



**KEMENKES POLTEKKES PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA  
DENGAN HALUSINASI DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS ANDALAS PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**SINDY MARLINA**

**213110146**

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



**KEMENKES POLTEKKES PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA  
DENGAN HALUSINASI DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS ANDALAS PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan ke Program Studi D-III Keperawatan Padang Sebagai  
Persyaratan untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan

**SINDY MARLINA**

**213110146**

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

**LEMBAR PERSETUJUAN**

Karya Tulis Ilmiah

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang" telah diperiksa, disetujui, dan siap dipertahankan dihadapan Dewan penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang.

Padang, 29 Mei 2024

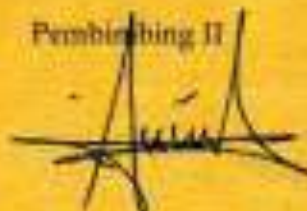
Menyetujui

Pembimbing I



Renihayuti, M.Kep.SP.Kep.Jawa  
NIP : 197205281995032 001

Pembimbing II



Ns. Lela Felmanda Amri, S.Kep. M.Kep  
NIP : 19760206 200012 2 001

Mengetahui,

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang

Kemenkes Poltekkes Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep  
NIP : 19750121 199903 2 005

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama : Sindy Marlina  
NIM : 213110146  
Program Studi : D-III Keperawatan Padang  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian pernyataan yang diperlukan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan di Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.

### Dewan Penguji

Ketua Penguji : Ns. Idrawati Bahar, M.Kep  
Penguji : Heppy Sasmita, M.Kep, Sp. Kep Jiwa  
Penguji : Remidayati, M.Kep, SP.Kep Jiwa  
Penguji : Ns. Laila Felnanda Amri, S.Kep.,  
M.Kep



Ditetapkan di : Kemenkes Poltekkes Padang  
Tanggal : 10 Juni 2024

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang

(Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep)

NIP. 19750121 199903 2 005

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, 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 Kemenkes Poltekkes Padang. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari **Ibu Renidayati, M.Kep, SP.Kep selaku Dosen pembimbing I dan selaku Direktur Kemenkes Poltekkes RI padang** dan **Ibu Ns. Lola Felnanda Amri, M.Kep, selaku dosen Pembimbing II** saya yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan KTI ini.

Saya juga mengucapkan Terimakasih pada:

- (1) Ibu Ns. Idrawati Bahar, M.Kep Selaku Penguji 1 saya yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran dalam mengarahkan saya dalam penyusunan KTI ini;
- (2) Ibu Heppi Sasmita, M.Kep, Sp. Kep Jiwa Penguji 2 saya yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran dalam mengarahkan saya dalam penyusunan KTI ini;
- (3) Pimpinan Puskesmas Andalas yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
- (4) Bapak Tasman, S.Kep, M.Kep, Sp.Kom selaku ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang
- (5) Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep selaku Ketua Jurusan Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang yang telah membantu dalam usaha memperoleh data yang diperlukan;
- (6) Dosen dan staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang Padang.
- (7) Keluarga saya dan Sahabat saya, yang selalu menemani, mendukung, dan membantu saya dimasa suka maupun duka.

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, 2024

Penulis

## PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama Lengkap : Sindy Marlina  
NIM : 213110146  
Tempat/Tanggal Lahir : Sumedang/ 07 Februari 2003  
Tahun Masuk : 2021  
Nama PA : Ns. Suhaini, S.Kep, M.Kep  
Nama Pembimbing Utama : Ranidayati, M.Kep, SP.Kep  
Nama Pembimbing Pendamping : Ns. Lola Fernanda Anai,  
M.Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil Karya Tulis Ilmiah saya, yang berjudul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Halusinasi di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 10 Juni 2024

Yang Menyatakan:



(SINDY MARLINA)

NIM: 213110146

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Sindy Marlina

Tempat/Tanggal Lahir : Sumedang, 07 Februari 2003

Agama : Islam

Status : Belum Menikah

Alamat : Komplek Melati Gn. Sari 1 Blok E No. 1,  
Kel Gn. Sarik

**Nama Orang Tua**

Ayah : Abdul Majid

Ibu : Herlina

### Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun Lulus
1.	SDN 43 Sei Sapih, Padang	2015
2.	SMP N 18 Padang	2018
3.	SMA N 5 Padang	2021
4.	Kemenkes Poltekkes RI Padang	2024



**KEMENKES POLTEKES RI PADANG  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah,  
Sindy Marlina**

**Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang**

**Isi : xiii + 82 Halaman + 10 Lampiran**

**ABSTRAK**

Gangguan jiwa merupakan masalah serius di dunia dan salah satu diagnosa terbanyak adalah skizofrenia. Manifestasi positif dari skizofrenia adalah halusinasi. Tujuan penelitian ini yaitu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di wilayah kerja Puskesmas Andalas Padang Tahun 2024.

Desain penelitian yang digunakan yaitu Deskriptif berbentuk studi kasus. Penyusunan dimulai dari bulan Agustus 2023 sampai Juni 2024 bertempat di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang dengan populasi 6 orang dengan skizofrenia. Penelitian ini menggunakan 1 sampel dengan teknik *Purposive Sampling*. Instrumen yang digunakan berupa format pengkajian keperawatan jiwa. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi, pengukuran, dan wawancara. Analisa yang dilakukan terhadap proses keperawatan dibandingkan dengan teori hasil penelitian peneliti lainnya.

Dari hasil pengkajian didapatkan keluhan utama pada pasien skizofrenia dengan halusinasi adalah mendengar suara bisikan, berbicara sendiri, suka menyendiri, hilang fokus, dan sering melamun. Diagnosa keperawatan yang diangkat dalam penelitian ini yaitu Halusinasi, Isolasi Sosial, dan Risiko Perilaku kekerasan. Intervensi keperawatan dilakukan sesuai dengan Strategi Pelaksanaan yang telah ditetapkan. Implementasi yang dilakukan berupa menghardik halusinasi, minum obat dengan prinsip enam benar, bercakap-cakap, dan melakukan aktivitas sehari-hari; Melatih klien bercakap-cakap secara bertahap. Mengontrol marah dengan latihan fisik, minum obat dengan prinsip enam benar, latihan verbal, dan latihan spiritual; Evaluasi Keperawatan didapatkan masalah teratasi dengan hasil klien sudah mampu mengontrol halusinasi, mau berinteraksi dengan lingkungan, dan mampu mengontrol rasa marah.

Disarankan kepada Puskesmas Andalas kota Padang untuk menjadikan hasil studi kasus ini menjadi masukan dan tambahan informasi untuk meningkatkan kegiatan yang difokuskan pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi. Disarankan kepada pasien dan keluarga selalu mengikuti program Kesehatan berupa rutin meminum obat, Check up, dan mengaplikasikan selalu Strategi Pelaksanaan yang sudah diajarkan.

**Kata Kunci (Key Word) : Halusinasi, Asuhan Keperawatan**

**DaftarPustaka: 33 (2014-2024)**

**KEMENKES POLTEKES RI PADANG  
D-III NURSING STUDY PROGRAM PADANG**

**Scientific Paper,  
Sindy Marlina**

**Nursing Care for Schizophrenia Patients with Hallucinations in the Work Area of Puskesmas Andalas Padang**

**Contents: xiii + 82 Pages + 10 Attachments**

**ABSTRACT**

Mental disorders are a serious problem in the world and one of the most common diagnoses is schizophrenia. Positive manifestations of schizophrenia are hallucinations. The purpose of this study was to apply nursing care to schizophrenic patients with hallucinations in the Andalas Padang Health Center work area in 2024.

The research design used is descriptive in the form of a case study. The preparation starts from August 2023 to June 2024 located in the Andalas Padang Health Center Work Area with a population of 6 people with schizophrenia. This study used 1 sample with purposive sampling technique. The instrument used is a mental nursing assessment format. Data collection is done by observation, measurement, and interview. The analysis carried out on the nursing process is compared with the theory of other researchers' research results.

From the results of the assessment, it was found that the main complaints of schizophrenic patients with hallucinations were hearing whispering voices, talking to themselves, liking to be alone, losing focus, and often daydreaming. Nursing diagnoses raised in this study are Hallucinations, Social Isolation, and Risk of Violent Behavior. Nursing interventions are carried out in accordance with the established Implementation Strategy. Implementation is carried out in the form of rebuking hallucinations, taking medicine with the six correct principles, having conversations, and doing daily activities; Gradually training clients to have conversations. Controlling anger with physical exercise, taking medicine with the six correct principles, verbal exercise, and spiritual practice; Nursing Evaluation obtained problems resolved with the results of clients being able to control hallucinations, willing to interact with the environment, and able to control anger.

It is recommended to the Andalas Health Center of Padang city to make the results of this case study an input and additional information to improve activities focused on clients with hallucinatory sensory perception disorders. It is recommended that patients and families always follow the Health program in the form of routinely taking medication, checking up, and always applying the Implementation Strategy that has been taught.

**Key Word: Hallucinations, Nursing Care**

**Bibliography: 33 (2014-2024)**

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	<b>i</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORINALITAS</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Tujuan Penelitian .....	7
D. Manfaat Penelitian .....	7
<b>BAB II TINJAUAN TEORITIS</b> .....	<b>9</b>
A. Konsep Dasar Halusinasi .....	9
1. Pengertian .....	9
2. Faktor Halusinasi.....	9
3. Etiologi Halusinasi .....	10
4. Manifestasi Klinis.....	11
5. Rentang Respons Neurobiologi Halusinasi .....	12
6. Jenis Halusinasi .....	13
7. Fase Halusinasi.....	14
8. Mekanisme Koping .....	16
9. Pohon Masalah Halusinasi .....	17
10. Penatalaksanaan Halusinasi .....	17
B. Asuhan Keperawatan .....	19

1. Pengkajian .....	19
2. Analisa Data .....	26
3. Diagnosa Keperawatan .....	27
4. Intervensi Keperawatan .....	27
5. Implementasi Keperawatan .....	47
6. Evaluasi Keperawatan .....	47
7. Dokumentasi Keperawatan.....	47
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>48</b>
A. Desain Penelitian.....	48
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	48
C. Subjek Penelitian.....	48
D. Alat dan Instrument Pengumpulan Data .....	49
E. Cara dan Jenis Pengumpulan Data.....	50
F. Analisis Data .....	51
<b>BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS .....</b>	<b>52</b>
A. Deskripsi Kasus.....	52
1. Pengkajian .....	52
2. Diagnosa Keperawatan.....	57
3. Intervensi Keperawatan .....	58
4. Implementasi Keperawatan .....	60
5. Evaluasi Keperawatan .....	62
B. PEMBAHASAN .....	67
1. Pengkajian Keperawatan .....	67
2. Diagnosa Keperawatan.....	72
3. Intervensi Keperawatan .....	73
4. Implementasi Keperawatan .....	76
5. Evaluasi Keperawatan .....	77
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>79</b>
A. Kesimpulan .....	79
B. Saran.....	80
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>82</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Rentang Respons Neurobiologi Halusinasi.....	13
Gambar2. 2 Pohon Masalah Halusinasi .....	17

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Fase Halusinasi .....	14
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Berdasarkan Sdki, Slki, Dan Siki.....	41

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Ganchart Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2. Format Skrinning Pada Pasien skizofrenia dengan Halusinasi
- Lampiran 3. Inform Consent
- Lampiran 4. Hasil Pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa
- Lampiran 5. Surat Pengantar dari Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 6. Surat Pengantar dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Padang Ke Puskesmas Andalas Padang
- Lampiran 7. Surat Izin Penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang
- Lampiran 8. Surat Pernyataan telah selesai Melakukan Penelitian
- Lampiran 9. Lembar Konsultasi Proposal dan Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 1
- Lampiran 10. Lembar Konsultasi Proposal dan Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 2

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kondisi kesehatan jiwa yang baik adalah kondisi di mana orang dapat memanfaatkan kemampuannya secara maksimal, mengelola stres, bekerja secara efisien, membantu, dan memberi kembali kepada komunitasnya. Orang yang memiliki kesehatan jiwa yang baik dapat berfungsi sebaik mungkin dan menjadi produktif, yang akan membantu perkembangan masyarakat yang maju. Di sisi lain, mereka yang mengalami gangguan kesehatan jiwa akan mengalami kesulitan yang parah, kualitas hidup yang rendah, dan bahkan dapat menyebabkan kematian. Penyakit jiwa adalah istilah untuk situasi ini (Widianti, 2022). Seseorang dikatakan memiliki kesehatan jiwa yang baik ketika mereka merasa puas dan merasa sehat, dapat mengatasi rintangan hidup, menerima orang lain apa adanya, dan memiliki pandangan yang positif terhadap diri sendiri dan orang lain (Nazara & Pardede, 2023). Menurut Undang-Undang Republik Indonesia nomor 18 tahun 2014, kesehatan jiwa didefinisikan sebagai suatu kondisi di mana orang dapat tumbuh secara sosial, psikologis, fisik, dan spiritual agar dapat mengenali kemampuan diri sendiri, mengelola stres, dan bermanfaat bagi masyarakat (Wahyudi, 2023).

Undang-Undang Republik Indonesia No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, gangguan jiwa dapat menyebabkan penderitaan dan menyulitkan seseorang untuk melakukan aktivitas sehari-hari sebagai manusia. Gangguan ini ditandai dengan gangguan pada pikiran, perilaku, dan perasaan yang muncul sebagai sekumpulan gejala atau perubahan perilaku yang signifikan (Widianti, 2022). Penyakit jiwa adalah masalah medis yang ditandai dengan perubahan suasana hati dan perasaan, perilaku, proses berpikir, dan pemikiran. Tingkat ketidaknyamanan yang berbeda dan berkurangnya fungsi terkait dengan penyakit ini (Austin, 2019 dalam Beo, 2022).



WHO pada tahun 2022, terdapat 301 juta kasus gangguan kecemasan, 280 juta kasus gangguan depresi, 40 juta kasus gangguan bipolar, dan 24 juta kasus skizofrenia di seluruh dunia. Di Indonesia, seluruh populasi orang dewasa memiliki proporsi penyakit jiwa yang relatif tinggi. Menurut Riskesdas (2018), proporsi rumah tangga yang mengalami gangguan jiwa meningkat menjadi 7%. Hal ini mengindikasikan bahwa terdapat tujuh rumah ODGJ untuk setiap 1000 keluarga, yang berarti terdapat sekitar 450 ribu kasus ODGJ berat (Sinthania et al., 2023). Menurut Kementerian Kesehatan Provinsi Sumatera Barat (2017), Kota Padang berada di urutan pertama dengan 50.577 kasus gangguan jiwa, menjadikannya sebagai provinsi dengan frekuensi gangguan jiwa berat tertinggi di Sumatera Barat (111.106). Pada tahun 2022, 62.208 kunjungan ke fasilitas kesehatan di Kota Padang terkait dengan penyakit kesehatan jiwa, menurut data dari Dinas Kesehatan Kota Padang.

Sekelompok reaksi psikotik yang dikenal sebagai skizofrenia memengaruhi banyak aspek fungsi individu, seperti berpikir, merasakan, dan mengekspresikan emosi. Skizofrenia juga merujuk pada penyakit otak yang ditandai dengan delusi, halusinasi, ide-ide yang tidak teratur, dan perilaku aneh. Menurut Telaumbanua dan Pardede (2023), skizofrenia adalah kondisi jiwa yang mengganggu kemampuan seseorang untuk berpikir, berkomunikasi, melihat, memahami, merasakan, dan mengekspresikan emosi. Skizofrenia adalah sindrom klinis atau proses penyakit yang menghambat pemikiran, perasaan, dan perilaku. Hal ini berdampak pada domain sosial, kognitif, persepsi, emosi, dan perilaku (Biahimo & Dai, 2023).

WHO memperkirakan bahwa 24 juta orang di seluruh dunia menderita skizofrenia pada tahun 2022. Jumlah ini setara dengan 0,45% dari populasi orang dewasa, atau 1 dari 222 orang. Laki-laki sering mengalami serangan lebih awal daripada perempuan, dengan kondisi yang paling sering muncul di akhir usia remaja dan awal usia dua puluhan (WHO, 2022).

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 70% dari penyakit jiwa di Indonesia berhubungan dengan skizofrenia. Sekitar 400.000 orang, atau 7% dari populasi, di Indonesia menderita skizofrenia; ini merupakan peningkatan persentase yang cukup besar jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013 yang hanya mencakup 1,7% dari populasi (Kemenkes RI, 2018). Di Kota Padang pada tahun 2022, skizofrenia juga merupakan penyakit jiwa yang paling banyak diderita, yaitu sebanyak 1.978 dari 1984 kasus penyakit jiwa berat (Dinkes Kota Padang, 2022).

Gejala positif dan negatif adalah dua kategori yang termasuk dalam manifestasi skizofrenia. Halusinasi, delusi, kemarahan, perilaku kekerasan, dan pola berpikir dan berbicara adalah contoh gejala positif. Afek datar, alogia, apatis, rentang perhatian yang lebih pendek, dan penurunan keterlibatan sosial adalah contoh gejala negatif. Menurut perkiraan, halusinasi mempengaruhi lebih dari 90% orang dengan skizofrenia (Yosep, 2011 dalam Rustika, 2020). Lebih dari 20% populasi di Indonesia menderita penyakit kesehatan jiwa, termasuk halusinasi, di mana halusinasi pendengaran adalah jenis yang paling banyak ditemukan, mempengaruhi lebih dari 70% pasien di rumah sakit jiwa.

Salah satu tanda skizofrenia adalah halusinasi, yang ditandai dengan distorsi pada indera dan pengalaman rasa, bau, suara, tekstur, atau perasaan yang salah. Sebuah rangsangan yang tidak nyata dirasakan oleh pasien (Wulandari & Pardede, 2022). Seseorang yang menderita halusinasi dapat merasakan variasi dalam jumlah dan pola rangsangan yang mendekati atau tiba, yang dapat mengakibatkan penurunan atau peningkatan distorsi atau gangguan pada reaksi terhadap rangsangan. Kualitas halusinasi diklasifikasikan ke dalam beberapa kategori berdasarkan jenis halusinasi, termasuk penciuman, pengecapan, perabaan, pendengaran, dan penglihatan (Pongdatu, 2023). Gangguan pada panca indera yang terjadi tanpa adanya rangsangan dari luar dikenal sebagai

halusinasi. Hal ini termasuk halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecap, penciuman, dan perabaan (Wulandari, 2023).

Klien yang mengalami halusinasi dapat menunjukkan gejala dan perilaku berikut: berbicara atau tertawa sendiri; merasa marah atau takut tanpa sebab; tiba-tiba menutup mata atau telinga; berteriak tanpa sebab; mencium sesuatu yang tidak dapat dicium oleh orang lain; merasakan sesuatu yang tidak pernah terjadi; dan menunjuk ke arah tertentu tanpa sebab. Jenis dan intensitas halusinasi klien menentukan bagaimana mereka berperilaku. Tingkat kecemasan klien meningkat seiring dengan tingkat keparahan halusinasi, sehingga lebih sulit baginya untuk mengatur dirinya sendiri dan lebih besar kemungkinannya bagi halusinasinya untuk mengendalikan dirinya. Pasien yang mengalami halusinasi perlu segera ditolong untuk mengatasinya karena jika tidak, mereka berisiko melakukan kekerasan terhadap orang lain, diri mereka sendiri, dan lingkungan mereka. Hal ini terutama terjadi jika pasien mengalami halusinasi yang bersifat mendidik atau mengejek (Herawati, 2021).

Pedoman asuhan keperawatan dapat diterapkan untuk pasien yang mengalami halusinasi, dan keluarga dapat dilatih untuk merawat pasien yang mengalami halusinasi (Mellin, 2018). Ketika pasien mengalami halusinasi, pendekatan implementasi melibatkan pengajaran tentang cara mengidentifikasi halusinasi, cara menghadapi halusinasi, cara berkomunikasi dengan orang lain ketika mereka mengalami halusinasi, cara melakukan tindakan terencana untuk menghentikan halusinasi, dan cara minum obat secara teratur (Dewi, 2022). Untuk membantu pasien dengan halusinasi menjalani kehidupan yang sebenarnya, asuhan keperawatan harus diberikan bersama dengan sistem pendukung sosial terdekat pasien, termasuk keluarga, teman dekat, dan lingkungan sekitar (Nugroho, 2021). Intervensi keperawatan untuk keluarga melibatkan pembicaraan tentang tantangan yang mereka miliki dalam memberikan perawatan langsung untuk orang yang mereka cintai yang mengalami

halusinasi, mengajari keluarga cara melakukannya, dan membantu keluarga menciptakan rutinitas harian yang mencakup minum obat, membantu pasien mengelola halusinasi mereka (Rahmi, 2018 dalam Herawati, 2021).

Hasil terapi generalis SP 1-4 dapat mempengaruhi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi, seperti yang ditunjukkan oleh penelitian yang dilakukan oleh Amanda 2023 di Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprato Provinsi Bengkulu. Hal ini dibuktikan dengan adanya perubahan skala halusinasi dari halusinasi sedang menjadi halusinasi ringan, dan ditandai dengan responden merasa lebih nyaman, lebih tenang, dan lebih baik setelah mendapatkan Strategi Pelaksanaan 1-4. Temuan penelitian yang dilakukan pada tahun 2023 oleh Cahayatiningsih pada pasien yang menderita halusinasi pendengaran di Ruang Amarta Rumah Sakit Jiwa Prof. Sudaerjo Magelang didapatkan hasil yaitu Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 hari dengan memberikan SP 1-4 didapatkan hasil paling efektif dengan SP bercakap-cakap. Bercakap-cakap ini pasien mampu menurunkan tanda dan gejala halusinasi secara perlahan-lahan dimana pasien mampu mengidentifikasi halusinasi, berapa lama dan kapan terjadinya halusinasi.

Dinas kesehatan kota Padang tahun 2022, mencatat jumlah kunjungan pasien gangguan jiwa tahun 2022 sebanyak 62.208 kunjungan. Puskesmas Andalas adalah Puskesmas terbanyak yang mendapat Kunjungan gangguan jiwa di kota Padang, yaitu sebesar 866. Lalu puskesmas kedua terbanyak yaitu puskesmas Nanggalo sebanyak 510, dan ketiga puskesmas pauh sebanyak 490.

Laporan dari Pelayanan Jiwa Puskesmas Andalas Kota Padang, Menyatakan bahwa Diagnosa Jiwa tertinggi di Puskesmas Andalas Tahun 2023 dari bulan Juli sampai Agustus, adalah Skizofrenia dengan angka mencapai 207 orang. (Puskesmas Andalas, 2023). Berdasarkan Wilayah kerja puskesmas Andalas yang meliputi Kelurahan Andalas, Kelurahan

Jati, Kelurahan Simpang Haru, Kelurahan Sawahan, Kelurahan Jati Baru, Kelurahan Sawahan Timur, dan Kelurahan Ganting. Kelurahan Andalas merupakan kelurahan yang memiliki angka kejadian skizofrenia terbanyak.

Hasil Wawancara dengan Penanggung Jawab pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas Andalas Padang yaitu, Pasien yang terdaftar di puskesmas Andalas, selalu mendapatkan obat rutin. klien yang datang sebagian besar untuk mengambil obat dan meminta rujukan untuk mendapatkan pengobatan lebih lanjut di Rumah Sakit Jiwa.

Puskesmas Andalas juga memiliki pelayanan kesehatan jiwa berupa berkunjung ke rumah klien, Menyebar Penanggung jawab wilayah (PW), dan mengadakan posyandu jiwa 1 kali dalam sebulan. Namun, karna luasnya wilayah kerja puskesmas Andalas, menyebabkan kurangnya pengawasan secara mendetail dan menyeluruh kepada pasien.

Hasil wawancara pada salah satu klien halusinasi dan keluarga saat kunjungan ke puskesmas Andalas pada tanggal 11 oktober 2023, didapatkan hasil yaitu klien mengatakan sering mendengar suara-suara bisikan tanpa wujud. Upaya yang dilakukan Keluarga adalah selalu mengingatkan klien untuk rutin minum obat, tapi klien sering malas dan merasa bosan meminum obat sehingga halusinasi kerap muncul. Keluarga juga mengatakan sudah Lupa dengan Strategi Pelaksanaan Keluarga. Strategi pelaksanaan (SP) pada klien dan keluarga belum dilaksanakan dengan optimal, sehingga diperlukan latihan yang berulang- ulang agar klien dan keluarga terbiasa dan bisa mengatasi halusinasi yang dialami klien.

Berdasarkan Fenomena diatas, maka peneliti melakukan asuhan keperawatan jiwa pada pasien skizofrenia dengan halusinasi di wilayah kerja Puskesmas Andalas Padang.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana Penerapan Asuhan Keperawatan pada pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang Tahun 2024?

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Mampu menerapkan bagaimana asuhan keperawatan pada pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kota Padang Tahun 2024.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa pada pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kota Padang Tahun 2024.
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kota Padang Tahun 2024.
- c. Mampu mendeskripsikan rencana keperawatan pada pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kota Padang Tahun 2024.
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kota Padang Tahun 2024.
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kota Padang Tahun 2024.
- f. Mampu mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pada pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kota Padang Tahun 2024.

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1. Aplikatif

a. Bagi Puskesmas dan Perawat

Sebagai masukan dan acuan bagi perawat dalam peningkatan pelayanan keperawatan khususnya dalam pelaksanaan pekerjaan keperawatan pada pasien halusinasi.

b. Peneliti

Untuk mengembangkan keterampilan keperawatan peneliti dan meningkatkan visi ilmiah peneliti dalam menerapkan keperawatan pada pasien halusinasi.

