



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA
YANG MENGALAMI HALUSINASI PENDENGARAN DI
RUMAH SAKIT JIWA PROF. HB. SAANIN PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

Oleh:

NAJLA LIDIATHUL FITRI

NIM : 193110182

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2022**



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA
YANG MENGALAMI HALUSINASI PENDENGARAN DI
RUMAH SAKIT JIWA PROF. HB. SAANIN PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan ke Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik
Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang Sebagai
Salah Satu Syarat untuk Memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan**

**NAJLA LIDIATHUL FITRI
NIM : 193110182**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2022**

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama : Najla Lidiathul Fitri
NIM : 193110182
Program Studi : D-III Keperawatan Padang
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia yang
Mengalami Halusinasi Pendengaran di Rumah Sakit Jiwa
Prof. HB. Saanin Padang

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bahan persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes RI Padang.

Dewan Penguji

Ketua Penguji : Ns. Hj. Murniati Muchtar, SKM, M.Biomed

Penguji 1 : N. Rachmadanur, S.Kp, MKM

Penguji 2 : Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa

Penguji 3 : Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep, M.Kep

Ditetapkan di : Poltekkes Kemenkes RI Padang

Tanggal : Mei 2022

Mengetahui,

Ka. Prodi D-III Keperawatan Padang

Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa
NIP. 19701020 199303 2 002

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Diploma pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes RI Padang. Peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, sangatlah sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Pembimbing I sekaligus Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes RI Padang dan Ibu Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep, M.Kep selaku Pembimbing II sekaligus Pembimbing Akademik yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Ibu Ns. Hj. Murniati Muchtar, SKM, M.Biomed selaku Penguji I dan Bapak N. Rachmadanur, S.Kp, MKM selaku Penguji II yang telah memberikan saran dan masukan pada Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Dr. Aklima, MPH selaku kepala Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang beserta staf yang telah mengizinkan peneliti untuk melakukan penelitian.
4. Bapak Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si selaku Direktur Poltekkes Kemenkes RI Padang.
5. Ibu Ns. Sila Dewi Anggraini, M.Kep, Sp. KMB selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
6. Bapak Ibu Dosen dan Staf yang telah membantu dan memberikan ilmu dalam pendidikan untuk bekal penelitian selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
7. Teristimewa kepada kedua orang tua dan kedua adik yang telah memberikan semangat dan dukungan serta restu yang tak dapat ternilai dengan apapun.

8. Rekan-rekan seperjuangan mahasiswa Poltekkes Kemenkes RI Padang Program Studi D-III Keperawatan Padang angkatan 2019, serta semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan yang telah membantu peneliti menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, peneliti berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, 09 April 2022

Peneliti

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Najla Lidiathul Fitri

NIM : 193110182

Tanda Tangan :



Tanggal : 19 Mei 2022

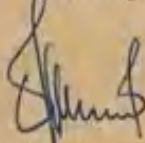
LEMBAR PERSETUJUAN
Karya Tulis Ilmiah

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia yang Mengalami Halusinasi Pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang" telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Sidang Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.

Padang, April 2022

Menyetujui

Pembimbing I



Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa
NIP. 19701020 199303 2 002

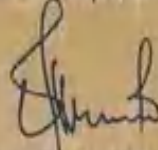
Pembimbing II



Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep, M.Kep
NIP. 19760206 200012 2 001

Mengetahui

Ka. Prodi D-III Keperawatan Padang



Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa
NIP. 19701020 199303 2 002

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, April 2022
Najla Lidiathul Fitri**

**Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia yang Mengalami Halusinasi
Pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang**

Isi : xiii + 104 halaman + 13 lampiran

ABSTRAK

Gangguan jiwa sudah menjadi masalah yang serius bagi seluruh negara di dunia. Skizofrenia termasuk gangguan jiwa berat yang mana, halusinasi pendengaran merupakan salah satu gejala positifnya yang paling sering ditemukan kasusnya. Tujuan penelitian ini adalah mendeskripsikan asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi pendengaran di Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Desain penelitian yang digunakan yaitu deskriptif yang berbentuk studi kasus. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Jiwa. Proses penyusunan dimulai dari bulan September 2021 sampai Mei 2022. Populasi 15 orang dengan 1 orang sampel, menggunakan teknik *purposive sampling* dengan instrumen penelitian format pengkajian asuhan keperawatan jiwa. Pengumpulan data dengan observasi, pengukuran, dan wawancara. Analisa terhadap proses keperawatan dibandingkan dengan teori dan hasil penelitian orang lain. Pengkajian didapatkan keluhan utama yaitu mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya, mondar-mandir, berbicara sendiri, marah tanpa sebab, senang menyendiri. Diagnosa keperawatan yang didapatkan yaitu halusinasi, resiko perilaku kekerasan, dan isolasi sosial. Intervensi keperawatan yang dilakukan sesuai standar strategi pelaksanaan individu yang telah ditetapkan. Implementasi keperawatan menghardik halusinasi, minum obat teratur, bercakap-cakap, melakukan aktivitas sehari-hari; mengontrol marah dengan latihan fisik, minum obat teratur, latihan verbal, dan spiritual; melatih klien bercakap-cakap secara bertahap. Evaluasi keperawatan didapatkan sebagian masalah teratasi. Disimpulkan bahwa klien sudah mampu mengontrol halusinasi, mengontrol emosi, dan mampu berinteraksi dengan orang lain, namun untuk minum obat masih harus didampingi oleh perawat. Disarankan kepada perawat untuk lebih meningkatkan asuhan keperawatan, terutama pendampingan minum obat, dan memberikan edukasi kepada keluarga cara perawatan klien di rumah.

**Kata Kunci (Key Word) : Halusinasi Pendengaran, Asuhan Keperawatan
Daftar Pustaka : 43 (2012-2021)**

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	8
1. Tujuan Umum	8
2. Tujuan Khusus	8
D. Manfaat Penelitian	8
1. Aplikatif	8
2. Pengembangan Keilmuan.....	9
BAB II TINJAUAN TEORITIS	10
A. Konsep Skizofrenia	10
1. Definisi Skizofrenia	10
2. Etiologi Skizofrenia	10
3. Jenis Skizofrenia	11
4. Manifestasi Klinis Skizofrenia.....	12
B. Konsep Halusinasi.....	13
1. Definisi Halusinasi	13
2. Rentang Respon Halusinasi.....	14
3. Etiologi Halusinasi	16
4. Jenis Halusinasi.....	17
5. Faktor yang Mempengaruhi Halusinasi	19
6. Tanda dan Gejala Halusinasi.....	21
7. Psikodinamika Terjadinya Halusinasi.....	23
8. Fase-Fase Halusinasi	24
9. Mekanisme Koping Halusinasi	25
10. Penatalaksanaan Halusinasi	26
C. Asuhan Keperawatan Teoritis	28
1. Pengkajian	28
2. Pohon Masalah	35
3. Diagnosa Keperawatan.....	35
4. Intervensi Keperawatan.....	36
5. Implementasi Keperawatan	61
6. Evaluasi Keperawatan.....	61
7. Dokumentasi Keperawatan	62

BAB III METODE PENELITIAN	63
A. Desain Penelitian.....	63
B. Tempat dan Waktu Penelitian	63
C. Populasi dan Sampel	63
1. Populasi	63
2. Sampel.....	64
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data	65
E. Jenis dan Pengumpulan Data	66
1. Jenis Data	66
2. Teknik Pengumpulan Data.....	66
3. Analisa Data	68
BAB IV DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN	69
A. Deskripsi Kasus.....	69
1. Pengkajian	69
2. Diagnosa Keperawatan.....	78
3. Intervensi Keperawatan.....	78
4. Implementasi Keperawatan	82
5. Evaluasi Keperawatan.....	84
B. Pembahasan.....	89
1. Pengkajian Keperawatan	89
2. Diagnosa Keperawatan.....	94
3. Intervensi Keperawatan.....	97
4. Implementasi Keperawatan	99
5. Evaluasi Keperawatan.....	100
BAB V PENUTUP.....	102
A. Kesimpulan	102
1. Pengkajian Keperawatan	102
2. Diagnosa Keperawatan.....	102
3. Intervensi Keperawatan.....	102
4. Implementasi Keperawatan	103
5. Evaluasi Keperawatan.....	103
B. Saran.....	104
1. Bagi Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang	104
2. Bagi Peneliti	104
3. Bagi Klien	104
4. Bagi Institusi Pendidikan	104
5. Bagi Peneliti Selanjutnya	104
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 : Rentang Respon Neurobiologist Halusinasi.....	15
Gambar 2. 2: Psikodinamika Terjadinya Halusinasi.....	23
Gambar 2. 3: Pohon Masalah Halusinasi	35

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1: Farmakoterapi Halusinasi	26
Tabel 2. 2: Intervensi Keperawatan berdasarkan SDKI, SLKI, dan SIKI	53

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. *Ganchart*
- Lampiran 2. Lembar Konsultasi Pembimbing 1
- Lampiran 3. Lembar Konsultasi Pembimbing 2
- Lampiran 4. Surat Pengantar Izin Pengambilan Data Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 5. Surat Izin Pengambilan Data Awal di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB.
Saainin Padang
- Lampiran 6. Surat Pengantar Izin Penelitian dari Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 7. Surat Izin Penelitian di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saainin Padang
- Lampiran 8. Lembar Skrining Pada Klien dengan Halusinasi
- Lampiran 9. *Informed Consent*
- Lampiran 10. Daftar Hadir Penelitian
- Lampiran 11. Format Pengkajian Keperawatan Kesehatan Jiwa
- Lampiran 12. Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 13. Surat Selesai Melakukan Penelitian di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB.
Saainin Padang

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Najla Lidiathul Fitri
NIM : 193110182
Tempat/Tanggal Lahir : Bukittinggi / 27 Desember 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Alamat : Aia Tabik Baso
Nama Orang Tua
Ayah : Doni Delyuda
Ibu : Amrina Liza

Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun
1.	SD Islam Excellent Bukittinggi	2007-2013
2.	SMPN 6 Bukittinggi	2013-2016
3.	SMAN 5 Bukittinggi	2016-2019
4.	Poltekkes Kemenkes Padang	2019-2022

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 18, tahun 2014 adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi kontribusi untuk komunitasnya. Kesehatan jiwa merupakan kondisi seorang individu yang sejahtera, yang mana individu tersebut mampu mencapai kebahagiaan, ketenangan, kepuasan, aktualisasi diri, dan mampu berpikir positif disegala situasi baik terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Stuart dalam Wuryaningsih et al., 2018). Seseorang yang tidak mampu mencapai kondisi sehat atau mempunyai kecenderungan untuk menjadi kronis dan disertai penurunan fungsi di bidang pekerjaan, hubungan sosial dan kemampuan merawat diri, sehingga cenderung menggantungkan berbagai aspek kehidupannya pada lingkungan sekitar bisa disebut dengan gangguan jiwa (Keliat dalam Suprihatiningsih, Andika, & Maryanti, 2021).

Gangguan jiwa menurut Undang-Undang Republik Indonesia No.18 tahun 2014 merupakan orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia. Stuart dalam (Sutejo, 2018) mengatakan bahwa gangguan jiwa ialah gangguan otak yang ditandai oleh terganggunya emosi, proses berpikir, perilaku, serta persepsi (penangkapan panca indera). Gangguan jiwa ini mengakibatkan stress dan penderitaan bagi penderita dan keluarganya.

