 6 benar minum obat, bercakap - cakap dan melakukan kegiatan aktivitas.

Diagnosis kedua risiko perilaku kekerasan strategi pelaksanaan I sampai 4 yaitu: tarik nafas dalam dan pukul bantal, patuh minum obat, cara verbal dan cara spiritual.

Diagnosis ketiga defisit perawatan diri strategi pelaksanaan I sampai 4 yaitu: kebersihan diri, berdandan, cara makan dan minum yang baik. cara BAB/BAK yang baik dan benar. Peneliti tidak menemukan kesulitan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Pasien dan keluarga bekerjasama dengan baik.

Sebagaimana menurut Prabowo,(2014) dimana tindakan keperawatan dilakukan sesuai kebutuhan dan kondisi pasien saat ini. Tujuan adalah untuk memberdayakan pasien agar mampu mandiri dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri.

Dalam pemberian implementasi peneliti juga memberikan reinforcement positif kepada pasien. Dengan memberikan reinforcement positif partisipan tampak bersemangat dalam melakukan latihan strategi pelaksanaan yang diberikan.

e. **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 dapat teratasi.

Diagnosis gangguan persepsi sensori:halusinasi dapat teratasi, hal ini dibuktikan dengan pengamatan peneliti selama 12 hari. Remaja R mampu mempraktekkan strategi pelaksanaan I sampai dengan 4 halusinasi yaitu: mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi, patuh minum obat dengan cara 6 benar minum obat, berekap - cakap dan melakukan kegiatan aktivitas. Adapun perilaku yang muncul pada Remaja R dapat tidur dengan nyenyak dan beraktivitas tanpa terganggu dengan halusinasinya.

Diagnosis risiko perilaku kekerasan dapat teratasi, Remaja R mampu mempratekkan strategi pelaksanaan 1 sampai 4 risiko perilaku kekerasan yaitu : tarik natas dalam dan pukul bantal, patuh minum obat, cara verbal dan cara spiritual. Adapun perilaku yang muncul Remaja R mampu mengontrol amarahnya dan tidak menciderai orang lain dan dirinya.

Diagnosis defisit perawatan diri dapat teratasi, Nn. R mampu mempratekkan 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.

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan sesuai dengan tindakan keperawatan yang telah dilakukan Remaja R.(Yusuf, 2015). 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.

Penelitian yang dilakukan oleh Wuryastuti (2016) mengatakan bahwa pasien mampu melakukan semua strategi pelaksanaan dengan mandiri namun pasien masih membutuhkan observasi lebih lanjut.



Kemenkes
Poltekkes Padang

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian asuhan keperawatan pada pasien remaja NAPZA dengan halusinasi diyayasan pelita jiwa insani Kota Padang mulai dari tanggal 06 Maret 2024 sampai pada tanggal 17 Maret 2024, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

- a.** Hasil pengkajian yang didapatkan dari klien yaitu pasien mengatakan susah tidur karena mendengar suara-suara yang mengganggu. Pasien mengatakan suara terdengar seperti menyuruh melakukan sesuatu. Pasien mengatakan suka marah dan emosi tiba-tiba, pasien tampak kotor, bau badan, gigi kuning dan bau mulut. Faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya halusinasi yaitu faktor sosial budaya karena pasien mengalami kegagalan/penolakan dalam hubungan sosial dan risiko bunuh diri, yakni pasien putus cinta dengan kekasihnya dulu,. Pemeriksaan fisik tidak ditemukan keluhan dan kelainan. Terapi medis Haloperidol, resperidon, chlorpromazine, dan B complex.
- b.** Diagnosis utama yang muncul berdasarkan prioritas yaitu gangguan persepsi sensori : halusinasi sebagai masalah utama, risiko perilaku kekerasan sebagai penyebab dan sebagai akibat yaitu defisit perawatan diri. Dalam pengumpulan data dan menegakkan Diagnosis penulis tidak menemukan kesulitan karna pasien cukup kooperatif dan keluarga bersifat terbuka.
- c.** Intervensi yang dirumuskan sesuai dengan Diagnosis yang ditegakkan kepada pasien. Intervensi keperawatan untuk masalah keperawatan ditemukan sesuai dengan teori. Diagnosis pertama gangguan persepsi sensori : halusinasi yang mengacu pada prinsip strategi pelaksanaan halusinasi mulai dari menghardik, meminum obat secara teratur, bercakap-cakap, dan melakukan aktifitas sehari-hari. Diagnosis kedua yaitu risiko perilaku kekerasan intervensi keperawatan yaitu strategi pelaksanaan identifikasi penyebab, tanda dan gejala terjadinya perilaku kekerasan, latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal, meminum obat secara teratur, latihan verbal (mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik), dan spiritual. Diagnosis ketiga yaitu defisit perawatan diri meliputi

merawat kebersihan diri, cara berhias, melatih cara makan/minum yang baik, dan melatih BAB/BAK yang baik.

- d. Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai perencanaan yang telah dibuat sebelumnya sesuai dengan masalah yang ditemukan pada pasien. 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. Diagnosis kedua risiko perilaku kekerasan strategi pelaksanaan 1 sampai 4 yaitu : tarik nafas dalam dan pukul bantal, patuh minum obat, cara verbal dan cara spiritual. Diagnosis 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. Pada tahap akhir penulis melakukan evaluasi.
- e. Evaluasi yang dilakukan mengenai tindakan yang telah dilakukan berdasarkan catatan perkembangan dengan metode SOAP pada pasien. Pada Diagnosis halusinasi hasil yang didapatkan halusinasi dapat teratasi, pasien tidak mendengar suara dan beraktivitas tidak terganggu. Pada Diagnosis risiko perilaku kekerasan hasil didapatkan pasien mampu mengontrol marah dan tidak menciderai orang lain dan dirinya. Pada Diagnosis defisit perawatan diri hasil didapatkan mampu menjaga kebersihan diri dengan baik dan benar.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

- a. 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.
- b. Bagi Pimpinan Yayasan

Bagi Pimpinan yayasan dapat membuat kebijakan terkait program pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat agar penanganan masalah

gangguan kesehatan jiwa yang dialami pasien dan keluarga dapat terfasilitasi dengan baik dan berkelanjutan.