2. Pengembangan Keilmuan

a. Bagi Institusi

Untuk institusi Dapat dijadikan referensi untuk menambah pengetahuan di bidang kesehatan jiwa khususnya pada masalah halusinasi klien.

b. Bagi Mahasiswa

Untuk mahasiswa Dapat menjadi acuan dan rujukan dalam penerapan Asuhan Keperawatan pada pasien yang menderita halusinasi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

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

##### **1. Pengertian**

Seseorang merasakan adanya penurunan, pelebih-lebihan, distorsi, atau ketidaknormalan dalam cara mereka merespons setiap rangsangan-baik secara internal maupun eksternal-mereka dikatakan mengalami halusinasi (Mahbengi & Pardede, 2023). Halusinasi adalah pengalaman panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar (Wulandari, 2022). Perubahan dalam cara seseorang mempersepsikan rangsangan internal dan eksternal dikaitkan dengan gangguan persepsi, kadang-kadang disebut sebagai halusinasi, yang ditandai dengan reaksi yang berkurang, berlebihan, atau terdistorsi (PPNI, 2016 dalam Rustika, 2020).

Berdasarkan definisi yang diberikan di atas, dapat dilihat bahwa halusinasi ditandai dengan reduksi, pembesar-besaran, atau distorsi bersama dengan perubahan rangsangan internal dan eksternal.

##### **2. Faktor Halusinasi**

Baik kondisi pencetus maupun predisposisi dapat menyebabkan seseorang mengalami halusinasi. Menurut Stuart (2018 dalam Beo, 2022), ada dua jenis keadaan yang dapat menyebabkan halusinasi: faktor predisposisi dan faktor pencetus. Faktor predisposisi meliputi jenis dan tingkat coping yang dipengaruhi oleh faktor risiko dan faktor protektif. Di sisi lain, elemen presipitasi adalah stimulasi eksternal yang dapat membuat orang merasa terancam dan tertantang, yang dapat menyebabkan stres. Aldam (2018) dalam Beo (2022) menyatakan bahwa Berikut ini adalah penyebab terjadinya halusinasi:

a. Faktor predisposisi terdiri dari:

- 1) Faktor biologis yang berkaitan dengan perkembangan abnormal sistem saraf.



- 2) Faktor psikologis seperti pola asuh, kondisi keluarga dan lingkungan.
  - 3) Faktor sosial-budaya seperti kondisi ekonomi, konflik sosial, dan hidup terisolasi yang menyebabkan stres.
- b. presipitasi terdiri dari:
- 1) Faktor biologis yang terlibat dalam gangguan komunikasi dan loop umpan balik otak yang mengatur pemrosesan informasi.
  - 2) Faktor psikologi yaitu pengalaman yang tidak menyenangkan/penolakan dari masyarakat, rasa bersalah, berduka dan kehilangan
  - 3) Faktor sosial-budaya di mana terdapat tingkat stresor lingkungan di luar toleransi individu, stresor di perguruan tinggi

### **3. Etiologi Halusinasi**

Penyebab halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi menurut (Rawlins, 1998 dalam Dermawan & Rusdi, 2013):

- a. Dimensi fisik  
Banyak gangguan medis, termasuk kelelahan yang parah, penyalahgunaan zat, demam hingga mengigau, keracunan alkohol, dan kesulitan tidur atau tetap tidur dalam jangka waktu yang lama, dapat menyebabkan halusinasi.
- b. Dimensi emosional  
Halusinasi adalah hasil dari kekhawatiran yang berlebihan yang disebabkan oleh masalah yang tidak dapat diselesaikan. Halusinasi dapat berupa materi yang kuat dan menakutkan. Dengan keadaan ini, pelanggan bertindak berdasarkan rasa takut karena mereka tidak dapat menolak perintah-perintah ini lagi.
- c. Dimensi Intelektual  
Sangat menarik dari sudut pandang intelektual bahwa mereka yang mengalami halusinasi akan menunjukkan penurunan fungsi ego. Pada awalnya, halusinasi adalah upaya ego untuk melawan impuls yang menekan; meskipun demikian, halusinasi merupakan keadaan main hakim sendiri yang dapat memonopoli perhatian klien dan

sering kali menyebabkan klien menjadi terganggu dalam berperilaku.

d. Dimensi sosial

Klien merasa nyaman dengan halusinasinya, memandang halusinasi sebagai tempat untuk memenuhi kebutuhan akan kontak sosial, kontrol diri, dan harga diri yang tidak dapat dipenuhi di dunia nyata. Klien percaya bahwa hidup di dunia nyata dalam konteks sosial sangat berbahaya. Orang tersebut menggunakan isi halusinasi sebagai mekanisme kontrol, sehingga ketika halusinasi membuatnya merasa terancam, ia lebih mungkin untuk bertindak. Untuk mencegah halusinasi berlarut-larut, sangat penting untuk menerapkan perawatan keperawatan klien yang bertujuan untuk membangun proses interaksi yang menumbuhkan pengalaman interpersonal yang memuaskan dan mencegah klien merasa kesepian.

e. Dimensi spiritual

Klien mulai dengan keterampilan hidup, rutinitas yang tidak berarti, kehilangan kegiatan keagamaan dan jarang melakukan upaya spiritual untuk menyucikan diri. Dia sering mengutuk nasib tetapi lemah dalam usahanya untuk menjemput rejeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan nasibnya memburuk.

#### 4. Manifestasi Klinis

Oktiviani(2020dalam Pardede, 2023) menjelaskan manifestasi klinis halusinasi antara lain:

a. Subjektif:

- 1) Mendengarkan kebisingan suara,
- 2) Mendengar suara yang ingin berbicara
- 3) Mendengar suara yang mengatakan sesuatu yang berbahaya.
- 4) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
- 5) Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin,feses, kadang-

kadang bau itu menyenangkan

- 6) Merasakan rasa seperti darah, urin, dan feses
- 7) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya

b. Obyektif:

- 1) Berbicara atau tertawa sendirian
- 2) Menjadi marah tanpa alasan yang jelas
- 3) Menutup telinga
- 4) Mengarahkan telinga ke arah tertentu
- 5) Ketakutan pada suatu yang tidak jelas
- 6) Mencium sesuatu seperti dan membaui bau-bauan tertentu
- 7) Menutup hidung
- 8) Sering meludah
- 9) Sering muntah
- 10) Sering menggaruk-garuk permukaan kulit

## **5. Rentang Respons Neurobiologi Halusinasi**

Halusinasi adalah disfungsi persepsi sensorik, maka halusinasi juga merupakan patologi sistem saraf. Dengan demikian, secara umum spektrum reaksi halusinasi sesuai dengan spektrum respons neuronal (Sutejo, 2017).

Kemampuan untuk bernalar, melihat dengan benar, merasakan emosi yang konsisten dengan pengalaman, berperilaku dengan tepat, dan membentuk hubungan sosial yang damai merupakan spektrum respons neurobiologis yang paling adaptif. Sebaliknya, reaksi maladaptif meliputi Isolasi Sosial, delusi, halusinasi, kesulitan memproses emosi, dan perilaku yang tidak teratur.

←—————→		
Adaptif		Maladaptif
a. Pikiran logis b. Persepsi akurat c. Emosi konsisten dengan pengalaman d. Perilaku cocok e. Hubungan sosial harmonis	a. Pikiran kadang menyimpang b. Ilusi c. Emosi tidak stabil d. Perilaku aneh e. Menarik diri	a. Gangguan proses pikir: waham b. Halusinasi c. Ketidakmampuan untuk mengalami emosi d. ketidakteraturan e. Isolasi sosial

**Gambar 2.1 Rentang Respons Neurobiologi Halusinasi**

**Sumber: (Sutejo, 2017)**

## 6. Jenis Halusinasi

Prabowo (2014) menjelaskan ada beberapa jenis halusinasi, yaitu:

a. Halusinasi pendengaran (audiostorik)

Gangguan stimulus dimana klien mendengar suara yang tidak nyata atau tidak ada, biasanya suara orang-orang yang membicarakan aoa yang dipikirkannya atau memerintahkan sesuatu.

b. Halusinasi Penglihatan (Visual)

Rangsangan visual yang terlihat datang dalam berbagai bentuk, seperti cahaya, geometris, atau kartun. Bayangan dapat membuat klien senang atau takut.

c. Halusinasi Penghidu (olfaktori)

Gangguan rangsangan sensorik. Ditandai dengan klien menghirup bau-bauan seperti tinja, urin, dan darah. Hal ini juga biasanya berhubungan dengan kondisi stroke, tumor, dan demensia.

d. Halusinasi Peraba (Taktil, kinestik)

Gangguan yang ditandai dengan klien merasakan sakit atau

ketidaknyamanan tanpa stimulus yang terlihat.

e. Halusinasi pengecap (gustatorik)

Gangguan stimulus dimana klien merasakan rasa pahit, amis, atau sesuatu yang menjijikkan.

f. Halusinasi Sinestik

Gangguan stimulus yang ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah yang mengalir melalui pembuluh darah vena atau arteri.

## 7. Fase Halusinasi

**Tabel 2. 1 Fase Halusinasi**

<b>Fase</b>	<b>Karakteristik Halusinasi</b>	<b>Perilaku Klien</b>
<p><b>Fase 1</b></p> <p>Memberi rasa nyaman</p> <p>Tingkat ansietas sedang</p> <p>Halusinasi merupakan suatu kesenangan</p>	<p>a. Mengalami ansietas kesepian, rasa bersalah, dan ketakutan</p> <p>b. Mencoba berfokus pada pikiran yang dapat menghilangkan ansietas</p> <p>c. Pikiran dan pengalaman sensorik masih dalam Kontrol kesadaran.</p>	<p>a. Tersenyum</p> <p>b. Menggerakkan bibir tanpa suara</p> <p>c. Menggerakkan matadengan cepat</p> <p>d. Respons verbal lambat</p> <p>e. Diam dan konsentrasi</p>

<p><b>Fase 2</b></p> <p>Menyalahkan Tingkat ansietas berat</p> <p>Halusinasi</p> <p>Menyebabkan rasa antipasti</p>	<p>Pengalaman sensori menakutkan Mulai merasakan kehilangan kontrol</p> <p>Merasadilecehkan</p> <p>Dengan pengalaman sensori tersebut</p> <p>Menarikdiri dari orang lain</p>	<p>Peningkatan system saraf otak,tanda-tanda ansietas,seperti</p> <p>peningkatan denyut jantung dan tekanan darah. Rentang perhatian menyempit</p> <p>Konsentrasi dengan pengalaman sensori</p> <p>Kehilangan kemampuan membedakan halusinasi Dari realita</p>
<p><b>Fase 3</b></p> <p>Mengontrol tingkat</p> <p>Ansietas berat</p> <p>pengalaman sensori tidak dapat ditolak lagi</p>	<p>a. Klien menyerah dan menerima pengalaman sensori</p> <p>b. Isi halusinasi menjadi aktraktif</p> <p>c. Kesepian bila pengalaman sensori berkahir</p>	<p>a. Perintah halusinasi ditaati</p> <p>b. Sulit berhubungan dengan orang lain rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit</p> <p>c. Gejala ansietas berat, berkeringat, tremor, dan tidak mampu mengikuti perintah</p>

<p><b>Fase 4</b></p> <p>Menguasai tingkat ansietas panik yang diatur dan dipengaruhi waham</p>	<p>a. Pengalaman sensori menjadi ancaman</p> <p>b. Halusinasi dapat berlangsung selamabeberapa jam atau hari</p>	<p>a. Perilaku panik</p> <p>b. Berpotensi untuk membunuh atau bunuh diri</p> <p>c. Tindakan kekerasan agitasi, menarikdiri,dan katatonia</p> <p>d. Tidak mampu merespons perintah yang kompleks</p> <p>e. Tidak mampu merepons terhadap lebih dari satu orang.</p>
--	--	--

**Sumber: (Sutejo, 2017)**

## 8. Mekanisme Koping

Sutejo (2017) mengatakan bahwa mekanismke koping yang sering digunakan klien dengan halusinasi meliputi:

### a. Regresi

Regresi berkaitan dengan bagaimana klien memproses informasi dan bagaimana mereka mencoba mengelola kecemasan mereka. Klien menjadi lesu karena tidak memiliki banyak energi yang tersisa untuk melakukan tugas sehari-hari.

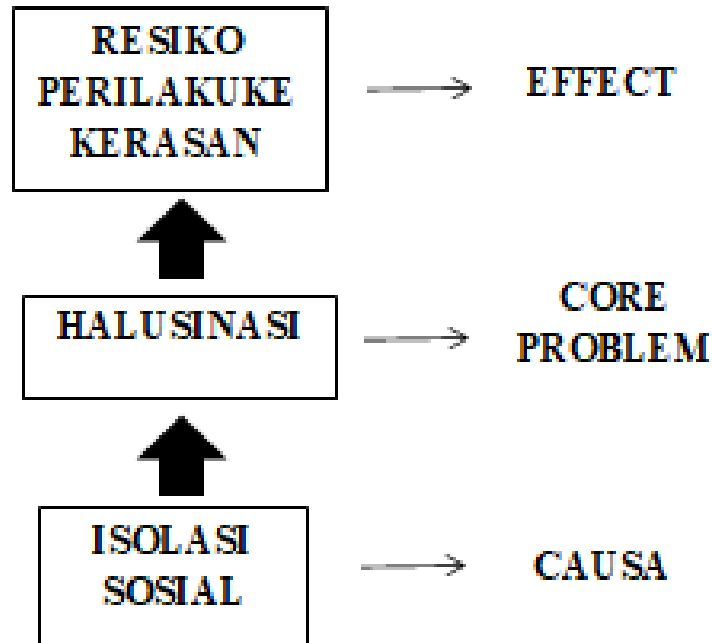
### b. Proteksi

Klien mencoba untuk menyalahkan benda atau orang lain dalam upaya untuk menjelaskan gangguan persepsi.

### c. Menarik diri

Klien terpaku pada sensasi internal dan sulit untuk mempercayai orang lain.

- d. Keluarga mengingkari masalah yang dialami klien.



## 9. Pohon Masalah Halusinasi

**Gambar2. 2 Pohon Masalah Halusinasi**

Sumber: (Larasati & Widodo, 2023)

Diagnosa Keperawatan berdasarkan Pohon masalah:

- Isolasi Sosial b.d Perubahan Status Mental
- Gangguan Persepsi Sensori b.d Gangguan Penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan penghiduan, gangguan perbaan
- Risiko perilaku Kekerasan b.d Halusinasi

## 10. Penatalaksanaan Halusinasi

Penatalaksanaan klien skizofrenia yang mengalami halusinasi adalah dengan pemberian obat-obatan dan tindakan adalah (Prabowo, 2014 dalam Sianturi, 2023).

- Penatalaksanaan Medis



### 1) Psikofarmologi

Obat anti-psikosis sering digunakan untuk mengobati halusinasi pendengaran, yang merupakan tanda psikosis pada pasien skizofrenia. Kelompok yang sering digunakan termasuk asetofenazin (tindal) dan fenotiazin. Klorpromazin (thorazin), flufenazin (prolixin, permitil), mesoridazin (serentil), perfenazin (trilafon), prokloperazin (compazin), promazin (sparine), thioridazin (mellari), trifluoperazin (stelazin), trifluopromazin (vesprin), 60-120 mg, tioxanthen chlorproiksen (taractan), tioksen (navane) 75-600 mg, buttirofenom haloperidol (haldol) 1-100 mg, dibenzocasazepine loksapin (loxitan) 20-150 mg, dihidroindolone molindone (moban) 15-225 mg.

### 2) Terapi kejang listrik / Electro compulsive therapt (ECT)

Terapi kejang listrik adalah suatu bentuk pengobatan untuk skizofrenia yang tidak merespons neuroleptik oral atau suntik. Terapi ini melibatkan penggunaan elektroda yang ditempatkan di salah satu atau kedua pelipis untuk melawan listrik dan menginduksi kejang secara artifisial. Dosis terapi kejang listrik adalah 4-5 joule per detik (Trisna, 2021 dalam Sianturi, 2023).

### b. Penatalaksanaan Keperawatan

Psikoterapi suportif individual atau kelompok sangat membantu karena secara praktis berhubungan dengan mempersiapkan klien untuk kembali ke masyarakat dan membantu klien bergaul dengan orang lain, perawat, dan dokter.

#### 1) Terapi Aktivitas

##### a) Terapi seni

Dengan mengekspresikan perasaan melalui seni

##### b) Terapi musik

Mendengar dan memainkan alat musik dengan relaksai musik yang disukai

##### c) Terapi menari

Mengekspresikan perasaan melalui tarian atau gerakan tubuh

d) Terapi relaksasi

Meningkatkan partipipasi dan kesenangan klien

2) Terapi sosial

Mengajarkan klien untuk bersialisasi dengan lingkungan

3) Terapi kelompok

a) Terapi Grup (kelompok)

4) Strategi Pelaksanaan

a) Sesi 1 : mengenal halusinasi dan mengontrol halusinasi dengan menghardik

b) Sesi 2 : mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat

c) Sesi 3 :mencegah halusinsi dengan bercakap-cakap

d) Sesi 4 : mengontrol halusinsi dengan melakukan aktivitas sehari-hari

## **B. Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah proses tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan yang terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Pengelompokan data pengkajian kesehatan jiwa, dapat berupa faktor pencetus, pengkajian stressor, sumber coping, dan kemampuan yang dimiliki (Nurlaila, 2019 dalam (Wulandari & Pardede, 2022).

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, tanggal pengkajian, tanggal dirawat, nomor rekam medis.

b. Alasan masuk

Biasanya, seseorang masuk karena mereka banyak bicara sendiri, mendengar atau melihat sesuatu, lebih suka berkeliaran tanpa tujuan, membenturkan benda-benda di rumah, atau menarik diri.

c. Faktor predisposisi (Wulandari & Pardede, 2022)

- 1) Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa dan kurang berhasil dalam pengobatan.
  - 2) Pernah mengalami aniaya fisik, penolakan dan kekerasan dalam keluarga.
  - 3) Klien dengan gangguan orientasi bersifat hereditas.
  - 4) Pernah mengalami trauma masa lalu yang sangat mengganggu
- d. Faktor Presipitasi (Wulandari & Pardede, 2022)
- Riwayat penyakit menular, penyakit kronis, gangguan struktur otak, kekerasan dalam keluarga, kegagalan dalam hidup, kemiskinan, aturan atau harapan dalam keluarga atau masyarakat yang sering kali tidak sesuai dengan klien, dan konflik antar masyarakat ditemukan sebagai pemicu stres pada klien dengan halusinasi.
- e. Fisik
- Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan.
- f. Psikososial
- 1) Genogram  
Genogram biasanya menunjukkan bahwa ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, pola komunikasi klien terganggu serta pengambilan keputusan dan pengasuhan.
  - 2) Konsep diri
    - a) Gambaran diri  
Gambaran diri Klien biasanya mengeluh tentang keadaan tubuhnya, ada bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai. (Wulandari & Pardede, 2022).
    - b) Identitas diri  
Identitas diri Klien dengan halusinasi merasa tidak puas dengan dirinya sendiri dan merasa dirinya tidak berguna (Wulandari & Pardede, 2022).
    - c) Peran diri  
Peran diri Peranan klien di dalam keluarga maupun di dalam

kelompok masyarakat, kemampuan untuk menjalankan fungsi atau perannya dan bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut. Pada halusinasi klien dapat mengubah atau menghentikan fungsi peran karena sakit, trauma masa lalu, menarik diri dari orang lain, perilaku agresif (Wulandari & Pardede, 2022).

d) Ideal diri

Harapan klien terhadap lingkungan sekitar, penyakitnya, tipe tubuh yang ideal, tanggung jawab di rumah, tempat kerja, atau sekolah, dan apa yang harus dilakukan jika harapannya tidak terpenuhi, semuanya termasuk dalam konsep diri ideal (Sianturi & Pardede, 2023).

e) Harga diri

Orang memiliki harga diri yang buruk karena penyakit mereka, tetapi beberapa klien yang mengalami halusinasi menerima diri mereka sepenuhnya karena mereka percaya bahwa mereka sangat berharga bahkan dalam menghadapi kesalahan, kemunduran, dan kegagalan (Sianturi & Pardede, 2023).

3) Hubungan Sosial

Orang terdekat dalam kehidupan pasien untuk berkeluh kesah, berbicara, meminta bantuan, atau dukungan. Tanyakan juga tentang organisasi yang diikuti oleh klien dalam kelompok atau komunitas. Klien dengan halusinasi cenderung tidak memiliki orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan di masyarakat. Lebih suka menyendiri dan asik dengan isi halusinasinya (Wulandari & Pardede, 2022).

4) Spiritual Nilai dan Keyakinan

Kegiatan ibadah klien sering kali dilakukan di rumah sebelumnya, ketika sakit ibadahnya terganggu atau sangat berlebihan, karena klien dengan gangguan jiwa biasanya dianggap tidak sesuai dengan agama dan budaya (Wulandari & Pardede,

2022).

g. Mental (Wulandari & Pardede, 2022):

1) Penampilan

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

2) Pembicaraan

Cara bicara Tidak terorganisir dan bentuk yang maladaptif seperti kehilangan, tidak logis, berbelit-belit.

3) Aktifitas motorik

Meningkat atau menurun, impulsif, kataton dan beberapa gerakanyang abnormal.

4) Alam perasaan

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

5) Afek

Afek sering tumpul, datar, tidak sesuai dan ambivalen

6) Interaksi selama wawancara

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

7) Persepsi Halusinasi

apa yang terjadi dengan klien. Data yang terkait tentang halusinasi lainnya yaitu:

a) Berbicara dan tertawa sendiri, menarik diri dari orang lain, tidak dapat membedakan mana yang nyata dan mana yang tidak nyata, sulit fokus, bersikap mencurigakan, bermusuhan, merusak, wajah tegang, dan mudah gelisah.

b) Waktu

Waktu terjadinya halusinasi pasien juga harus dievaluasi oleh perawat. Kapan waham itu terjadi? Apakah siang hari, sore hari, malam hari, atau pagi hari? Kapan mereka terjadi, jika ada?

c) Frekuensi

Mengetahui seberapa sering halusinasi terjadi memungkinkan seseorang untuk merencanakan seberapa sering tindakan untuk menghindarinya pada pasien yang mengalaminya. Tindakan ini biasanya dilakukan saat pasien sedang sendiri, melamun, atau duduk diam.

d) Situasi

Situasi yang menyebabkan halusinasi Situasi dimana halusinasi itu terjadi, apakah saat sendirian, atau setelah melakukan aktivitas tertentu. Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi spesifik pada saat halusinasi, menghindari situasi yang menimbulkan halusinasi, sehingga pasien tidak larut dengan halusinasinya.

e) Respon

Respon Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien saat halusinasi muncul. Perawat dapat menanyakan kepada pasien apa yang dirasakan atau dilakukan pasien saat halusinasi muncul. Perawat juga dapat bertanya kepada keluarga atau teman dekat pasien. Selain itu, dapat juga dilakukan dengan mengamati perilaku pasien saat halusinasi muncul. Pasien halusinasi sering kali mengarah, mudah marah, merasa curiga terhadap orang lain (Yuanita, 2019).

8) Proses pikir

Biasanya, klien berjuang untuk menyusun dan mengatur pembicaraan yang tidak logis, tidak dapat dipahami, dan rumit. Ketidakmampuan klien sering kali menyebabkan lingkungan sekitar merasa tidak nyaman dan tidak wajar terhadap klien.

9) Isi pikir

Selalu waspada terhadap apa pun, dan depersoalisasi-sensasi aneh atau asing terhadap orang atau lingkungan-mengandung asumsi yang berasal dari penilaian yang berlebihan. Tingkat kesadaran

Klien biasanya akan merasa tersesat dalam hal orang, lokasi, dan waktu.

10) Memori

- a) Daya ingat jangka panjang : mengingat kejadian masa lalu lebih dari satu bulan
- b) Daya ingat jangka menengah : dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir.
- c) Daya ingat jangka pendek : dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini.

11) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien yang mengalami halusinasi merasa sulit untuk fokus dan dapat mengulangi kembali apa yang baru saja mereka ucapkan kepada diri mereka sendiri atau orang lain.

12) Kemampuan penilaian

Klien mengalami kesulitan dalam pengambilan keputusan, evaluasi diri, dan pelaksanaan keputusan yang telah diambil. Sering tidak percaya bahwa apa yang dinyatakan atau dipikirkannya tidak benar.

13) Daya tilik diri

Pasien yang mengalami halusinasi sering kali mencoba untuk mengabaikan penyakit mereka. Mereka mungkin menolak untuk membicarakan kondisi mereka atau gagal mengenali tanda-tanda fisik penyakit mereka dan merasa tidak perlu meminta bantuan.

h. Kebutuhan persiapan klien pulang

1) Makan

Dalam Keadaan Halusinasi berat, klien sibuk dengan halusinasi dan cenderung tidak memperhatikan diri termasuk tidak peduli makanan karena tidak memiliki minat dan kepedulian.

2) BAB atau BAK

Observasi kemampuan klien untuk BAK atau BAK serta kemampuan klien untuk membersihkan diri.

3) Mandi

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

4) Berpakaian

Biasanya tidak rapi, tidak sesuai dan tidak diganti.

5) Istirahat

Observasi tentang lama dan waktu tidur siang dan malam, biasanya istirahat klien terganggu bila halusinasinya datang.

6) Pemeliharaan kesehatan

Pemeliharaan kesehatan klien selanjutnya, peran keluarga dan sistem pendukung sangat menentukan.

7) Aktifitas dalam rumah Klien tidak mampu melakukan aktivitas di dalam rumah seperti menyapu.

8) Aspek medis

a) Diagnosa medis

b) Terapi yang diberikan Obat yang diberikan pada klien dengan halusinasi biasanya diberikan antipsikotik seperti haloperidol (HLP), chlorpromazine (CPZ), Triflu perazin (TFZ), dan anti parkinson trihenskiphenidol (THP), triplofrazine arkine.