Gangguan jiwa diseluruh dunia sudah menjadi masalah yang serius seperti depresi, skizofrenia, dan gangguan bipolar. Saat ini, diperkirakan jumlah penderita gangguan jiwa di dunia adalah sekitar 450 juta jiwa termasuk skizofrenia (WHO, 2017). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam (Suprihatiningsih, Andika, & Maryanti, 2021) mengemukakan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat psikosis pada tahun 2018 dari 34 provinsi di Indonesia yang memiliki gangguan jiwa terbesar pertama adalah Bali yaitu sebanyak 11% per mil, kemudian urutan kedua DIY (10%), urutan ketiga NTB (10%), urutan keempat Aceh (9%), dan Jawa Tengah menempati urutan kelima (9%). Gangguan mental emosional yang menunjukkan gejala depresi dan kemarahan pada usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 9,8% dari jumlah penduduk Indonesia. Gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan adalah sebesar 6% untuk usia 15 tahun keatas atau sekitar 14 juta orang. Prevelensi gangguan jiwa berat seperti skizofrenia adalah 1,7 per 1000 penduduk atau sekitar 400.000 orang (Risikesdas, 2018). Penderita gangguan jiwa di Provinsi Sumatera Barat sekitar 111.016 orang, prevelensi tertinggi yaitu di daerah Kota Padang sebanyak 50.577 orang, disusul urutan kedua yaitu Kota Bukittinggi dengan angka kejadian 20.317 orang gangguan jiwa (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, 2017).

Gangguan jiwa dibagi menjadi dua golongan besar, yaitu gangguan jiwa ringan (*neurosa*) dan gangguan jiwa berat (*psikosis*). Golongan psikosis ditandai dengan dua gejala utama, yaitu tidak adanya pemahaman diri (*insight*) serta ketidakmampuan menilai realitas (*reality testing ability* atau RTA nya terganggu). Golongan neurosis kedua gejala utama di atas masih baik (Hawari dalam Sovitriana, 2019). Salah satu jenis gangguan jiwa berat yaitu skizofrenia. Skizofrenia merupakan salah satu bentuk gangguan jiwa jenis psikosis terbanyak (Sutejo, 2017).

Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berfikir, berkomunikasi, merasakan, dan menunjukkan emosi serta gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi, dan perilaku aneh (Rhoad, 2011; Pardede, J. A., Silitonga, E., & Laia, 2020). Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang bersifat kronis dan melemahkan. Individu yang pernah mengidap skizofrenia dan pernah dirawat, maka kemungkinan kambuh kembali sekitar 50-80%, selain itu harapan hidup pasien skizofrenia 10 tahun lebih pendek daripada pasien dengan gangguan jiwa yang lain (Sutejo, 2017b).

Data WHO (2019), skizofrenia yang merupakan gangguan jiwa berat dan kronis telah menyerang 20 juta orang di seluruh dunia. Hasil Riset Kesehatan dasar (2018) didapatkan bahwa prevalensi penderita skizofrenia di Indonesia sebesar 1,8 per 1000 penduduk. Kementerian Kesehatan RI mencatat bahwa di Indonesia 70% gangguan jiwa terbesar adalah skizofrenia. Kelompok skizofrenia juga menepati 90% pasien di rumah sakit jiwa di seluruh Indonesia (Widianti, Keliat, & Wardani, 2017). Data Dinas Kesehatan Sumatera Barat tahun 2017, Kota Padang menduduki posisi ke Sembilan (1,69%) yaitu 50.608 jiwa. Kunjungan gangguan jiwa di Kota Padang sebanyak 9.355 jiwa.

Gejala pada pasien skizofrenia dibagi atas dua yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala negatif adalah gejala yang tersamar dan tidak mengganggu keluarga dan masyarakat. Gejala negatif penderita skizofrenia seperti menarik diri dari pergaulan sosial, harga diri rendah, dan defisit perawatan diri. Gejala positif adalah gejala yang mencolok yang mudah dikenali dan mengganggu keluarga dan masyarakat. Gejala positif diantaranya adalah waham, gangguan kemauan, gangguan proses pikir (bentuk, langkah, dan isi pikiran), gangguan afek dan emosi serta halusinasi (Prabowo, 2014a). Sebanyak 90% pasien skizofrenia mengalami halusinasi, hal tersebut disebabkan karena pasien tersebut tidak

minum obat dan tidak kontrol ke dokter secara teratur, menghentikan sendiri obat tanpa persetujuan dari dokter, kurangnya dukungan dari keluarga dan masyarakat, serta masalah kehidupan yang berat yang membuat stress (Astuti, Susilo, & Putra, 2017).

Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Halusinasi diartikan sebagai impresi atau satu pengalaman yang tidak benar dirasakan oleh seseorang (Stuart dalam Putri, 2018). Halusinasi dapat diartikan sebagai seseorang yang mengalami gangguan pada persepsi sensorinya sehingga merasakan stimulus, yang sebenarnya tidak ada stimulus dari manapun (Yosep dalam Putri, 2018). Halusinasi adalah salah satu gangguan jiwa yang mana penderitanya mengalami perubahan sensori persepsi, dan tidak mampu dalam membedakan antara rangsangan yang timbul dari sumber internal (pikiran, perasaan) dan stimulus eksternal (Dermawan & Rusdi, 2013). NAMI (*National Alliance For Mentally III*) menyatakan halusinasi dapat terjadi pada seseorang yang bukan penderita gangguan jiwa. Halusinasi pada umumnya terjadi pada klien yang mengalami stress yang berlebihan atau kelelahan, bisa juga karena pengaruh obat-obatan (*halusinogenik*) (Dermawan & Rusdi, 2013). Halusinasi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa yaitu 70% halusinasi dengar, 20% mengalami halusinasi penglihatan dan 10% mengalami halusinasi penciuman, halusinasi pengecap, dan halusinasi perabaan (Nuraeni dkk dalam Hidayah, 2015).

Sutejo (2019) menjelaskan bahwa tanda dan gejala halusinasi menyesuaikan dengan jenis dan tingkatan halusinasi yang dialami oleh individu yang mengalami halusinasi. Beberapa klien yang mengalami gangguan jiwa halusinasi memiliki tanda dan gejala, seperti: 1) berbicara atau ketawa sendiri 2) marah-marah tanpa sebab 3) mengarahkan telinga ke arah tertentu 4) menutup telinga 5) menunjuk-nunjuk kearah tertentu 6) ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas 7) mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu.

Dampak halusinasi yang dialami pasien salah satunya yaitu kehilangan kontrol diri. Dimana klien mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasinya. Dalam situasi ini tanpa disadari klien dapat melakukan bunuh diri (*suicide*), membunuh orang lain (*homicide*), bahkan merusak lingkungan. Untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan, dibutuhkan penanganan halusinasi dengan segera dan tepat untuk mencegah gangguan lain yang akan terjadi pada klien, yang mana langkah pertamanya yaitu dengan membina hubungan saling percaya melalui komunikasi dengan klien halusinasi dan melakukan strategi pelaksanaan kepada klien halusinasi (Hidayah, 2015).

Peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa adalah melaksanakan asuhan keperawatan secara individu dan memberikan pelayanan terhadap keluarga dan komunitas. Perawat melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif dalam penguraian yaitu melakukan pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, melakukan tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan kepada keluarga, mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga, mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan jiwa (Muhith, 2015). Strategi pelaksanaan yang dilakukan perawat dalam mengontrol halusinasi dengan cara: membina hubungan saling percaya, mengontrol halusinasi dengan menghardik, mengontrol dengan 6 benar minum obat, bercakap-cakap, melakukan aktivitas terjadwal, dan evaluasi terhadap tindakan tersebut (Irman, V., Alwi N.P., 2016).

Hasil penelitian Samal, M. H., & Ahmad (2018) di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan menjelaskan bahwa pengaruh penerapan asuhan keperawatan pada klien halusinasi terhadap kemampuan klien mengontrol halusinasi didapatkan hasil bahwa adanya pengaruh penerapan asuhan keperawatan terhadap kemampuan klien dalam mengontrol halusinasi.

Pengalaman peneliti saat praktek klinik keperawatan jiwa pada tanggal 29 Maret 2021 - 4 April 2021 di Rumat Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang pasien dengan gangguan jiwa di ruangan Cendrawasih sebanyak 34 orang dengan penderita halusinasi sebanyak 10 orang. Pasien yang menderita halusinasi terlihat menyendiri, berbicara dan tertawa sendiri, berpakaian yang tidak sesuai, dan akan melakukan apa yang diperintahkan oleh pikirannya jika sedang asyik dengan halusinasinya. Upaya yang telah dilakukan oleh perawat ruangan adalah melatih cara menghardik halusinasi, memberikan pengetahuan tentang pentingnya patuh minum obat, melatih mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap, dan melatih pasien untuk melakukan aktivitas yang terjadwal agar halusinasi tidak muncul.

Survey awal yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 30 Desember 2021 di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang, didapatkan jumlah pasien yang mengalami gangguan jiwa pada tiga bulan terakhir sebanyak 1.841 orang. Diagnosa keperawatan terbanyak selama tiga bulan terakhir di Instalasi Rawat Inap adalah halusinasi yakni sebanyak 914 orang. Klien yang mengalami halusinasi pada bulan September sebanyak 314 orang, pada bulan Oktober sebanyak 293 orang, dan bulan November sebanyak 307 orang. Total klien yang menderita halusinasi 3 bulan terakhir disetiap ruangan yaitu Ruangan Cendrawasih 125 orang, Ruangan Merpati 112 orang, Ruangan Flamboyan 112 orang, Ruangan Melati 122 orang, Ruangan Nuri 117 orang, dan ruangan Upip 1 dan Upip 2 326 orang (RSJ Prof. HB. Saanin Padang, 2021). Berdasarkan data pada satu bulan terakhir, ruangan Cendrawasih menempati peringkat pertama penderita halusinasi sebanyak 41 orang dari 78 penderita gangguan jiwa, dan 37 orangnya mengalami halusinasi pendengaran. Pada waktu peneliti melakukan penelitian tanggal 28 Februari 2022 di Ruangan Cendrawasih didapatkan jumlah pasien yang mengalami halusinasi pendengaran sebanyak 15 orang. Halusinasi merupakan diagnosa utama yang ditemukan pada klien tersebut.

Hasil wawancara peneliti dengan salah satu perawat di Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang didapatkan bahwa masalah yang muncul pada klien halusinasi yaitu berbicara atau tertawa sendiri, sering mendengar suara-suara aneh yang tidak ada wujudnya, sering terlihat menyendiri, mondar-mandir. Di Ruang Cendrawasih, klien yang mengalami halusinasi berat biasanya dirawat berbulan-bulan bahkan ada yang belum bisa pulang sejak pertama kali masuk, tergantung kondisi klien itu sendiri. Pada klien yang mengalami halusinasi ringan biasanya dirawat sekitar $\pm 2-3$ minggu. Upaya yang telah dilakukan oleh perawat ruangan yaitu: melatih menghardik halusinasi, memberikan pengetahuan benar minum obat, melatih mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, serta melatih klien mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas yang terjadwal. Namun, upaya yang telah dilakukan perawat hasilnya belum optimal, karena kondisi gangguan jiwa yang dialami oleh klien, dan diperlukan latihan yang berulang-ulang untuk mendapatkan hasil yang maksimal.

Berdasarkan fenomena diatas, maka peneliti telah melakukan Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia yang Mengalami Halusinasi Pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan data yang telah diuraikan peneliti diatas, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimana memberikan asuhan keperawatan pada pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi pendengaran di Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang tahun 2022?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi pendengaran di Ruangan Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian keperawatan pada klien skizofrenia dengan halusinasi pendengaran di Ruangan Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada klien skizofrenia dengan halusinasi pendengaran di Ruangan Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.
- c. Mampu mendeskripsikan intervensi keperawatan pada klien skizofrenia dengan halusinasi pendengaran di Ruangan Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.
- d. Mampu mendeskripsikan implementasi keperawatan pada klien skizofrenia dengan halusinasi pendengaran di Ruangan Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada klien skizofrenia dengan halusinasi pendengaran di Ruangan Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi pendengaran di Ruangan Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

D. Manfaat Penelitian

1. Aplikatif

- a. Bagi Rumah Sakit dan Perawat
Sebagai masukan dan acuan bagi perawat dalam meningkatkan pelayanan keperawatan, terutama dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi pendengaran.

b. Bagi Peneliti

Sebagai pedoman agar dapat mengaplikasikan dan menambah wawasan ilmu pengetahuan serta kemampuan peneliti dalam mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

c. Bagi Klien

Sebagai sarana untuk memperoleh dan mengendalikan halusinasi yang dialami klien.