c. Institusi pendidikan

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

DAFTAR PUSTAKA

- Alifia, U. (2020), Apa Itu Narkotika dan NAPZA (A. T. Editor). PT. Bengawan Ilma. AMANDA, M. P., HUMAEDI, S., & SANTOSO, M. B. (2017), Penyalahgunaan Narkoba Di Kalangan Remaja (Adolescent Substance Abuse). Prosiding Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat, 4(2), 339-345. <https://doi.org/10.24198/jppm.v4i2.14392>
- Asmoro, D. O. S. & Meluniani, S. (2017). Pengaruh Lingkungan Keluarga terhadap Penyalahgunaan NAPZA pada Remaja, *Jurnal Biometriña Dan Kependudukan*. <http://dni.org/10.20473jhkv3il> 2016.800-87
- Baki, M.H (2021). Asuhan Keperawatan Keluarga. Yogyakarta: Pustaka Mahardika
- Bakri, M. H (2017). Asuhan Keperawatan Keluarga. Pustaka baru press. Badan Narkotika Nasional. (2020). *Awas Narkoba Masuk Desa*. BNN RI.
- Cahyani, M. (2015). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penyalahgunaan Narkoba Pada Remaja. *Photon: Jurnal Sain Dan Kesehatan*, 5(2), 97-103. <https://doi.org/10.37859/jp.v5i2.592> Diakses pada tanggal 5 Desember 2019
- Direja, Ade Herman Surya. 2011. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Friedman, M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset Teori dan Praktis*. ECC
- Halusinasi Pendengaran Pada Sdr. D Di Ruang Nakula RSJD Surakarta Hanafi, E. (2022). *Ilmu Keperawatan Komunitas dan Keluarga*. PT Global Eksekutif Teknologi.
- Hasan, M (2021). Hubungan Antara Faktor teman sebaya dengan Penyalahgunaan NAPZA di Kota Baru. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 9, 483 <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/HasilRis kesda201>

- Indikator Diagnostik Edisi 1. In Dewan Pengurus Pusat PPNI Jiwa.
- Irman, dkk. 2016. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Jiwa 1. Padang : UNP Press Padang.
- Keliat, dkk. 2012. Manajemen Kasus Gangguan Jiwa. Jakarta : Kedokteran EGC.
- Kristiadi, dkk. 2015. Pengaruh aktivitas terjadwal terhadap terjadinya halusinasi di RSJ DR Aminigondohutomo semarang. Tersedia Pada <http://ejournal.stikestelogorejo.ac.id/index.php/ilmukeperawatan/article/view/471>. Diakses pada tanggal 5 Desember 2019
- Kusumawati & Hartono. 2011. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta : Salemba Medika.
- Marliana, R. (2016). Psikologi Perkembangan Remaja R dan Remaja. Pustaka Setia.
- Marlina, A.S., Hernawaty, T., & Fitria, N. (2014). Pengalaman Residivis Remaja Ketika Melakukan Tindakan Kriminal di Bawah Pengaruh NAPZA di daerah. Kiaracandong, Bandung. Jurnal Ilmu Keperawatan
- Martaatmadja. (2020). Awas Bahaya NAPZA. Alprin.
- Martha & Sudarti. 2016. Metodologi Penelitian Kualitatif untuk bidang kesehatan. Jakarta : PT Raja Grafindo Pusat.
- Melaniani, S., & Sri Asmoro, D. O. (2016). Pengaruh Lingkungan Keluarga Terhadap Penyalah Gunaan NAPZA Pada Remaja. Jurnal Biometrika Dan Kependudukan, 5(1), 1-8. <https://ejournal.unair.ac.id/GBK/article/view/5798>
- Muhith, Abdul. 2015. Pendidikan Keperawatan Jiwa . Yogyakarta : CV Andi Offset.
- Nursalam. (2020). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Salemba Medika.
- Padila. (2012). Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Nuha Medika.
- Pamungkas & Usman. (2017). Metodologi Riset Keperawatan. Trans Info Media.
- Republik Indonesia. 2014. Undang-undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013. Tersedia pada Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Di Ruang Merak RS Jiwa Dr .

- Setiyani, A., & Keliat. H. A. (2019). Motivasi Remaja umak Mengikuti Program Rehabili Napra http://doi.org/10.48144/jiks_v122.169 Umish Kesehatan.
- Sugiyono. 2017. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung :Alfabeta.
- Sutejo. 2017. Keperawatan Jiwa. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia(SDKI). Jakarta : Persatuan Perawata Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia(SIKI). Jakarta : Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia(SLKI). Jakarta : Persatuan Perawat Indonesia.
- WHO. 2016. Tersedia pada <http://www.who.int/mediacentre/fact sheets/fs393/en/>. Diakses pada tanggal 5 Desember 2019
- Wuryastuti, M. I. (2016). Asuhan Keperawatan Pada Tn . S Dengan Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran Di Ruang Merak RS Jiwa Dr .Soeharto Heerdjan Jakarta, 2(2), 144–155.
- Yosep, Iyus. 2010. Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi). Bandung : PT Refika Aditama.
- Zelika, A.A, & Dermawan, D.(2015). Kajian Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi Pendengaran Pada Sdr. D Di Ruang Nakula RSJD Surakarta (Study Of Nursing Care Mental Of Audiotory) Hallucinations On Mr D In The Nakula RSJD Of Surakarta), 12,8-15

LAMPIRAN 1

Format Pengkajian

PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

A. Identitas Remaja R

Inisial Remaja R : Remaja R

Umur : 17 tahun

Jenis kelamin : laki-laki

Agama : Islam

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : Tidak bekerja

Status : Belum menikah

Tanggal Pengkajian : 06 Maret 2024

Informan : Remaja R

Alamat Lengkap : Jl.Gunung Talang, Kecamatan Talang, Kabupaten Solok, Sumatera Barat. Sumber informasi dari Remaja R

B. Keluhan saat pengkajian

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 06 Maret 2024 jam 13.00 WIB, pasien mengatakan susah tidur karena mendengar suara-suara dari . Pasien mengatakan suara terdengar seperti menyuruh melakukan sesuatu. Pasien mengatakan suara-suara yang didengar membuatnya sedih dan marah karna teringat masa lalu. Pasien mengatakan suka emosi dan mengamuk tiba-tiba. Dari hasil observasi pasien tampak gelisah, bingung, kontak mata kurang, pandangan tajam, dan gigi berwarna kuning.