## 2. Analisa Data

**Tabel 2. 2 Gejala dan Tanda Gangguan Persepsi; Halusinasi Beradasrkan SDKI**

<b>Gejala dan Tanda</b>			
<b>Gejala dan Tanda Mayor</b>			
<b>No.</b>	<b>Subjektif</b>	<b>No.</b>	<b>Objektif</b>
1.	Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan	1.	Distorsi Sensori
2.	Merasakan sesuatu melauai indra perabaan, penciuman, atau pengecapan	2.	Respons Tidak Sesuai
		3.	Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu
<b>Gejala dan Tanda Minor</b>			
<b>No.</b>	<b>Subjektif</b>	<b>No.</b>	<b>Objektif</b>
1.	Menyatakan Kesal	1.	Menyendiri
		2.	Melamun
		3.	Konsentrasi Buruk
		4.	Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi
		5.	Curiga
		6.	Melihat Ke Suatu Arah
		7.	Mondar mandir
		8.	Bicara Sendiri

### 3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang kemungkinan muncul menurut Sutejo (2017) adalah:

- 1) Gangguan Persepsi Sensori; Halusinasi
- 2) Resiko Perilaku Kekerasan
- 3) Isolasi Sosial
- 4) Defisit Perawatan Diri
- 5) Harga Diri Rendah
- 6) Koping Individu Tidak Efektif

### 4. Intervensi Keperawatan

Pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi merespons dengan baik terhadap perawatan keperawatan secara umum (Aldam 2019, dalam Beo et al, 2022). Tujuan intervensi keperawatan adalah untuk memberikan pasien dengan halusinasi alat yang mereka butuhkan untuk mengelola dan mengendalikannya secara efektif.

#### a. Diagnosa keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori; Halusinasi

1) Tindakan keperawatan pada pasien menurut (Beo et al, 2022):

a) Tujuan

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

b) Tindakan

(1) Menjalani hubungan saling percayadengan cara:

- (a) Mengucapkan salam sebelum interkasi
- (b) Memperkenalkan diri kepada klien dan menanyakan nama dan panggilan yang disukai klien
- (c) Validasi perasaan dan keluhan klien
- (d) Kontrak asuhan apa yang akan dilakukan perawat bersama klien, waktu dan tempat pelaksanaan

asuhan

- (e) Memberitahu klien bahwa informasi yang didapatkan akan dirahasiakan
  - (f) Selalu menunjukkan sikap empati
- (2) Membantu klien menyadari dan mengenali halusinasi
- (a) Bertanya pendapat klien tentang halusinasi yang dialami tanpa mendukung ataupun menyangkal
  - (b) Identifikasi halusinasi meliputi isi, waktuterjadi, frekuensi, pencetus, perasaan, respon dan upaya klien untuk mengontrol halusinasi
- (3) Melatih klien cara mengontrol halusinasi
- (a) Menjelaskan bagaimana cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, enam benar minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan kegiatan sehari-hari
  - (b) Memperagakan bagaimana cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, enam benar minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan kegiatan sehari-hari
  - (c) Memberikan klien kesempatan untuk mempraktekkan bagaimana cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, enam benar
  - (d) minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan kegiatan sehari-hari
  - (e) Memberikan reinforcement positif pada setiap kemajuan yang dilakukan klien
  - (f) Validasi perasaan klien setelah mempraktekkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik, enam benar minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan kegiatan sehari-hari

c) Strategi Pelaksanaan Pasien

(1) Strategi Pelaksanaan 1 Pasien: Mengenal halusinasi dan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

(a) Bantu pasien mengenali halusinasinya dengan cara diskusi dengan pasien tentang halusinasinya, waktu terjadi halusinasi muncul, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, respon pasien saat halusinasi muncul

(b) ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan cara pertama yaitu dengan menghardik halusinasinya. Pasien dilatih untuk mengatakan “TIDAK” terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya.

(2) Strategi Pelaksanaan 2 Pasien: minum obat secara teratur

(a) Berikan pasien pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur.

(b) pasien harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program.

(3) Strategi Pelaksanaan 3 Pasien Halusinasi: mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain

(a) Ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan cara ketiga yaitu dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap-cakap dengan orang lain, maka akan terjadi pengalihan perhatian, fokus perhatian pasien akan teralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain.

(4) Strategi Pelaksanaan 4 Pasien Halusinasi: mengajak klien untuk membuat dan melakukan kegiatan terjadwal

- (a) Ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan aktivitas terjadwal. Dengan melakukan aktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering kali mencetuskan halusinasi.

## 2) Tindakan Keperawatan pada Keluarga

### a) Tujuan

- (1) Keluarga dapat mengenal halusinasi dan masalah dalam merawat klien
- (2) Keluarga dapat menjelaskan definisi halusinasi, manifestasi halusinasi, dan etiologi halusinasi
- (3) Keluarga dapat merawat klien
- (4) Keluarga dapat menciptakan suasana yang membantu klien mengontrol halusinasi
- (5) Keluarga dapat mengetahui tanda gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera
- (6) Keluarga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia untuk follow up kondisi klien secara berkala

### b) Tindakan

- (1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien
- (2) Menjelaskan definisi, manifestasi, dan etiologi halusinasi
- (3) Melatih dan membimbing keluarga cara merawat klien dengan halusinasi
- (4) Melatih keluarga menciptakan suasana yang membantu klien untuk mengontrol halusinasi
- (5) Mendiskusikan tanda gejala kekambuhan klien yang membutuhkan rujukan segera
- (6) Mengajukan keluarga melakukan follow up secara berkala kepada klien di fasilitas kesehatan yang tersedia

### c) Strategi Pelaksanaan

Strategi Pelaksanaan pada keluarga menurut Damayanti (2021) yaitu:

- (1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- (2) Berikan penjelasan meliputi: pengertian halusinasi, proses terjadinya halusinasi, jenis halusinasi yang dialami, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi.
- (3) Jelaskan dan latih cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi menghardik, minum obat, bercakap- cakap, melakukan aktivitas.
- (4) Diskusikan cara menciptakan lingkungan yang dapat mencegah terjadinya halusinasi.
- (5) Diskusikan tanda dan gejala kekambuhan
- (6) Diskusikan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat untuk follow up anggota keluarga dengan halusinasi.

#### **b. Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial**

##### 1) Tindakan Keperawatan pada pasien

###### a) Tujuan

- (1) Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat
- (2) Klien dapat mengenal isolasi sosial yang dialami
- (3) Klien dapat berinteraksi dengan keluarga dan lingkungan secara bertahap
- (4) Klien dapat berinteraksi saat melakukan kegiatan sehari-hari dan kegiatan sosial

###### b) Tindakan

- (1) Membina hubungan saling percaya dengan klien

- (2) Membantu klien mengenal perilaku isolasi sosial yang dialami
  - (3) Melatih klien untuk berinteraksi dengan keluarga dan lingkungan secara bertahap
- c) Strategi Pelaksanaan
- (1) Strategi Pelaksanaan 1:
    - (a) Membina hubungan saling percaya
    - (b) Membantu klien menyadari isolasi sosial yang dialami
    - (c) Melatih klien bercakap-cakap dengan anggota keluarga atau antarklien
    - (d) Masukkan ke jadwal kegiatan harian
  - (2) Strategi Pelaksanaan 2:
    - (a) Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial
    - (b) Validasi kemampuan klien dalam berkenalan, beri pujian
    - (c) Latih klien cara berkomunikasi saat melakukan kegiatan sehari-hari (dengan 2-3 orang)
    - (d) Masukkan ke jadwal kegiatan harian
  - (3) Strategi Pelaksanaan 3:
    - (a) Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial
    - (b) Validasi kemampuan berkenalan dan komunikasi saat melakukan kegiatan sehari-hari, berikan pujian
    - (c) Latih klien berkomunikasi saat melakukan kegiatan sehari-hari (dengan 4-5 orang)
    - (d) Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian
  - (4) Strategi Pelaksanaan 4:
    - (a) Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial
    - (b) Validasi kemampuan klien dalam berkomunikasi saat melakukan kegiatan sehari-hari, berikan pujian
    - (c) Validasi perasaan klien setelah melakukan kegiatan
    - (d) Latih klien untuk berkomunikasi saat melakukan kegiatan sosial

(e) Masukkan ke jadwal kegiatan harian

2) 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 aman 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 dalam merawat klien isolasi sosial
- (5) Melatih keluarga mewujudkan 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) Menganjurkan follow up kesehatan secara teratur ke fasilitas pelayanan

c) Strategi Pelaksanaan

- (1) Strategi Pelaksanaan 1:



- (a) Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
  - (b) Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya isolasi sosial
  - (c) Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk memutuskan perawatan terhadap klien
  - (d) Menjelaskan cara merawat pasien isolasi sosial
  - (e) Melatih dua cara merawat: berkenalan dan melakukan kegiatan harian
  - (f) Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan berikan pujian
- (2) Strategi Pelaksanaan 2:
- (a) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala isolasi sosial pada klien
  - (b) Validasi kemampuan keluarga melatih klien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan, berikan pujian
  - (c) Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan klien untuk berbicara (makan, shalat bersama)
  - (d) Latih cara membimbing klien berbicara
  - (e) Anjurkan membantu klien sesuai jadwal
- (3) Strategi Pelaksanaan 3:
- (a) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala isolasi sosial pada klien
  - (b) Validasi kemampuan keluarga melatih klien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan rumah tangga, berikan pujian
  - (c) Jelaskan cara melatih klien bercakap-cakap dalam melakukan kegiatan sosial
  - (d) Jelaskan cara melatih keluarga mendampingi klien

melakukan kegiatan sosial

(e) Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan berikan pujian

(4) Strategi Pelaksanaan 4:

(a) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala isolasi sosial pada klien

(b) Validasai kemampuan merawat/melatih klien, berikan pujian dalam

(c) Jelaskan follow up ke puskesmas, tanda kambuh, rujukan

(d) Anjurkan keluarga membantu klien melakukan kegiatan sesuai jadwal, dan berikan pujian

### **c. Diagnosa Keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan**

1) Tindakan Keperawatan pada Pasien

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 kemarahan melatih kegiatan fisik dalam menyalurkan
- (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 perilaku yang dilakukannya
  - (6) Latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan
- c) Strategi Pelaksanaan
- (1) Strategi Pelaksanaan 1:
    - (a) Mengidentifikasi penyebab dan tanda gejala perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien
    - (b) Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien
    - (c) Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan: fisik, obat, verbal, dan spiritual
    - (d) Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (nafas dalam dan pukul bantal)
    - (e) Tanyakan bagaimana perasaan melakukan kegiatan klien setelah
    - (f) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik (tarik napas dalam dan memukul bantal)
  - (2) Strategi pelaksanaan 2:
    - (a) Validasi kemampuan melakukan tarik napas dalam dan pukul kasur/bantal, tanyakan manfaatnya, berikan pujian
    - (b) Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar: benar nama, benar jenis, benar dosis, benar waktu, benar cara, kontinuitas minum obat dan dampak jika tidak kontinu minum obat)

- (c) Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan
- (d) Masukkan pada jadwal kegiatan harian (latihan fisik dan minum obat)
- (3) Strategi Pelaksanaan 3:
  - (a) Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
  - (b) Validasi kemampuan klien melakukan tarik napas dalam, pukul bantal, makan obat dengan patuh dan benar, tanyakan manfaatnya, dan berikan pujian
  - (c) Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (tiga cara, yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar)
  - (d) Berikan pujian setelah melakukan kegiatan
  - (e) Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan
  - (f) Masukkan pada jadwal kegiatan harian
- (4) Strategi Pelaksanaan 4:
  - (a) Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
  - (b) Validasi kemampuan klien melakukan tarik napas dalam, pukul bantal, makan obat dengan benar dan patuh, bicara yang baik, tanyakan manfaatnya, berikan pujian
  - (c) Menjelaskan dan melatih cara mengontrol marah dengan cara spiritual (2 kegiatan)
  - (d) Berikan pujian setelah klien melakukan kegiatan
  - (e) Tanyakan perasaan klien setelah melakukan kegiatan
  - (f) Masukkan pada jadwal kegiatan (latihan fisik, minum obat, verbal, dan spiritual)
- 2) 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 stressor 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 kesehatan secara teratur ke fasilitas pelayanan

c) Strategi Pelaksanaan

(1) Strategi Pelaksanaan 1:

- (a) Mendiskusikan kendala yang dirasakan keluarga dalam merawat klien

- (b) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya perilaku kekerasan
  - (c) Menjelaskan cara merawat perilaku kekerasan
  - (d) Melatih salah satu cara merawat perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik (tarik napas dalam dan memukul bantal)
  - (e) Anjurkan keluarga membantu klien sesuai jadwal dan berikan pujian
- (2) Strategi Pelaksanaan 2:
- (a) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan yang dialami klien
  - (b) Validasi kemampuan keluarga dalam merawat/melatih fisik klien (tarik napas dalam dan memukul bantal), berikan pujian
  - (c) Menjelaskan dan melatih 6 benar cara minum obat
  - (d) Anjurkan keluarga membantu klien melakukan kegiatan/latihan sesuai jadwal dan berikan pujian
- (3) Strategi Pelaksanaan 3:
- (a) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan yang dialami klien
  - (b) Validasi kemampuan keluarga dalam merawat/melatih fisik klien (tarik napas dalam dan memukul bantal) dan minum obat 6 benar, berikan pujian
  - (c) Menjelaskan dan melatih keluarga cara mengontrol marah dengan cara verbal atau sosial (meminta, menolak, mengungkapkan perasaan)
  - (d) Anjurkan keluarga melatih klien dengan cara verbal sesuai jadwal dan berikan pujian
- (4) Strategi Pelaksanaan 4:
- (a) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi

gejala perilaku kekerasan yang dialami klien

- (b) Validasi kemampuan keluarga dalam merawat/melatih fisik klien (tarik napas dalam dan memukul bantal) dan minum obat 6 benar, dan cara verbal/sosial, berikan pujian
- (c) Menjelaskan dan melatih mengontrol rasa marah dengan cara spiritual
- (d) Jelaskan follow up ke puskesmas; tanda kambuh, identifikasi kendala atau kesulitan dalam melakukan kegiatan
- (e) Jelaskan cara mengontrol rasa marah klien jika sudah terjadi perilaku merusak diri dan/atau lingkungan
- (f) Latih cara pengeangan dan proses rujukan
- (g) Anjurkan membantu klien melakukan kegiatan/latihan sesuai jadwal dan berikan pujian.

**Tabel 2. 3 INTERVENSI KEPERAWATAN BERDASARKAN SDKI, SLKI, DAN SIKI**

DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
<p>Gangguan Persepsi Sensori; Halusinasi berhubungan dengan gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan penghiduan, gangguan perabaan (D.0085)</p>	<p><b>Persepsi Sensori (L.09083)</b> Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan diharapkan Persepsi Sensori membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Verbalisasi mendengar</li> <li>b. Verbalisasi melihat</li> <li>c. Verbalisasi merasakan</li> <li>d. Verbalisasi merasakan</li> <li>e. Verbalisasi merasakan</li> <li>f. Verbalisasi merasakan</li> <li>g. Distorsi sensori meningkat</li> </ul> <p>Perilaku halusinasi meningkat Respon sesuai stimulus menurun</p>	<p><b>Manajeme Halusinasi (I.09288)</b> <i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Monitor perilaku</li> <li>b) Monitor dan sesuaikan tingkat</li> <li>c) Monitor isi halusinasi (mis. Kekerasan atau membahayakan diri)</li> </ul> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pertahankan lingkungan yang aman</li> <li>b. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. <i>Limit setting</i>, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi)</li> <li>c. Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi</li> <li>d. Hindari perdebatan tentang validitas</li> </ul>



		<p>halusinasi</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>a. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi, yaitu dengan cara menghardik halusinasi jika muncul</li><li>b. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi, yaitu dengan mengajak pasien bercakap-cakap</li><li>c. Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan musik, melakukan aktivitas fisik, dan teknik relaksasi). Seperti melakukan aktivitas sehari-hari yang terjadwal.</li><li>d. Anjurkan untuk selalu minum obat dengan cara 6 benar minum obat</li><li>e. Latih Keluarga dengan Strategi</li></ol>
--	--	--

		<p>Pelaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>Kolaborasi pemberian antipsikotik, <i>Jika Perlu.</i></p>
<p>Isolasi Sosial berhubungan Dengan perubahan status mental (D.0121)</p>	<p><b>Keterlibatan Sosial (L.13115)</b></p> <p>Setelah dilaksanakan Asuhan keperawatan diharapkan Keterlibatan Sosial meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Minat Interaksi meningkat</li> <li>Verbalisasi isolsai menurun</li> <li>Verbalisasi ketidakamanan di tempat umum menurun</li> <li>Perilaku menarik diri</li> </ol>	<p><b>Promosi sosialisasi (I. 13498)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain</li> <li>Identifikasi hambatan</li> </ol> <p><b>Terpeuktik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Motivasi memingkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan</li> <li>Motivasi kesabaran</li> <li>Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok</li> <li>Motivasi berinteraksi di luar</li> </ol>

	menurun	<p>lingkungan (mis. Jalan-jalan, ke toko buku)</p> <p>e. Diskusikan kekuatan</p> <p>f. Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan</p> <p>g. Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri</p> <p>h. Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan</p> <p><b><i>Edukasi:</i></b></p> <p>a. Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap, berkenalan dan berinteraksi dengan 1 orang, lalu berinteraksi dan berkenalan dengan 2- 3 orang, dan dilanjutkan berkenalan dengan 4-5 orang</p> <p>b. Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan sambil berinteraksi dan berkenalan dengan</p>
--	---------	---

		<p>orang sekitar</p> <ul style="list-style-type: none"><li>c. Anjurkan berbagi dengan orang lain</li><li>d. Anjurkan meningkatkan kejujuran diri dan menghormati hak orang lain</li><li>e. Anjurkan penggunaan alat bantu (mis. Kacamata dan alat bantu dengar).</li><li>f. Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus</li><li>g. Latih bermain peran untuk meningkatkan keterampilan komunikasi</li><li>h. Latih mengekspresikan marah dengan tepat</li></ul>
--	--	---

<p>Risiko Perilaku Kekerasan Berhubungan Dengan Halusinasi (D.0146)</p>	<p><b>Kontrol Diri (L.09076)</b></p> <p>Setelah dilaksanakan Asuhan keperawatan diharapkan Kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun</li> <li>b. Verbalisasi umpatan menurun</li> <li>c. Perilaku menyerang menurun</li> <li>d. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun</li> <li>e. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor adanya benda berpotensi membahayakan (mis. Benda tajam, tali).</li> <li>b. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung</li> <li>c. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. Pisau cukur).</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin</li> <li>b. Libatkan keluarga dalam perawatan</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan keluarga mendukung</li> </ol>
---	---	--

	<p>f. Perilaku agresif/amuk menurun</p> <p>g. Suara keras menurun Bicara ketus menurun</p>	<p>keselamatan pasien</p> <p>b. Latih mengungkapkan perasaan secara asertif yaitu dengan cara verbal seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan dengan baik.</p> <p>c. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis. Relaksasi, bercerita). Yaitu dengan cara tarik nafas dalam dan memukul bantal</p> <p>d. Edukasi pasien dan keluarga tentang pentingnya minum obat dengan cara 6 benar</p> <p>e. Latih pasien dengan cara spiritual</p>
--	--	--

## **5. Implementasi Keperawatan**

Pada saat tindakan keperawatan dilakukan, kontrak dengan klien dilakukan dengan menjelaskan apa yang akan dilakukan dan partisipasi klien yang diharapkan. dokumentasi semua tindakan yang telah dilakukan dan respon klien. tindakan keperawatan jiwa dilaksanakan berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) sesuai dengan masalah utama masing-masing (Gasril, 2021). penyesuaian yang dilakukan terhadap rencana tindakan keperawatan.

## **6. Evaluasi Keperawatan**

Proses evaluasi merupakan proses sumatif yang melibatkan perbandingan respon pasien terhadap tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditetapkan, seperti: pasien dapat membina hubungan saling percaya; pasien dapat mengenali halusinasinya; dan pasien dapat mengendalikan halusinasinya. Menurut (Nurliali, 2021) evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir, dimana masing-masing huruf tersebut akan diuraikan sebagai berikut (Wulandari & Pardede, 2022) :

- a. S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan
- b. O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan
- c. A : Analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah baru atau ada yang kontraindikasi dengan masalah yang ada
- d. P : Perencanaan atau tidak lanjut berdasarkan hasil analisa pada responpasien

## **7. Dokumentasi Keperawatan**

Dokumentasi asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi,implementasi,serta evaluasi yang dikerjakan setelah melakukan asuhan kepada klien (Muhith, 2015).

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Desain penelitian ini adalah deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan fakta-fakta secara sistematis dan akurat dengan pendekatan studi kasus. Dalam penelitian deskriptif fakta-fakta hasil penelitian disajikan apa adanya (Nasrudin, 2019). Penelitian ini diarahkan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan bagaimana asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan gangguan halusinasi di wilayah kerja Puskesmas Andalas kota Padang.

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Wilayah kerja Puskesmas Andalas kota Padang. Berdasarkan dari laporan Puskesmas Andalas Kota Padang, Wilayah di Puskesmas Andalas yang menunjukkan Pasien skizofrenia terbanyak adalah Wilayah Jati, sehingga peneliti memilih Puskesmas Pembantu Jati sebagai tempat penelitian. Rentang waktu yang dibutuhkan yaitu mulai dari bulan Agustus 2023 sampai Juni 2024.

#### **C. Subjek Penelitian**

##### **1. Populasi**

Populasi adalah keseluruhan objek yang diteliti atau subjek yang diteliti. Populasi dapat berupa orang, gejala, atau wilayah yang ingin diketahui oleh peneliti. Populasi Pasien skizofrenia di wilayah kerja puskesmas Andalas Tahun 2023 berjumlah 207 orang. Peneliti memilih Wilayah Puskesmas Pembantu Jati dari Puskesmas Andalas sebagai tempat penelitian, Sehingga Populasi yang ada dalam penelitian ini adalah 6 orang pasien dengan skizofrenia.

##### **2. Sampel**

Sampel penelitian adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Sampel dalam penelitian



kualitatif bukan dinamakan responden akan tetapi sebagai narasumber atau partisipan (Sugiyono, 2017). Berdasarkan dari laporan Puskesmas Andalas Kota Padang, Wilayah di Puskesmas Andalas yang menunjukkan Pasien skizofrenia terbanyak adalah Wilayah Jati, sehingga peneliti memilih Puskesmas Pembantu Jati sebagai tempat penelitian dan mendapatkan 6 populasi pasien skizofrenia. Peneliti melakukan skrining pada pasien skizofrenia tersebut dan didapatkan 3 partisipan yang sesuai dengan tanda dan gejala halusinasi. Selanjutnya Peneliti menggunakan teknik *Purposive Sampling* untuk memilih sampel dalam penelitian, yaitu teknik pengambilan sesuai dengan kriteria yang sudah ditentukan dan mendapatkan 1 sampel yang sesuai dengan kriteria:

a. Kriteria Inklusi

- 1) Klien bersedia menjadi responden
- 2) Klien memiliki > 3 tanda gejala Halusnasi
- 3) Klien kooperatif
- 4) Klien halusinasi yang berada di wilayah kerja Puskesmas Andalas

b. Kriteria eksklusi

- 1) Klien mengundurkan diri sebelum proses wawancara selesai
- 2) Klien gangguan jiwa berat dengan yang mengalami cacat fisik yang dapat mengganggu proses penelitian.
- 3) Klien beresiko melakukan perilaku kekerasan.

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

Format tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi merupakan instrumen atau alat pengumpul data yang digunakan. Anamnesis, pemeriksaan fisik dengan menggunakan stetoskop, suhu, tensimeter, observasi langsung, dan studi dokumentasi adalah metode yang digunakan untuk memperoleh data.

1. Format Skrining yang terdiri dari: nama pasien, usia psien, jenis kelamin, serta pertanyaan mengenai tanda dan gejala halusinasi

pendengaran

2. Format pengkajian keperawatan terdiri dari: identitas pasien, alasan masuk, faktor predisposisi, pemeriksaan fisik, psikososial, genogram, konsep diri, dan program pengobatan.
3. Format analisa data terdiri dari: nama pasien, etiologi (pohon masalah).
4. Format diagnosa keperawatan terdiri dari: nama pasien, diagnosa keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.
5. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari: nama pasien, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan.
6. Format implementasi keperawatan terdiri dari: nama pasien, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
7. Format evaluasi keperawatan terdiri dari: nama pasien, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, evaluasi keperawatan, dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.

## **E. Cara dan Jenis Pengumpulan Data**

### **a. Teknik Pengumpulan Data**

Beberapa metode yang sering digunakan selama tahap pengumpulan data, termasuk pengukuran, kuesioner, wawancara, dan observasi. Para peneliti menggunakan banyak metode pengumpulan data untuk mendapatkan informasi dari satu sumber, seperti menggunakan pendekatan observasi partisipan, wawancara mendalam, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama secara bersamaan (Kartika, 2017).

#### **a. Observasi**

Keadaan partisipan, kesehatan mereka secara keseluruhan, dan jawaban mereka selama wawancara, semuanya dilihat oleh peneliti selama observasi ini.

#### **b. Pengukuran**

Selama penilaian, peneliti menggunakan alat ukur pemeriksaan, seperti tekanan darah dan pemantau suhu tubuh (termometer), untuk mengawasi kondisi partisipan.

c. Wawancara

Peneliti mengumpulkan informasi mengenai identitas partisipan, motivasi keikutsertaan, faktor risiko keikutsertaan, dan informasi psikologis melalui wawancara dengan individu.

b. Jenis data

a. Data primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung dari responden dengan menggunakan kerangka kerja evaluasi asuhan keperawatan. kesejahteraan psikologis. Identitas pasien, riwayat kesehatan, pola aktivitas sehari-hari, dan pemeriksaan fisik adalah beberapa data primer yang digunakan dalam penelitian ini.

b. Data Sekunder

Data pasien halusinasi yang diperoleh dari kunjungan rawat jalan Puskesmas Andalas Kota Padang.