2. Pengembangan Keilmuan

a. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai sumber bacaan dan acuan dalam kegiatan proses belajar mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi pendengaran.

b. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai referensi dan rujukan dalam pembuatan ataupun pengaplikasian asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan halusinasi pendengaran.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Skizofrenia

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia atau *Schizophrenia* menurut Faizal (2008, dalam Prabowo, 2014a) yaitu kepribadian yang tidak menyatu, antara pikiran, perasaan, serta perilaku, dengan artian apa yang dilakukan tidak sinkron dengan pikiran dan perasaannya. Secara khusus Skizofrenia merupakan orang yang mengalami gangguan pada emosi, pikiran, dan perilaku.

2. Etiologi Skizofrenia

(Nurarif, Amin Huda., & Kusuma, 2015) menyebutkan beberapa faktor penyebab dari skizofrenia, yaitu:

a. Keturunan

Peneliti telah membuktikan angka kesakitan untuk tiri 0,9-1,8%, bagi kandung 7-15%, bagi anak yang salah satu orang tuanya menderita skizofrenia 40-68%, anak kembar 2 telur 2-15%, dan kembar satu telur 61-86%.

b. Endokrin

Endokrin menjadi salah satu penyebab skizofrenia dikarenakan skizofrenia sering timbul pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium.

c. Metabolisme

Metabolism menjadi salah satu penyebab skizofrenia karena seseorang yang menderita skizofrenia terlihat pucat, tidak sehat, ujung ekstremitas sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun.

d. Susunan saraf pusat

Penyebab skizofrenia diarahkan pada kelainan susunan saraf pusat adalah pada diensefalon atau kortek otak, tapi kelainan patologis yang ditemui mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau artefak pada waktu membuat sediaan.

3. Jenis Skizofrenia

Kraepellin dalam (Nurarif, Amin Huda., & Kusuma, 2015) membagi skizofrenia dalam beberapa jenis, yaitu :

a. Skizofrenia Simplek

Biasanya timbul pertama kali pada saat usia pubertas, gejala utamanya seperti kedangkalan, emosi. Gangguan proses berpikir sulit ditemukan, waham dan halusinasi jarang ditemui, jenis skizofrenia ini munculnya secara perlahan-lahan.

b. Skizofrenia Hebefrenia

Skizofrenia jenis ini sering timbul pada masa remaja atau 15-25 tahun. Gejala yang signifikan seperti gangguan proses pikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau double personality.

c. Skizofrenia Katatonia

Skizofrenia jenis ini timbul pertama kali pada saat usia 15-30 tahun dan biasanya akut dan sering diawali oleh stress emosional.

d. Skizofrenia Paranoid

Waham primer disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi merupakan gejala yang menonjol pada skizofrenia jenis ini. Pada saat dilakukannya pemeriksaan yang teliti ternyata terdapat gangguan-gangguan proses berfikir, gangguan afek emosi dan kemauan.

e. Episode Skizofrenia akut

Gejala skizofrenia timbul secara tiba-tiba dan penderitanya seperti dalam keadaan mimpi. Kesadarannya mungkin berkabut. Dalam hal ini muncul perasaan seperti dunia luar maupun dirinya sendiri berubah, semua memiliki suatu arti yang khusus baginya.

f. Skizofrenia Residual

Keadaan skizofrenia dengan adanya gejala primer Bleuler, namun tidak jelas munculnya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini muncul sesudah beberapa kali terkena serangan Skizofrenia.

g. Skizofrenia Skizo Afektif

Jenis skizofrenia ini cenderung untuk sembuh tanpa defek, akan tetapi bisa saja timbul serangan kembali. Skizofrenia ini akan memunculkan gejala skizofrenia secara bersamaan, dan juga gejala-gejala depresi (skizo depresif) atau gejala mania (psiko-manik).

4. Manifestasi Klinis Skizofrenia

Bleuler yang dikutip oleh Maramis (2005, dalam Prabowo, 2014a) menyebutkan gejala-gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu:

a. Gejala Primer

- 1) Gangguan proses pikiran (bentuk, langkah, dan isi pikiran)
Gangguan pada proses pikir sering terganggu terutama asosiasi. Seseorang yang mengalami skizofrenia cenderung untuk menyamakan hal-hal, kadang pikiran seperti berhenti, ide tidak muncul lagi. Keadaan seperti ini disebut “Blocking” yang mana berlangsung beberapa detik atau bahkan sampai beberapa hari.
- 2) Gangguan efek dan emosi
 - a) Kedangkalan efek dan emosi (*emotional blunting*)
 - b) Parathimi: apa yang seharusnya menimbulkan rasa senang dan bahagia, pada penderita akan muncul perasaan sedih atau marah.
 - c) Paramimi: penderitanya merasakan senang dan gembira, namun menangis. Terkadang emosi dan efek serta ekspresinya tidak memiliki kesatuan.
 - d) Emosi yang berlebihan, sehingga terlihat seperti dibuat-buat seperti sedang bersandiwara.
- 3) Gangguan kemauan
Penderita skizofrenia banyak yang mengalami kelemahan kemauan seperti tidak dapat mengambil keputusan, tidak bisa

bertindak dalam suatu kondisi. Mereka selalu memiliki alasan untuk hal tersebut.

4) Gejala psikomotor

Gejala ini juga disebut dengan gejala katatonik atau gangguan perbuatan.

b. Gejala Sekunder

1) Waham

a) Waham primer timbul secara tidak masuk akal, tidak ada penyebab apa-apa dari luar.

b) Waham sekunder dapat diikuti dan merupakan cara bagi penderita untuk menunjukkan gejala skizofrenia lain.

2) Halusinasi

Pada penderita skizofrenia, halusinasi muncul tanpa adanya penurunan kesadaran. Halusinasi pendengaran (aditif atau akustik) ialah halusinasi yang paling sering pada skizofrenia. Terkadang terdapat halusinasi penciuman (olfaktorik), halusinasi cita rasa (gustatorik) atau halusinasi singgungan (taktik).

B. Konsep Halusinasi

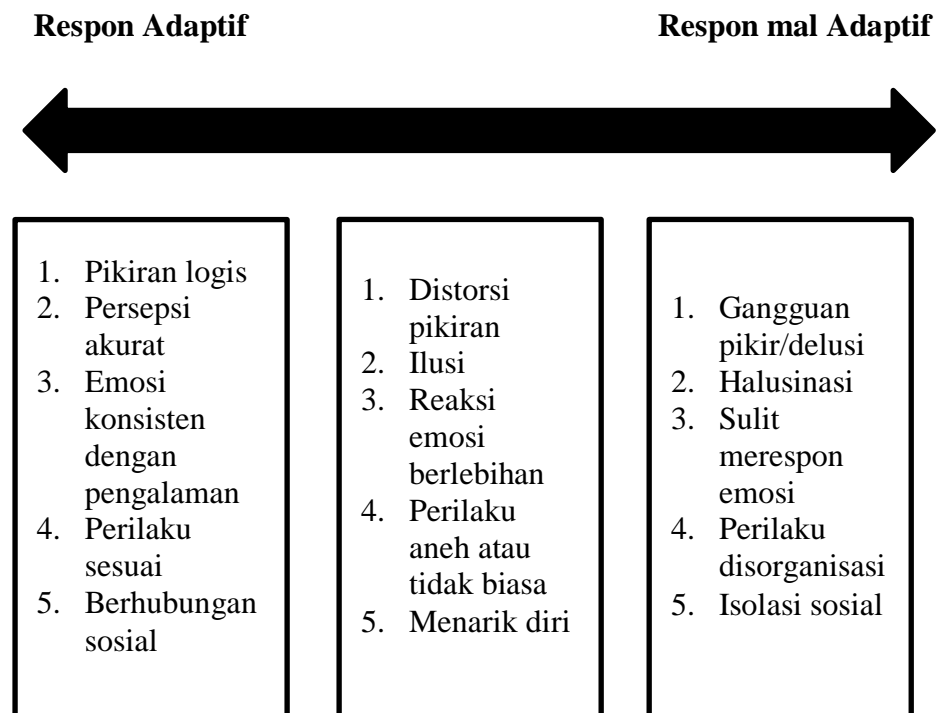
1. Definisi Halusinasi

Maramis, 1998 dalam Muhith (2015) menyebutkan bahwa halusinasi merupakan salah satu gejala yang banyak ditemukan pada klien dengan gangguan jiwa. Halusinasi berkaitan dengan skizofrenia, karena diantara klien skizofrenia mengalami halusinasi. Halusinasi adalah gangguan persepsi yang mana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu penyerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar. Halusinasi ialah pengalaman persepsi dengan tidak adanya bukti yang benar, secara langsung menyebabkan keyakinan akan adanya objek yang nyatanya objek tersebut tidaklah ada (Masrour, 2019).

Stuart (2016) mengutarakan bahwa halusinasi diartikan sebagai impresi atau satu pengalaman yang tidak benar dirasakan oleh seseorang. Gangguan persepsi sensori yang dirasakan oleh seseorang, yang mana orang tersebut merasakan stimulus, namun nyatanya stimulus tersebut tidak ada dari manapun, itulah yang disebut dengan halusinasi sebagaimana yang disampaikan Yosep (2011 dalam Putri et al., 2018). Halusinasi ialah salah satu gangguan jiwa dimana penderitanya merasakan perubahan persepsi sensori, dan bisa juga diartikan sebagai ketidakmampuan manusia dalam membedakan antara rangsangan yang timbul dari sumber internal (pikiran, perasaan) dan sumber eksternal (Dermawan & Rusdi, 2013).

2. Rentang Respon Halusinasi

Putri et al (2018) mengatakan bahwa klien dengan halusinasi mempunyai persepsi suatu stimulus panca indera walaupun sebenarnya suatu stimulus tersebut tidak ada. Jika klien yang sehat memiliki persepsi yang akurat dan dapat mengenali serta menjelaskan rangsangan berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indera (pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecap, dan perabaan), maka meskipun tidak ada rangsangan, klien yang berhalusinasi akan merasakan rangsangan sensorik. Respon individu (yang mengalami gangguan persepsi karena alasan tertentu) salah mempersepsikan stimulus yang diterimanya, yang disebut ilusi. Jika interpretasi rangsangan sensorik berdasarkan rangsangan yang diterima tidak akurat, klien akan mengalami ilusi (Muhith, 2015). Berikut adalah gambaran rentang respon halusinasi:



Gambar 2. 1 : Rentang respon neurobiologist halusinasi (Stuart dalam Putri et al., 2018)

(Putri et al., 2018) menjelaskan bahwa rentang respon terbagi atas 3, yaitu:

a. Respon adaptif

Respon adaptif adalah respon yang sesuai dengan norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut jika menghadapi suatu masalah dalam batas normal dapat memecahkan masalah tersebut.

- 1) Pikiran logis adalah pendapat seseorang yang bisa diterima oleh akal.
- 2) Persepsi akurat adalah pendapat yang benar sesuai kenyataan.
- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman adalah perasaan jiwa sesuai dengan pengalaman yang pernah terjadi.
- 4) Perilaku sosial adalah sikap dan perilaku yang masih dalam batas wajar.

b. Respon transisi

- 1) Distorsi pikiran adalah kegagalan dalam menjelaskan dan mengambil kesimpulan.