C. Faktor predisposisi

d) Gangguan jiwa dimasa lalu

Pasien mengatakan sudah mengalami sakit jiwa sejak 1 tahun terakhir

e) Pengobatan sebelumnya

Pasien mengatakan sebelumnya pernah berobat ke Natsir Solok tetapi tidak dirawat. Pada saat itu Remaja R mendapat terapi obat Haloperidol, chlorpromazine ,trihenski phenidol dan beberapa bulan setelah itu

f) Trauma

a. Aniaya fisik

Remaja R mengatakan tidak pernah mengalami penganiayaan secara fisik serta tidak pernah menjadi prilaku aniaya fisik.

b. Tindakan Kriminal

Remaja R mengatakan tidak pernah mengalami tindakan kriminal, tidak pernah menjadi prilaku dan tidak pernah menyaksikan tindakan kriminal.

c. Kekerasan dalam keluarga

Remaja R mengatakan tidak pernah mengalami kekerasan dalam keluarga serta tidak pernah menjadi pelaku kekerasan dalam keluarga.

g) Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Remaja R mengatakan tidak ada anggota keluarga yang lainnya mengalami gangguan jiwa seperti yang dialami Remaja R

h) pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Remaja R mengatakan dirinya belum pernah menjadi pelaku tindak kekerasan dan seksual. Remaja R pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan saat bekerja dulu, Remaja R baru pertama kali pacaran dan saat itu Remaja R ditinggal nikah oleh kekasihnya dengan wanita lain.

D. Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 88 x/i

Suhu : 36,5

Pernapasan : 19x/i

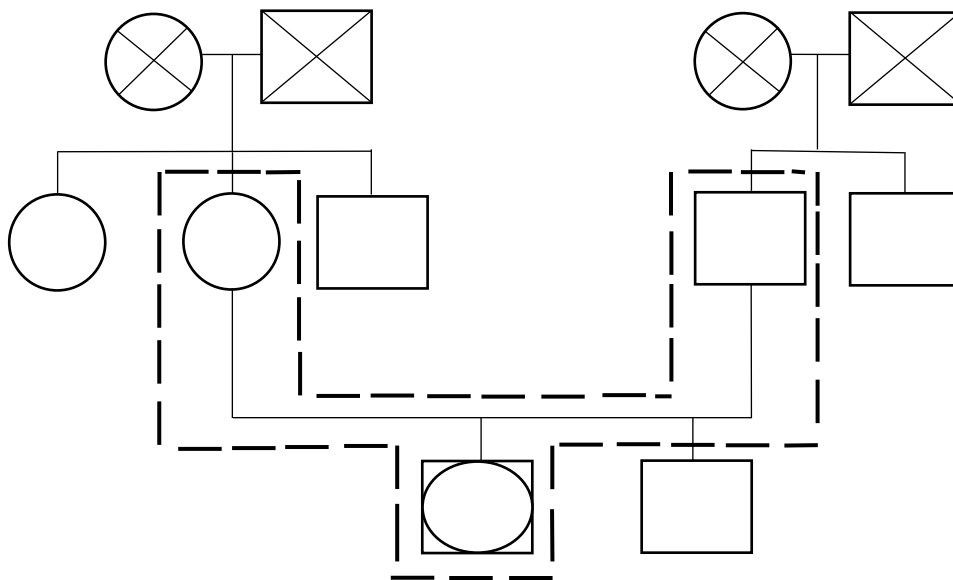
2. Ukuran

Tinggi badan : 160 cm

Berat badan : 46 kg

E. Psikososial

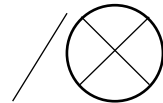
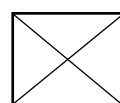
1. Genogram



Keterangan:



: Laki- Laki



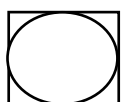
: Meninggal



: Perempuan



: Serumah



: Pasien

2. Konsep diri

a. Citra tubuh

Remaja R mengatakan ia menyukai semua anggota tubuhnya.

b. Identitas diri

Remaja R merupakan seorang Remaja berumur 17 tahun, anak pertama dari 2 bersaudara. Saat ini Remaja R belum menikah, Remaja R tinggal dengan kedua orang tuanya.

c. Peran diri

Remaja R mengatakan ia tidak mengetahui perannya.

d. Ideal diri

Remaja R mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya dan melupakan masalah yang tidak menyenangkan.

e. Harga diri

Remaja R mengatakan dirinya tidak berharga lagi karena sakit yang dialaminya saat ini dan Remaja R mengatakan tidak berguna ,

3. Hubungan sosial

a. Orang terdekat

Remaja R mengatakan orang terdekat Remaja R adalah ayah dan ibunya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Remaja R mengatakan hanya bergaul dengan teman sekolahannya. Remaja R mengatakan tidak pernah ikut serta dalam kegiatan yang ada dilingkungannya.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Remaja R masih bergaul dengan kawan sekolahannya, namun tidak dengan tetangganya.

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Remaja R mengatakan ia beragama islam, percaya dengan Allah SWT.

b. Dalam kegiatan ibadah

Remaja R mengatakan jarang menjalankan ibadah sholat 5 waktu

5. Status mental

a. Penampilan

Penampilan Remaja R didapatkan 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

Saat dilakukan wawancara pasien berbicara lambat, dan tidak mampu memulai pembicaraan.

c. Aktivitas motorik

Remaja R lambat dan pemalas dalam melakukan kegiatan. Jika tidak ada kegiatan Remaja R suka bermenung.

d. Alam perasaan

Remaja R sering merasa khawatir yang tidak jelas. Saat wawancara Remaja R tampak sedih dan kontak mata kurang.

e. Afek

Afek Remaja R labil, mudah marah dan tersinggung.

f. Interaksi selama wawancara

Saat dilakukan wawancara pasien kooperatif, berbicara lambat, dan tidak mampu memulai pembicaraan serta kontak mata kurang

g. Persepsi

Remaja R mengalami halusinasi pendengaran, Remaja R mengatakan mendengar suara-suara yang mengganggu . Pasien mengatakan suara terdengar seperti menyuruh melakukan sesuatu. Pasien mengatakan suara-suara yang didengar membuatnya sedih dan marah karna teringat masa lalu. Pasien mengatakan suka emosi dan mengamuk tiba-tiba.

h. Proses pikir

Pasien berbelit-belit dan mengulang pembicaraan namun sampai pada tujuan pembicaraan.

i. Isi pikir

Pasien tampak selalu curiga kepada orang lain.

j. Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran Remaja R baik, Remaja R mampu mengingat waktu,tempat dan orang ketika berkomunikasi dengannya.

k. Memori

Remaja R tidak ada masalah dalam gangguan daya ingat baik dalam kejadian jangka panjang dan kejadian jangka pendek.