## **F. Analisis Data**

Untuk merumuskan diagnosis keperawatan, semua data yang dikumpulkan selama pengkajian akan dianalisis. Data-data ini kemudian akan dikelompokkan dan dianalisis berdasarkan data subjektif dan objektif. Rencana keperawatan kemudian akan dikembangkan, diimplementasikan, dan hasil dari tindakan tersebut akan dievaluasi. diikuti dengan narasi dan perbandingan dengan filosofi asuhan keperawatan untuk pasien yang mengalami halusinasi. Tujuan dari analisis ini adalah untuk memastikan apakah hipotesis saat ini dan keadaan pasien sudah sesuai.

## **BAB IV**

### **DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS**

Deskripsi kasus menjelaskan ringkasan pelaksanaan asuhan Keperawatan pada partisipan dengan gangguan halusinasi yang dilaksanakan di wilayah kerja puskesmas Andalas Kota Padang, yang dimulai dari tanggal 19 Februari 2024-02 Maret 2024.

Asuhan Keperawatan yang telah peneliti lakukan meliputi Pengkajian Keperawatan, Merumuskan diagnosa Keperawatan, melakukan Intervensi keperawatan, Melakukan Implementasi Keperawatan dan evaluasi Keperawatan. Asuhan Keperawatan diberikan pada klien Skizofrenia dengan Halusinasi di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang.

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

##### **1. Pengkajian**

###### **a. Identitas Klien**

Klien bernama Tn. M berusia 60 Tahun, berjenis kelamin laki-laki. Pendidikan terakhir Tn.M adalah SD dan sekarang tidak memiliki Pekerjaan dan belum Menikah. Tn. M beragama islam. Tn. M tinggal di RT 03 RW 03 Kelurahan Jati Rawang Kecamatan Padang Timur.

###### **b. Keluhan saat dikaji**

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 19 februari 2024 pukul 15.00 WIB, Tn. M mengatakan mendengar suara-suara bisikan yang tidak jelas di telinganya ketika sedang sendiri di kamar. Tn. M mengatakan kesal mendengar suara bisikan tersebut. Tn. M merespons suara tersebut dengan tertawa dan bicara sendiri. Keluarga Tn. M mengatakan Tn. M sering menyendiri, melamun, dan tidak suka berinteraksi. Keluarga juga mengatakan Tn. M suka berjalan sendirian di sekitar rumah tanpa sebab. dari hasil observasi, peneliti menemukan Kontak mata Tn.M kurang, Tn. M sering hilang fokus, suka menunduk dan menyendiri, tatapan tajam dan postur tubuh kaku.

c. Faktor Terjadi/Predisposisi

Keluarga Tn. M mengatakan klien mulai mengurung diri dan melamun sejak pasien tingkat SD kelas 6. Keluarga mengatakan awalnya klien ditegur oleh guru saat bermain Ketapel di kelas, Tn. M marah lalu menembakkan ketapel nya ke arah guru. Sejak itu klien tidak mau masuk sekolah dan akhirnya tinggal kelas. Klien mulai mengurung diri di kamar dan tidak mau berinteraksi. Klien juga mulai tertawa dan bicara sendiri di kamarnya. Lalu klien juga sering berkeliling daerah rumah dengan celana pendek tanpa sebab. Keluarga tidak pernah membawa klien ke Rumah Sakit Jiwa karena menganggap klien tidak membahayakan orang lain dan sekitarnya.

d. Trauma

Keluarga mengatakan saat kelas 6 SD, Tn. M dimarahi oleh guru saat bermain Ketapel di kelas, klien marah lalu menembakkan ketapel nya ke arah guru. Sejak itu klien tidak mau masuk sekolah. Tn. M tidak pernah mengalami penganiayaan secara fisik dan tidak pernah menjadi saksi.

Keluarga mengatakan Tn. M tidak pernah mengalami kekerasan dalam keluarga, tidak pernah menjadi pelaku maupun saksi tindakan kriminal.

e. Anggota Keluarga yang mengalami gangguan jiwa

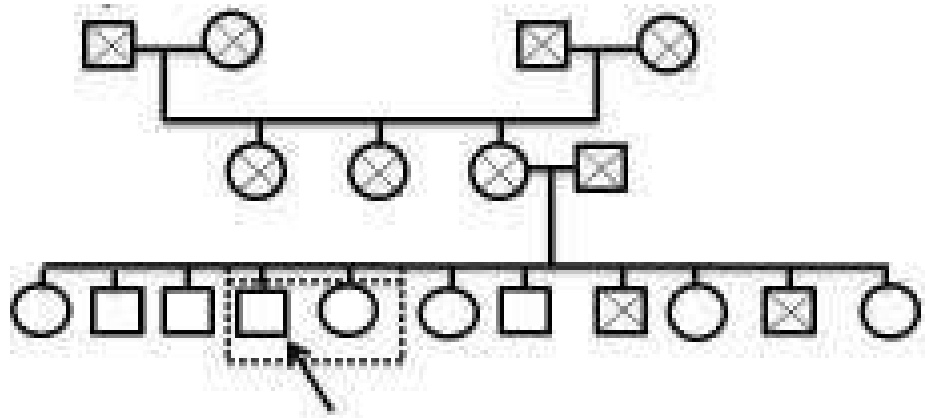
Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa sebelumnya.

f. Pemeriksaan Fisik

Hasil Pemeriksaan fisik pada pasien didapatkan Tekanan Darah 130/80 mmHg, Nadi 90x/menit, Suhu 36,8°C, dan pernafasan 22x/menit. Tinggi badan pasien 165 cm, dan berat badan 50 kg. Pasien tidak memiliki keluhan fisik lainnya.

## g. Psikososial

## 1) Genogram



Keterangan:

○ : Perempuan

□ : Laki-Laki

⊗ ⊗ : Meninggal

↖ : Klien

..... : orang yang tinggal serumah

Tn. M merupakan anak ke 4 dari 11 bersaudara. Tidak ada sebelumnya di keluarga Tn. M yang mengalami gangguan jiwa ataupun memiliki gejala yang sama dengan klien. Tn. M tinggal serumah dengan adiknya. Komunikasi klien lancar dengan adiknya. Pengambilan keputusan diambil oleh adiknya. Pola asuh yang diterapkan di keluarga Tn. M cukup bebas, termasuk bergaul maupun gaya hidup.

## 2) Konsep diri

Tn. M mengatakan tubuhnya sehat dan kuat. Tn. M tidak merasa kekurangan ataupun sedih dengan bentuk tubuhnya. Tn. M tidak bisa mengingat lagi berapa jumlah saudara yang tidak tinggal

bersamanya. Tn. M mengatakan tugasnya di keluarga yaitu membantu adiknya, dengan cara mengumpulkan buah pinang ataupun menerima pekerjaan dari tetangga seperti mencabut rumput. Tn. M dapat mengerjakannya dengan baik dan sampai selesai. Tn. M berharap tetap sehat dan kuat. Tn. M mengatakan tinggal bersama adiknya dan dekat dengan adiknya. Tn. M juga dekat dengan tetangga yang sering memberinya pekerjaan ringan seperti mencabut rumput. Tn. M juga dekat dengan pemilik warung dimana dia sering membeli rokok. Tetangga Tn. M mengatakan bahwa kesihan dengan kondisi Tn. M dan tidak merasa takut atau merasa bahaya jika dekat dengan Tn. M.

### 3) Hubungan Sosial

Tn. M Mengatakan ia dekat dengan adiknya yang ke 5 dan ke 6, yaitu Ny. F dan Ny. Y. Ia mengadu, mengobrol, meminta bantuan, menolong Ny. F dan Ny. Y. Keluarga Tn. M mengatakan, Tn. M Tidak bisa berinteraksi dengan banyak orang, hanya bisa bergaul dengan tetangga yang sering ia temui, seperti pemilik warung ataupun tetangga yang sering memberinya pekerjaan. Namun, saat ada kegiatan sosial ataupun musyawarah, Tn. M tidak akan ikut serta dalam kegiatan itu karna tidak kenal dan tidak paham. Tn. M tidak bisa berkonsentrasi lama-lama saat mengobrol karna merasa tidak tertarik dan malas, Tn. M hanya paham jika disuruh melakukan sesuatu.

### 4) Spiritual

Tn. M beragama islam dan Tn. M tidak bisa melakukan ibadah lagi karna tidak paham dan tidak ingat lagi.

### 5) Status Mental

Penampilan Tn. M tidak rapi dan cukup kotor, namun Tn.M tidak berbau. Pakaian Tn.M masih sesuai dan tau situasi memilih

pakaian. Cara berpakaian Tn. M seperti biasanya. Gaya bicara Tn. M tidak teorganisir, mengikuti lawan bicara, dan sering tidak fokus dengan lawan bicara. Aktivitas motorik Tn. M tenang dan normal. Emosi Tn. M berupa gembira berlebihan, dan Tn. M lebih banyak diam. Afek yang didapatkan berdasarkan observasi kepada Tn. M yaitu afek tumpul. Tn.M hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat. Emosi selama wawancara: Selama berinteraksi dengan Tn. M, Tn. M sering kehilangan fokus saat sedang wawancara. Namun Tn. M tetap kooperatif. Kontak mata kurang karena Tn. M banyak menunduk dan melihat ke arah lain. Ekspresi wajah cepat berubah, saat diberikan stimulus bahagia, Tn. M juga akan ikut tertawa atau tersenyum, setelah itu Ekpresi Tn. M kembali datar.

#### 6) Persepsi

Tn. M mengalami halusinasi pendengaran dimana Tn.M mengatakan mendengar suara-suara bisikan saat sedang sendirian. Tn. M merepons bisikan tersebut dengan tertawa atau berbicara sendiri. Tn. M mengatakan sering mendengar bisikan-bisikan tersebut saat malam hari. Suara-suara bisikan muncul 3-5x dalam sehari. Tn. M mengatakan bisikan-bisikan terdengar bila ia sendirian di kamar. Tn. M mengatakan takut, merasa tidak nyaman, dan gelisah mendengar bisikan-bisikan tersebut. Tn. M merespons bisikan tersebut dengan tertawa atau menjawab bisikan tersebut.

#### 7) Proses Pikir

Tn.M tidak mampu mengorganisir pembicaraan logis. Tn.M mengalami blocking, yaitu pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian melanjutkan kembali jika lawan bicara kembali bertanya. Tn. M mengalami dipersonalisasi, yaitu perasaan asing terhadap dirinya dan lingkungan. Daya ingat Tn. M masuk ke dalam jangka sedang. Tn.M tidak bisa mengingat kejadian yang terjadi saat ini. Tingkat Kesadaran Tn.M tidak dapat



berkonsentrasi saat mengobrol. Klien tampak bingung dan kacau saat diberikan pertanyaan ataupun diajak berinteraksi. Tn. M mengalami gangguan kemampuan penilaian ringa, yaitu dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain. Tn. M tidak menyadari penyakit yang dideritanya dan merasa tidak membutuhkan pertolongan.

#### 8) Aspek Medik

Diagnosa Medik Tn. M adalah skizofrenia dan mendapatkan terapi medik yaitu Risperidone (2mg), Cepezet chlorpromazine (100mg), dan Trihexyphenidyl (2mg). Dikonsumsi 1x/hari, sebelum tidur.

## 2. Diagnosa Keperawatan

- a. Diagnosa Pertama yang dirumuskan pada Tn. M adalah Gangguan Persepsi Sensori; Halusinasi dengan data yang ditemukan adalah Keluarga mengatakan sering melihat Tn.M berbicara dan tertawa sendiri. Tn. M juga mengatakan sering mendengar suara bisikan di telinga tanpa wujud yang muncul ketika klien sendiri di kamar. Tn.M mengatakan merasa takut, gelisah dan terganggu dengan bisikan tersebut. Tn.M juga terlihat seering hilang fokus saat berinteraksi, sering melamun dan menuduk.
- b. Diagnosa Kedua yang dirumuskan pada Tn. M adalah Isolasi Sosial dengan data yang ditemukan adalah keluarga mengatakan Tn. M tidak memiliki teman dan jarang berinteraksi dengan orang sekitarnya. Tn. M juga mengatakan tidak suka dan tidak berminat berinteraksi dengan orang lain. Tn. M mengatakan lebih suka sendirian di kamar atau duduk dibelakang rumah sendirian. Tn. M juga tampak menghindari kontak mata saat berbicara.
- c. Diagnosa Ketiga yang dirumuskan pada Tn. M adalah Risiko perilaku Kekerasan dengan analisa data yang ditemukan, Tn. M mengatakan sering kesal dan terganggu dengan bisikan di telinga

nya. keluarga mengatakan Tn. M mudah tersinggung dan merasa kesal, saat marah Tn.M akan mengepalkan tangan dan meninggikan nada suara. Tatapan Tn. M juga tampak tajam dan postur tubuhnya kaku.

### 3. Intervensi Keperawatan

#### a. Gangguan Persepsi Sensori; Halusinasi

intervensi yang akan dilakukan pada Tn.M untuk diagnosa ganggran persepsi sensori: halusinasi adalah membuat rencana keperawatan dengan tindakan strategi pelaksanaan halusinasi yaitu membina hubungan saling percaya pada pasien keluarga, identifikasi halusinasi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan respon, latihan strategi pelaksanaan untuk mengontrol halusinasi dengan cara minum obat secara teratur, latihan cara magahardik, latihan cara bercakap-cakap, dan latihan dengan melakukan aktivitas sehari-hari.

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

#### b. Isolasi Sosial

Intervensi yang akan dilakukan pada Tn. M untuk diagnosa Kedua isolasi sosial berdasarkan strategi pelaksanaannya yaitu bantu klien megenal penyebab isolasi sosial, bantu klien mengenal keuntungan dan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain, latih klien berkenalan an berintekasi secara bertahap dengan 1 orang, latih klien berkenalan dan berintekasi dengan 2-3 orang lebih, dan latih klien berinteraksi dengan orang lain sambil melakukan aktivitas sosial.

Intervensi yang akan dilakukan pada Tn.M keluarga Tn. M untuk diagnosa ketiga isolasi sosial yaitu Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat klien Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya isolasi sosial, dan mengambil keputusan merawat klien, Melatih keluarga cara merawat isolasi sosial, Membimbing keluarga dalam merawat klien isolasi sosial, Melatih keluarga mewujudkan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung peningkatan hubungan sosial klien, Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas pelayanan kesehatan, dan Menganjurkan follow up kesehatan secara teratur ke fasilitas pelayanan.

c. Risiko Perilaku Kekerasan

intervensi yang akan dilakukan pada Tn.M untuk diagnosa ketiga resiko 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 akan dilakukan pada keluarga adalah diagnosa masalah yang dialami keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya resiko perilaku kekerasan, cara merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan. serta melakukan strategi pelaksanaan resiko perilaku kekerasan dengan melatih keluarga merawat pasien dengan latihan fisik teknik nafas dalam dan pukul bantal, minum obat secara teratur, latihan verbal (mengungkapkan, meminta dan menolak dengan baik) serta latihan cara spiritual. Serta memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk

follow up klien resiko perilaku kekerasan.

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

##### **a. Gangguan Persepsi Sensori; Halusinasi**

1) Pada tanggal 20 Februari 2024 Pukul 10.00-11.00 WIB

dilakukan SP 1 Halusinasi pada Tn.M dan keluarga yaitu Bantu Tn.M mengenali halusinasinya dengan cara diskusi dengan Tn.M tentang halusinasinya, waktu terjadi halusinasi muncul, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, respon pasien saat halusinasi muncul. ajarkan Tn.M dan keluarga untuk mengontrol halusinasi dengan cara pertama yaitu dengan menghardik halusinasinya. Tn.M dilatih untuk mengatakan “TIDAK” terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya

2) Pada tanggal 21 Februari 2024 Pukul 14.00-15.00 WIB

Dilakukan SP 2 Halusinasi pada Tn.M dan keluarga yaitu memberikan pasien pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur dengan prinsip 6 benar

3) Pada tanggal 22 Februari 2024 Pukul 11.00-12.00 WIB

Dilakukan SP 3 Halusinasi pada Tn.M dan keluarga yaitu mengajarkan Tn.M dan keluarga untuk mengontrol halusinasinya dengan cara ketiga yaitu dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika Tn.M bercakap-cakap dengan orang lain, maka akan terjadi pengalihan perhatian, fokus perhatian pasien akan teralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain

4) Pada tanggal 23 Februari 2024 Pukul 13.00-14.00 WIB

Dilakukan SP 4 Halusinasi pada Tn.M dan keluarga yaitu mengajarkan Tn.M dan keluarga untuk mengontrol halusinasinya dengan aktivitas terjadwal. Dengan melakukan aktivitas secara terjadwal, Tn.M tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering kali mencetuskan halusinasi.

b. Isolasi Sosial

- 1) Pada tanggal 24 Februari 2024 Pukul 09.00-10.00 WIB  
Dilakukan SP 1 isolasi Sosial pada Tn.M dan keluarga yaitu Membantu Tn.M menyadari isolasi sosial yang dialami, Melatih Tn.M Berkenaan dan berinteraksi secara bertahap dengan 1 orang (klien dengan perawat), Masukkan ke jadwal kegiatan harian..
- 2) Pada Tanggal 25 Februari Pukul 09.00-10.00 WIB  
Dilakukan SP 2 Isolasi Sosial pada Tn.M dan keluarga yaitu melatih Tn.M cara berkomunikasi saat melakukan kegiatan sehari-hari (dengan 2-3 orang), dan Masukkan ke jadwal kegiatan harian
- 3) Pada Tanggal 26 Februari Pukul 09.00-10.00 WIB  
Dilakukan SP 3 Isolasi Sosial pada Tn.M dan keluarga yaitu Latih klien berkomunikasi saat melakukan kegiatan sehari-hari (dengan 4-5 orang) dan Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.
- 4) Pada Tanggal 27 Februari 2024 Pukul 09.00-10.00 WIB  
Dilakukan SP 4 Isolasi Sosial pada Tn.M dan keluarga yaitu Melatih klien untuk berkomunikasi saat melakukan kegiatan sosial dan evaluasi semua SP yang sudah diajarkan.

c. Risiko Perilaku Kekerasan

- 1) Pada tanggal 28 Februari 2024 pukul 14.00-15.00 WIB  
Dilakukan SP 1 Risiko Perilaku Kekerasan pada Tn.M dan keluarga yaitu Mengidentifikasi penyebab dan tanda gejala perilaku kekerasan yang dilakukan oleh Tn.M, Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien, Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (nafas dalam dan pukul bantal).
- 2) Pada tanggal 29 Februari 2024 pukul 14.00-15.00 WIB  
Dilakukan SP 2 Risiko Perilaku Kekerasan Pada Tn.M dan keluarga yaitu Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar: benar nama, benar jenis, benar dosis, benar

waktu, benar cara, kontinuitas minum obat dan dampak jika tidak kontinu minum obat).

3) Pada Tanggal 01 Maret 2024 Pukul 14.00-15.00 WIB

Dilakukan SP 3 Risiko perilaku Kekerasan kepada Tn.M dan keluarga yaitu Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (tiga cara, yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar), Tanyakan bagaimana perasaan Tn.M dan keluarga setelah melakukan kegiatan, Masukkan pada jadwal kegiatan harian.

4) Pada Tanggal 02 Maret 2024 Pukul 14.00-15.00 WIB

Dilakukan SP 4 Risiko Perilaku Kekerasan kepada Tn.M dan keluarga yaitu Menjelaskan dan melatih cara mengontrol marah dengan cara spiritual, Tanyakan perasaan Tn.M setelah melakukan kegiatan, Masukkan pada jadwal kegiatan (latihan fisik, minum obat, verbal, dan spiritual).

## **5. Evaluasi Keperawatan**

### **a. Gangguan Persepsi Sensori; Halusinasi**

1) Pada tanggal 20 Februari 2024 Pukul 10.00-11.00 WIB

Setelah dilakukan SP 1 Halusinasi pada Tn.M dan keluarga yaitu Bantu pasien mengenali halusinasinya dengan cara diskusi dengan pasien tentang halusinasinya, waktu terjadi halusinasi muncul, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, respon Tn.M saat halusinasi muncul. ajarkan Tn.M dan keluarga untuk mengontrol halusinasi dengan cara pertama yaitu dengan menghardik halusinasinya. Tn.M mengatakan masih mendengar suara-suara bisikan dan merasa terganggu dengan bisikan tersebut. Tn.M dan keluarga terlihat paham dengan cara menghardik, dan mampu memperagakan kembali yang telah diajarkan peneliti. Dari data subjektif dan objektif tersebut peneliti menyimpulkan, penerapan SP 1 Halusinasi tercapai. dilanjutkan dengan penerapan SP 2 Halusinasi.

2) Pada tanggal 21 Februari 2024 Pukul 14.00-15.00 WIB

Telah Dilakukan SP 2 Halusinasi pada Tn.M dan keluarga yaitu memberikan Tn.M pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur dengan prinsip 6 benar. Tn.M mengatakan mendengar suara bisikan. Keluarga masih melihat Tn.M berbicara sendiri. Tn.M terlihat sudah mulai fokus saat diajak berinteraksi. Tn.M dan keluarga terlihat paham dan mampu mengulangi kembali cara minum obat yang dikonsumsi dengan prinsip 6 benar. Dari data subjektif dan objektif tersebut peneliti menyimpulkan, penerapan SP 2 Halusinasi tercapai. dilanjutkan dengan penerapan SP 3 Halusinasi.

3) Pada tanggal 22 Februari 2024 Pukul 11.00-12.00 WIB

Telah dilakukan SP 3 Halusinasi pada Tn.M dan keluarga yaitu mengajarkan Tn.M dan keluarga untuk mengontrol halusinasinya dengan cara ketiga yaitu dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Tn.M mengatakan suara suara bisikan mulai berkurang. Keluarga mengatakan pasien tertawa sendiri atau bicara sendiri sudah mulai berkurang. Tn.M dan keluarga paham dengan cara bercakap-cakap untuk mengontrol halusinasi. Tn. M sudah tampak tenang dan fokus saat diajak beinterkasi. Dari data subjektif dan objektif tersebut peneliti menyimpulkan, penerapan SP 3 Halusinasi tercapai. dilanjutkan dengan penerapan SP 4 Halusinasi.

4) Pada tanggal 23 Februari 2024 Pukul 13.00-14.00 WIB

Telah Dilakukan SP 4 Halusinasi pada Tn.M dan keluarga yaitu mengajarkan pasien dan keluarga untuk mengontrol halusinasinya dengan aktivitas terjadwal. Tn.M mengatakan suara bisikan sudah tidak terdengar. Keluarga mengatakan pasien sudah tidak tertawa sendiri. Keluarga terlihat antusias dan membantu Tn.M untuk melakukan pekerjaan yaitu menyapu halaman. Tn.M sudah tampak

tenang, ceria, dan lebih kooperatif. Dari data subjektif dan objektif tersebut peneliti menyimpulkan, penerapan Strategi Pelaksanaan halusinasi 1 sampai 4 tercapai, dan dilanjutkan dengan penerapan strategi Pelaksanaan diagnosa kedua yaitu, risiko Perilaku Kekerasan.

b. Isolasi Sosial

1) Pada tanggal 24 Februari 2024 Pukul 09.00-10.00 WIB

Telah dilakukan SP 1 isolasi Sosial pada Tn.M dan keluarga yaitu Membantu Tn.M menyadari isolasi sosial yang dialami, Melatih klien Berkenalan dan berinteraksi secara bertahap dengan 1 orang (klien dengan perawat). Tn.M mengatakan lebih suka sendirian di kamar. Tn.M mengatakan senang dan paham diajarkan cara berkenalan. Keluarga mengatakan Tn.M biasanya tidak suka berinteraksi dengan orang-orang sekitar. Tn.M tampak menghindari kontak mata saat berbicara. Tn.M mampu mempraktekkan kembali bagaimana cara berkenalan dan berinteraksi dengan 1 orang (perawat). Dari data subjektif dan objektif tersebut peneliti menyimpulkan, penerapan SP 1 Isolasi sosial tercapai. dilanjutkan dengan penerapan SP 2 Isolasi Sosial.

2) Pada Tanggal 25 Februari Pukul 09.00-10.00 WIB

Telah dilakukan SP 2 Isolasi Sosial pada Tn.M dan keluarga yaitu melatih Tn.M cara berkomunikasi saat melakukan kegiatan sehari-hari (dengan 2-3 orang). Tn. M mengatakan senang bisa diajarkan cara berkenalan dengan 2 orang. Keluarga tampak antusias dan membantu Tn.M dalam berkenalan. Tn.M tampak semangat dan kooperatif saat diajarkan cara berkenalan dengan 2 orang (perawat dan temannya). Tn. M tampak tidak menghindari kontak mata lagi. Dari data subjektif dan objektif tersebut peneliti menyimpulkan, penerapan SP 2 Isolasi sosial tercapai. dilanjutkan dengan penerapan SP 3 Isolasi Sosial.



3) Pada Tanggal 26 Februari Pukul 09.00-10.00 WIB

Telah dilakukan SP 3 Isolasi Sosial pada Tn.M dan keluarga yaitu Latih klien berkomunikasi saat melakukan kegiatan sehari-hari (dengan 4-5 orang) dan Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. Tn.M mengatakan senang bisa berinteraksi dengan orang lain. Keluarga mengatakan pasien sudah mau berinteraksi dengan tetangga. Tn.M tampak mampu mempratekkan kembali cara berkenalan dan berinteraksi dengan 4 orang. Keluarga tampak antusias dan membantu Tn.M. Tn.M tampak antusias dan tidak menunduk atau menghindari kontak mata lagi saat mengobrol.