- 2) Ilusi adalah seseorang salah dalam mempersepsikan atau merespon stimulus sensoris.
- 3) Emosi berlebihan atau berkurang.
- 4) Perilaku aneh/tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
- 5) Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

c. Respon maladaptif

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

- 1) Gangguan pikir adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- 2) Halusinasi adalah gangguan yang muncul seperti persepsi yang salah terhadap rangsangan.
- 3) Sulit merespon emosi adalah ketidakmampuan seseorang untuk mengontrol senang, bahagia, dan keakraban.
- 4) Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
- 5) Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

3. Etiologi Halusinasi

Rawlins & Heacock, (1998 dalam Dermawan & Rusdi, 2013) menjelaskan bahwa etiologi halusinasi dapat dilihat dari 5 dimensi, yaitu:

a. Dimensi Fisik

Halusinasi dapat meliputi semua indera, namun yang banyak ditemukan adalah halusinasi pendegaran. Halusinasi bisa disebabkan oleh beberapa faktor seperti kelelahan yang berlebihan,

konsumsi obat-obatan, demam tinggi hingga terjadi Delirium, kecanduan alcohol, dan sulit tidur dalam rentang waktu yang lama.

b. Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang tak terkendalkan bisa menyebabkan terjadinya halusinasi. Isi halusinasi bisa seperti perintah yang memaksa dan menakutkan tidak dapat dikontrol dan ditentang. Sehingga membuat klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan yang dirasakannya.

c. Dimensi Intelektual

Awalnya halusinasi ialah usaha ego sendiri melawan impuls yang menentang, mengakibatkan kewaspadaan mengontrol perilaku serta mengambil semua perhatian klien.

d. Dimensi Sosial

Halusinasi bisa ditimbulkan oleh hubungan interpersonal yang tidak memuaskan dan mengakibatkan koping yang dipergunakan untuk menurunkan kecemasan akibat hilangnya kontrol terhadap diri, harga diri, maupun interaksi sosial dalam dunia nyata sehingga klien cenderung menyendiri serta hanya bertuju pada diri sendiri.

e. Dimensi Spiritual

Makhluk sosial yang mengalami ketidakharmonisan berinteraksi sosial merupakan klien yang mengalami halusinasi. Penurunan kemampuan untuk menghadapi stress dan kecemasan, serta menurunnya kualitas untuk menilai keadaan sekitarnya. Salah satu akibat jika halusinasi menguasai dirinya, klien akan kehilangan kontrol terhadap hidupnya.

4. Jenis Halusinasi

a. Halusinasi Non Patologis

NAMI (*National Alliance For Mentally III*) dalam (Dermawan & Rusdi, 2013) menyebutkan, orang yang tidak menderita gangguan jiwa bisa saja mengalami halusinasi. Biasanya terjadi pada klien

yang mengalami stress berlebihan atau kelelahan, dan bisa juga pengaruh obat-obatan (*Halusinasiogenik*).

Halusinasi ini antara lain:

- 1) Halusinasi Hipnognik: Persepsi sensori palsu yang terjadi pada seseorang saat sebelum tertidur.
- 2) Halusinasi Hipnopomik: Persepsi sensori palsu yang terjadi pada saat seseorang bangun tidur.

b. Halusinasi Patologis

Halusinasi patologis yang dikemukakan oleh (Prabowo, 2014b), yaitu:

1) Halusinasi Pendengaran (*Auditory*)

Halusinasi pendengaran merupakan ingatan “parasite” karena proses produksi bahasa yang mengganggu (Ćurčić-Blake et al., 2017). Gangguan stimulasi dimana klien mendengar suara-suara palsu terutama suara-suara orang, umumnya klien mendengar suara orang yang sedang membicarakan apa yang dipikirkannya dan memerintahkan klien untuk bertindak sesuatu.

2) Halusinasi Penglihatan (*Visual*)

Pancaran cahaya, gambaran geometrik, gambar kartun, dan atau panorama yang luas dan kompleks merupakan stimulasi visual yang terlihat oleh klien, namun sebenarnya hal tersebut tidak tampak oleh orang lain.

3) Halusinasi Penghidu (*Olfactory*)

Gangguan stimulasi pada penciuman yang ditandai dengan adanya bau busuk, amis, dan bau yang menjijikan seperti: darah, urine atau feses. Terkadang juga mencium bau harum.

4) Halusinasi Peraba (*Taktil*)

Gangguan stimulasi yang ditandai dengan adanya rasa sakit atau tidak menyenangkan tanpa adanya stimulasi yang terlihat. Contohnya seperti rasa tersengat listrik yang berasal dari tanah.

- 5) Halusinasi Pengecap (Gusfactory)
Gangguan stimulasi yang ditandai dengan merasakan sesuatu yang busuk, amis dan menjijikan.
- 6) Halusinasi Sinestetik
Gangguan stimulasi yang ditandai dengan merasakan fungsi tubuh seperti darah mengalir melalui vena atau arteri, makanan dicerna atau pembentukan urine.

5. Faktor yang Mempengaruhi Halusinasi

Stuart dan Laraia (2005 dalam Muhith, 2015) menjelaskan halusinasi dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah stress yang diperoleh oleh individu.

1) Faktor Genetik

Seorang anak dengan salah satu orang tuanya menderita skizofrenia berpeluang 15% menderita skizofrenia, sedangkan anak dengan kedua orang tuanya menderita skizofrenia maka peluangnya lebih tinggi terkena skizofrenia yaitu sebesar 35%.

2) Faktor Perkembangan

Tugas perkembangan adanya hambatan dan hubungan interpersonal terganggu, maka bisa menyebabkan seseorang akan mengalami stress dan kecemasan.

3) Faktor Neurobiology

Ditemukan bahwa korteks pre frontal dan korteks limbic klien skizofrenia tidak pernah berkembang sepenuhnya. Ditemukan juga bahwa klien dengan skizofrenia mengalami penurunan volume dan fungsi otak yang abnormal. Tidak ada kelainan yang ditemukan pada neurotransmitter, terutama dopamin, serotonin, dan glutamate.

4) Study Neurotransmitter

Skizofrenia juga diyakini penyebabnya karena kesenjangan neurotransmitter dan dopamin yang berlebihan, yang tidak seimbang dengan kadar serotonin.

5) Faktor Biokimia

Stress yang berlebihan, akan menyebabkan tubuh memproduksi suatu zat yang bersifat halusinogenik neurokimia seperti Buffofenon dan Dimetytranferase (DMP).

6) Teori Virus

Paparan virus influenza pada trimester ke-3 kehamilan bisa menjadi salah satu faktor predisposisi seseorang mengalami skizofrenia.

7) Psikologis

Halusinasi dapat terjadi pada seseorang yang memiliki keluarga overprotektif dan sangat pencemas. Hubungan keluarga yang tidak harmonis akan mengakibatkan seseorang stress dan memiliki kecemasan yang tinggi dan berujung dengan gangguan orientasi realitas.

8) Faktor Sosiokultural

Faktor di lingkungan tempat tinggal klien dapat menyebabkan seseorang merasa tersingkirkan dan akan merasakan kesepian.

b. Faktor Presipitasi

Stuart dan Sundeen yang dikutip oleh Jallo (2008, dalam Prabowo, 2014) faktor presipitasi terjadinya gangguan halusinasi, yaitu:

1) Biologis

Gangguan dalam komunikasi serta putaran balik otak, yang mengatur proses informasi serta abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang menyebabkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus yang diterima oleh otak untuk dijelaskan.

2) Stress Lingkungan

Batas toleransi terhadap stres yang berinteraksi terhadap stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

3) Sumber Koping

Sumber koping mempengaruhi respon individu dalam menanggapi stress.

6. Tanda dan Gejala Halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi menurut (Sutejo, 2017a) dinilai dari hasil pengamatan terhadap klien serta ungkapan klien. Adapun tanda dan gejala klien dengan halusinasi adalah:

a. Halusinasi Pendengaran (*Auditory*)

1) Data Objektif

- a) Mengarahkan telinga pada sumber suara
- b) Marah-marah tanpa sebab yang jelas
- c) Bicara atau tertawa sendiri
- d) Menutup telinga

2) Data Subjektif

- a) Mendengar suara atau bunyi gaduh
- b) Mendengar suara yang menyuruh untuk melakukan sesuatu yang berbahaya
- c) Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
- d) Mendengar suara orang yang sudah meninggal

b. Halusinasi Penglihatan (*Visual*)

1) Data Objektif

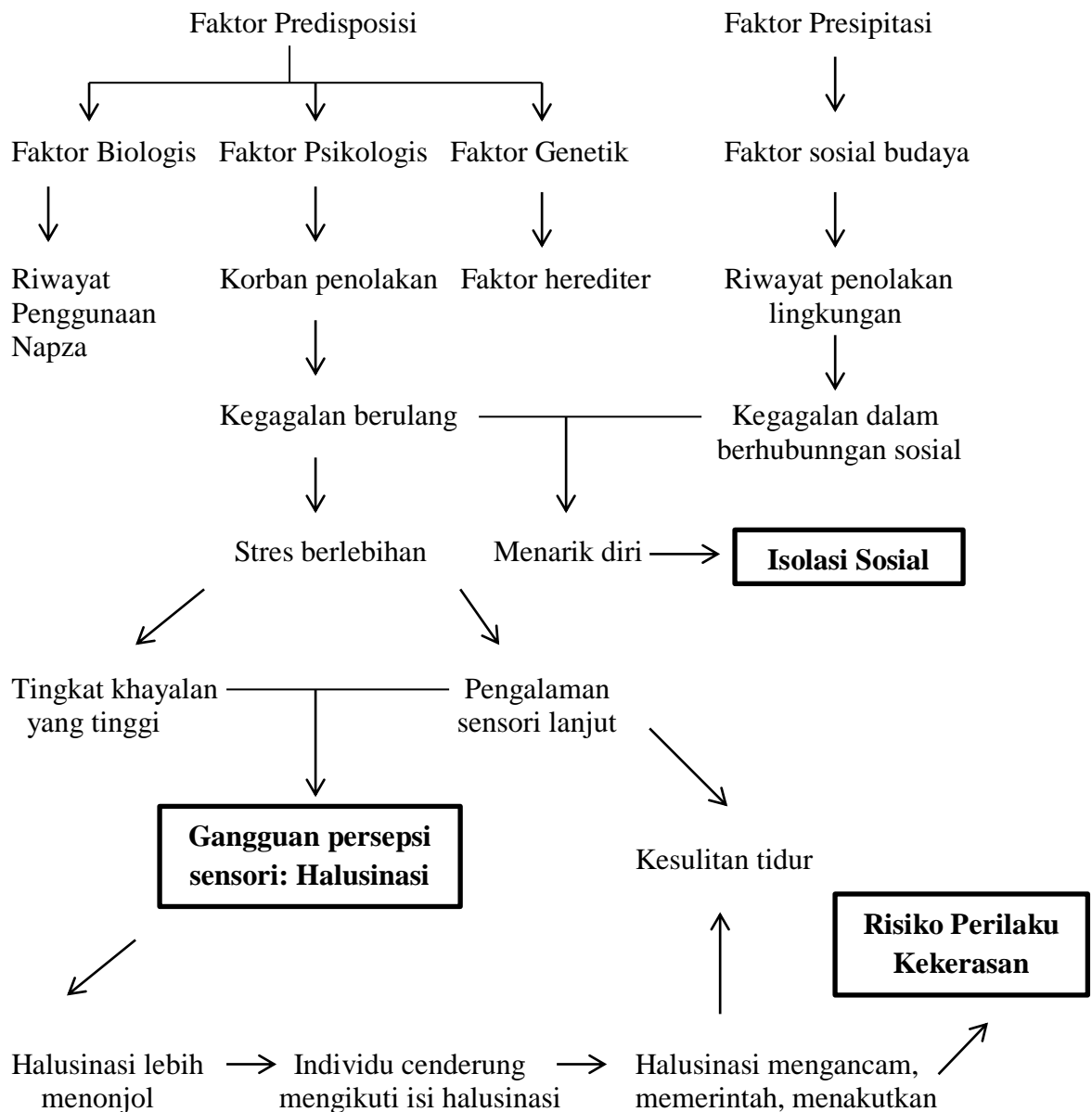
- a) Ketakutan pada sesuatu atau objek yang dilihat
- b) Tatapan mata menuju tempat tertentu
- c) Menunjuk ke arah tertentu

2) Data Subjektif

- a) Melihat makhluk tertentu, bayangan, sinar, seseorang yang sudah meninggal, sesuatu yang menakutkan atau hantu, cahaya.