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Remaja R konsentrasinya mudah dialihkan dan tidak dapat berkonsentrasi dengan baik.

m. Kemampuan penilaian

Remaja R mampu melakukan penilaian akan hal yang sederhana seperti memilih cuci tangan terlebih dahulu baru makan.

n. Daya tilik

Remaja R tidak memiliki masalah dengan daya tilik dirinya.

F. Aktivifitas sehari-hari

1. Makan

Remaja R makan 2x sehari, Remaja R mampu makan dengan mandiri dan selalu menghabiskan makanannya.

2. BAB/BAK

Remaja R mampu BAB dan BAK secara mandiri pada tempatnya dan membersihkan kamar mandi setelah digunakannya

3. Mandi

Remaja R mandi sekali dalam 3 hari, Remaja R jarang menggosok gigi. Saat pengkajian gigi Remaja R terlihat kuning dan Remaja R bau badan.

4. Berpakaian/berhias

Remaja R jarang mengganti bajunya, namun bisa memakai baju dengan benar.

5. Istirahat dan tidur

Remaja R mengatakan tidur siang jarang, pada malam hari tidur kurang karena mendengar suara-suara.

6. Pemeliharaan kesehatan

Remaja R memerlukan perawatan lanjutan untuk kontrol dan juga diperlukan perawatan pendukung seperti keluarga, teman, tetangga dan lingkungannya.

7. Kegiatan di dalam rumah

Remaja R mengatakan mampu mengerjakan pekerjaan rumah seperti pekerjaan mencuci piring dan menyapu rumah.

8. Kegiatan/aktivitas di luar rumah

Kegiatan Remaja R di luar rumah yaitu, pergi main dengan kawan-kawan sekolahannya.

G. Mekanisme Koping

Remaja R mengatakan jika mempunyai masalah, Remaja R biasanya mudah tersinggung dan mudah marah serta mengamuk tiba-tiba.

Masalah Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan.

H. Masalah Psikososial dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok

Remaja R mengatakan masih memiliki keluarga dan mendapatkan dukungan dari keluarga serta kasih sayang orangtua.

2. Masalah berhubungan dengan lingkungan

Remaja R tidak pernah mendapatkan perlakuan yang tidak wajar dari masyarakat seperti direndahkan, diejek karena gangguan jiwa yang dialaminya

3. Masalah dengan pendidikan

Remaja R mengatakan riwayat pendidikan terakhirnya adalah tamatan SMP sederajat

4. Masalah dengan pekerjaan

Remaja R mengatakan tidak memiliki pekerjaan dan kadang-kadang hanya membantu kegiatan dirumah.

5. Masalah ekonomi

Keluarga selalu mengusahakan ekonomi selama merawat anaknya.

6. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Remaja R mengatakan tidak ada masalah dalam hal pelayanan kesehatan, keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan ketika obat pasien habis dan saat pasien mengamuk.

I. Pengetahuan

Remaja R mengatakan mengetahui penyakit yang dideritanya.

J. Aspek medik

Diagnosis medik : Skizofrenia

Terapi medik : Haloperidol 2x1 mg, Risperidon 1x1 mg, Chlropromazine 1x25 mg,
B complex 1x1 mg,

K. Pohon masalah



M. Diagnosis Keperawatan

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

N. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dilakukan pada Remaja R untuk **Diagnosis gangguan persepsi sensori : halusinasi** adalah membuat rencana keperawatan dengan tindakan strategi pelaksanaan halusinasi yaitu membina hubungan saling percaya pada Remaja R keluarga, identifikasi halusinasi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan respon, latihan strategi pelaksanaan untuk mengontrol halusinasi dengan cara minum obat secara teratur, latihan cara menghardik, latihan cara bercakap-cakap, dan latihan dengan melakukan aktivitas sehari-hari.

Intervensi yang dilakukan pada Remaja R untuk **Diagnosis kedua resiko perilaku kekerasan** yaitu membina hubungan saling percaya pada Remaja R dan keluarga, 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, memintak dan menolak dengan baik) serta latihan cara spiritual.

Intervensi yang dilakukan pada Remaja R untuk **Diagnosis ketiga defisit perawatan diri** yaitu membina hubungan saling percaya pada kelen dan keluarga, identifikasi masalah perawatan diri, berhias, makan dan minum, BAB/BAK, pentingnya kebersihan diri, melakukan strategi pelaksanaan dengan melatih Remaja R 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 keperawatan

| Diagnosis Keperawatan | Rencana Tindakan Keperawatan | | |
|---|---|---|--|
| | Tujuan | Kriteria Hasil | Intervensi |
| Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi | Pasien mampu mengontrol halusinasi sesuai strategi pelaksanaan tindakan keperawatan | Setelah dilakukan 2-4 x pertemuan diharapkan klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara : 1. Latihan menghardik. 2. Minum obat secara teratur. 3. Latihan bercakap-cakap dengan orang lain. 4. Latihan melakukan aktivitas sehari- hari. | SP 1 Pasien : 1. Identifikasi halusinasi : isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi, pencetus, perasaan dan respon. 2. Jelaskan cara mengontrol halusinasi menghardik,minum obat secara teratur, bercakap-cakap, dan melakukan aktivitas sehari-hari. 3. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. 4. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien. SP 2 Pasien : |

Intervensi keperawatan

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi kegiatan menghardik, beri pujian.2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan minum obat secara teratur dan jelaskan 6 benar minum obat.3. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian pasien. <p>SP 3 Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan latihan minum obat secara teratur.2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap3. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien |
|--|--|--|---|

Intervensi keperawatan

| | | | |
|---------------------------|--|---|--|
| | | | <p>SP 4 Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, minum obat secara teratur, dan bercakap-cakap, berikan pujian. 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari. 3. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien. |
| Resiko Perilaku Kekerasan | Pasien mampu mengontrol rasa marah sesuai strategi pelaksanaan tindakan keperawatan. | <p>Setelah dilakukan 2-4 x pertemuan diharapkan klien mampu mengontrol rasa marah dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Latihan fisik tarik napas dalam dan pukul bantal. 2. Minum obat secara teratur. | <p>SP 1 Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan dan akibat perilaku kekerasan. 2. Jelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik, minum obat secara teratur, verbal dan spiritual. |