4) Pada Tanggal 27 Februari 2024 Pukul 09.00-10.00 WIB

Telah dilakukan SP 4 Isolasi Sosial pada Tn. M dan keluarga yaitu Tn.M klien untuk berkomunikasi saat melakukan kegiatan sosial dan evaluasi semua SP yang sudah diajarkan. Tn. M mengatakan tidak malas lagi jika harus berinteraksi dengan tetangga. Tn M mengatakan senang diajarkan cara berkenalan dan berinteraksi sambil melakukan kegiatan sosial, yaitu gotong royong di pekarangan rumah. Tn. M tampak sudah tidak menghindari kontak mata saat berinteraksi, Tn. M tampak senang dan antusias saat berinteraksi. Keluarga mengatakan pasien sudah mau berinteraksi dengan tetangga. Dari data subjektif dan objektif tersebut peneliti menyimpulkan, penerapan Strategi Pelaksanaan Isolasi Sosial 1 sampai 4 tercapai.

c. Risiko Perilaku Kekerasan

1) Pada tanggal 28 Februari 2024 pukul 14.00-15.00 WIB

Telah dilakukan SP 1 Risiko Perilaku Kekerasan pada Tn.M dan keluarga yaitu Mengidentifikasi penyebab dan tanda gejala perilaku kekerasan yang dilakukan oleh Tn.M, Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien, Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik

(nafas dalam dan pukul bantal). Tn.M dmengatakan paham bagaimana cara mengontrol emosi dengan menarik nafas dalam dam memukul bantal. Keluarga mengatakan paham tentang bagaimana cara mengontrol emosi klien. Tn.M tampak paham dan mampu memperagakan kembali bagaimana cara menarik nafas dalam dan memukul bantal. Dari data subjektif dan objektif tersebut peneliti menyimpulkan, penerapan SP 1 Risiko Perilaku Kekerasan tercapai. dilanjutkan dengan penerapan SP 2 Risiko Perilaku Kekerasan.

2) Pada Tanggal 29 Februari 2024 Pukul 14.00-15.00 WIB

Telah dilakukan SP 2 Risiko Perilaku Kekerasan Pada Tn.M dan keluarga yaitu Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar: benar nama, benar jenis, benar dosis, benar waktu, benar cara, kontinuitas minum obat dan dampak jika tidak kontinu minum obat).Tn.M mengatakan sudah lebih tenang saat sedang marah Tn.M dan keluarga mengatakan masih ingat bagaimana cara meminum obat dengan prinsip 6 benar. Tn.M mampu menyebutkan kembali obat-obatan yang diminum, kapan, dan bagaimana cara meminumnya sesuai denga prinsip minum obat 6 benar. Tn. M tampak lebih tennag dan santai saat diajak berbicara. Keluarga mampu menjelaskan kembali bagaimana cara minum obat dengan prinsip 6 benar. Dari data subjektif dan objektif tersebut peneliti menyimpulkan, penerapan SP 2 Risiko Perilaku Kekerasan tercapai. dilanjutkan dengan penerapan SP 3 Risiko Perilaku Kekerasan.

3) Pada Tanggal 01 Maret 2024 Pukul 14.00-15.00 WIB

Telah dilakukan SP 3 Risiko perilaku Kekerasan kepada Tn.M dan keluarga yaitu Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (tiga cara, yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar). Tn.M mengatakan tidak mudah

merasa kesal lagi, keluarga mengatakan pasien tidak mudah tersinggung lagi seperti sebelumnya. Tn.M paham dan mampu mempratekkan cara mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik. Tn. M tampak lebih tenang dan santai. Keluarga terlihat antusias dan membantu Tn.M. Dari data subjektif dan objektif tersebut peneliti menyimpulkan, penerapan SP 3 Risiko Perilaku Kekerasan tercapai. dilanjutkan dengan penerapan SP 4 Risiko Perilaku Kekerasan.

4) Pada Tanggal 02 Maret 2024 Pukul 14.00-15.00 WIB

Telah dilakukan SP 4 Risiko Perilaku Kekerasan kepada Tn.M dan keluarga yaitu Menjelaskan dan melatih cara mengontrol marah dengan cara spiritual yaitu mengucapkan istighfar dan berwudhu. Tn.M mengatakan tidak mudah merasa emosi lagi, keluarga mengatakan pasien sudah jarang merasa kesal dan tersinggung. Keluarga mengatakan Tn. Tidak mengepalkan tangannya lagi saat sedang marah. Tn.M tampak lebih santai, tenang dan kooperatif. Dari data subjektif dan objektif tersebut peneliti menyimpulkan, penerapan Strategi Pelaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan 1 sampai 4 tercapai, dan dilanjutkan dengan penerapan strategi Pelaksanaan diagnosa ketiga yaitu, Isolasi Sosial.

## **B. PEMBAHASAN**

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan jiwa dilakukan pada Tn.M dengan Halusinasi di wilayah kerja puskesmas Andalas Padang, maka dalam bab ini peneliti akan membahas kaitan antara teori dan kenyataan yang diperoleh sebagai hasil pelaksanaan studi kasus. Pembahasan ini meliputi pengkajian keperawatan, Merumuskan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

### **1. Pengkajian Keperawatan**

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

Klien bernama Tn. M berusia 60 Tahun, berjenis kelamin laki-laki. Pendidikan terakhir Tn.M adalah SD dan sekarang tidak memiliki Pekerjaan dan belum Menikah. Tn. M beragama islam. Tn. M tinggal di RT 03 RW 03 Kelurahan Jati Rawang Kecamatan Padang Timur.

Pengkajian ini sesuai dengan teori Wulandari & Pardede (2022) yaitu pengkajian meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, dan alamat.

b. Keluhan saat pengkajian

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 19 februari 2024 pukul 15.00 WIB, Tn. M mengatakan mendengar suara-suara bisikan yang tidak jelas di telinganya ketika sedang sendiri di kamar. Tn. M mengatakan kesal mendengar suara bisikan tersebut. Tn. M merespons suara tersebut dengan tertawa dan bicara sendiri. Keluarga Tn. M mengatakan Tn. M sering menyendiri, melamun, dan tidak suka berinteraksi. Keluarga juga mengatakan Tn. M suka berjalan sendirian di sekitar rumah tanpa sebab. dari hasil observasi, peneliti menemukan Kontak mata Tn.M kurang, Tn. M sering hilang fokus, suka menunduk dan menyendiri, tatapan tajam dan postur tubuh kaku.

Hal ini sesuai dengan yang dikatakan dalam teori Telaumbanua (2023) bahwa Seseorang yang mengalami halusinasi akan bicara sendiri, senyum sendiri, tertawa sendiri, menarik diri dari orang lain, tidak dapat membedakan nyata dan tidak nyata.

Penelitian Linda (2024) juga menyebutkan Tanda Gejala Pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan yaitu nada bicara yang tinggi dan ketus, tatapan mata yang tajam, menunjukkan ancaman dengan mengepalkan tangan pada perawat atau pasien lainnya, bahkan

sempat terjadi perilaku kekerasan dengan memukul perawat atau pasien lain.

Menurut teori dari Badriah (2020) menyebutkan bahwa Isolasi sosial adalah keadaan dimana individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. klien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain. Isolasi sosial merupakan upaya klien untuk menghindari interaksi dengan orang lain maupun berkomunikasi dengan orang lain.

Berdasarkan teori diatas, peneliti menyimpulkan tidak ada kesenjangan ataupun perbedaan antara teori dengan hasil penelitian. Tn. M mengatakan mendengar suara bisikan dan keluarga mengatakan Tn. M sering tertawa dan bicara sendiri sesuai dengan teori tanda dan gejala halusinasi diatas. Tn. M juga mudah merasa tersinggung, tatapan tajam, tangan mengepal saat marah, dan postur tubuh kaku sesuai dengan tanda gejala Resiko perilaku kekerasan yang disampaikan oleh teori diatas. Dan juga Tn. M mengatakan tidak suka berinteraksi dengan orang lain, suka sendirian, dan tidak ada kontak mata, juga sesuai dengan teori diatas mengenai tanda dan gejala isolasi sosial.

c. Faktor terjadi/Predisposisi

Keluarga klien mengatakan klien mulai mengurung diri dan melamun sejak pasien tingkat SD kelas 6. Keluarga mengatakan awalnya klien dimarahi oleh guru saat bermain Ketapel di kelas, klien marah lalu menembakkan ketapel nya ke arah guru. Sejak itu klien tidak mau masuk sekolah dan akhirnya tinggal kelas. Klien mulai mengurung diri di kamar dan tidak mau berinteraksi. Klien juga mulai tertawa dan bicara sendiri di kamarnya tanpa sebab.

Lalu klien juga sering berkeliling daerah rumah dengan celana pendek tanpa sebab. Keluarga tidak pernah membawa klien ke Rumah Sakit Jiwa karena menganggap klien tidak membahayakan orang lain dan sekitarnya. Keluarga mengatakan, klien akan marah ketika dipaksa melakukan sesuatu atau saat anak-anak sekitar rumah menertawakannya. Ketika klien marah, nada suaranya akan tinggi dan mengepalkan tangan, namun tidak sampai memukul atau melempar barang. Tn. M tidak pernah mengalami penganiayaan secara fisik dan tidak pernah menjadi saksi. Keluarga mengatakan Tn. M tidak pernah mengalami kekerasan dalam keluarga, tidak pernah menjadi pelaku maupun saksi tindakan kriminal. tidak ada anggota keluarga Tn. M yang mengalami gangguan jiwa sebelumnya

Penelitian dari Pratama (2024) menyebutkan penyebab halusinasi yaitu faktor biologis, psikologis, dan sosial budaya, semuanya mendukung hal tersebut, faktor biologis, seperti yang bekerja bersamaan dengan perkembangan sistem saraf yang tidak normal; faktor psikologis, seperti pengasuhan orang tua, keadaan keluarga, dan lingkungan dalam batas toleransi individu; dan faktor sosial dan budaya eksternal, seperti kondisi ekonomi, konflik sosial, dan kehidupan terisolasi yang ditandai dengan stres.

Wardani (2020) juga mengatakan dalam penelitiannya bahwa ada tiga faktor pencetus, biologis yang berhubungan dengan gangguan komunikasi dan rotasi otak, yang mengatur pemrosesan informasi; faktor lingkungan yang berpotensi menimbulkan stressor lingkungan yang berada di luar toleransi individu; dan mekanisme koping, yang dapat menentukan kemampuan seseorang dalam mengendalikan stressor.

Berdasarkan dengan teori diatas, tidak ada kesenjangan atau perbedaan antara teori dan dengan hasil penelitian. Peneliti menyimpulkan faktor predisposisi dari halusinasi Tn. M adalah faktor sosial budaya, dimana Tn. M mengalami konflik sosial dengan guru nya dan mengisolasi diri disertai stress.

Lalu faktor presipitasi terjadinya halusinasi pada Tn. M adalah Tn. M mengalami kehilangan motivasi, merasa bersalah dan stress yang melebihi stressor karna telah menembakkan ketapel pada guru nya saat ditegur.

d. Aspek Medik

Diagnosa Medik Tn. M adalah skizofrenia dan mendapatkan terapi medik yaitu Risperidone (2mg), Cepezet chlorpromazine (100mg), dan Trihexyphenidyl (2mg). Dikonsumsi 1x/hari, sebelum tidur.

Stuart (2021) mengatakan dalam Teorinya bahwa Faktor yang dapat menurunkan tingkat halusinasi adalah dengan melalui upaya terapi farmakologi.

Dalam penelitian oleh Videbeck (2020), pemberian risperidone merupakan pemblokiran Dopamin D2 yang relatif lemah sehingga menimbulkan efek samping ekstrapiramidal lebih rendah.

Penelitian oleh Sahoo (2020) juga mengatakan bahwa Trihexylphenidyl (THF) adalah obat yang diberikan pada pasien sebagai obat penawar atau pencegahan efek samping dari obat antipsikotik. THF termasuk ke dalam golongan obat antimuskarinik. Obat ini bekerja dengan cara menghambat zat alami asetilkolin yang salah satu fungsinya adalah menghantarkan perintah kontraksi ke otot.

Peneliti menyimpulkan tidak ada perbedaan ataupun kesenjangan antara hasil penelitian dengan teori diatas. obat-obatan yang dikonsumsi Tn. M adalah obat-obatan antipsikotik yang diberikan oleh untuk mengurangi kekambuhannya.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa Pertama yang dirumuskan pada Tn. M adalah Halusinasi dengan data yang ditemukan adalah Keluarga mengatakan sering melihat Tn.M berbicara dan tertawa sendiri. Tn. M juga mengatakan sering mendengar suara bisikan di telinga tanpa wujud yang muncul ketika klien sendiri di kamar. Tn.M mengatakan merasa takut, gelisah dan terganggu dengan bisikan tersebut. Tn.M juga terlihat sering hilang fokus saat berinteraksi, sering melamun dan menuduk.

Diagnosa Kedua yang dirumuskan pada Tn. M adalah Isolasi Sosial dengan data yang ditemukan adalah keluarga mengatakan Tn. M tidak memiliki teman dan jarang berinteraksi dengan orang sekitarnya. Tn. M juga mengatakan tidak suka dan tidak berminat berinteraksi dengan orang lain. Tn. M mengatakan lebih suka sendirian di kamar atau duduk dibelakang rumah sendirian. Tn. M juga tampak menghindari kontak mata saat berbicara.

Diagnosa ketiga yang dirumuskan pada Tn. M adalah Risiko perilaku Kekerasan dengan analisa data yang ditemukan, Tn. M mengatakan sering merasa kesal dan terganggu dengan bisikan di telinganya. keluarga mengatakan Tn. M mudah tersinggung dan merasa kesal, saat marah Tn.M akan mengepalkan tangan dan meninggikan nada suara. Tatapan Tn. M juga tampak tajam dan postur tubuhnya kaku.

Larasati (2023) Menyampaikan dalam teorinya bahwa pohon masalah halusinasi terdiri dari isolasi sosial sebagai causa atau penyebab awal terjadinya halusinasi, lalu halusinasi sebagai core problem, dan Risiko



perilaku kekerasan sebagai effect atau efek yang ditimbulkan dari halusinasi.

Teori yang disampaikan diatas sesuai dengan hasil penelitian dimana Tn. M Berdasarkan teori diatas, Tn. M mengatakan tidak suka berinteraksi dengan orang lain, suka sendirian, dan tidak ada kontak mata, sesuai dengan tanda dan gejala isolasi sosial. Tn.M mengatakan mendengar suara bisikan dan keluarga mengatakan Tn. M sering tertawa dan bicara sendiri sesuai dengan tanda dan gejala halusinasi. Tn. M juga mudah merasa tersinggung, tatapan tajam, tangan mengempal saat marah, dan postur tubuh kaku sesuai dengan tanda gejala Resiko perilaku kekerasan.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi yang dilakukan pada Tn.M untuk diagnosa gangguan persepsi sensori: halusinasi adalah membuat rencana keperawatan dengan tindakan strategi pelaksanaan halusinasi yaitu membina hubungan saling percaya pada pasien keluarga, identifikasi halusinasi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan respon. Lalu menerapkan Strategi Pelaksanaan Halusinasi 1-4. SP Halusinasi pertama yaitu Menghardik halusinasi. Endr iyani (2022) mengatakan dalam teorinya bahwa Menghardik adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasi yang dirasakan.

Intervensi halusinasi selanjutnya yaitu SP 2 Halusinasi, yaitu minum obat secara teratur. Putri (2024) Juga memaparkan bahwa gejala skizofrenia muncul karena adanya ketidakseimbangan neurotransmitter diantaranya dopamin, serotonin, norepinephrin, asetilkolin dan Gama Amino Butirik Asid (GABA). Sehingga diperlukan pemberian psikofarmaka untuk menyeimbangkan kembali neurotransmitter tersebut agar gejala-gejala skizofrenia dapat berkurang.

Intervensi berikutnya pada halusinasi adalah latihan cara bercakap-cakap. Kusumawati (2020) mengatakan bahwa mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap membantu pasien untuk berpartisipasi dengan cara alternatif yang ada dan membuat pasien terdistraksi serta tidak fokus dengan halusinasinya.

Intervensi Selanjutnya adalah SP 4 Halusinasi, latihan dengan melakukan aktivitas sehari-hari. Atmojo (2023) mengatakan bahwa Aktivitas terjadwal adalah tindakan yang bertujuan untuk mengontrol halusinasi, tujuannya adalah untuk membuat halusinasi pendengaran menjadi sangatkecil atau bahkan tidak ada karena klien disibukkan dengan aktivitas yang telah terjadi.

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

Intervensi yang akan dilakukan pada Tn. M untuk diagnosa kedua isolasi sosial berdasarkan strategi pelaksanaannya yaitu bantu klien megenal penyebab isolasi sosial, bantu klien mengenal keuntungan dan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain, latih klien berkenalan an berintekasi secara bertahap dengan 1 orang, latih klien berkenalan dan berintekasi dengan 2-3 orang lebih, dan latih klien berinteraksi dengan orang lain sambil melakukan aktivitas sosial.

Intervensi yang akan dilakukan pada keluarga Tn. M untuk diagnosa kedua isolasi sosial yaitu Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat klien Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya isolasi sosial, dan mengambil keputusan merawat klien,

Melatih keluarga cara merawat isolasi sosial, Membimbing keluarga dalam merawat klien isolasi sosial, Melatih keluarga mewujudkan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung peningkatan hubungan sosial klien,

Mendiskusikan tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas pelayanan kesehatan, dan Mengajukan follow up kesehatan secara teratur ke fasilitas pelayanan.

Teori Salamah (2024) mengatakan Intervensi yang diberikan untuk diagnosa Isolasi sosial dengan identifikasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain secara bertahap.

Deden (2020) juga menyatakan intervensi pasien isolasi sosial dapat disimpulkan bahwa penting dalam melakukan membina hubungan saling percaya, menghindari penyebab dari isolasi sosial dan berinteraksi dengan orang lain.

Intervensi yang akan dilakukan pada Tn.M untuk diagnosa Ketiga Resiko 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 akan dilakukan pada keluarga adalah diagnosa masalah yang dialami keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya resiko perilaku kekerasan, cara merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan. serta melakukan strategi pelaksanaan resiko perilaku kekerasan dengan melatih keluarga

merawat pasien dengan latihan fisik teknik nafas dalam dan pukulan bantal, minum obat secara teratur, latihan verbal (mengungkapkan, meminta dan menolak dengan baik) serta latihan cara spiritual. Serta memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk follow up klien resiko perilaku kekerasan.

Linda (2024) menyebutkan dalam penelitiannya bahwa Teknik Relaksasi Nafas dalam dapat membantu untuk meningkatkan kemampuan berkonsentrasi, kemampuan mengontrol diri, menurunkan emosi dan depresi. Minum obat dengan teratur juga akan memberikan Efek atau perubahan dari pasien saat mengkonsumsi obat secara teratur menunjukkan adanya penurunan tanda dan gejala gangguan psikotik secara bertahap.

Intervensi yang diberikan pada Tn. M oleh peneliti sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Teaumbanua (2022) dimana intervensi berupa Strategi Pelaksanaan 1 sampai 4 sesuai dengan diagnosa keperawatan dan disusun berdasarkan prioritas masalah.

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

Gasril (2021) menyatakan dalam teorinya bahwa Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. adapun pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan Strategi Pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing-masing masalah utama.

Hasil penelitian pada Tn. M dengan halusinasi terdapat beberapa pelaksanaan keperawatan yang sudah peneliti lakukan diantaranya strategi Pelaksanaan halusinasi 1 sampai 4 pada Tn.M dan keluarga, berupa mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, mengontrol halusinasi dengan minum obat dengan prinsip 6 benar, mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap, dan mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan sehari-hari. Lalu dilanjutkan dengan pemberian

Strategi Pelaksanaan Isolasi sosial 1 sampai 4 pada Tn. M dan keluarga yaitu berupa mengajarkan cara berkenalan dengan 1 orang (perawat), lalu mengajarkan cara berkenalan dengan 2-3 orang, mengajarkan cara berkenalan dengan 4-5 orang, dan berkenalan sambil melakukan aktivitas sosial. Setelah itu dilanjutkan dengan pemberian Strategi Pelaksanaan Resiko perilaku kekerasan 1 sampai 4 pada Tn. M dan keluarga yaitu berupa, mengajarkan cara menarik nafas dalam dan memukul bantal, Minum obat dengan prinsip 6 benar, cara verbal (meminta, menolak, dan menyampaikan dengan baik) dan cara spiritual.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Teori yang disampaikan oleh Nurliali (2022) Evaluasi adalah proses hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon pasien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan.

Berdasarkan Teori tersebut, peneliti menyimpulkan bahwa evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam asuhan keperawatan untuk mengukur keberhasilan dalam pemberian asuhan keperawatan yang sudah peneliti berikan pada Tn. M. Hasil Penelitian menunjukkan Strategi Pelaksanaan yang dilakukan untuk mengatasi tiga diagnosa yang telah diangkat, dapat teratasi.

Tn.M mengatakan suara bisikan sudah tidak terdengar. Keluarga mengatakan pasien sudah tidak tertawa sendiri. Keluarga terlihat antusias dan membantu Tn.M untuk melakukan pekerjaan yaitu menyapu halaman. Tn.M sudah tampak tenang, ceria, dan lebih kooperatif. Dari data subjektif dan objektif tersebut peneliti menyimpulkan, penerapan Strategi Pelaksanaan halusinasi 1 sampai 4 teratasi.

Tn M mengatakan senang diajarkan cara berkenalan dan berinterkasi sambil melakukan kegiatan sosial, yaitu gotong royong di pekarangan rumah. Tn. M tampak sudah tidak menghindari kontak mata saat berinterkasi, Tn. M tampak senang dan antusias saat berinterkasi. Keluarga mengatakan pasien sudah mau berinterkasi dengan tetangga.

Dari data subjektif dan objektif tersebut peneliti menyimpulkan, penerapan Strategi Pelaksanaan Isolasi Sosial 1 sampai 4 teratasi.

Tn.M mengatakan sudah mampu mengendalikan emosi, keluarga mengatakan pasien sudah jarang merasa kesal dan tersinggung. Keluarga mengatakan Tn. Tidak mengepalkan tangannya lagi saat sedang marah. Tn.M tampak lebih santai, tenang dan kooperatif. Dari data subjektif dan objektif tersebut peneliti menyimpulkan, penerapan Strategi Pelaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan 1 sampai 4 tertasi.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah peneliti melakukan asuhan keperawatan pada Tn. M dengan halusinasi di wilayah kerja puskesmas Andalas Padang selama 12 hari kunjungan yang dilaksanakan dari tanggal 19 Februari 2024 sampai 02 Maret 2024 maka peneliti menyimpulkan:

1. Pengkajian pada Tn. M yang dilakukan ditemukan, Tn. M mengatakan mendengar suara-suara bisikan tanpa wujud, Klien merespons suara tersebut dengan tertawa sendiri dan bicara sendiri. Klien tidak suka berinteraksi dengan orang lain. Keluarga mengatakan Tn. M juga mudah merasa kesal dan tersinggung. Peneliti berpendapat faktor predisposisi dari halusinasi Tn. M adalah faktor sosial budaya. faktor presipitasi terjadinya halusinasi pada Tn. M adalah Tn. M mengalami kehilangan motivasi, merasa bersalah dan stress yang melebihi stressor .
2. Diagnosa Keperawatan yang muncul yaitu gangguan persepsi sensoris; halusinasi, isolasi sosial, dan Risiko perilaku kekerasan.
3. Intervensi Keperawatan yang dilakukan pada Tn. M dan keluarga adalah memberikan Strategi pelaksanaan halusinasi berupa mengajarkan cara menghardik halusinasi, meminum obat dengan prinsip 6 benar, dan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan sehari-hari. pemberian strategi pelaksanaan isolasi sosial yaitu mengajarkan berkenalan dan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap. Pemberian startegi pelaksanaan resiko perilaku kekerasan yaitu berupa latihan fisik, minum obat dengan prinsip 6 benar, latihan verbal dan latihan spiritual.
4. Implementasi Keperawatan yang dilakukan pada Tn.M sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah diangkat dan intervensi yang telah direncanakan yaitu Pemberian strategi pelaksanaan 1 sampai 4 pada pasien dan keluarga dari diagnosa keperawatan

halusinasi, isolasi sosial, dan Risiko Perilaku Kekerasan.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan catatan perkembangan Tn. M dengan metode SOAP yang telah peneliti lakukan, didapatkan hasil bahwa diagnosa halusinasi Tn. M dapat teratasi ditandai dengan Tn. M tidak mendengar suara bisikan lagi dan keluarga tidak melihat Tn. M tertawa atau berbicara sendiri lagi. Diagnosa kedua yaitu isolasi sosial dapat teratasi ditandai dengan Tn. M sudah mau berbaur dengan sekitar, tidak menghindari kontak mata dengan lawan bicara. Diagnosa Ketiga yaitu Risiko perilaku kekerasan dapat teratasi ditandai dengan Tn. M tidak mudah merasa kesal lagi dan keluarga mengatakan Tn. M tidak megepalkan tanganya lagi saat marah, Tn. M juga terlihat lebih santai dan kooperatif.

### **B. Saran**

#### **1. Bagi Puskesmas Andalas kota Padang**

Hasil studi kasus yang dilakukan oleh peneliti dapat menjadi masukan dan tambahan informasi untuk meningkatkan kegiatan yang difokuskan pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi di wilayah kerja puskesmas andalas kota padang dan meningkatkan pelayanan yang ada di puskesmas terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan dan memaksimalkan implementasi keperawatan.

#### **2. Bagi Mahasiswa dan peneliti selanjutnya**

Hasil yang peneliti dapatkan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan perbandingan pada peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada klien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi.