- c. Halusinasi Pengecapan (*Gustatory*)
 - 1) Data Objektif
 - a) Adanya tindakan mengecap sesuatu, gerakan mengunyah, sering meludah, atau muntah.
 - 2) Data Subjektif
 - a) Klien seperti sedang merasakan makanan atau rasa tertentu, atau mengunyah sesuatu.
- d. Halusinasi Penghidung (*Olfactory*)
 - 1) Data Objektif
 - a) Adanya gerakan cuping hidung karena mencium sesuatu atau mengarahkan hidung pada tempat tertentu
 - b) Menutup hidung
 - 2) Data Subjektif
 - a) Mencium bau dari bau-bauan tertentu, seperti bau mayat, masakan, feses, bayi, atau parfum
 - b) Klien sering mengatakan bahwa ia mencium suatu bau
 - c) Halusinasi penciuman sering menyertai klien dimensia, kejang, atau penyakit serebrovaskular
- e. Halusinasi Perabaan (*Tactile*)
 - 1) Data Objektif
 - a) Menggaruk-garuk permukaan kulit
 - b) Klien terlihat menatap tubuhnya dan terlihat merasakan sesuatu yang aneh seputar tubuhnya
 - 2) Data Subjektif
 - a) Klien mengatakan ada sesuatu yang menggerayangi tubuh, seperti tangan, serangga, atau makhluk halus
 - b) Merasakan sesuatu di permukaan kulit, seperti rasa yang sangat panas dan dingin, atau rasa tersengat aliran listrik

7. Psikodinamika Terjadinya Halusinasi



Gambar 2. 2: Psikodinamika Terjadinya Halusinasi (Irman, V., Alwi N.P., 2016)

8. Fase-Fase Halusinasi

Menurut Direja dalam (Putri et al., 2018) proses terjadinya halusinasi dibagi menjadi 4 fase, yaitu:

a. Fase Pertama (*Fase Comforting*)

Fase pertama disebut juga fase yang menenangkan. Tahap fase ini masuk ke dalam golongan nonpsikotik.

Karakteristik klien: Klien mengalami stress, perasaan perpisahan, merasa bersalah, kesepian, dan tidak dapat diselesaikan. Klien bermenung dan membayangkan hal-hal yang menyenangkan baginya, cara ini hanya menolong sementara.

Perilaku klien: Tersenyum atau tertawa yang tidak sinkron, menggerakkan bibir tetapi tidak bersuara, gerakan mata cepat, respons verbal lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya, dan lebih suka menyendiri.

b. Fase Kedua (*Fase Condemning*)

Fase kedua bisa disebut juga dengan ansietas berat yaitu halusinasi menjadi menjijikkan. Tahap fase ini masuk ke dalam golongan psikotik ringan.

Karakteristik klien: Pengalaman sensori menjijikkan atau menyeramkan, kecemasan meningkat, bermenung dan berfikir sendiri menjadi kebiasaan. Mulai terasa adanya bisikan. Klien tidak ingin orang lain tau dan ia tetap dapat mengontrolnya sendiri.

Perilaku klien: Meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom karena ansietas, seperti denyut jantung, pernapasan, dan tekanan darah meningkat

c. Fase Ketiga (*Fase Controlling*)

Fase ketiga bisa disebut juga dengan ansietas berat yaitu pengalaman sensori menjadi berkuasa. Tahap fase ini masuk ke dalam golongan psikotik.

Karakteristik klien: Bisikan, suara, isi halusinasi semakin jelas, menguasai dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak memiliki kekuatan terhadap halusinasinya.

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

d. Fase Keempat (*Fase Conquering*)

Fase keempat atau disebut dengan fase panik, yaitu klien melebur dengan halusinasinya. Tahap fase ini masuk ke dalam golongan psikotik berat.

Karakteristik klien: Halusinasi berubah menjadi ancaman, memerintah, dan memarahi klien. Klien menjadi merasa takut, tidak memiliki kekuatan, hilang kontrol, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain di lingkungan.

Perilaku klien: Perilaku teror akibat panik, berkemungkinan untuk bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau kakaktonik, tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks, dan tidak bisa merespons lebih dari satu orang.

9. Mekanisme Koping Halusinasi

Menurut Stuart dan Laraia, 2005 dalam (Muhith, 2015) mekanisme koping yang digunakan klien dengan halusinasi, yaitu:

a. Regresi

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

b. Proyeksi

Klien mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan perhatian kepada orang lain atau suatu benda.

c. Menarik Diri

Klien sulit mempercayai orang lain dan sibuk dengan stimulus internal.

d. Keluarga memungkirkan masalah yang dialami oleh klien.

10. Penatalaksanaan Halusinasi

Penatalaksanaan klien skizofrenia yang mengalami halusinasi, yaitu (Prabowo, 2014b) :

a. Penatalaksanaan Medis

1) Farmakoterapi

Neuroleptika dengan dosis efektif bermanfaat pada penderita skizoprenia yang menahun, hasilnya lebih banyak jika mulai diberi dalam dua tahun penyakit. Neuroleptika menggunakan dosis efektif yang tinggi berguna untuk penderita dengan psikomotorik yang semakin tinggi.

Tabel 2. 1: Farmakoterapi Halusinasi

KELAS KIMIA	NAMA GENERIK	DOSIS HARIAN
Fenotiazin	Asetofenazin (Tidal)	60-120 mg
	Klopromazin (Thorazine)	30-800 mg
	Flufenazine (Prolixine, Permiti)	1-40 mg
	Mesoridazin (Serentil)	30-400 mg
	Perfenazin (Trilafon)	12-64 mg
	Proklorperazin (Compazine)	15-150 mg
	Promazin (Sparine)	40-1200 mg
	Tiodazin (Mellaril)	150-800 mg
	Trifluoperazin (Stelazine)	2-40 mg
	Trifluopromazine (Vesprin)	60-150 mg
Tioksanten	Kloprotiksen (Tarctan)	75-600 mg
	Tiotiksen (Navane)	8-30 mg
Butirofenon	Haloperidol (Haldol)	1-100 mg
Dibenzondiazepin	Klozapin (Clorazil)	300-900 mg
Dibenzokasazepin	Loksapin (Loxitane)	20-150 mg
Dihidroindolon	Molindone (Moban)	225-225

Sumber: (Prabowo, 2014b)

2) Terapi Kejang Listrik

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

b. Penatalaksanaan Non Medis

1) Psikoterapi dan Rehabilitasi

Psikoterapi suportif individual atau kelompok sangat membantu karena berhubungan dengan praktis dengan tujuan mempersiapkan klien kembali ke masyarakat, selain itu terapi kerja sangat berguna untuk mendorong klien bergaul dengan orang lain, klien lain, perawat, dan dokter. Tujuannya agar klien tidak mengasingkan diri karena dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik, disarankan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama, seperti terapi modalitas yang terdiri dari:

a) Terapi aktivitas

(1) Terapi musik

Fokus: mendengar, memainkan alat musik, bernyanyi sambil menikmati dengan relaksasi musik yang diminati klien.

(2) Terapi seni

Fokus: untuk mengungkapkan perasaan melalui berbagai pekerjaan seni.

(3) Terapi menari

Fokus pada: ekspresi perasaan melalui gerakan tubuh.

(4) Terapi relaksasi

Belajar dan praktek relaksasi dalam kelompok.

Rasional: untuk coping mal adaptif/deskriptif, meningkatkan partisipasi dan kesenangan klien dalam kehidupannya.

b) Terapi sosial

Klien belajar berkomunikasi dengan klien lain.

c) Terapi kelompok

(1) Terapi group (kelompok terapeutik)

(2) Terapi aktivitas kelompok (*adjunctive group activity therapy*)

(3) TAK Stimulus Persepsi: Halusinasi

(a) Sesi 1: Mengenal halusinasi

(b) Sesi 2: Mengontrol halusinasi dengan menghardik

(c) Sesi 3: Mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan

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

(e) Sesi 5: Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat

(4) Terapi lingkungan

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

C. Asuhan Keperawatan Teoritis

1. Pengkajian

(Stuart, 2016) menjelaskan pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data meliputi biologis, psikologis, sosial, serta spiritual. Data pengkajian kesehatan jiwa dapat diklasifikasikan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping dan kemampuan coping yang klien miliki.

Pengkajian asuhan keperawatan pada klien halusinasi menurut (Muhith, 2015), yaitu:

a. Identitas

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

b. Alasan Masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan seperti berbicara, senyum, dan tertawa sendiri. Mengatakan mendengar suara-suara bisikan makhluk halus atau orang lain. Seseekali klien marah-marah sendiri tanpa sebab, mengganggu lingkungan sekitar, melamun, banyak diam, kadang merasa takut di rumah, memiliki sikap curigaan, sering menarik diri, tidak bisa membuat keputusan, takut, mudah tersinggung, ekspresi wajah tegang, pembicaraan kacau dan tidak masuk di akal.

c. Faktor Predisposisi

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

d. Pemeriksaan Fisik

Biasanya pada pemeriksaan fisik dilakukan pemeriksaan head to toe (kepala hingga kaki), tanda-tanda vital (TTV), dan keluhan yang dirasakan pada fisik klien.

e. Psikososial

1) Genogram

Biasanya ada salah satu anggota keluarga klien yang mengalami gangguan jiwa, pola komunikasi terganggu, begitu juga dengan pengambilan keputusan dan pola asuh. Genogram biasanya dilihat dari 3 generasi sebelumnya.

2) Konsep diri

a) Citra tubuh

Biasanya berisi tentang pendapat klien tentang tubuhnya. Bagian tubuh mana yang disukai dan tidak disukai oleh klien. Biasanya klien mudah kecewa, mudah menyerah, dan menarik diri.

b) Identitas diri

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

c) Peran diri

Biasanya klien mendeskripsikan tentang peran/tugas yang ditanggung dalam keluarga, kelompok, dan masyarakat. Kemampuan klien dalam melakukan tugas atau peran tersebut. Biasanya klien mengalami krisis peran.

d) Ideal diri

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

e) Harga diri

Biasanya mengenai cara klien melihat dirinya dan orang lain sesuai dengan kondisi pada gambaran diri, identitas diri, peran diri, dan ideal diri. Penilaian/penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya. Biasanya klien mengalami harga diri rendah.

3) Hubungan sosial

Biasanya klien halusinasi tidak memiliki orang yang terdekat dan sering dicaci oleh lingkungan sekitar klien dan dikucilkan.

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Biasanya nilai-nilai dan keyakinan terhadap agama klien kurang sekali, keyakinan agama klien yang mengalami halusinasi juga terganggu.

b) Kegiatan ibadah

Biasanya sewaktu sehat klien menjalankan kegiatan ibadah di rumah, saat sakit ibadah terganggu atau berlebihan.

f. Status Mental

1) Penampilan

Biasanya penampilan klien tidak rapi, memakai pakaian yang tidak cocok, dan cara berpakaian klien tidak seperti biasanya.

2) Cara bicara/pembicaraan

Biasanya cara bicara klien yang mengalami halusinasi keras, gugup, inkoheren, apatis, lambat, membisu, dan tidak sanggup memulai pembicaraan.

3) Aktivitas motorik

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

4) Alam perasaan

Biasanya klien terlihat seperti sedih, takut, putus asa, cemas, dan gembira berlebihan.

5) Afek

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

6) Interaksi selama wawancara

Biasanya pada saat wawancara klien tidak kooperatif, bermusuhan, mudah berkecil hati, kontak mata kurang, dan selalu merasa curiga.

7) Persepsi

Persepsi klien tergantung dari halusinasi yang diderita oleh klien tersebut. Halusinasi pendengaran mendengar sesuatu,

halusinasi penglihatan melihat sesuatu, halusinasi penghidu menghidu sesuatu, halusinasi pengecap mengecap sesuatu, dan halusinasi peraba merasakan sesuatu.

8) Proses pikir

Biasanya klien halusinasi proses pikir klien yaitu sirkumtansial, tangensial, kehilangan asosiasi, bicara yang berulang-ulang.

9) Isi pikir

Biasanya keyakinan klien selaras dengan tingkat intelegual dan latar belakang budaya klien. Ketidakmampuan memproses stimulus internal dan eksternal melalui proses informasi yang dapat menimbulkan waham.