Intervensi keperawatan

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | <p>3. Latihan verbal (mengungkapkan, meminta dan menolak dengan cara yang baik).</p> <p>4. Dengan cara spiritual</p> | <p>3. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik tarik napas dalam dan pukul bantal.</p> <p>4. Masukkan pada jadwal kegiatan harian</p> <p>SP 2 Pasien :</p> <p>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik tarik napas dalam dan pukul bantal. Beri pujian.</p> <p>2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat teratur dan 6 benar minum obat</p> <p>3. Masukkan pada jadwal kegiatan harian.</p> <p>SP 3 Pasien :</p> |
|--|--|--|---|

Intervensi keperawatan

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik Tarik nafas dalam pukul bantal, dan minum obat. Beri pujian.</p> <p>2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (mengungkapkan, meminta, menolak dengan cara yang baik).</p> <p>3. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian.</p> <p>SP 4 Pasien :</p> <p>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik tarik nafas dalam dan minum obat serta latihan verbal. Beri pujian.</p> <p>2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual.</p> <p>3. Masukkkan dalam jadwal kegiatan harian.</p> |
|--|--|--|--|

Intervensi keperawatan

| | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| <p>Defisit Perawatan Diri</p> | <p>Pasien mampu menjaga kebersihan diri sesuai strategi pelaksanaan tindakan keperawatan.</p> | <p>Setelah dilakukan 2-4 x pertemuan diharapkan klien mampu menjaga kebersihan diri dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mandi, sikat gigi, cuci rambut dan potong kuku. 2. Berdandan yang benar. 3. Makan/minum yang benar. 4. BAB/BAK yang benar. | <p>SP 1 Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi masalah perawatan diri, kebersihan diri, berdandan, makan/minum, BAB/BAK. 2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri. 3. Jelaskan cara dan alat kebersihan diri. 4. Latih cara menjaga kebersihan diri mandi dan ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut, potong kuku. 5. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian. <p>SP 2 Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian. |
|-------------------------------|---|--|--|

Intervensi keperawatan

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>2. Jelaskan cara dan alat untuk berdandan setelah kebersihan diri, sisiran dan berganti pakaian.</p> <p>3. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.</p> <p>SP 3 Pasien :</p> <p>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian.</p> <p>2. Jelaskan cara dan alat makan/minum yang baik.</p> <p>3. Masukkan pada jadwal kegiatan harian.</p> <p>SP 4 Pasien :</p> <p>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan/minum. Beri pujian.</p> <p>2. Jelaskan cara BAB/BAK yang baik.</p> |
|--|--|--|--|

Intervensi keperawatan

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | 3. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian. |
|--|--|--|---|

| Hari/tanggal | Diagnosis Keperawatan | Implementasi Keperawatan | Evaluasi Keperawatan | Paraf |
|---------------------|---|--|---|-------|
| Rabu, 06-03-2024 | Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi | Strategi pelaksanaan I klien : 1. Membina hubungan saling percaya. 2. Membantu pasien menyadari gangguan persepsi sensorial halusinasi. Tanyakan pendapat pasien mengenai : halusinasi. Mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, respon, perasaan ,upaya yang dilakukan untuk mengontrol halusinasi. 3. Jelaskan cara mengontrol halusinasi. 4. Melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. 5. Masukkan ke dalam kegiatan harian pasien. | S : 1. Pasien mengatakan masih mendengar suara-suara yang membuatnya susah tidur di malam hari 2. Pasien mengatakan mengerti dengan cara menghardik. O : 1. Pasien tampak bingung 2. pasien tampak gelisah 3. pasien tampak bisa mempraktekan cara menghardik yang benar. A : Pasien mampu melakukan secara mandiri | |

| | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|--|
| | | | <p>masalah teratasi sebagian.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Optimalkan SP 1 halusinasi 2. Lanjutkan ke SP 2 minum obat secara teratur | |
| <p>Kamis, 07 - 03 -2024</p> | <p>Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi</p> | <p>Strategi pelaksanaan II klien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi cara menghardik. 2. Menjelaskan cara benar minum obat. 3. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien. | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih mendengar suara-suara di malam hari 2. Pasien mengatakan mengerti tentang cara minum obat yang benar <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak berbicara berbelit-belit tetapi sampai pada tujuan pembicaraan 2. Pasien tampak mengerti tentang cara minum obat yang benar dan mampu melakukannya <p>A :</p> <p>Pasien mampu melakukan secara mandiri masalah teratasi sebagian</p> | |

| | | | | |
|---------------------------------|---|--|---|--|
| | | | <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Optimalkan SP 2 halusinasi 2. Lanjutkan SP 3 dengan latihan bercakap-cakap | |
| <p>Jum'at, 08 – 03-2024</p> | <p>Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi</p> | <p>Strategi pelaksanaan III klien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan latihan minum obat secara teratur. 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap. 3. Masukkan ke jadwal kegiatan harian pasien | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah mulai berkurang mendengar suara- suara 2. Pasien mengatakan mengerti tentang cara bercakap-cakap. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontak mata kurang 2. Pasien tampak kurang fokus 3. Pasien tampak mengerti tentang cara latihan bercakap-cakap dan mampu melakukannya. <p>A:</p> <p>Pasien mampu melakukan secara mandiri masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> | |

| | | | | |
|------------------------------|---|--|--|--|
| | | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Optimalkan SP 3 halusinasi 2. Lanjutkan ke SP 4 dengan melakukan aktivitas sehari hari | |
| <p>Sabtu, 09-03-2024</p> | <p>Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi</p> | <p>Strategi Pelaksanaan IV klien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, minum obat dan bercakap - cakap. Beri pujian. 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian. 3. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah jarang mendengar suara- suara. 2. Pasien mengatakan tidur malam sudah mulai nyenyak. 3. Pasien mengatakan mengerti tentang cara melakukan kegiatan sehari-hari. <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak ceria 2. pasien tampak mengerti tentang cara latihan melakukan kegiatan sehari-hari dan mampu melakukannya. <p>A:</p> <p>Pasien mampu melakukan secara mandiri masalah teratasi sebagian.</p> <p>P :</p> | |

| | | | | |
|-----------------------|------------------------------|---|---|--|
| | | | Optimalkan SP 4 halusinasi | |
| Minggu, 10-03-2024 | Resiko Perilaku Kekerasan | Strategi Pelaksanaan I klien : 1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan dan akibat perilaku kekerasan. 2. Jelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik, minum obat secara teratur, verbal dan spiritual. 3. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik tarik napas dalam dan pukul bantal. 4. Masukkan pada jadwal kegiatan harian. | S : 1. Pasien mengatakan suara-suara yang didengar membuatnya sedih dan marah karna teringat masa lalu. 2. Pasien juga mengatakan suka emosi dan mengamuk tiba-tiba O : 1. Pandangan pasien tajam 2. Kontak mata kurang 3. Pasien mampu melakukan latihan fisik tarik napas dalam dan pukul bantal. A : Pasien mampu melakukan secara mandiri masalah teratasi P : 1. Optimalkan SP 1 resiko perilaku kekerasan | |