#### **3. Bagi Institusi Pendidikan**

Penelitian ini dapat menjadi bahan informasi dan bahan bacaan di perpustakaan dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien skizofrenia dengan halusinasi.



**4. Bagi pasien dan keluarga**

- a. Diharapkan dapat mengikuti program terapi yang sudah direncanakan yaitu Rutin meminum obat yang sudah diprogramkan oleh pihak Puskesmas.
- b. Diharapkan aktif dalam kegiatan kesehatan yang dilakukan oleh pelayanan kesehatan berupa check up di posyandu jiwa.
- c. Diharapkan selalu mengaplikasikan Strategi Pelaksanaan yang sudah diajarkan oleh peneliti, terutama jika Pasien merasakan gejala kekambuhan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amanda, Y., & Rozi, V. (2023). Pengaruh Terapi Generalis Sp 1-4 Terhadap Kemampuan Pasien Mengontrol Halusinasi Dengar Di Rumah Sakit Khusus Jiwa Provinsi Bengkulu. *Injection: Nursing Journal*, 3.
- Amidos Pardede, J., Anna Keliat, B., & Yulia, I. (2021). Kepatuhan Dan Komitmen Klien Skizofrenia Meningkatkan Setelah Diberikan Acceptance And Commitment Therapy Dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat. In *Jurnal Keperawatan Indonesia* (Vol.18, Issue 3).
- Kemenkes RI. (2019). Riset Kesehatan Dasar, RISKESDAS. JAKARTA: KemenkesRI. <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/10/08/persebaran-prevalensiskizofreniapsikosis-di-indonesia#>
- Prabowo, E. (2014). Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Beo, A. Y., Zahra, Zulfa, (2022). *Ilmu Keperawatan Jiwa Dan Komunitas*.
- Cahayatiningsih, D., & Rahmawati, A. N. (2023). Studi Kasus Implementasi Bercakap Cakap Pada Pasien Halusinasi Pendengaran. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 5(2), 743–749. <Http://Jurnal.Globalhealthsciencegroup.Com/Index.Php/Jppp>
- Efri Widiati, O., Putu Suryani, N., Meina Nirmala, N., Yulianti, N., Nur Azizah, P., Keperawatan, F., Padjadjaran, U., & Barat, J. (2022). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Proses Recovery Pada Orang Dengan Skizofrenia: Scoping Review. In *Jci Jurnal Cakrawala Ilmiah* (Vol.2, Issue3).
- Herawati, N., Program, Y. A., Diii, S., Solok, K., Padang, K., Siteba, J. R., Gadang, S., Nanggalo, K., & Padang, K. (2021). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Pasien Skizofrenia Dengan Halusinasi. *Jkj: Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 9(2), 435–444.
- Larasati, N. D., & Widodo, A. (2023). Pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Pada Ny. E Di Ruang Larasati Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Pendidikan Sejarah*, 8(3).
- Mahbengi, T., & Pardede, J. (2023). Penerapan Strategi Pelaksanaan Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. A Dengan Masalah Halusinasi: Studi Kasus.

- Nazara, A. Siswi, & Pardede, J. A. (2023). *Aplikasi Terapi Generalis Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Nn. R Dengan Halusinasi*.
- Nugroho, H. A., Nur, F., Santie, R., Soesanto, E., Aisah, S., Hidayati, E., Keperawatan, D., Keperawatan, I., Kesehatan, D., & Semarang, U. M. (2021). Perawatan Halusinasi, Dukungan Keluarga Dan Kemampuan Pasien Mengontrol Halusinasi: Literature Review. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*, 10, 273–274
- Pongdatu, M., Suzanna, Yati, M., Armayani, Antari, Isti, Novia, K., Florensa, Mulyanti, Dekawaty, A., & Fauziah, S. (2023). *Asuhan Keperawatan Jiwa* (Suzanna, E. H. Mujahid, & L. Rangkhi, Eds.; 1st Ed.). Eureka Media Aksara.
- Rustika, M. (2020). *Gambaran Asuhan Keperawatan Pemberian Terapi Aktivitas Kelompok*. Epository. Poltekkes-Denpasar. Ac.Id/4995/
- Sianturi, S. F., & Pardede, J. A. (2021). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. H Dengan Masalah Halusinasi*.
- Telaumbanua, B. S., & Pardede, J. A. (2023). *Penerapan Strategi Pelaksanaan Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Nn. N Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran*. <https://doi.org/10.31219/osf.io/n5fs2>
- Uyuun Biahimo, N. I., & Apriyanto Saputra Dai, M. (2023). Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Penerapan Terapi Latihan Asertif Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Wilayah Kerja Puskesmas Limboto Kabupaten Gorontalo. *Jurnal Perawat Indonesia*, 7(2).
- Wahyudi, Hendro, Setiawan, C. T., Bajak, C. M., Kusuma, M. D., Jaftoran, E. A., Anies, N. F., Yudhawati, N. Luh P., Kardiatur, T., Qarimah, S. N., Sulaihah, & Syah, A. Y. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* (P. I. Daryaswanti, Ed.; 1st Ed.). Pt. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Wulandari, N. Kadek A., Heri, M., Putra, N. W., Astriani, N. M., & Dewi, P. I. (2023). Analisis Asuhan Keperawatan Dengan Intervensi Terapi Aktivitas Kelompok Pada Pasien Dengan Masalah Keperawatan Halusinasi Pendengaran. *Journal Of Telenursing (Joting)*, 5, 3763–3764  
<https://doi.org/https://doi.org/10.31539/joting.v5i2.7433>

- Sahoo, L. K., Holla, V. V., Batra, D., Prasad, S., Bhattacharya, A., Kamble, N., ... Pal, P. K. (2020). *Comparison of effectiveness of trihexyphenidyl and levodopa on motor symptoms in Parkinson's disease*. *Journal of Neural Transmission*, 127(12), 1599–1606.
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric-mental health nursing (8th ed.)*. China: Wolters Kluwer.
- Pratama, Y. ., & Ningsih, N. F. . (2024). Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan halusinasi pendengaran di ruangan indragiri rumah sakit jiwa tampan pekanbaru provinsi riau tahun 2023. *SEHAT : Jurnal Kesehatan Terpadu*, 3(1), 228–244
- PPNI, Tim. Pokja SDKI. DPP. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat.
- PPNI, Tim. Pokja SLKI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat.
- PPNI, Tim. Pokja. SIKI. DPP. (2018). *Standar Iintervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Rakyat.
- Aldam, S. F. S., & Wardani, I. Y. (2020). Efektifitas penerapan standar asuhan keperawatan jiwa generalis pada pasien skizofrenia dalam menurunkan gejala halusinasi. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 7(2), 165.
- Stuart, G. W. (2021). *Prinsip Dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*, Edisi Indonesia 11. Singapura: Elsevier Health Sciences.
- Endriyani, S., Kusmawati, I., Pastari, M., and Umayu, W. (2022). Implementasi keperawatan mengontrol halusinasi dengan menghardik. *Jurnal Nursing Update*, 13(2), 83–86.
- Kusumawati, I., Yunike, Y., and Pastari, M. (2020). Penyegaran Kader kesehatan jiwa mengenai deteksi dini gangguan jiwa dan cara merawat penderita gangguan jiwa. *Journal of Community Engagement in Health*, 3(1), 25–28.
- Suhermi, Ramli, R., and Caing, H. (2021). Pengaruh terapi activity living terhadap pemulihan pasien halusinasi. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 12(4), 54–57.

Atmojo, R. S. B., and Fatimah, N. W. (2023). Mengontrol gangguan persepsi sensori dengan aktivitas yang terjadwal. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 11(1). 11-18.

Umi Salamah, Ayu Pratiwi, & Mentari Mentari. (2024). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Dengan Pemberian Intervensi Membaca Surat Al-Fatihah Di Yayasan Rehabilitasi Mental Griya Bakti Medika Semanan 2024. *DIAGNOSA: Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Keperawatan*, 2(1), 223–233. <https://doi.org/10.59581/diagnosa-widyakarya.v2i1.2791>


Linda, Nurul Endang. (2023). Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Wisma Dwarawati RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang Tahun 2023. *Prosiding Seminar Nasional Universitas Respati Yogyakarta Vol. 5 No. 1*

Lampiran 1


Analisis Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang

NO	KEGIATAN	AGUSTUS	SEPTEMBER	OKTOBER	NOVEMBER	DESEMBER	JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MEI	JUNI
1.	Konsultasi dan ACC judul Proposal											
2.	Perbaikan dan Konsultasi Proposal											
3.	Pendaftaran Sidang Proposal											
4.	Sidang Proposal											
5.	Perbaikan Proposal											
6.	Penelitian dan Penyusunan											
7.	Pendaftaran Ujian KTI											
8.	Sidang KTI											
9.	Perbaikan KTI											
10.	Pengumpulan perbaikan KTI											
11.	Publikasi											

Padang, Juni 2024

Pembimbing I  
  
**Rendiayanti, M.Kep, SP.Kep.Jiwa**  
 NIP : 19720528 199503 2 001

Pembimbing II  
  
**Na. Lola Felnanda Amri, S.Kep, M.Kep**  
 NIP. 19760206 200012 2 001

Mahasiswa  
  
**Sindy Marlina**  
 NIM: 213110146

## Lampiran 2

### FORMAT SKRINING

#### PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN HALUSINASI

Nama Klien : Tn. M

Usia : 60 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

NO	Tanda dan Gejala	Ya	Tidak
<b>DATA OBJEKTIF</b>			
1.	Distorsi Sensori	√	
2.	Respons Tidak Sesuai	√	
3.	Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu	√	
4.	Menyendiri	√	
5.	Melamun	√	
6.	Konsentrasi Buruk	√	
7.	Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi		√
8.	Curiga		√
9.	Melihat Ke Suatu Arah	√	
10.	Mondar mandir	√	
11.	Bicara Sendiri	√	
<b>DATA SUBJEKTIF</b>			
1.	Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan	√	
2.	Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, atau pengecapan	√	
3.	Menyatakan Kesal	√	
	Total jawaban "Ya"	<b>12</b>	

#### Keterangan:

Jika jumlah "Ya"  $\geq 10$  maka klien **masuk** dalam katategori kriteria sampel

Jika jumlah "Ya"  $< 10$  maka klien **tidak masuk** dalam katategori kriteria sampel

#### Kesimpulan:

Tn. M masuk ke dalam kriteria sampel karna memiliki total jawaban "Ya"  $\geq 10$

### Lampiran 3

**INFORMASI KLINIS**

Tang bertanda ini akan dibawahi ke

**KLIEN**

Nama : *M. J. J. J.*

Tempat/tanggal lahir : *Jember, 10/10/1970 - 22 - 11/1970*

**PENANGGUNGJAWAB (Keluarga)**

Nama : *J. J. J. J.*

Alamat : *RT 01/46-01 901 Jember, Jember, Jawa Timur*

No. Telepon : *0851 - 4340 - 7407*

Hubungan dengan klien : *adik kandung*

Selalu mendapat penjelasan tentang pelayanan keperawatan keluarga di rumah yang termasuk tentang HAK dan KEWAJIBAN KLIEN. Menjadikan orang tua tidak setuju\* (\*orang tidak ada).

**HAK KLIEN DAN KELUARGA**

1. Dapat menentukan rencana pelayanan keperawatan keluarga di rumah
2. Menentukan pelayanan yang sesuai dengan norma yang berlaku berdasarkan kode etik, norma agama dan sosial budaya tanpa diskriminasi berdasarkan ras, warna kulit, agama, jenis kelamin, usia atau asal atau kebangsaan
3. Mengetahui hak-hak tentang tindakan setelah menerima penjelasan yang lengkap kecuali tindakan darurat
4. Mengemukakan keluhan terhadap individu petugas yang melayani
5. Mengetahui informasi yang berkaitan dengan setiap prosedur pelayanan
6. Mengetahui perlindungan hukum atau tindakan yang menyimpang dari standar prosedur

**KEWAJIBAN KLIEN DAN KELUARGA**

1. Bekerjasama dan bersedia petugas untuk mendukung tercapainya tujuan pelayanan keperawatan keluarga di rumah
2. Mengetahui rencana tindakan keperawatan yang akan dibuat berdasarkan kemampuan bersama petugas
3. Mengetahui petugas sesuai dengan norma yang berlaku berdasarkan kode etik, norma agama dan sosial budaya tanpa diskriminasi berdasarkan ras, warna kulit, agama, jenis kelamin, usia atau asal atau kebangsaan



Saya menerima bahwa persetujuan ini dibuat sebagai upaya meningkatkan rasa aman dalam menerima pelayanan sesuai standar dan memastikan bahwa yang diberikan sesuai dengan peraturan yang ditetapkan. Saya percaya bahwa petugas pelayanan keperawatan keluarga di rumah akan menjaga hak-hak saya dan kerahasiaan pribadi saya sebagai klien, sesuai dengan peraturan dan hak-hak yang berkenaan dengan kepribadian saya.

Padang, 20 Februari 2024

Penanggung Jawab

klien

  
(.....Fani Yonmi.....)

  
(.....Nampura.....)

Diketahui,

Mahasiswa

Kادر

  
(.....Study Madani.....)

  
(.....Fani Yonmi.....)

## Lampiran 4

### PENGAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

#### 1. Pengkajian

##### A. Identitas Klien

Inisial Klien	: Tn. M
Umur	: 60 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Tidak bekerja
Status	: Belum Menikah
Tanggal Pengkajian	: 19/02/2024
Informan	: Klien dan Keluarga
Alamat Lengkap	: RT 03/ RW 03 Kel. Jati Rawang, Kec. Padang Timur

##### B. Faktor Predisposisi

###### 1. Gangguan jiwa di masa lalu

Keluarga klien mengatakan klien mulai mengurung diri dan melamun sejak pasien tingkat SD kelas 6. Keluarga mengatakan awalnya klien dimarahi oleh guru saat bermain Ketapel di kelas, klien marah lalu menembakkan ketapel nya ke arah guru. Sejak itu klien tidak mau masuk sekolah dan akhirnya tinggal kelas. Klien mulai mengurung diri di kamar dan tidak mau berinteraksi. Klien juga mulai tertawa dan bicara sendiri di kamarnya tanpa sebab. Lalu klien juga sering berkeliling daerah rumah dengan celana pendek tanpa sebab. Keluarga tidak pernah membawa klien ke Rumah Sakit Jiwa karena menganggap klien tidak membahayakan orang lain dan sekitarnya. Keluarga mengatakan, klien akan marah ketika dipaksa melakukan sesuatu atau saat anak-anak sekitar rumah menertawakannya. Ketika klien marah, nada suara nya akan tinggi dan mengepalkan tangan, namun tidak

sampai memukul atau melempar barang.

## 2. Pengobatan Sebelumnya

Keluarga klien mengatakan, klien tidak pernah mendapatkan obat-obatan sebelumnya. Namun setelah mendapatkan obat rutin dari puskesmas, klien mulai bisa melakukan aktivitas seperti biasa.

## 3. Keluhan saat pengkajian

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 19 februari 2024 pukul 15.00 WIB, klien mengatakan mendengar suara-suara bisikan yang tidak jelas di telinganya. Klien mengatakan, mendengar suara-suara tersebut ketika sedang sendiri di kamarnya dan saat melamun. Klien merespons suara tersebut dengan tertawa sendiri dan bicara sendiri.

## 4. Trauma

### a. Aniaya Fisik

Keluarga mengatakan saat kelas 6 SD, Tn. M dimarahi oleh guru saat bermain Ketapel di kelas, klien marah lalu menembakkan ketapel nya ke arah guru. Sejak itu klien tidak mau masuk sekolah. Tn. M tidak pernah mengalami penganiayaan secara fisik dan tidak pernah menjadi saksi.

### b. Tindakan Kriminal

Keluarga mengatakan Tn. M tidak pernah mengalami tindakan kriminal, tidak pernah menjadi pelaku maupun saksi tindakan kriminal.

### c. Kekerasan dalam keluarga

Keluarga mengatakan Tn. M tidak pernah mengalami kekerasan dalam keluarga, tidak pernah menjadi pelaku maupun saksi tindakan kriminal.

## 5. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa sebelumnya.

## 6. Pengalaman yang tidak menyenangkan

Keluarga mengatakan awalnya klien dimarahi oleh guru saat bermain Ketapel di kelas, klien marah lalu menembakkan ketapel nya ke arah

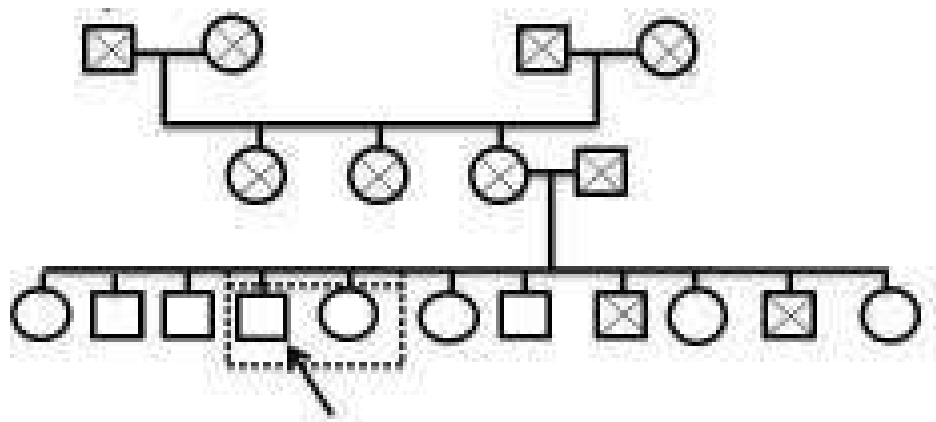
guru. Sejak itu klien tidak mau masuk sekolah dan akhirnya tinggal kelas.

### C. Pemeriksaan Fisik

1. Tanda - tanda vital : TD: 130/80 mmHg Nadi: 90  
Suhu: 36,8°c Pernafasan: 22/m
2. Ukuran : TB: 165 cm BB: 50kg
3. Keluhan Fisik : Tidak

### D. Psikososial

1. Genogram



Keterangan:

○ : Perempuan

□ : Laki-Laki

⊗ ⊙ : Meninggal

↖ : Klien

..... : orang yang tinggal serumah

Tn. M merupakan anak ke 4 dari 11 bersaudara. Tidak ada sebelumnya dikeluarga Tn. M yang mengalami gangguan jiwa ataupun memiliki gejala yang sama dengan klien. Tn. M tinggal serumah dengan adiknya. Komunikasi klien lancar dengan adiknya. Pengambilan keputusan

diambil oleh adiknya. Pola asuh yang diterapkan di keluarga Tn. M cukup bebas, termasuk bergaul maupun gaya hidup.

## 2. Konsep diri

### a. Citra Tubuh

Tn. M mengatakan tubuhnya sehat dan kuat. Tn. M tidak merasa kekurangan ataupun sedih dengan bentuk tubuhnya.

### b. Identitas diri

Tn. M tidak bisa mengingat lagi berapa jumlah saudara nya, ia hanya ingat bahwa ia tinggal dengan adiknya.

### c. Peran Diri

Tn. M mengatakan tugasnya di keluarga yaitu membantu adiknya, dengan cara mengumpulkan buah pinang ataupun menerima pekerjaan dari tetangga seperti mencabut rumput. Tn. M dapat mengerjakannya dengan baik dan sampai selesai.

### d. Ideal Diri

Tn. M berharap tetap sehat dan kuat.

### e. Harga Diri

Tn. M mengatakan tinggal bersama adiknya dan dekat dengan adiknya. Tn. M juga dekat dengan tetangga yang sering memberinya pekerjaan ringan seperti mencabut rumput. Tn. M juga dekat dengan pemilik warung dimana dia sering membeli rokok. Tetangga Tn. M mengatakan bahwa kesihan dengan kondisi Tn. M dan tidak merasa takut atau merasa bahaya jika dekat dengan Tn. M.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

## 3. Hubungan Sosial

### a. Orang Terdekat

Tn. M Mengatakan ia dekat dengan adiknya yang ke 5 dan ke 6, yaitu Ny. F dan Ny. Y. Ia mengadu, mengobrol, meminta bantuan, menolong Ny. F dan Ny. Y.

### b. Peran dalam kegiatan kelompok/Masyarakat

Keluarga Tn. M mengatakan, Tn. M bisa bergaul dengan tetangga yang sering ia temui, seperti pemilik warung ataupun tetangga yang

sering memberinya pekerjaan. Namun, saat ada kegiatan sosial ataupun musyawarah, Tn. M tidak akan ikut serta dalam kegiatan itu karna tidak kenal dan tidak paham.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Tn. M tidak bisa berkonsentrasi lama-lama saat mengobrol, Tn. M hanya paham jika disuruh melakukan sesuatu.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

4. Spiritual

a. Nilai dan Keyakinan

Keluarga mengatakan Tn. M beragama islam. Dan Tn. M juga mengatakan bahwa ia islam.

b. Kegiatan Ibadah

Tn. M tidak bisa melakukan ibadah lagi karna tidak paham dan tidak ingat lagi.

Kemungkinan masalah keperawatan: Distress spiritual

5. Status Mental

a. Penampilan

Penampilan Tn. M tidak rapi dan cukup kotor, namun Tn.M tidak berbau. Pakaian Tn.M masih sesuai dan tau situasi memilih pakaian. Cara berpakaian Tn. M seperti biasanya.

b. Pembicaraan

Gaya bicara Tn. M tidak teorganisir, mengikuti lawan bicara, dan sering tidak fokus dengan lawan bicara.

c. Aktivitas motorik

Aktivitas motorik Tn. M tenang dan normal

d. Alam perasaan

Emosi Tn. M berupa gembira berlebihan, dan Tn. M lebih banyak diam

e. Afek

Afek yang didapatkan berdasarkan observasi kepada Tn. M yaitu afek tumpul. Tn.M hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat

f. Emosi selama wawanacara

Selama berinteraksi dengan Tn. M, Tn. M sering kehilangan fokus saat sedang wawancara. Namun Tn. M tetap kooperatif. Kontak mata kurang karena Tn. M banyak menunduk dan melihat ke arah lain. Ekspresi wajah cepat berubah, saat diberikan stimulus bahagia, Tn. M juga akan ikut tertawa atau tersenyum, setelah itu Ekspresi Tn. M kembali datar.

g. Persepsi

1) Isi Halusinasi:

Tn. M mengalami halusinasi pendengaran dimana Tn.M mengatakan mendengar suara-suara bisikan saat sedang sendirian. Tn. M merepons bisikan tersebut dengan tertawa atau berbicara sendiri.

2) Waktu Halusinasi:

Tn. M mengatakan sering mendengar bisikan-bisikan tersebut saat malam hari

3) Frekuensi Halusinasi:

Suara-suara bisikan muncul 3-5x dalam sehari

4) Situasi:

Tn. M mengatakan bisikan-bisikan terdengar bila ia sendirian di kamar.

5) Respon:

Tn. M mengatakan takut, merasa tidak nyaman, dan gelisah mendengar bisikan-bisikan tersebut. Tn. M merespons bisikan tersebut dengan tertawa atau menjawab bisikan tersebut.

h. Proses Pikir

Tn.M tidak mampu mengorganisir pembicaraan logis. Tn.M mengalami blocking, yaitu pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian melanjutkan kembali jika lawan bicara kembali bertanya.

i. Isi Pikir

Tn. M mengalami dipersonalisasi, yaitu perasaan asing terhadap dirinya dan lingkungan.

j. Memori

Daya ingat Tn. M masuk ke dalam jangka pendek. Tn.M tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini.

k. Tingkat Kesadaran

Tn.M tidak dapat berkonsentrasi saat mengobrol. Klien tampak bingung dan kacau saat diberikan pertanyaan ataupun diajak berinteraksi.

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Tn. M tidak dapat berkonsentrasi dan mudah diahlihan. Klien mampu berhitung, namun dengan bantuan dari lawan bicara.

m. Kemampuan Penilaian

Tn. M mengalami gangguan kemampuan penilaian ringa, yaitu dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain

n. Daya tilik diri

Tn. M tidak menyadari penyakit yang dideritanya dan merasa tidak membutuhkan pertolongan.

6. Kebutuhan persiapan Pulang

a. Makan

Tn. M makan 2x sehari, yaitu saat pagi dan malam, dengan porsi yang cukup dan makanan yang telah disediakan oleh adiknya.

b. BAB atau BAK

Keluarga mengatakan Tn. M mampu BAB dan BAK sendiri dan mampu membersihkan diri.

c. Mandi

Tn. M mandi 1x sehari yaitu saat sore. Tn. M mandi dengan sabun. Tn. M mencuci rambutnya namun jarang memakai shampo. Tn. M menggunting kuku dan bercukur jika sudah diingatkan dan diperintahkan adiknya. Klien cukup bersih dan tidak bau.

d. Berpakaian

Tn. M dapat memakai, memilih, dan mengenakan pakaian sendiri. Tn. M memakai sandal jika keluar rumah.



Penampilan umum klien cukup bernatakan dan tidak rapi. Tn. M mengatakan ganti baju 1x sehari sesudah mandi.

e. Istirahat dan tidur

Keluarga mengatakan Tn. M susah untuk tidur malam dan sering terbangun. Tidur siang selama 2-5 jam dan berulang, Tn.M tertidur saat sedang duduk dan melamun, dimanapun Tn.M duduk. Dan tidur malam sekitar 2-3 jam. Sebelum tidur, biasanya Tn. M minum kopi ataupun hanya melamun. Dan setelah tidur, Tn. Biasanya langsung melakukan kegiatannya.

f. Penggunaan obat

Obat yang dikonsumsi Tn.M adalah Risperidone (2mg), Cepezet chlorpromazine (100mg), dan Trihexyphenidyl (2mg). Dikonsumsi 1x/hari, sebelum tidur. Setelah mengkonsumsi obat rutin, Keluarga mengatakan emosi Tn.M menjadi stabil dan menjadi lebih baik.

g. Pemeliharaan kesehatan

Keluarga mengatakan mendapatkan obat dari posyandu pembantu di jati dan mendapatkan obat rutinnya. Adik klien, Ny. F dan Ny. Y adalah sistem pendukung yang dimiliki klien, dengan selalu memantau klien untuk selalu minum obat.

h. Kegiatan di dalam rumah

Keluarga mengatakan di dalam rumah klien hanya tidur, makan, dan menjemur buah pinang. Klien dapat menyusun tempat tidur dan bajunya walaupun tidak terlalu rapi.

i. Kegiatan diluar rumah

Kegiatan klien banyak dihabiskan diluar rumah, seperti mencari buah pinang untuk dijual, belanja rokok, berjalan sekitar rumah.