10) Tingkat kesadaran

Biasanya klien akan mengalami disorientasi terhadap orang, tempat dan, waktu. Tingkat kesadaran klien halusinasi bisa bingung, sudasi, dan stupor.

11) Memori

Biasanya terjadi gangguan daya ingat jangka panjang maupun jangka pendek, pelupa, klien kurang mampu menaati peraturan yang telah dibuat, tidak mudah tertarik. Klien berulang kali menanyakan waktu, menanyakan apakah tugas sudah dikerjakan dengan baik atau tidak.

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Biasanya kemampuan mengorganisir dan konsentrasi terhadap realitas eksternal, sulit menyelesaikan tugas, serta sulit berkonsentrasi pada suatu kegiatan atau pekerjaan.

13) Kemampuan penilaian

Biasanya klien tidak mampu mengambil keputusan, menilai, dan mengevaluasi diri sendiri dan tidak mampu melakukan keputusan yang telah disepakati. Ada kalanya klien merasa yang dipikirkan dan diucakannya benar padahal sebenarnya itu salah.

14) Daya tilik diri

Biasanya klien tidak mampu mengambil keputusan sendiri, membuat rencana, dan melaksanakan keputusan yang telah disepakati bersama.

g. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Biasanya makan dan minum klien tidak sesuai dengan kebutuhan.

2) BAK/BAB

Biasanya BAK/BAB klien normal atau tidak ada masalah.

3) Mandi

Biasanya klien enggan untuk mandi dan gosok gigi, klien terlihat kusam dan tidak mau menggunting kuku.

4) Berpakaian

Biasanya klien tidak mau mengganti pakaian, dan memakai pakaian yang tidak cocok.

5) Istirahat

Biasanya istirahat klien terganggu.

6) Penggunaan obat

Biasanya klien minum obat tidak teratur.

7) Aktivitas dalam rumah

Biasanya klien malas untuk mengerjakan pekerjaan rumah.

8) Aktivitas di luar rumah

Biasanya klien tidak mau beraktivitas di luar rumah, dikarenakan klien selalu merasa ketakutan.

h. Mekanisme Koping

1) Adaptif

Biasanya klien mampu berkomunikasi dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik relaksasi, aktivitas konstruktif, dan berolahraga.

2) Maladaptif

Biasanya klien gemar meminum alkohol, reaksi klien lambat/berlebihan, klien bekerja secara berlebihan, terus menghindar dan melukai diri sendiri.

i. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Biasanya klien mengalami masalah dalam berinteraksi dengan lingkungan, penyebabnya biasanya karena kurangnya dukungan dari kelompok, masalah pendidikan, masalah pekerjaan, masalah ekonomi, dan masalah pelayanan kesehatan.

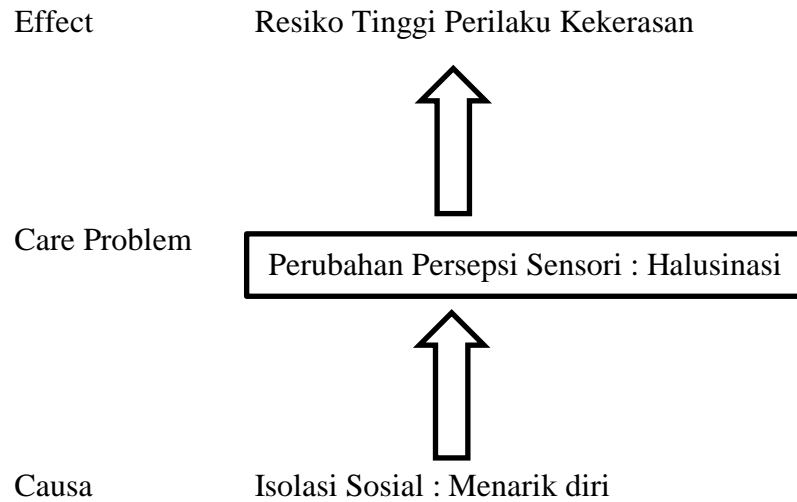
j. Pengetahuan

Biasanya klien halusinasi mengalami gangguan kognitif.

k. Aspek Medik

Obat yang diberikan kepada klien yang memiliki gejala halusinasi menurut (Muhith, 2015) yaitu obat antipsikotik seperti Fenotiazin Asetofenazin (Tindal), Klorpromazin (Thorazine), Flufenazine (Prolixine, Permitil), Mesoridazin (Serentil), Perfenazin (Trilafon), Proklorperazin (Compazine), Promazin (Sparine), Tioridazin (Mellaril), Trifluoperazin (Stelazine), Trifluopromazin (Vesprin) 60-120 mg, Tioksanten Klorprotiksen (Taractan), Tiotiksen (Navane) 75-600 mg, Butirofenon Haloperidol (Haldol) 1-100 mg, Dibenzodiazepin Klozapin (Clorazil) 300-900 mg, Dibenzokasazepin Loksapin (Loxitane) 20-150 mg, Dihidroindolon Molindone (Moban) 15-225 mg.

2. Pohon Masalah



Gambar 2. 3: Pohon masalah halusinasi (Prabowo, 2014b)

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada klien dengan halusinasi, yaitu (Nurhalimah, 2016) :

- a. Risiko perilaku kekerasan
- b. Gangguan sensori persepsi: Halusinasi
- c. Isolasi sosial

Masalah keperawatan berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) yang mungkin muncul adalah:

- a. Perubahan persepsi sensori : Halusinasi berhubungan dengan gangguan penglihatan, pendengaran, penghidu, dan perabaan (D.0085)
- b. Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan status mental (D.0121)
- c. Risiko perilaku kekerasan berhubungan dengan halusinasi (D.0146)

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan ialah tindakan yang dibuat untuk membantu klien dalam beranjak dari tingkat kesehatan saat ini ke tingkat kesehatan yang diinginkan dalam proses keperawatan (Yusuf, 2015).

Menurut (Nurhalimah, 2016) dan (Irman, V., Alwi N.P., 2016) intervensi atau rencana tindakan keperawatan pada klien dan keluarga, yaitu:

a. Diagnosa keperawatan: Halusinasi

1) Tindakan keperawatan pada klien

a) Tujuan

- (1) Klien mampu membina hubungan saling percaya
- (2) Klien mampu mengenal dan mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik
- (3) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan minum obat secara teratur dengan prinsip 6 benar minum obat
- (4) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap
- (5) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari

b) Tindakan

- (1) Membina hubungan saling percaya
 1. Mengucapkan salam setiap berinteraksi dengan klien
 2. Berkenalan dengan klien: perkenalkan nama dan nama panggilan, tanyakan nama dan nama panggilan yang disukai oleh klien
 3. Menanyakan perasaan dan keluhan klien saat ini
 4. Membuat kontrak asuhan apa yang akan perawat lakukan bersama klien, berapa lama waktunya, dan tempat pelaksanaan asuhan keperawatan

5. Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang telah diperoleh untuk kepentingan terapi
 6. Setiap saat tunjukkan sikap empati kepada klien
 7. Penuhi kebutuhan dasar klien jika memungkinkan
- (2) Membantu klien menyadari gangguan sensori persepsi halusinasi
1. Tanyakan pendapat klien tentang halusinasi yang dialaminya: tanpa mendukung, dan menyangkal halusinasinya
 2. Mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadinya, situasi pencetus, perasaan, respond an upaya yang telah dilakukan klien untuk menghilangkan atau mengontrol halusinasi
- (3) Melatih pasien cara mengontrol halusinasi
1. Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, 6 benar minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan kegiatan rumah, seperti membersihkan kamar dan merapikan tempat tidur
 2. Berikan contoh cara menghardik, 6 benar minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan kegiatan rumah
 3. Berikan kesempatan klien mempraktekkan cara menghardik, 6 benar minum obat, bercakap-cakap, dan melakukan kegiatan rumah yang dilakukan di hadapan perawat
 4. Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh klien
 5. Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien setelah melakukan tindakan keperawatan untuk mengontrol halusinasi. Bisa jadi klien akan mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dukungan

terus menerus agar klien tetap semangat meningkatkan latihannya

c) Strategi Pelaksanaan (SP)

(1) Strategi pelaksanaan 1: Menghardik halusinasi

1. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien
2. Mengidentifikasi isi halusinasi klien
3. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien
4. Mengidentifikasi waktu terjadi halusinasi klien
5. Mengidentifikasi situasi pencetus yang menimbulkan halusinasi
6. Mengidentifikasi perasaan klien saat halusinasi muncul
7. Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi
8. Mengidentifikasi upaya yang telah dilakukan klien untuk mengontrol halusinasi
9. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
10. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
11. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan

(2) Strategi pelaksanaan 2: Minum obat secara teratur dengan prinsip enam benar minum obat

1. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi
2. Validasi kemampuan pasien mengenal halusinasi yang dialami dan kemampuan pasien mengontrol halusinasi, berikan pujian
3. Evaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
4. Latih cara mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat

5. Jelaskan pentingnya penggunaan obat, akibat bila obat tidak digunakan sesuai program, akibat bila putus obat, cara mendapatkan obat/berobat. Jelaskan prinsip 6 benar minum obat: jenis, waktu, dosis, frekuensi, cara, dan kontinuitas minum obat.
 6. Masukkan pada jadwal kegiatan harian
- (3) Strategi pelaksanaan 3: Bercakap-cakap dengan orang lain
1. Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi
 2. Validasi kemampuan klien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat, berikan pujian
 3. Evaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat sesuai jadwal
 4. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap saat terjadi halusinasi
 5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan
- (4) Strategi pelaksanaan 4: Melaksanakan aktivitas sehari-hari
1. Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi
 2. Validasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap dengan orang lain, berikan pujian
 3. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan)
 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk melakukan kegiatan harian

2) Tindakan keperawatan pada keluarga

a) Tujuan

- (1) Keluarga mampu mengenal masalah halusinasi dan masalah yang dirasakan dalam merawat klien

- (2) Keluarga mampu menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi
 - (3) Keluarga mampu merawat klien halusinasi
 - (4) Keluarga mampu menciptakan suasana keluarga dan lingkungan untuk mengontrol halusinasi
 - (5) Keluarga mampu mengenal tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan
 - (6) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk *follow up* klien dengan teratur
- b) Tindakan
- (1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
 - (2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi
 - (3) Melatih keluarga cara merawat klien halusinasi
 - (4) Membimbing keluarga merawat klien halusinasi
 - (5) Melatih keluarga menciptakan suasana dan lingkungan untuk mengontrol halusinasi
 - (6) Mendiskusikan dengan keluarga tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan
 - (7) Menganjurkan *follow up* ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur
- c) Strategi pelaksanaan (SP)
- (1) Strategi pelaksanaan 1: Mengetahui masalah dalam merawat pasien halusinasi dan melatih mengontrol halusinasi pasien dengan menghardik
 - (a) Diskusikan kendala yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
 - (b) Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya halusinasi

- (c) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan melatih cara menghardik halusinasi
 - (d) Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan berikan pujian
- (2) Strategi pelaksanaan 2: Melatih keluarga merawat pasien halusinasi dengan enam benar minum obat
- (a) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi dan cara merawat klien dalam mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, berikan pujian
 - (b) Jelaskan 6 benar cara minum obat
 - (c) Latih cara memberikan/membimbing minum obat
 - (d) Anjurkan membantu klien sesuai jadwal
- (3) Strategi pelaksanaan 3: Melatih keluarga merawat pasien halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan
- (a) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi halusinasi klien dan merawat/melatih klien dengan cara menghardik halusinasi, memberikan obat, dan berikan pujian
 - (b) Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi
 - (c) Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan klien terutama saat halusinasi muncul
 - (d) Anjurkan membantu klien sesuai jadwal dan berikan pujian
- (4) Strategi pelaksanaan 4: Melatih keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk *follow up* pasien halusinasi
- (a) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi klien dan merawat/melatih klien dengan cara menghardik halusinasi, memberikan

obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan, berikan pujian

(b) Jelaskan *follow up* ke puskesmas, tanda kambuh, dan rujukan

(c) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian

b. Diagnosa Keperawatan: Isolasi Sosial

1) Tindakan Keperawatan pada Klien

a) Tujuan

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

b) Tindakan

- (1) Membina hubungan saling percaya
- (2) Membantu klien menyadari perilaku isolasi sosial
 - (a) Tanyakan pendapat klien tentang kebiasaan berinteraksi dengan orang lain
 - (b) Tanyakan apa yang menyebabkan klien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain
 - (c) Diskusikan keuntungan bila klien mempunyai banyak teman dan bergaul akrab dengan mereka
 - (d) Diskusikan kerugian bila klien mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain
 - (e) Jelaskan pengaruh isolasi sosial terhadap kesehatan fisik klien
- (3) Melatih klien berinteraksi dengan orang lain secara bertahap
 - (a) Jelaskan kepada klien cara berinteraksi dengan orang lain