| | | | | |
|----------------------|------------------------------|---|--|--|
| | | | 2. Lanjutkan ke SP 2 minum obat secara teratur | |
| Senin, 11-03-2024 | Resiko Perilaku Kekerasan | Strategi Pelaksanaan II klien : 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik tarik napas dalam dan 2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat teratur dan 6 benar minum obat 3. Masukkan pada jadwal kegiatan harian. | S : 1.Pasien mengatakan rasa marah masih ada dan tiba-tiba2. 2.Pasien mengatakan mengerti tentang cara minum obat teratur dan 6 benar minum obat O : 1. Pasien tampak berbicara berbelit-belit tetapi sampai pada tujuan pembicaraan 2. Pasien tampak mengerti tentang cara minum obat yang benar dan mampu melakukannya A : Pasien mampu mealakukan secara mandiri masalah terastasi sebagian P : | |

| | | | | |
|-----------------------|------------------------------|--|--|--|
| | | | <p>1. Optimalkan SP 2 resiko perilaku kekerasan</p> <p>2. Lanjutkan SP 3 dengan latihan verbal (mengungkapkan , meminta dan menolak dengan baik)</p> | |
| Selasa, 12-03-2024 | Resiko Perilaku Kekerasan | <p>Strategi Pelaksanaan III klien :</p> <p>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik Tarik nafas dalam pukul bantal, dan minum obat. Beri pujian.</p> <p>2. Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (mengungkapkan, meminta,menolak dengan cara yang baik).</p> | <p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan perasaan marah mulai berkurang</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien mampu mengulangi latihan fisik tarik nafas dalam, pukul bantal dan minum obat yang benar</p> <p>2. Pasien mampu melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal</p> <p>A :</p> <p>Pasien mampu melakukan kegiatan secara mandiri</p> | |

| | | | | |
|---------------------|------------------------------|--|--|--|
| | | | <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Optimalkan SP 3 perilaku kekerasan 2. Lanjutkan SP 4 dengan latihan spiritual | |
| Rabu, 13-03-2024 | Resiko Perilaku Kekerasan | <p>Strategi pelaksanaan IV klien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik tarik nafas dalam, pukul bantal dan minum obat serta latihan verbal. Beri pujian. 2. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual. | <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan mampu mengontrol perasaan marah.</p> <p>O :</p> | |

| | | | | |
|----------------------|---------------------------|---|--|--|
| | | 3. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian. | 1. Pasien mampu mengulangi kembali latihan fisik tarik nafas dalam, pukul bantal, minum obat dan latihan verbal 2. Pasien mengerti cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual A: Pasien mampu melakukan latihan secara mandiri P : Optimalkan SP 4 perilaku kekerasan | |
| Kamis, 14-03-2024 | Defisit Perawatan Diri | Strategi pelaksanaan I klien : 1. Identifikasi masalah perawatan diri,kebersihan diri, makan/minum,BAB/BAK 2. Jelaskan pentingnya kebersihan diri. 3. Jelaskan cara dan alat kebersihan diri. 4. Latih cara menjaga kebersihan diri mandi dan ganti pakaian, sikat gigi,cuci rambut, potong kuku. | S : 1. Pasien mengabaikan malas mandi, mandi sekali dalam 3 hari 2. Pasien mengatakan malas mengganti pakaian dan gosok gigi O : 1. Pasien tampak gigi dan mulut kotor, bau mulut, bau badan | |

| | | | | |
|-----------------------|------------------------|---|--|--|
| | | 5. Masukkan jadwal kegiatan harian. | 2. Pasien mampu melakukan mandi dan gosok gigi dengan benar. A : Pasien mampu melakukan secara mandiri masalah teratasi sebagian P : 1. Optimalkan SP 1 defisit perawatan diri 2. lanjutkan ke SP 2 dengan cara berhias | |
| Jum'at, 15-03-2024 | Defisit Perawatan Diri | Strategi pelaksanaan II klien : 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian. 2. Jelaskan cara dan alat untuk berdandan setelah kebersihan diri, sisiran dan mengganti pakaian. 3. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian | S : Pasien mengatakan jarang mengganti baju. O : 1. Pasien tampak sudah mandi dan gosok gigi. 2. Pasien tampak masih memakai baju kemaren. A : Pasien mampu melakukan secara mandiri masalah teratasi sebagian | |

| | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|---|---|--|
| | | | <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Optimalkan SP 2 defisit perawatan diri 2. lanjutkan ke SP 3 cara makan/minum ynag baik | |
| <p>Sabtu, 16-03-2024</p> | <p>Defisit Perawatan Diri</p> | <p>Strategi pelaksanaan III klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian. 2. Jelaskan cara dan alat makan/minum yang baik. 3. Masukkan pada jadwal kegiatan harian. | <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan ketika makan dan minum sering berserakkan.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sudah mandi dan gosok gigi. 2. Pasien tampak sudah mengganti bajunya. 3. Pasien mengerti cara makan dan minum yang baik <p>A :</p> <p>Pasien mampu melakukan secara mandiri masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Optimalkan SP 3 defisit perawatan diri | |

| | | | | |
|-----------------------|---------------------------|--|--|--|
| | | | 2. Lanjutkan ke SP 4 dengan latihan BAB/BAK yang baik dan benar | |
| Minggu, 17-03-2024 | Defisit Perawatan Diri | Strategi pelaksanaan IV klien : 1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri,berdandan,makan/minum.Beri puji 2. Jelaskan cara BAB/BAK yang baik. 3. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian | S : Pasien mengatakan ketika BAKjarang disiram. O : Pasien tampak paham penjelasan mengenai cara BAB/BAK yang baik dan benar A : Pasien mampu melakukan secara mandiri masalah teratasi sebagian P : 1. Optimalkan SP 4. 2. Intervensi dihentikan. | |

LAMPIRAN 2



**PANTI REHABILITASI SOSIAL
KORBAN PENYALAHGUNA NARKOBA
PELITA JIWA INSANI**

Jl. Raya Kalibata II No. 100 Jakarta Selatan, DKI Jakarta
Telp. (021) 73911111 atau (021) 73911112
www.panti-pelita.com