E. Mekanisme Koping

Koping adaptif: mencari kegiatan diluar rumah

Koping maladaptif: Tidur berlebihan.

F. Masalah psikososial dan lingkungan

a. Masalah dengan dukungan kelompok

Tn.M mengatakan tidak ada masalah dengan dukungan kelompok.  
Tn.M akur dengan adik dan keluarganya.

b. Masalah berhubungan dengan lingkungan

Keluarga Tn.M mengatakan tidak ada tetangga yang mengatakan hal buruk tentang Tn.M. namun anak-anak yang tinggal disekitar rumah, seringkali mengejek dan mengganggu Tn.M

c. Masalah dengan pendidikan

Keluarga mengtakan pendidikan terakhir Tn.M adalah SD

d. Masalah dengan pekerjaan

Tn.M saat ini tidak memiliki pekerjaan tetap, hanya membantu jika ada tetangga yang meminta ataupun hanya sekedar mencari buah pinang. Tn.M tidak memiliki masalah dalam pekerjaannya, semua pekerjaannnya dilakukan dengan tuntas.

e. Masalah dengan perumahan

Tn.M tinggal bersama adiknya, Ny. Y dan tidak ada masalah

f. Masalah ekonomi

Tn.M dan keluarga berasal dari keluarga dengan ekonomi sedang. Adik Tn.M memilki warung untuk membantu ekonomi sehari-hari.

g. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Keluarga mengatakan tidak memilki masalag dengan pelayanan kesehatan. Keluarga aktif mengikuti kegiatan posyandu dan mengajak Tn.M

G. Pengetahuan

Tn. M tidak mengetahui penyakitnya dan merasa baik-baik saja. Keluarga mengetahui penyakit Tn.M namun tidak mengetahui faktor prediposisi, koping dan lainnya. Keluarga hanya tau bahwa Tn. M harus meminum obat rutin untuk membuat kondisinya lebih baik.

H. Aspek Medik

Diagnosa Medik : Skizofrenia

Terapi Medik : Risperidone (2mg), Cepezet chlorpromazine (100mg), dan Trihexyphenidyl (2mg). Dikonsumsi 1x/hari, sebelum tidur.

I. Analisa Data

No	DATA	MASALAH
1.	<p>D S:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Keluarga mengatakan klien sering bicara sendiri</li><li>b. Keluarga mengatakan klien sering tertawa sendiri</li><li>c. Tn. M mengatakan sering mendengar suara-suara bisikan di telinganya</li><li>d. Tn.M mengatakan suara bisikan muncul saat ia sendirian di kamar</li><li>e. Tn.M mengatakan suara bisikan bisa muncul 3-5x dalam sehari</li><li>f. Tn.M mengatakan merasa takut, gelisah, dan terganggu dengan suara bisikan tersebut</li></ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Saaat berinteraksi, repons Tn. M tidak sesuai dan sering hilang fokus</li><li>b. Tn. M sering menyendiri</li><li>c. Tn. M sering melamun</li><li>d. Tn.M sering menunduk</li></ul>	Gangguan Persepsi Sensori; Halusinasi

2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keluarga mengatakan Tn.M tidak memiliki teman</li> <li>b. Keluarga mengatakan Tn. M jarang berinteraksi dengan orang lain</li> <li>c. Tn.M mengatakan tidak suka berinteraksi dengan orang lain</li> <li>d. Tn.M mengatakan lebih suka jika berada di dalam kamar sendiri atau duduk di belakang rumah sendiri</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tn. M tampak menghindari kontak mata dengan lawan bicara</li> <li>b. Tn.M tampak sering duduk sendiri di belakang rumah</li> <li>c. Tn.M tampak tidak berminat untuk berinteraksi dengan orang lain</li> </ul>	Isolasi Sosial
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keluarga mengatakan Tn.M mudah merasa kesal dan tersinggung</li> <li>b. Keluarga mengatakan jika Tn.M marah akan meninggikan nada suaranya dan mengepalkan tangannya</li> <li>c. Tn. M mengatakan merasa marah dan kesal jika merasa</li> </ul>	Risiko Perilaku Kekerasan

	<p>dipaksa melakukan sesuatu dan diganggu</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Pandangan Tn. M tampak tajam</li><li>b. Tangan Tn.M tampak mengempal saat kesal</li><li>c. Postur tubuh Tn. M tampak kaku</li></ul>	
--	---	--

J. Pohon Masalah



K. Daftar Masalah Keperawatan

1. Gangguan Persepsi sensori; Halusinasi
2. Isolasi Sosial
3. Risiko Perilaku Kekerasan

## INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien: Tn. M

NO	Diagnosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Gangguan Persepsi Sensori; Halusinasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengenali halusinasi yang dialami.</li> <li>b. Pasien dapat mengontrol halusinasi.</li> <li>c. Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal.</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan 2-4 kali pertemuan diharapkan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menghardik</li> <li>b. Minum obat secara teratur dengan prinsip 6 benar</li> <li>c. Bercakap-cakap melakukan aktivitas terjadwal</li> </ul>	<p><b>STRATEGI PELAKSANAAN PASIEN:</b> <b>Strategi Pelaksanaan 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bantu pasien mengenali halusinasinya dengan cara diskusi dengan pasien tentang halusinasinya, waktu terjadi halusinasi muncul, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, respon pasien saat halusinasi muncul</li> <li>b. ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan cara pertama yaitu dengan menghardik halusinasinya. Pasien dilatih untuk mengatakan “TIDAK” terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya.</li> </ul> <p><b>Strategi Pelaksanaan 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan pasien pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur.</li> <li>b. pasien harus dilatih untuk menggunakan</li> </ul>

				<p>obat secara teratur sesuai dengan program.</p> <p><b>Strategi Pelaksanaan 3</b></p> <p>a. Ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan cara ketiga yaitu dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap-cakap deengan orang lain, maka akan terjadi pengalihan perhatian, fokus perhatian pasien akan teralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain.</p> <p><b>Strategi Pelaksanaan 4</b></p> <p>a. Ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan aktivitas terjadwal. Dengan melakukan aktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering kali mencetuskan halusinasi.</p>
			<p>Setelah dilakukan 2-4 kali pertemuan dihatapkan keluarga mampu :</p> <p>a. mengenal halusinasi dan masalah dalam merawat klien</p> <p>b. Keluarga dapat merawat klien</p> <p>c. Keluarga dapat menciptakan suasana yang membantu klien</p>	<p><b>STRATEGI PELAKSAAAN KELUARGA:</b></p> <p>a. Diskusikan masalah yang dihadap keluarga dalam merawat pasien</p> <p>b. Berikan penjelasan meliputi: pengertian halusinasi, proses terjadinya halusinasi, jenis halusinasi yang dialami, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi.</p>



			<p>mengontrol halusinasi</p> <p>d. Keluarga dapat mengetahui tanda gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera</p> <p>e. Keluarga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia untuk follow up kondisi klien secara berkala</p>	<p>c. Jelaskan dan latih cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi menghardik, minum obat, bercakap- cakap, melakukan aktivitas.</p> <p>d. Diskusikan cara menciptakan lingkungan yang dapat mencegah terjadinya halusinasi.</p> <p>e. Diskusikan tanda dan gejala kekambuhan</p> <p>f. Diskusikan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat untuk follow up anggota keluarga dengan halusinasi.</p>
2.	Isolasi Sosial	<p>a. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat</p> <p>b. Klien dapat mengenal isolasi sosial yang dialami</p> <p>c. Klien dapat berinteraksi dengan keluarga dan lingkungan secara bertahap</p> <p>d. Klien dapat berinteraksi saat melakukan kegiatan sehari-hari dan kegiatan</p>	<p>Setelah dilakukan 2-4 kali pertemuan diharapkan pasien mampu mengontrol isolasi sosial dengan cara:</p> <p>a. Berkenalan dan berinteraksi secara bertahap dengan 1 orang (klien dengan perawat)</p> <p>b. Berkenalan dan berinteraksi secara bertahap dengan 2-3 orang</p> <p>c. Berkenalan dan berinteraksi secara bertahap dengan 4-5 orang</p> <p>d. berkenalan dan berinteraksi</p>	<p><b>STRATEGI PELAKSANAAN PASIEN:</b></p> <p><b>Strategi Pelaksanaan 1:</b></p> <p>a. Membina hubungan saling percaya</p> <p>b. Membantu klien menyadari isolasi sosial yang dialami</p> <p>c. Melatih klien Berkenalan dan berinteraksi secara bertahap dengan 1 orang (klien dengan perawat)</p> <p>d. Masukkan ke jadwal kegiatan harian</p> <p><b>Strategi Pelaksanaan 2:</b></p> <p>a. Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial</p> <p>b. Validasi kemampuan klien dalam berkenalan, beri pujian</p>

		sosial	secara bertahap sambil melakukan aktivitas sosial	<p>c. Latih klien cara berkomunikasi saat melakukan kegiatan sehari-hari (dengan 2-3 orang)</p> <p>d. Masukkan ke jadwal kegiatan harian</p> <p><b>Strategi Pelaksanaan 3:</b></p> <p>a. Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial</p> <p>b. Validasi kemampuan berkenalan dan komunikasi saat melakukan kegiatan sehari-hari, berikan pujian</p> <p>c. Latih klien berkomunikasi saat melakukan kegiatan sehari-hari (dengan 4-5 orang)</p> <p>d. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian</p> <p><b>Strategi Pelaksanaan 4:</b></p> <p>a. Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial</p> <p>b. Validasi kemampuan klien dalam berkomunikasi saat melakukan kegiatan sehari-hari, berikan pujian</p> <p>c. Validasi perasaan klien setelah melakukan kegiatan</p> <p>d. Latih klien untuk berkomunikasi saat melakukan kegiatan sosial</p> <p>e. Masukkan ke jadwal kegiatan harian</p>
3.	Risiko Perilaku Kekerasan	a. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat	Setelah dilakukan 2-4 kali pertemuan diharapkan pasien mampu mengontrol Risiko	<p><b>STRATEGI PELAKSANAAN PASIEN:</b></p> <p><b>Strategi Pelaksanaan 1:</b></p>

		<p>b. Klien dapat mengenal isolasi sosial yang dialami</p> <p>c. Klien dapat berinteraksi dengan keluarga dan lingkungan secara bertahap</p> <p>d. Klien dapat berinteraksi saat melakukan kegiatan sehari-hari dan kegiatan sosial</p>	<p>Perilaku Kekerasan dengan cara:</p> <p>a. Latihan fisik (Tarik nafas dan memukul bantal)</p> <p>b. Meminum obat secara tertaur dengan prinsip 6 benar minum obat</p> <p>c. Verbal (meminta, menolak, dan mengungkapkan dengan baik)</p> <p>d. Latihan Spiritual</p>	<p>a. Mengidentifikasi penyebab dan tanda gejala perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien</p> <p>b. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien</p> <p>c. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan: fisik, obat, verbal, dan spiritual</p> <p>d. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (nafas dalam dan pukul bantal)</p> <p>e. Tanyakan bagaimana perasaan melakukan kegiatan klien setelah</p> <p>f. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik (tarik napas dalam dan memukul bantal)</p> <p><b>Strategi pelaksanaan 2:</b></p> <p>a. Validasi kemampuan melakukan tarik napas dalam dan pukul kasur/bantal, tanyakan manfaatnya, berikan pujian</p> <p>b. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar: benar nama, benar jenis, benar dosis, benar waktu, benar cara, kontinuitas minum obat dan dampak jika tidak kontinu minum obat)</p> <p>c. Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan</p> <p>d. Masukkan pada jadwal kegiatan harian (latihan fisik dan minum obat)</p>
--	--	---	--	---

				<p><b>Strategi Pelaksanaan 3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan</li><li>b. Validasi kemampuan klien melakukan tarik napas dalam, pukul bantal, makan obat dengan patuh dan benar, tanyakan manfaatnya, dan berikan pujian</li><li>c. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (tiga cara, yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar)</li><li>d. Berikan pujian setelah melakukan kegiatan</li><li>e. Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan</li><li>f. Masukkan pada jadwal kegiatan harian</li></ul> <p><b>Strategi Pelaksanaan 4:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan</li><li>b. Validasi kemampuan klien melakukan tarik napas dalam, pukul bantal, makan obat dengan benar dan patuh, bicara yang baik, tanyakan manfaatnya, berikan pujian</li><li>c. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol marah dengan cara spiritual (2 kegiatan)</li><li>d. Berikan pujian setelah klien melakukan kegiatan</li><li>e. Tanyakan perasaan klien setelah melakukan kegiatan</li></ul>
--	--	--	--	--

				f. Masukkan pada jadwal kegiatan (latihan fisik, minum obat, verbal, dan spiritual)
			<p>Setelah dilakukan 2-4 kali pertemuan dihatapkan keluarga mampu :</p> <p>a. Keluarga mampu mengenal masalah risiko perilaku kekerasan</p> <p>b. Keluarga mampu memutuskan untuk melakukan perawatan pada klien risiko perilaku kekerasan</p> <p>c. Keluarga mampu merawat klien risiko perilaku kekerasan dengan mengajarkan dan mendampingi klien dengan melakukan kegiatan fisik, bicara yang baik, minum obat teratur, dan spiritual</p> <p>d. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang kondusif agar klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dan mengurangi stressor yang menimbulkan perilaku kekerasan</p> <p>e. Keluarga mampu mengenal tanda kekambuhan, dan mencari</p>	<p><b>STRATEGI PELAKSAAN KELUARGA</b></p> <p><b>Strategi Pelaksanaan 1:</b></p> <p>a. Mendiskusikan kendala yang dirasakan keluarga dalam merawat klien</p> <p>b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya perilaku kekerasan</p> <p>c. Menjelaskan cara merawat perilaku kekerasan</p> <p>d. Melatih salah satu cara merawat perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik (tarik napas dalam dan memukul bantal)</p> <p>e. Anjurkan keluarga membantu klien sesuai jadwal dan berikan pujian</p> <p><b>Strategi Pelaksanaan 2:</b></p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan yang dialami klien</p> <p>b. Validasi kemampuan keluarga dalam merawat/melatih fisik klien (tarik napas dalam dan memukul bantal), berikan pujian</p> <p>c. Menjelaskan dan melatih 6 benar cara minum obat</p> <p>Anjurkan keluarga membantu klien melakukan kegiatan/latihan sesuai jadwal dan berikan</p>

			<p>pelayanan kesehatan</p>	<p>pujian</p> <p><b>Strategi Pelaksanaan 3:</b></p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan yang dialami klien</p> <p>b. Validasi kemampuan keluarga dalam merawat/melatih fisik klien (tarik napas dalam dan memukul bantal) dan minum obat 6 benar, berikan pujian</p> <p>c. Menjelaskan dan melatih keluarga cara mengontrol marah dengan cara verbal atau sosial (meminta, menolak, mengungkapkan perasaan)</p> <p>d. Anjurkan keluarga melatih klien dengan cara verbal sesuai jadwal dan berikan pujian</p> <p><b>Strategi Pelaksanaan 4:</b></p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan yang dialami klien</p> <p>b. Validasi kemampuan keluarga dalam merawat/melatih fisik klien (tarik napas dalam dan memukul bantal) dan minum obat 6 benar, dan cara verbal/sosial, berikan pujian</p> <p>c. Menjelaskan dan melatih mengontrol rasa marah dengan cara spiritual</p> <p>d. Jelaskan follow up ke puskesmas; tanda</p>
--	--	--	----------------------------	---

				<p>kambuh, identifikasi kendala atau kesulitan dalam melakukan kegiatan</p> <p>e. Jelaskan cara mengontrol rasa marah klien jika sudah terjadi perilaku merusak diri dan/atau lingkungan</p> <p>f. Latih cara pengekangan dan proses rujukan</p> <p>g. Anjurkan membantu klien melakukan kegiatan/latihan sesuai jadwal dan berikan pujian.</p>
--	--	--	--	---

### IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Hari, Tanggal, Waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi keperawatan	Paraf
<p>Selasa, 20 Februari 2024 Jam: 10.00- 11.00 wib</p>	<p>Halusinasi</p>	<p><b>SP 1 pasien</b></p> <p>a. Bantu pasien mengenali halusinasinya dengan cara diskusi dengan pasien tentang halusinasinya, waktu terjadi halusinasi muncul, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, respon pasien saat halusinasi muncul</p> <p>b. ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan cara pertama yaitu dengan menghardik halusinasinya. Pasien dilatih untuk mengatakan “TIDAK” terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya.</p>	<p>a. Keluarga mengatakan klien sering bicara sendiri</p> <p>b. Keluarga mengatakan klien sering tertawa sendiri</p> <p>c. Tn. M mengatakan masih mendengar suara-suara bisikan di telinganya</p> <p>d. Tn.M mengatakan merasa takut, gelisah, dan terganggu dengan suara bisikan tersebut</p> <p>e. Tn.M mengatakan suara bisikan hilang setelah menghardik</p> <p>O:</p> <p>a. Saat berinteraksi, repons Tn. M tidak sesuai dan sering hilang fokus</p>	



		<p><b>SP 1 Keluarga</b></p> <p>a. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien</p> <p>b. Berikan penjelasan meliputi: pengertian halusinasi, proses terjadinya halusinasi, jenis halusinasi yang dialami, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi.</p> <p>c. Jelaskan dan latih cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi menghardik.</p>	<p>b. Tn. M sering menyendiri</p> <p>c. Tn. M sering melamun</p> <p>d. Tn.M sering menunduk</p> <p>e. Tn. M mampu memperagakan kembali cara mengahrdik yang diajarkan perawat</p> <p>A: Halusinasi belum teratasi, SP 1 Halusinasi tercapai</p> <p>P: Lanjutkan SP 2 Halusinasi: Meminum obat secara teratur dengan prinsip 6 benar</p>	
<p>Rabu, 21 Februari 2024 Jam: 14.00- 15.00 wib</p>	<p>Halusinasi</p>	<p><b>SP 2 Pasien</b></p> <p>a. Berikan pasien pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur dengan prinsip 6 benar</p> <p>b. pasien harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program.</p>	<p>a. Kelurga mengatakan masih melihat Tn. M bicara dan tertawa sendiri</p> <p>b. Tn. M mengatakan masih mendengar suara bisikan, namun setelah dihardik, suara bisikan akan</p>	

		<p><b>SP 2 Keluarga</b> Ajarkan keluarga cara mengontrol halusinasi pasien dengan minum obat secara teratur dengan prinsip 6 benar</p>	<p>hilang</p> <p>c. Keluarga dan Tn.M mengatakan paham dengan SP 2 yang telah dijelaskan</p> <p>O:</p> <p>a. Tn. M dapat menyebutkan obat-obatannya dengan baik</p> <p>b. Tn.M dapat menyebutkan waktu minum obat</p> <p>c. Keluarga Tn.M dapat menjelaskan obat-obatan yang dikonsumsi dan cara minum dengan prinsip 6 benar</p> <p>d. Tn.M sudah mulai fokus saat diajak berinteraksi</p> <p>e. Tn. M tidak sering menunduk lagi saat diajak berinteraksi</p> <p>A:</p> <p>Halusinasi belum tertasi, SP 2 tercapai</p>	
--	--	--	--	--

			<p>P:</p> <p>Lanjut SP 3 yaitu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap</p>	
<p>Kamis, 22 Februari 2024 Jam: 11.00- 12.00 wib</p>	<p>Halusinasi</p>	<p><b>SP 3 Pasien</b></p> <p>a. Ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan cara ketiga yaitu dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap-cakap deengan orang lain, maka akan terjadi pengalihan perhatian, fokus perhatian pasien akan teralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain</p> <p><b>SP 3 Keluarga</b> Ajarkan keluarga cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap.</p>	<p>a. Tn.M mengatakan suara bisikan sudah mulai berkurang</p> <p>b. Tn.M mengatakan sudah mempraktekkan cara menghardik suara bisikan</p> <p>c. Tn.M mengatakan masih mengingat 6 brnar minum obat</p> <p>d. Keluarga Tn. Mengatakan Tn.M sudah tidak terlihat tertawa atau bicara sendiri</p> <p>e. Keluarga Tn.M mengatakan masih ingat dengan 6 benar minum obat</p> <p>f. Tn. M dan keluarga mengatakan</p>	

			<p>paham cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a. Tn. M sudah tampak tenang dan tidak gelisah</li><li>b. Tn. M sudah mulai fokus saat diajak berinteraksi dan tidak menunduk lagi</li><li>c. Tn.M dan keluarga antusias dengan pemberian SP 3</li><li>d. Tn.M dapat mempratekkan dan mengetahui situasi kapan harus bercakap-cakap untuk mengontrol halusinasi</li><li>e. Keluarga paham kapan harus mengajak Tn.M bercakap-cakap untuk mengontrol halusinasi</li></ol>	
--	--	--	--	--

			<p>A: Halusinasi belum teratasi, SP 3 Halusinasi tercapai</p> <p>P: Lanjut pemberian SP 4 (melakukan aktivitas sehari-hari)</p>	
<p>Jumat, 23 Februari 2024 Jam: 13.00- 14.00 wib</p>	<p>Halusinasi</p>	<p><b>SP4 Pasien</b></p> <p>a. Ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan aktivitas terjadwal. Dengan melakukan aktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering kali mencetuskan halusinasi.</p> <p><b>SP 4 Keluarga</b> Mengajarkan keluarga mengontrol halusiasni pasien dengan cara mengajak pasien melakukan kegiatan sehari-hari</p>	<p>a. Tn. M mengatakan suara bisikan sudah tidak terdengar</p> <p>b. Tn.M mengatakan mempratekkan cara menghardik dan mengajak keluarga bercakap-cakap jika mendengar suara bisikan</p> <p>c. Tn. M masih mempratekkan cara minum obat dengan prinsip 6 benar</p> <p>d. Keluarga mengatakan Tn. M sudah jarang terlihat tertawa atau bicara sendiri</p> <p>e. Keluarga mengatakan mengingatkan</p>	

			<p>dan membantu Tn. M minum obat dengan prinsip 6 benar minum obat</p> <p>f. Keluarga mengatakan mengajak Tn.M bercakap-cakap</p> <p>g. Tn.M dan keluarga mengatakan antusias untuk melakukan SP ke 4</p> <p>O:</p> <p>a. Tn. M tampak lebih fokus saat diajak mengobrol dan lebih tenang</p> <p>b. Tn. M masih dapat mengingat cara 6 benar minum obat</p> <p>c. Tn. M dapat melakukan kegiatan sehari-hari yaitu menyapu</p> <p>d. Keluarga Tn. M tampak membantu Tn.M melakukan kegiatan nya</p> <p>A:</p> <p>Halusinasi Teratasi, SP 4 halusinasi tercapai</p> <p>P:</p>	
--	--	--	--	--

			Optimalkan SP 4 Halusinasi, dan evaluasi SP 1,2 dan 3 Halusinasi	
Sabtu, 24 Februari 2024 Jam: 09.00- 10.00 wib	Isolasi Sosial	<p><b>SP 1 Pasien:</b></p> <p>a. Membina hubungan saling percaya  b. Membantu klien menyadari isolasi sosial yang dialami  c. Melatih klien Berkenalan dan berinteraksi secara bertahap dengan 1 orang (klien dengan perawat)  d. Masukkan ke jadwal kegiatan harian</p> <p><b>SP 1 Keluarga:</b></p> <p>a. Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien  b. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya isolasi sosial  c. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk memutuskan perawatan terhadap klien  d. Menjelaskan cara merawat pasien isolasi sosial  e. Melatih dua cara merawat: berkenalan dan melakukan kegiatan harian</p>	<p>a. Tn. M mengatakan lebih suka sendirian di kamar atau duduk di belakang rumah sendirian  b. Keluarga mengatakan Tn.M sering sendirian dan tidak suka diganggu  c. Keluarga mengatakan Tn.M jarang berinteraksi dengan orang-orang sekitar  d. Tn. M mengatakan paham dengan cara berkenalan yang diajarkan</p> <p>O:</p> <p>a. Tn. M tampak tidak tertarik bersosialisasi ataupun berinteraksi  b. Tn. M tampak menghindari kontak mata saat berbicara  c. Tn. M bisa mempratekkan cara</p>	

			<p>berkenalan dan melakukan kenalan dengan perawat</p> <p>d. Keluarga tampak antusias dan membantu Tn.M</p> <p>A: Isolasi Sosial belum teratasi, SP 1 Isolasi Sosial tercapai</p> <p>P: Lanjutkan Pemberian SP 2 Isolasi sosial yaitu berkenalan dengan 2-3 orang</p>	
<p>Minggu, 25 Februari Pukul 09.00-10.00 WIB</p>	<p>Isolasi Sosial</p>	<p><b>SP 2 Pasien:</b></p> <p>a. Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial</p> <p>b. Validasi kemampuan klien dalam berkenalan, beri pujian</p> <p>c. Latih klien cara berkomunikasi saat melakukan kegiatan sehari-hari (dengan 2-3 orang)</p> <p>d. Masukkan ke jadwal kegiatan harian</p> <p><b>SP 2 Keluarga:</b> Evaluasi kemampuan keluarga</p>	<p>S:</p> <p>a. Tn. M mengatakan masih ingat cara berkenalan</p> <p>b. Keluarga Tn. M mengatakan Tn. M sudah bisa berkenalan sesuai dengan yang diajarkan</p> <p>c. Tn. M mengatakan antusias dan berani berkenalan dengan perawat dan temannya</p>	