- (b) Berikan contoh cara berbicara dengan orang lain
 - (c) Berikan kesempatan klien mempraktekkan cara berinteraksi dengan orang lain yang dilakukan di hadapan perawat
 - (d) Bantu klien berinteraksi dengan satu orang teman/anggota keluarga
 - (e) Bila klien sudah menunjukkan kemajuan, tingkatkan jumlah interaksi dengan dua, tiga, empat orang dan seterusnya
 - (f) Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang dilakukan oleh klien
 - (g) Latih klien bercakap-cakap dengan anggota keluarga saat melakukan kegiatan harian dan kegiatan rumah tangga
 - (h) Latih klien bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sosial, misalnya: berbelanja, ke kantor pos, ke bank, dan lain-lain
 - (i) Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien setelah berinteraksi dengan orang lain. Mungkin klien akan mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dukungan terus menerus agar klien tetap semangat meningkatkan interaksinya.
- c) Strategi pelaksanaan (SP)
- (1) Strategi pelaksanaan 1: Pengkajian isolasi sosial, dan melatih bercakap-cakap antara klien dan keluarga
 - 1. Membina hubungan saling percaya
 - 2. Membantu klien menyadari masalah isolasi sosial yang dihadapinya
 - 3. Melatih klien bercakap-cakap secara bertahap antara klien dengan anggota keluarga
 - 4. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan

- (2) Strategi pelaksanaan 2: Melatih klien berinteraksi secara bertahap (klien dengan 2 orang lain), latihan bercakap-cakap saat melakukan kegiatan harian
 1. Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial
 2. Validasi kemampuan klien dalam berkenalan, berikan pujian
 3. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2-3 orang lain)
 4. Masukkan pada jadwal kegiatan harian
- (3) Strategi pelaksanaan 3: Melatih klien berinteraksi secara bertahap (klien dengan 4-5 orang), latihan bercakap-cakap saat melakukan 2 kegiatan harian
 1. Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial
 2. Validasi kemampuan berkenalan dan bicara saat melakukan kegiatan harian, berikan pujian
 3. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2 kegiatan baru dengan 4-5 orang)
 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan
- (4) Strategi pelaksanaan 4: Mengevaluasi kemampuan berinteraksi
 1. Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial
 2. Validasi kemampuan klien dalam berkenalan dan bercakap-cakap saat melakukan kegiatan harian, berikan pujian
 3. Tanyakan perasaan saat melakukan kegiatan
 4. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan sosial
 5. Masukkan pada 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* ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur
- c) Strategi pelaksanaan (SP)
- (1) Strategi pelaksanaan 1: Mengetahui masalah dalam merawat klien isolasi sosial, berkenalan, dan berkomunikasi saat melakukan kegiatan harian
 - (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: Melibatkan klien dalam kegiatan rumah tangga sekaligus melatih berbicara pada saat kegiatan tersebut
- (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: Melatih berkomunikasi pada saat melakukan kegiatan sosial
- (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: Melatih keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk *follow up* pasien isolasi sosial
- (a) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala isolasi sosial pada klien
 - (b) Validasai kemampuan keluarga dalam merawat/melatih klien, berikan pujian
 - (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 klien

a) Tujuan

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

b) Tindakan

- (1) Membina hubungan saling percaya
- (2) Diskusikan bersama klien penyebab rasa marah yang menyebabkan perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu
- (3) Diskusikan tanda-tanda pada klien jika terjadi perilaku kekerasan
- (4) Diskusikan bersama klien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah
- (5) Diskusikan bersama klien akibat perilaku yang dilakukannya
- (6) Latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan
 - (a) Fisik: tarik napas dalam, pukul kasur dan bantal
 - (b) Patuh minum obat
 - (c) Sosial/verbal: bicara yang baik: meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan
 - (d) Spiritual: sholat/berdoa sesuai keyakinan klien

c) Strategi pelaksanaan (SP)

- (1) Strategi pelaksanaan 1: Latihan napas dalam dan memukul kasur dan bantal
 1. Mengidentifikasi penyebab dan tanda gejala perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien
 2. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien
 3. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan: fisik, obat, verbal, dan spiritual
 4. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (nafas dalam dan pukul bantal)
 5. Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan
 6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik (tarik napas dalam dan memukul bantal)

(2) Strategi pelaksanaan 2: Latih patuh minum obat

1. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
2. Validasi kemampuan melakukan tarik napas dalam dan pukul kasur/bantal, tanyakan manfaatnya, berikan pujian
3. 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)
4. Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan
5. Masukkan pada jadwal kegiatan harian (latihan fisik dan minum obat)

(3) Strategi pelaksanaan 3: Latihan cara sosial atau verbal

1. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
2. Validasi kemampuan klien melakukan tarik napas dalam, pukul bantal, makan obat dengan patuh dan benar, tanyakan manfaatnya, dan berikan pujian
3. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (tiga cara, yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar)
4. Berikan pujian setelah mealakukan kegiatan
5. Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan
6. Masukkan pada jadwal kegiatan harian (latihan fisik, minum obat, dan verbal)

(4) Strategi pelaksanaan 4: Latihan cara spiritual

1. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
2. Validasi kemampuan klien melakukan tarik napas dalam, pukul bantal, makan obat dengan benar dan

patuh, bicara yang baik, tanyakan manfaatnya, berikan pujian

3. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol marah dengan cara spiritual (2 kegiatan)
4. Berikan pujian setelah klien melakukan kegiatan
5. Tanyakan perasaan klien setelah melakukan kegiatan
6. 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* ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur
- c) Strategi pelaksanaan (SP)
- (1) Strategi pelaksanaan 1: Cara merawat klien dan latihan fisik 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: Latihan cara memberi minum obat
 - (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: Latihan cara sosial atau verbal
- (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: Latihan cara spiritual
- (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. 2: Intervensi Keperawatan berdasarkan SDKI, SLKI, dan SIKI

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1	Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan halusinasi (D.0146)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi ancaman kepala orang lain menurun. - Verbalisasi umpatan menurun. - Perilaku menyerang menurun. - Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun. - Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun. - Perilaku agresif/amuk menurun. - Suara keras menurun. - Bicara ketus menurun. <p>(L.09076)</p>	<p>Pencegahan Perilaku Kekerasan (1.14544) <i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali). - Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung. - Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. pisau cukur). <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. - Libatkan keluarga dalam perawatan. <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien. - Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif. - Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi, bercerita). <p>Promosi Koping (1.09312) <i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan. - Identifikasi kemampuan yang dimiliki.

			<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan. <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. - Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri. - Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri. - Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial. - Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam. <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan penggunaan sumber spiritual, <i>jika perlu</i>. - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. - Anjurkan keluarga terlibat. - Latih penggunaan teknik relaksasi. - Latih keterampilan sosial, <i>sesuai kebutuhan</i>.
2	Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan, gangguan pembedaan, gangguan pendengaran,	Setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka diharapkan persepsi sensorik meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi mendengar bisikan menurun. - Verbalisasi melihat bayangan menurun. - Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan menurun. 	<p>Manajemen Halusinasi (1.09288)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi. - Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan. - Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau

	<p>gangguan perabaan, dan gangguan perabaan (D.0085)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman menurun. - Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecap. - Perilaku halusinasi menurun. - Menarik diri menurun. - Melamun menurun. - Curiga menurun. - Mondar-mandir menurun. <p>(L.09083)</p>	<p>membahayakan diri).</p> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan lingkungan yang aman. - Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. <i>limit setting</i>, pembatasan wilayah, pengekangan fisik). - Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi. - Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi. <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi. - Anjurkan bicara pada orang yang percaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi. - Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan music, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi). - Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi. <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, <i>jika perlu</i>.
--	--	--	--

			<p>Minimalisasi Rangsangan (1.08241)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis. nyeri, kelelahan). <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. bising, terlalu terang). - Batasi stimulus lingkungan (mis. cahaya, suara, aktivitas). - Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat. - Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu, <i>sesuai kebutuhan</i>. <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan). <p><i>Kolaborasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan. - Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus.
3	Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan status mental (D.0121)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka diharapkan keterlibatan sosial meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minat interaksi meningkat. - Verbalisasi isolasi menurun. 	<p>Promosi Sosialisasi (1.13498)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain. - Identifikasi hambatan melakukan interaksi

		<ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi ketidakamanan di tempat umum menurun. - Perilaku menarik diri menurun. - Verbalisasi perasaan berbeda dengan orang lain menurun. - Afek murung/sedih menurun. - Perilaku bermusuhan menurun. - Kontak mata membaik. <p>(L.13116)</p>	<p>dengan orang lain.</p> <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivasi meningkatkan keterlibatan dalam suatu hubungan. - Motivasi kesabaran dalam mengembangkan suatu hubungan. - Motivasi berpartisipasi dalam aktivitas baru dan kegiatan kelompok. - Motivasi berinteraksi di luar lingkungan (mis. jalan-jalan, ke toko buku). - Diskusikan kekuatan dan keterbatasan dalam berkomunikasi dengan orang lain. - Diskusikan perencanaan kegiatan di masa depan. - Berikan umpan balik positif dalam perawatan diri. - Berikan umpan balik positif pada setiap peningkatan kemampuan. <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan berinteraksi dengan orang lain secara bertahap. - Anjurkan ikut serta kegiatan sosial dan kemasyarakatan. - Anjurkan berbagi pengalaman dengan orang lain. - Anjurkan membuat perencanaan kelompok kecil untuk kegiatan khusus. - Latih bermain peran untuk meningkatkan
--	--	---	--

			<p>keterampilan komunikasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latih mengekspresikan marah dengan tepat. <p>Terapi Aktivitas (1.05186)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi defisit tingkat aktivitas. - Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu. - Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan. - Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas. - Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. bekerja) dan waktu luang. - Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas. <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami. - Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas. - Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial. - Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia. - Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih. - Fasilitasi transportasi untuk menghadiri
--	--	--	--

			<p>aktivitas, <i>jika sesuai</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi aktivitas yang dipilih. - Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), <i>sesuai kebutuhan</i>. - Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak. - Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif. - Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori Implisit dan emosional (mis. kegiatan keagamaan khusus). - Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif. - Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan (mis. vocal grup, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, teka-teki, dan kartu). - Libatkan keluarga dalam aktivitas, <i>jika perlu</i>. - Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri.
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan. - Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari. - Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas. <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, <i>jika perlu</i>. - Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih. - Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan. - Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, <i>jika sesuai</i>.
--	--	--	---

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018), dan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan tindakan keperawatan oleh klien. Hal yang harus diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada klien dengan halusinasi dilakukan secara interaksi dalam melaksanakan tindakan keperawatan, perawat harus lebih dulu melakukan (Yusuf, 2015).

Menurut (Prabowo, 2014b) implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan pasien saat ini. Semua tindakan yang sudah dilakukan beserta respons klien didokumentasikan.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan sesuai dengan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu evaluasi proses dan evaluasi formatif, dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan yang telah ditentukan (Yusuf, 2015).