**DAFTAR NAMA KELEN REHABILITASI DI KANTOR PELITA JIWA INSANI
TAH. 2023**

| No | Nama Kelen | L/P | Tanggal | Alamat asal | Pendidikan |
|----|------------|-----|---------|-----------------|------------|
| 1 | ADA | L | 11 | Kebayoran | SD |
| 2 | AF | L | 01 | Tangerang Barat | SMK |
| 3 | MA | L | 08 | Klaten | SMK |
| 4 | AN | L | 04 | Klaten | SMK |
| 5 | AP | L | 04 | Jember Selatan | UM |
| 6 | BAP | L | 08 | Klaten | SMK |
| 7 | CA | L | 09 | Klaten Barat | SMK |
| 8 | DA | L | 06 | Klaten | SMK |
| 9 | DF | L | 21 | Tangerang Barat | SMK |
| 10 | GA | L | 21 | Pudang | SMK |
| 11 | IB | L | 01 | Klaten | SMK |
| 12 | ICP | L | 01 | Klaten | SMK |
| 13 | IF | L | 08 | Klaten | SMK |
| 14 | IA | L | 17 | Tangerang Barat | SMK |
| 15 | KA | L | 01 | Klaten | SMK |
| 16 | KA | L | 12 | Ngopi | SMK |
| 17 | KA | L | 01 | Klaten | SMK |
| 18 | KA | L | 01 | Wongorejo | SMK |
| 19 | KA | L | 28 | Purabaya | SMK, SMP |
| 20 | KA | L | 11 | Pudang | SMK, SMP |
| 21 | KA | L | 12 | Klaten | UM |

Rehabilitasi Sosial



Rehabilitasi Sosial

LAMPIRAN 3



LAMPIRAN 4

DAFTAR HARI PENELITIAN

Nama : *Kalvin Lahir Ago*

NIM : *21110121*

Subjek : *Analisis Keselamatan Sistem Pada Peran Nipah Dengan Jalannya Di Pabrik
Kebudayaan Pabrik Gula Smeal Kota Padang Tengah 2023*

| No. Tanggal | Kegiatan | Tempat / Waktu |
|-------------|-------------------------------|------------------|
| 01/05/2023 | <i>Penelitian</i> | <i>Wawancara</i> |
| 02/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 03/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 04/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 05/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 06/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 07/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 08/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 09/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 10/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 11/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 12/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 13/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 14/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 15/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 16/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 17/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 18/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 19/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 20/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 21/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 22/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 23/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 24/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 25/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 26/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 27/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 28/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 29/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 30/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |
| 31/05/2023 | <i>Keperawatan 10/10/2023</i> | <i>Wawancara</i> |

LAMPIRAN 5



LAMPIRAN 6

**KEHENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
DIJERARKAN KEPERAWATAN KEPERAWATAN
Jl. Jenderal Sudirman Kav. 52-53, Jakarta 10132, Indonesia
Telp. (021) 20393143-44 Fax. (021) 20393145
Email: ditjenperawat@kemkes.go.id

No. Surat : 001/01/2020/0000000
Merkulau : **Jakarta Barat (Dinkes) West Probudhawan** 08-10-2020-1000

Kepada Yth :
Kepala Yayasan Mitra Kita (YMK)
Di :
Tempat :
Kecamatan :

Sehubungan dengan pelaksanaan Program Pengabdian Sosial Tahun 2020 (PSP) Layanan
Kadik Bina pada Mahasiswa Program Studi Di Di Pendidikan Dokter Jurusan Keperawatan Fakultas
Keperawatan Padang Sumatera Utara U.S. 2020/2021, pada tanggal 08-10-2020 telah dilakukan
sambutan dan secara langsung telah dilakukan Survey Awal di lokasi yang terdapat
dalam

| NO | NAMA | NIK | HALAH INDIKATOR WFI |
|----|-------------------|-----------|--|
| 1 | Rahmah Laili Agni | 313110106 | Asuhan Keperawatan keluarga (WFI) Bina Genggam, Prolifera, Berani Harapan & Vokasi Perlu Diketahui |

Demikian data terdapat, dan perhatian dan kerendahan hati kami sampaikan dengan
sangat baik.

Dibuat di Padang, Sumatera
Yayasan Mitra Kita (YMK)



RENTAN C.T.T. S.K.P. M.Pd. Sp. Bina

LAMPIRAN 7



LAMPIRAN 8

DAFTAR DAFTAR KEMERIAHAN DAN KEMERIAHAN
PERUSAHAAN DAN PERUSAHAAN DAN PERUSAHAAN
DI KABUPATEN KARANGANYAR

Nama : **DAFTAR KEMERIAHAN**
 No : **11/11/2018**
 Periode : **1 Januari 2018 s.d. 31 Desember 2018**
 Lokasi : **Arsip Kabupaten Karanganyar**

| No | Daftar | Daftar Kemeriahan | Tanggal |
|----|------------|-------------------|------------|
| 1 | 11/11/2018 | Daftar Kemeriahan | 11/11/2018 |
| 2 | 11/11/2018 | Daftar Kemeriahan | 11/11/2018 |
| 3 | 11/11/2018 | Daftar Kemeriahan | 11/11/2018 |
| 4 | 11/11/2018 | Daftar Kemeriahan | 11/11/2018 |
| 5 | 11/11/2018 | Daftar Kemeriahan | 11/11/2018 |
| 6 | 11/11/2018 | Daftar Kemeriahan | 11/11/2018 |
| 7 | 11/11/2018 | Daftar Kemeriahan | 11/11/2018 |
| 8 | 11/11/2018 | Daftar Kemeriahan | 11/11/2018 |
| 9 | 11/11/2018 | Daftar Kemeriahan | 11/11/2018 |
| 10 | 11/11/2018 | Daftar Kemeriahan | 11/11/2018 |