		<p>mengidentifikasi gejala isolasi sosial pada klien</p> <p>b. Validasi kemampuan keluarga melatih klien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan, berikan pujian</p> <p>c. Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan klien untuk berbicara (makan, shalat bersama)</p> <p>d. Latih cara membimbing klien berbicara</p> <p>e. Anjurkan membantu klien sesuai jadwal</p>	<p>O:</p> <p>a. Tn.M tampak bisa dan paham cara berkenalan</p> <p>b. Tn. M sudah mau kontak mata saat berbicara</p> <p>c. Tn.M tampak mulai berani berkenalan dengan orang lain</p> <p>d. Keluarga tampak antusias dan membantu Tn.M</p> <p>A:</p> <p>Isolasi sosial belum teratasi, SP 2 Isolasi sosial tercapai</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan pemberian SP 3 Isolasi Sosial yaitu berkenalan dengan 4-5 orang</p>	
<p>Senin, 26 Februari Pukul 09.00-10.00 WIB</p>	<p>Isolasi Sosial</p>	<p><b>SP 3 Pasien:</b></p> <p>a. Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial</p> <p>b. Validasi kemampuan berkenalan dan komunikasi saat melakukan kegiatan sehari- hari, berikan pujian</p>	<p>S:</p> <p>a. Tn. M mengatakan sudah berani berkenalan dengan orang lain</p> <p>b. Tn. M mengatakan mau berkenalan</p>	

		<p>c. Latih klien berkomunikasi saat melakukan kegiatan sehari-hari (dengan 4-5 orang)</p> <p>d. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian</p> <p><b>SP 3 Keluarga</b></p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan yang dialami klien</p> <p>b. Validasi kemampuan keluarga dalam merawat/melatih fisik klien (tarik napas dalam dan memukul bantal) dan minum obat 6 benar, berikan pujian</p> <p>c. Menjelaskan dan melatih keluarga cara mengontrol marah dengan cara verbal atau sosial (meminta, menolak, mengungkapkan perasaan)</p> <p>d. Anjurkan keluarga melatih klien dengan cara verbal sesuai jadwal dan berikan pujian</p>	<p>dengan 4</p> <p>c. Tn. M mengatakan sudah tidak malas lagi jika harus berkenalan dengan orang lain</p> <p>d. Keluarga menatakan Tn.M sudah mau berinterkasi dengantetangga</p> <p>O:</p> <p>a. Tn. M tampak lebih semangat dan berani berkenalan dengan 4 orang tetangga terdekat</p> <p>b. Keluarga mengatakan Tn.M bisa dan sudah mau berinterkasi</p> <p>A:</p> <p>Isolasi sosial belum teratasi, SP 3 Isolasi Sosial Tercapai</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Pemberian SP 4 Isolasi Ssosial yaitu beinterkasi sambil melakukan aktivitas sosial</p>	
--	--	--	--	--

<p>Selasa, 27 Februari 2024 Pukul 09.00- 10.00 WIB</p>	<p>Isolasi Sosial</p>	<p><b>SP 4 Pasien:</b>  a. Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial  b. Validasi kemampuan klien dalam berkomunikasi saat melakukan kegiatan sehari-hari, berikan pujian  c. Validasi perasaan klien setelah melakukan kegiatan  d. Latih klien untuk berkomunikasi saat melakukan kegiatan sosial yaitu gotong royong di pekarangan rumah  e. Masukkan ke jadwal kegiatan harian</p> <p><b>SP 4 Keluarga:</b>  a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala isolasi sosial pada klien  b. Validasai kemampuan merawat/melatih klien, berikan pujian dalam  c. Jelaskan follow up ke puskesmas, tanda kambuh, rujukan  d. Anjurkan keluarga membantu klien melakukan kegiatan sesuai jadwal, dan berikan pujian</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tn. M mengatakan senang bisa berkenalan dengan orang-orang sekitar</li> <li>b. Keluarga mengatakan Tn. M sudah mau berinteraksi dengan tetangga</li> <li>c. Tn. M mengatakan senang berinterkasi saat melakukan aktivitas sosial gotong royong memberishkan pekarangan rumah</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tn. M tampak sudah lebih semangat dan berani berinterkasi dengan tetangga sekitar</li> <li>b. Keluarga tampak antusias dan selalu membantu Tn. M</li> </ul> <p>A:</p> <p>Isolasi sosial teratasi, SP 4 isolasi Sosial</p>	
--	-----------------------	---	---	--

			tercapai	
			P: Optimalkan SP 4 Isolasi Sosial dan evaluasi SP 1,2, dan 3 Isolasi Sosial	
Rabu, 28 Februari 2024 pukul 14.00- 15.00 WIB	Risiko perilaku Kekerasan	<p><b>SP 1 Pasien:</b></p> <p>a. Mengidentifikasi penyebab dan tanda gejala perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien</p> <p>b. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien</p> <p>c. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan: fisik, obat, verbal, dan spiritual</p> <p>d. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (nafas dalam dan pukul bantal)</p> <p>e. Tanyakan bagaimana perasaan melakukan kegiatan klien setelah</p> <p><b>SP 1 Keluarga</b></p> <p>a. Mendiskusikan kendala yang dirasakan keluarga dalam merawat klien</p>	S: <p>a. Tn. M mengatakan sering merasa kesal jika dipaksa melakukan sesuatu</p> <p>b. Keluarga Tn.M mengatakan Tn.M mudah merasa kesal dan tersinggung</p> <p>c. Keluarga mengatakan jika kesal, Tn.M akan mengepalkan tangan dan meninggikan nada suara</p> <p>d. Tn. M mengatakan paham cara mengontrol emosi dengan menarik nafas dalam dan memukul bantal</p> <p>e. Keluarga mengatakan mengerti bagaimana bersikap jika Tn.M</p>	

		<p>b. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya perilaku kekerasan</p> <p>c. Menjelaskan cara merawat perilaku kekerasan</p> <p>d. Melatih salah satu cara merawat perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik (tarik napas dalam dan memukul bantal)</p> <p>e. Anjurkan keluarga membantu klien sesuai jadwal dan berikan pujian</p>	<p>merasa kesal atau marah</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tn. M tampak paham dan bisa mempraktekkan menarik nafas dalam dan memukul bantal jika merasa kesal</li> <li>b. Tn. M mengatakan perasaannya lebih baik setelah mempraktekkan SP 1</li> <li>c. Keluarga tampak paham dan antusias dengan SP 1</li> </ul> <p>A:</p> <p>Risiko Perilaku Kekerasan belum teratasi, SP 1 RPK tercapai</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan pemberian SP 2 Risiko Perilaku Kekerasan yaitu minum obat dengan prinsip 6 benar</p>	
--	--	--	---	--

<p>Kamis, 29 Februari 2024 Jam: 14.00- 15.00 wib</p>	<p>Risiko Perilaku Kekerasan</p>	<p><b>SP 2 Pasien:</b> a. Validasi kemampuan melakukan tarik napas dalam dan pukul kasur/bantal, tanyakan manfaatnya, berikan pujian b. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar: benar nama, benar jenis, benar dosis, benar waktu, benar cara, kontinuitas minum obat dan dampak jika tidak kontinu minum obat) c. Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan d. Masukkan pada jadwal kegiatan harian (latihan fisik dan minum obat)</p> <p><b>SP 2 Keluarga</b> a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan yang dialami klien b. Validasi kemampuan keluarga dalam merawat/melatih fisik klien (tarik napas dalam dan memukul bantal), berikan pujian c. Menjelaskan dan melatih 6 benar cara minum obat Anjurkan keluarga membantu klien</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tn.M mengatakan sudah lebih tenang jika sedang marah atau kesal</li> <li>b. Keluarga Tn.M mengatakan Tn. M bisa mempratekkan menarik nafas dalam jika sedang kesal dan tidak meninggikan suaranya saat marah</li> <li>c. Tn. M bisa meyebutkan obat dan cara meminumnya dengan tepat sesuai dengan prinsip 6 benar</li> <li>d. Keluarga Tn. M Dapat menjelaskan cara minum obat dengan prinsip 6 benar minum obat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tn. M tampak lebih tenang dan santai saat diajak bicara</li> <li>b. Tn. M Tampak ingat dan paham dengan cara minum obat dengan</li> </ul>	

		melakukan kegiatan/latihan sesuai jadwal dan berikan pujian	<p>prinsip 6 benar minum obat</p> <p>c. Keluarga Tampak masih ingat dan oaham dengan cara minum obat dengan 6 benar minum obat</p> <p>A:</p> <p>Risiko Perilaku Kekerasan belum teratasi, SP 2 RPK tercapai</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Pemberisn SP 3 RPK yaitu verbal (Latihan menolak, meminta, dan mengungkapkan dengan baik)</p>	
Jumat, 01 Maret 2024 Jam: 14.00- 15.00 wib	Risiko Perilaku Kekerasan	<p><b>SP 3 Pasien:</b></p> <p>a. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan</p> <p>b. Validasi kemampuan klien melakukan tarik napas dalam, pukul bantal, makan obat dengan patuh dan benar, tanyakan manfaatnya, dan berikan pujian</p> <p>c. Menjelaskan dan melatih cara</p>	<p>S:</p> <p>a. Tn. M mengatakan tidak mudah merasa kesal lagi</p> <p>b. Tn. M mengatakan mempratekkan menarik nafas dalam, memukul bantal, dan rutin meminum obat</p>	

		<p>mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (tiga cara, yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar)</p> <p>d. Berikan pujian setelah mealakukan kegiatan</p> <p>e. Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan</p> <p>f. Masukkan pada jadwal kegiatan harian</p> <p><b>SP 3 Keluarga:</b></p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan yang dialami klien</p> <p>b. Validasi kemampuan keluarga dalam merawat/melatih fisik klien (tarik napas dalam dan memukul bantal) dan minum obat 6 benar, berikan pujian</p> <p>c. Menjelaskan dan melatih keluarga cara mengontrol marah dengan cara verbal atau sosial (meminta, menolak, mengungkapkan perasaan)</p> <p>d. Anjurkan keluarga melatih klien dengan cara verbal sesuai jadwal dan berikan pujian</p>	<p>sesuai dengan prinsip 6 benar</p> <p>c. Keluarga mengatakan jika merasa kesal Tn.M tidak mengepalkan tangannya lagi</p> <p>d. Tn. M mengatakan paham dan dapat mempratekkan cara menolak, meminta, dan mengungkapkan dengan baik.</p> <p>e. Keluarga mengatakan paham dengan mengajarkan Tn. M cara menolak, meminta, dan mengungkapkan dengan baik</p> <p>O:</p> <p>a. Tn. Tampak lebih tenang dan santai</p> <p>b. Tn. M tampak paham dan bisa mempratekkan cara menolak, meminta, dan mengungkapkan dengan baik</p>	
--	--	--	---	--




			<p>c. Keluarga tampak antusias dan membantu Tn.M</p> <p>A: Risiko Perilaku Kekerasan belum teratasi, SP 3 RPK tercapai</p> <p>P: Lanjutkan pemberian SP 4 Risiko Perilaku Kekerasan yaitu latihan spiritual</p>	
<p>Sabtu, 02 Maret 2024 Jam: 14.00- 15.00 wib</p>	<p>Risiko Perilaku Kekerasan</p>	<p><b>SP 4 Pasien:</b></p> <p>a. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan</p> <p>b. Validasi kemampuan klien melakukan tarik napas dalam, pukul bantal, makan obat dengan benar dan patuh, bicara yang baik, tanyakan manfaatnya, berikan pujian</p> <p>c. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol marah dengan cara spiritual yaotu beristighfar dan berwudhu.</p> <p>d. Beirkan pujian setelah klien melakukan kegiatan</p> <p>e. Tanyakan perasaan klien setelah</p>	<p>S:</p> <p>a. Tn. M mengatakan tidak mudah merasa emosi lagi</p> <p>b. Keluarga Tn.M mengatakan Tn.M tidak mengepalkan tangannya lagi saat marah dan jarang meninggikan suaranya</p> <p>c. Tn. M mengatakan mempratekkan cara menarik nafas dalam, memukul bantal, meminum obat dengan benar,</p>	

		<p>melakukan kegiatan</p> <p>f. Masukkan pada jadwal kegiatan (latihan fisik, minum obat, verbal, dan spiritual)</p> <p><b>SP 4 Keluarga</b></p> <p>a. Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan yang dialami klien</p> <p>b. Validasi kemampuan keluarga dalam merawat/melatih fisik klien (tarik napas dalam dan memukul bantal) dan minum obat 6 benar, dan cara verbal/sosial, berikan pujian</p> <p>c. Menjelaskan dan melatih mengontrol rasa marah dengan cara spiritual</p> <p>d. Jelaskan follow up ke puskesmas; tanda kambuh, identifikasi kendala atau kesulitan dalam melakukan kegiatan</p> <p>e. Jelaskan cara mengontrol rasa marah klien jika sudah terjadi perilaku merusak diri dan/atau lingkungan</p> <p>f. Latih cara pengekangan dan proses rujukan</p> <p>g. Anjurkan membantu klien melakukan kegiatan/latihan sesuai</p>	<p>dan latihan verbal dengan baik</p> <p>d. Keluarga mengatakan Tn.M bisa meminta, menolak, dan mengungkapkan sesuatu dengan baik</p> <p>e. Tn. M mengatakan bisa dan paham mengontrol amarah dengan latihan spiritual yaitu mengucapkan istighfar dan berwudhu</p> <p>O:</p> <p>a. Tn. M tampak lebih santai, tenang dan tidak kaku lagi</p> <p>b. TN. M tampak bisa mempratekkan cara mengontrol amarah dengan beristighfar</p> <p>c. Keluarga mengatakan paham dan antusias mengajarkan Tn. M mengontrol emosi dengan beristighfar</p>	
--	--	---	---	--

		jadwal dan berikan pujian.	A: Risiko Perilaku Kekerasan Teratasi, SP 4 RPK tercapai P: Optimalkan SP 4 RPK, dan evaluasi SP 1,2, dan 3 RPK	
--	--	----------------------------	--	--

Lampiran 5

 **KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
Jl. Sempang Pondok Kopi Nonggale Padang 25146 Telpone (0751) 7058178 (Mubring)  
Website : [www.poltekkes-pdg.ac.id](http://www.poltekkes-pdg.ac.id)  
Email : [dirjen@poltekkes-pdg.ac.id](mailto:dirjen@poltekkes-pdg.ac.id) 

Nomor : PP.03.01/2118/2024  
Perihal : Penelitian  
01 Februari 2024

Kepada Yth.,  
Kepala Dinas Pemasaran Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Padang

Dl:  
Tempat


Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganap TA. 2023/2024, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Penelitian di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin.

NO	NAMA	NIM	JUDUL KTI	LAMA PENELITIAN	TEMPAT PENELITIAN
1.	Sandy Marlina	21.51.811.06	Asuhan Keperawatan pada pasien Skizofrenia dengan Eksternalisasi di wilayah Kerja puskesmas Andalas	1 Februari – 30 April 2024	Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Direktur Politeknik Kesehatan  
Kementerian Kesehatan Padang,

  
RENDAYATI, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa

Dokumen ini telah dibubungkan dengan QR code yang diterbitkan oleh Data Republik Indonesia (DRI), BSSN.

Lampiran 6



**PEMERINTAH KOTA PADANG**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN**  
**PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jl. Jendral Sudirman No. 1 Padang Telp/Fax 0751-807711  
Email: [kegiatan@padang.go.id](mailto:kegiatan@padang.go.id) Website: [www.kota.padang.go.id](http://www.kota.padang.go.id)

**REKOMENDASI**

Nomor : 470/112/DPMPTSP-DKES/2024

Ditujukan Kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Padang, Kota Padang untuk ditindaklanjuti dan dilaksanakan.

1. Dasar :

- a. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pemerintahan Kecamatan;
- b. Peraturan Walikota Padang Nomor 14 Tahun 2012 tentang Struktur Organisasi, Kewenangan Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko dan Tata Kelola Kantor Kepala Dinas Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu;
- c. Surat dan Hibrida Elektronik Padang Nomor : 49/01.01.03/2023.

2. Dasar Perencanaan Berjangka yang menjadi acuan yang bersangkutan tanggal 12 Februari 2024

Dengan ini merekomendasikan pelaksanaan Perizinan / Surat / Perizinan / PKI / PKI (Perizinan Berusaha) Lapangan di wilayah Kota Padang sesuai dengan perizinan yang bersangkutan.

Nama	: Jussy Madiya
Tanggal/Tempat Lahir	: Sabtu, 07 Februari 1990
Pekerjaan/Jabatan	: Mahasiswa
Alamat	: Komplek Mabit (Dk. Jati) 310
Nomor Handphone	: 0811-7111-8888
Waktu Perizinan	: Tiga Bulan
Lama Perizinan	: 11 Februari 2024 s.d. 29 April 2024
Jenis Perizinan	: Amdpro Kependidikan Pada Pabrik (Mandiri) Group (Mandiri) di Wilayah Kerja Perizinan Daerah
Tempat Perizinan	: Wilayah Kerja Perizinan Daerah
Anggota	: -

Ditujukan Kepada Dinas terkait.

- 1. Berkesediaan melaksanakan dan menyetujui Perizinan dan Surat PKI dan Surat lainnya / Lahan Perizinan.
- 2. Pelaksanaan perizinan yang tidak diwajibkan untuk proses yang dapat menggunakan keabsahan keabsahan dan keabsahan di dalam wilayah / Lahan Perizinan.
- 3. Waktu pelaksanaan perizinan berdasarkan Surat PKI selama berkeabsahan di dalam Perizinan.
- 4. Mengetahui hasil perizinan dan waktunya kepada Wali Kota Padang untuk Kantor Bidang dan Perizinan Kota Padang.
- 5. Bila terjadi permasalahan dari pelaksanaan perizinan ini, maka kebijarkannya ini telah berlaku dengan seimbang.

Padang, 12 Februari 2024



- Yang Menyetujui
- 1. Wali Kota Padang
- 2. Wakil Wali Kota Padang
- 3. Sekretaris Daerah Kota Padang
- 4. Kepala Bidang Kota Padang

1. Dokumen ini merupakan dokumen resmi pemerintah Kota Padang dan tidak dapat dipertanggungjawabkan secara hukum apabila digunakan untuk keperluan lain.  
2. Untuk informasi lebih lanjut, silakan hubungi nomor telepon atau email yang tertera pada dokumen ini.

Lampiran 7

**DINAS KESEHATAN KOTA PADANG**  
**PUSKESMAS ANDALAS**  
Jl. Andalas Kecamatan Padang Timur Padang Dato. (2017) 20203

SURAT DARI : DPMPTSP. IF	DITERIMA TEL. : 14-10-22
TGL SURAT : 24-3-22	NO-AGENDA : 0092
NO SURAT : 077/2022/KP/Andalas/01	DITELUSURAN KEPADA : Ulaanda RS/PA
ISI DISPOSISI: Survei awal 96 Sindy Analisa Tentang: Struktur Kelayakan 2000pa Rusun Tersel Pabrik Ag. Kelapa di Kelurahan Andalas	
Kepala Puskesmas Andalas	

/ Kepala RS

DINAS Kesehatan BUKIT BARU ANDALAS	JENJUR & KATA	No. 004573 Lembar 1 dari 1 dan Lembar Lembar 2 dan Lembar 3 dan		
<b>A. IDENTITAS WALIB RETRIBUSI / PASIH</b>				
Nama	Sindy Marlina	No. NPW		
Jenis Kelamin	P.			
Alamat	Kampung Teluk	Kelurahan / Kecamatan		
Tanggal Masuk	10 Februari	Tahun		
Tanggal Keluar				
<b>B. NOTA PERHITUNGAN</b>				
No.	Nama Barang / Pekerjaan / Pekerjaan Mula	Tipe	Jumlah (kg)	Unit (kg)
1	1 kg			1.000
2	1 kg			
3	1 kg			
4	1 kg			
5	1 kg			
6	1 kg			
7	1 kg			
8	1 kg			
9	1 kg			
10	1 kg			
Jumlah Yang Dibayar				71200
Lembar 1 dan Lembar 2 dan Lembar 3 dan				
<b>C. LEGALISASI PEMERIKSAAN</b>			Padang, 10/2/2022	
Yang Memeriksa 	Yang Ditinjau WALIB RETRIBUSI / PASIH			

Lampiran 8



PENERINTAH KOTA PADANG  
DINAS KESEHATAN  
**UPTD PUSKESMAS ANDALAS**

Jl. Masjid Raya Padang Timur, Kode Pos 25132 Padang, Sumatera Barat  
Telp. (075) 8122000/812000

BUKTI KEMERINTAHAN  
No. 7.02.2501/PK/MS/2024

Yang terhormat terdapat di bawah ini:

Nama : dr. Weni Faria Nuzula, M. B.Sc.,  
Pangkat/Gol : Perwata Tk. 1/1/4  
NIP : 196208122008010000  
Jabatan : Kepala UPTD Puskesmas Andalas

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Sindy Marlisa  
NIK : 21310140  
Program Studi : D II Superintenden - POLIKLINIK KESEHATAN  
PADANG  
Jalur Pendidikan : Kuliah Kejuruan dan Gelar Sarjana (Dua Jalur)  
dengan Jurusan di Wilayah Kerja Puskesmas  
Andalas Padang

Pada tanggal 18 Februari 2024, telah dilaksanakan seleksi di UPTD Puskesmas Andalas pada tanggal 18 Februari 2024. Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ditutupi di Padang  
pada tanggal 21 Februari  
2024.

HRH

dr. Weni Faria Nuzula, M. B.Sc.,  
Pangkat/Gol. 1/4  
196208122008010000

Lampiran 9

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH  
 PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN  
 POLTEKKES KEMENKES PADANG

Nama : Sindy Marlina  
 NIM : 213110146  
 Pembimbing II : Residoyanti, M. Kep, SP, Kep. Iiwa  
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang

NO	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	24/03/23	ACC judul dan bab I	
2	20/11/23	- Revisi bab I dan bab II - penulisan bab I	
3	22/11/23	- Revisi bab I dan bab II - penulisan bab I	
4	21/11/23	- Revisi bab I dan bab II - penulisan bab I dan bab II	
5	09/01/24	- Revisi bab I dan bab II - penulisan bab I dan bab II	
6	09/01/24	ACC uraian proposal	
7	21/01/24	- Revisi bab I dan bab II - penulisan bab I dan bab II	
8	29/01/24	- Revisi bab I dan bab II - penulisan bab I dan bab II	
9	18/01/2024	ACC uraian bab I dan II	
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Mengetahui,  
 Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang

(Ns. Yessi Endriyanti, M. Kep)  
 NIP. 19750123199903 2 005



Lampiran 10

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH  
 PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN  
 POLITEKNIK KEMENKES PADANG

Nama : Sindy Marlina  
 NIM : 213110146  
 Pembimbing 1 : Ns. Lela Felizinda Arni, S.Kep, M.Kep  
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Padang

NO	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	24/10/23	BK. judul dan membahas masalah BSN 1	
2	09/11/23	BK. Bab 1 - Mekanisme manifestasi di labor	
3	19/11/23	Keaslian PMS 1 dan 2, analisis eye dan suara	
4	21/12/23	BK. Bab 2 (tentang riwayat dan riwayat) dan	
5	07/01/24	- Analisis wawancara, pengkajian - Keaslian pengisian dan keaslian	
6	09/01/24	- Rasio pengisian bab 1 dan	
7	09/01/24	- Keaslian pengisian dan keaslian bab 11 - Keaslian jawaban untuk lampiran	
8	09/01/24	Ases Gendang Kaki	
9	21/01/24	- Keaslian pengisian pada bab 9 - Keaslian jawaban untuk keaslian 4 paragraf	
10	22/01/24	perubahan perubahan skizofrenia	
11	29/01/24	perubahan perubahan skizofrenia	
12	09/02/24	Ases Gendang Kaki	
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Mengesahkan,  
 Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang

(Ns. Yenni Fitrianti, M.Kep)  
 NIP. 197501211996022005

**DOKUMENTASI**  
**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA**  
**PADA TN. M DAN KELUARGA TN. M**



## HASIL CEK PLAGIAT (TURNITIN)

KTI SINDY MARLINA CEK TURNITIN\_ASUHAN KEPERAWATAN  
PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN HALUSINASI

### ORIGINALITY REPORT

<b>18%</b>	<b>17%</b>	<b>12%</b>	<b>0%</b>
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

### PRIMARY SOURCES

1	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Internet Source	2%
2	<a href="http://repository.universitalirsyad.ac.id">repository.universitalirsyad.ac.id</a> Internet Source	1%
3	<a href="http://www.scribd.com">www.scribd.com</a> Internet Source	1%
4	<a href="http://pdfcoffee.com">pdfcoffee.com</a> Internet Source	1%
5	<a href="http://repository.stikeshangtuhah-sby.ac.id">repository.stikeshangtuhah-sby.ac.id</a> Internet Source	1%
6	<a href="http://eprints.poltekkesjogja.ac.id">eprints.poltekkesjogja.ac.id</a> Internet Source	1%
7	<a href="http://repository.poltekkes-smg.ac.id">repository.poltekkes-smg.ac.id</a> Internet Source	1%
8	<a href="http://akper-pelni.ecampuz.com">akper-pelni.ecampuz.com</a> Internet Source	1%
9	<a href="http://repository.stikesmukla.ac.id">repository.stikesmukla.ac.id</a> Internet Source	1%