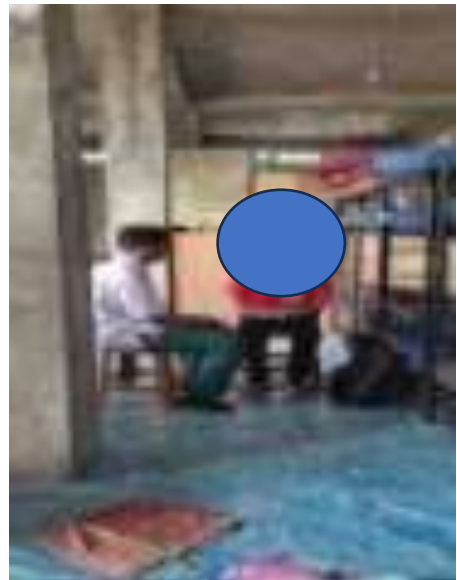
LAMPIRAN 9

LEMBAGA KOMUNITAS MUDA TEGALREJOH
KEMAH KEMAH BERSAMA-SAMA POKOK BUDIDAYA BERKAWALAN
INDONESIA - STEPHEN PALANG

Nama : Sultan Abdul Aziz
 No. : 11111111
 Nomor Ringkasan : 11111111111111111111
 Tema : **Kelembagaan Keluarga Pada Bangsa Bangsa Perilaku Hidup Di Masyarakat Persebaran Awal 1400-1500 Tahun 2010**

| No | Tanggal | Kegiatan dan Tema Peningkatan | Tempat / Lokasi |
|----|------------------|--|-----------------|
| 1 | 24 Agustus 2010 | Kelembagaan keluarga (kelembagaan keluarga) | |
| 2 | 25 Agustus 2010 | Pertemuan keluarga (kelembagaan keluarga) | |
| 3 | 26 Agustus 2010 | - Pertemuan keluarga (kelembagaan keluarga) - Pertemuan keluarga (kelembagaan keluarga) | |
| 4 | 27 Agustus 2010 | - Pertemuan keluarga (kelembagaan keluarga) - Pertemuan keluarga (kelembagaan keluarga) | |
| 5 | 28 Agustus 2010 | - Pertemuan keluarga (kelembagaan keluarga) - Pertemuan keluarga (kelembagaan keluarga) | |
| 6 | 29 Agustus 2010 | Kelembagaan keluarga (kelembagaan keluarga) | |
| 7 | 30 Agustus 2010 | - Pertemuan keluarga (kelembagaan keluarga) - Pertemuan keluarga (kelembagaan keluarga) | |
| 8 | 31 Agustus 2010 | - Pertemuan keluarga (kelembagaan keluarga) | |
| 9 | 1 September 2010 | - Pertemuan keluarga (kelembagaan keluarga) | |
| 10 | 2 September 2010 | Kelembagaan keluarga (kelembagaan keluarga) | |

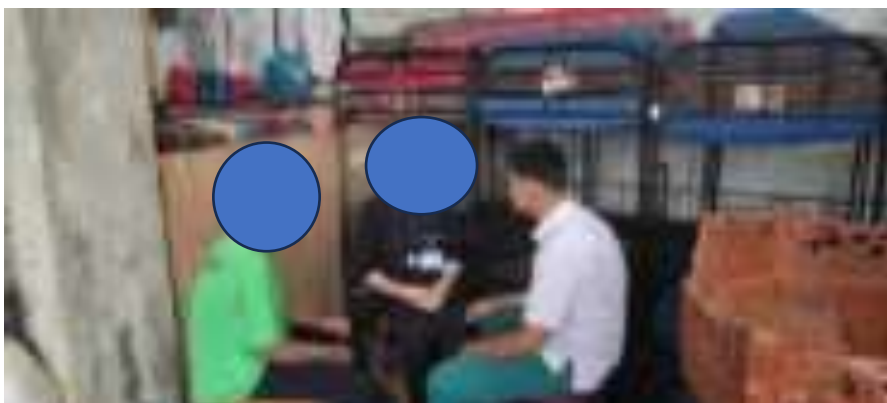
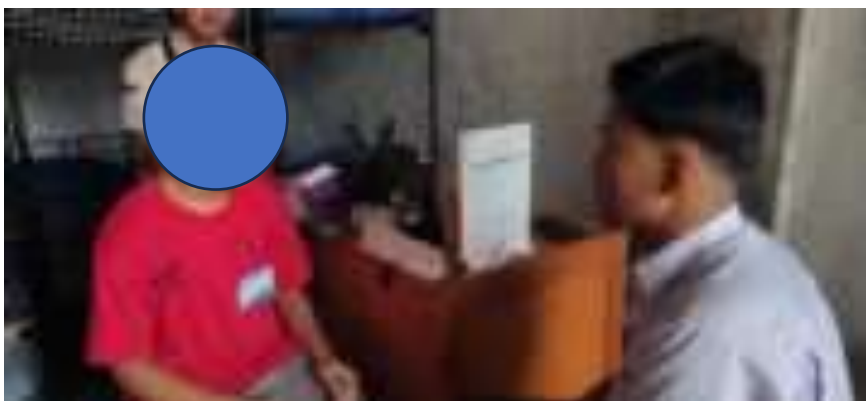
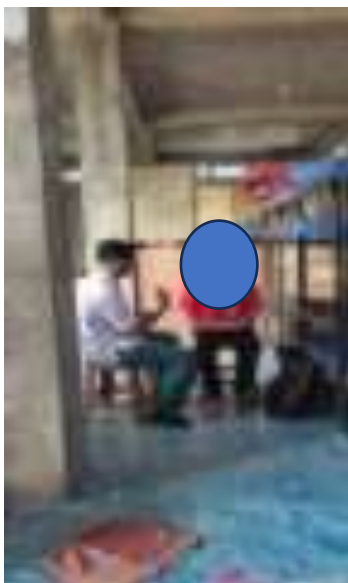
LAMPIRAN 10



LAMPIRAN 10



LAMPIRAN 10



LAMPIRAN 11

KTI_2024_Rafikon Jakbal Agni (213110138)-2

ORIGINALITY REPORT

| | | | |
|------------------|------------------|--------------|----------------|
| 21% | 20% | 7% | 8% |
| SIMILARITY INDEX | INTERNET SOURCES | PUBLICATIONS | STUDENT PAPERS |

PLAGIARISM SOURCES

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | pustaka.poltekkes-pdg.ac.id Internet Source | 6% |
| 2 | docobook.com Internet Source | 1% |
| 3 | Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper | 1% |
| 4 | pdfcoffee.com Internet Source | 1% |
| 5 | es.scribd.com Internet Source | 1% |
| 6 | rizkiperawatmuda.blogspot.com Internet Source | 1% |
| 7 | www.jurnal.globalhealthsciencegroup.com Internet Source | 1% |
| 8 | adoc.pub Internet Source | 1% |
| 9 | www.scribd.com Internet Source | 1% |

LAMPIRAN 11