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir, dimana masing-masing huruf tersebut akan diuraikan sebagai berikut (Dalami, Ermawati, 2014) :

- a. S (Subjektif) : respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- b. O (Objektif) : respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- c. A (Analisa) : analisa ulang terhadap data subjektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada yang kontradiksi dengan masalah yang ada.

- d. P (Perencanaan) : perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien.

7. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan setiap tahap proses keperawatan, karenanya dokumentasi asuhan dalam keperawatan jiwa berupa dokumentasi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Muhith, 2015).

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian menurut (Lapau, 2012) adalah rancangan penelitian yang terdiri dari beberapa komponen yang menyatu satu sama lain guna untuk memperoleh data serta fakta dalam rangka menjawab pertanyaan atau masalah penelitian. Desain penelitian yang digunakan oleh peneliti yaitu desain penelitian deskriptif yang berbentuk studi kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif, misalnya satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi. Ciri-ciri studi kasus yaitu subjek yang diteliti sedikit, namun aspek yang diteliti banyak (Nursalam, 2020).

Pada penelitian ini sudah dilakukan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan halusinasi pendengaran di Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Rentang waktu penelitian dilakukan mulai dari bulan September 2021 sampai dengan Mei 2022. Waktu penerapan asuhan keperawatan mulai dari tanggal 28 Februari 2022 sampai dengan tanggal 05 Maret 2022.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi ialah suatu subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiono, 2013). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien skizofrenia yang didiagnosa mengalami halusinasi pendengaran yang berada di Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Pada saat

penelitian, didapatkan sebanyak 20 orang klien dengan skizofrenia yang mengalami halusinasi. Setelah dilakukan skrining, didapatkan populasi sebanyak 15 orang klien yang mengalami halusinasi pendengaran.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang menjadi objek penelitian (Rachmat, 2016). Sampel pada penelitian ini adalah 1 orang klien dengan skizofrenia yang mengalami halusinasi pendengaran di Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Pengambilan sampel dilakukan secara *purposive sampling* yaitu suatu teknik pengambilan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti (Nursalam, 2020).

Kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

a. Kriteria Inklusi

- 1) Klien bersedia menjadi responden
- 2) Klien dengan skizofrenia yang memiliki tanda dan gejala halusinasi pendengaran
- 3) Klien gangguan jiwa yang sudah kooperatif dan sudah bisa berkomunikasi verbal dengan cukup baik
- 4) Klien halusinasi pendengaran yang berada di Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Klien mengundurkan diri sebelum proses wawancara selesai
- 2) Klien gangguan jiwa berat yang mengalami cacat fisik yang dapat mengganggu proses penelitian
- 3) Klien dalam keadaan gelisah dan berisiko melakukan perilaku kekerasan
- 4) Klien yang berada di ruangan isolasi
- 5) Klien yang telah selesai melakukan pengobatan dan akan pulang

Dari 15 orang klien yang mengalami halusinasi pendengaran didapatkan 8 orang klien yang masuk kriteria eksklusi. Kemudian peneliti menggunakan teknik *sample random sampling* yaitu dengan cara mengundi nama 7 orang klien yang masuk kriteria inklusi tersebut dan akhirnya didapatkan Tn. F sebagai partisipan.

D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data

Alat dan instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan, dan alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari tensimeter, stetoskop, dan termometer. Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi langsung, dan studi dokumentasi.

1. Format skrining yang terdiri dari: nama pasien, usia pasien, 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, nomor rekam medik, data masalah, dan etiologi (pohon masalah).
4. Format diagnosa keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.
5. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan.
6. Format implementasi keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
7. Format evaluasi keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, evaluasi keperawatan, dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.

E. Jenis dan Pengumpulan Data

1. Jenis Data

a. Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh langsung dari responden berdasarkan format pengkajian asuhan keperawatan kesehatan jiwa. Data primer yang didapatkan pada penelitian ini meliputi: identitas pasien, riwayat kesehatan, pola aktifitas sehari-hari, dan pemeriksaan fisik (tanda-tanda vital) terhadap klien.

b. Data Sekunder

Data sekunder pada penelitian ini diperoleh langsung dari rekam medik, serta dari dokumentasi di Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang berupa data jumlah pasien yang memiliki diagnosa halusinasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

Pada tahap pengumpulan data ada beberapa teknik yang digunakan yaitu observasi, angket, wawancara dan pengukuran. Peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama yaitu dengan menggunakan teknik observasi partisipan, wawancara mendalam, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama secara serempak.

a. Observasi

Dalam penelitian ini peneliti melakukan observasi atau melihat kondisi pada klien, peneliti melihat keadaan umum klien, dan respon klien pada saat dilakukan wawancara.

b. Pengukuran

Peneliti melakukan pengukuran dengan memantau kondisi klien menggunakan alat ukur pemeriksaan, seperti: pengukuran tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan pengukuran suhu.

c. Wawancara

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan wawancara pada klien untuk melengkapi data klien dengan menggunakan format asuhan

keperawatan jiwa. Wawancara dilakukan tentang identitas pasien, keluhan utama, faktor predisposisi, keluhan fisik, psikososial, kebutuhan sehari-hari, mekanisme koping, masalah psikososial dan lingkungan, pengetahuan, aspek medis dan pengkajian halusinasi pada responden.

d. Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan metode pengumpulan data kualitatif. Sebagian besar data berbentuk surat, catatan harian, arsip, foto, hasil rapat, dan sebagainya.

Adapun langkah-langkah pengumpulan data yang dilakukan peneliti adalah:

- 1) Peneliti meminta surat rekomendasi pengambilan data dan surat izin penelitian dari institusi pendidikan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
- 2) Peneliti meminta izin untuk melakukan penelitian ke Diklat Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.
- 3) Peneliti meminta izin untuk melakukan penelitian ke Direktur Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.
- 4) Peneliti meminta izin untuk melakukan penelitian dan meminta data laporan tahunan ke Kepada Bidang Keperawatan Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.
- 5) Peneliti meminta izin untuk melakukan penelitian ke Kepala Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.
- 6) Peneliti mencatat jumlah klien yang memiliki diagnosa keperawatan halusinasi yang sedang dirawat di Ruang Cendrawasih dan didapatkan sebanyak 20 orang. Selanjutnya peneliti melakukan skrining, dan didapatkan populasi sebanyak 15 orang klien yang mengalami halusinasi pendengaran. Sampel ditentukan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan oleh peneliti. Dari 15 klien yang mengalami halusinasi pendengaran, 2 orang klien berada di ruang isolasi, 5

orang klien tidak kooperatif, dan 1 orang klien telah selesai melakukan pengobatan dan akan pulang. Selanjutnya untuk pengambilan sampel dilakukan dengan cara teknik *sample random sampling* yaitu dengan cara mengundi nama 7 orang klien tersebut dan akhirnya didapatkan Tn. F sebagai klien untuk dilakukan penelitian.

- 7) Mendatangi partisipan, membina hubungan saling percaya, dan menjelaskan tentang tujuan penelitian.
- 8) Meminta persetujuan partisipan dengan memberikan *Informed Consent* kepada partisipan.
- 9) Partisipan menandatangani *Informed Consent*, kemudian peneliti melakukan kontrak waktu dengan partisipan untuk melakukan asuhan keperawatan selama 6 hari dari tanggal 28 Februari 2022 sampai dengan 05 Maret 2022, kemudian peneliti pamit karena penelitian telah selesai dan meninggalkan Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

3. Analisa Data

Analisa yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu menganalisis semua temuan pada tahap proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada klien dengan halusinasi. Data yang telah didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan jiwa mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, merencanakan tindakan, melakukan implementasi, sampai evaluasi hasil dari tindakan. Analisa yang dilakukan untuk menentukan bagaimana asuhan keperawatan secara mendalam terhadap klien dengan halusinasi dan apakah ada kesesuaian antara teori, hasil penelitian orang lain, dengan kondisi klien.

BAB IV

DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Kasus

Deskripsi kasus ini menjelaskan tentang ringkasan pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi pendengaran yang telah dilaksanakan di Ruangan Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang dimulai pada tanggal 28 Februari 2022 sampai 5 Maret 2022. Gambaran asuhan keperawatan yang telah peneliti lakukan meliputi pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosa keperawatan, merencanakan intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan sampai melakukan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Klien Tn. F merupakan seorang pasien yang dirawat di Ruangan Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang dengan diagnosa keperawatan halusinasi. Tn. F lahir pada tanggal 08 Mei 1995 di Garuntang. Tn. F beragama Islam, masih lajang, dan belum bekerja. Tn. F mulai dirawat di Ruangan Cendrawasih pada tanggal 21 Februari 2022 dengan nomor rekam medis 03-09-34. Tn. F tinggal di Garuntang, Aia Gadang, Pasaman, Pasaman Barat.

b. Alasan Masuk

Tn. F masuk Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang diantar oleh adik kandungnya pada tanggal 19 Februari 2022 pukul 17.45 WIB melalui IGD. Tn. F dirawat di Ruangan UPIP terlebih dahulu selama 2 hari, lalu dipindahkan ke Ruangan Cendrawasih pada tanggal 21 Februari 2022. Tn. F masuk rumah sakit jiwa dengan alasan sejak 2 minggu ini klien marah-marah tanpa sebab, mengamuk, memukul pintu, bicara dan tertawa sendiri, telanjang, suka mandi lama-lama, mondar-mandir, menangis tanpa sebab, merasa jadi orang hebat, dan bisa menyakiti orang lain. Tn. F mengatakan ia mendengar bisikan dan susah tidur.

c. Keluhan Utama

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 28 Februari 2022, Tn. F mengatakan ia masih mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya. Tn. F mengatakan suara tersebut seperti suara harimau yang mengaum, terkadang ia juga mendengar suara ayahnya yang telah meninggal memanggilnya. Suara tersebut sering muncul dengan frekuensi 3x dalam sehari, namun paling sering pada malam hari ketika ia ingin tidur.

Tn. F selama dirawat pernah diikat karena emosinya yang tidak stabil. Tn. F mengatakan ia merasa kesal tanpa sebab dan jika kesal ia memukul pintu, Tn. F tampak mondar-mandir dan senang menyendiri. Ia jarang berinteraksi dengan sesama teman yang ada di ruangan, ia hanya berbicara dengan teman dekatnya saja dan lebih senang berbicara dengan dokter ataupun perawat.

d. Faktor Predisposisi

1) Gangguan jiwa dimasa lalu

Tn. F mengatakan ia menderita penyakit gangguan jiwa sejak 5 tahun yang lalu. Tn. F mengatakan sudah 2 kali dirawat di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Tn. F dirawat untuk pertama kali dengan alasan klien sering menangis tanpa sebab, sering bicara dan tertawa sendiri, klien sering berjalan jauh tanpa tujuan, dan sering emosi. Hal ini terjadi semenjak kematian orangtua laki-lakinya.

2) Pengobatan sebelumnya

Tn. F mengatakan pengobatan sebelumnya dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang (5 tahun yang lalu), Tn. F pulang dengan keadaan sudah tenang dan dijemput oleh keluarganya. Namun, sejak $\pm 2,5$ tahun Tn. F putus minum obat karena ia merasa sudah sehat dan memutuskan tidak pergi

kontrol untuk melanjutkan pengobatannya akibatnya klien jadi putus minum obat.

3) Trauma

Trauma terbagi dari lima bagian yaitu aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal.

a) Aniaya fisik

Tn. F mengatakan ia tidak pernah menjadi pelaku atau korban dari aniaya fisik.

b) Aniaya seksual

Tn. F mengatakan ia tidak pernah menjadi pelaku atau korban dari aniaya seksual.

c) Penolakan

Tn. F mengatakan ia pernah menjadi korban penolakan di lingkungan rumahnya, ia sering dicemooh oleh tetangganya karena ia menderita gangguan jiwa.

d) Kekerasan dalam keluarga

Tn. F mengatakan ia tidak pernah menjadi pelaku atau korban dari kekerasan dalam keluarga.

e) Tindakan kriminal

Tn. F mengatakan ia tidak pernah menjadi pelaku atau korban dari tindakan kriminal.

4) Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Tn. F mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti yang dialaminya.

5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

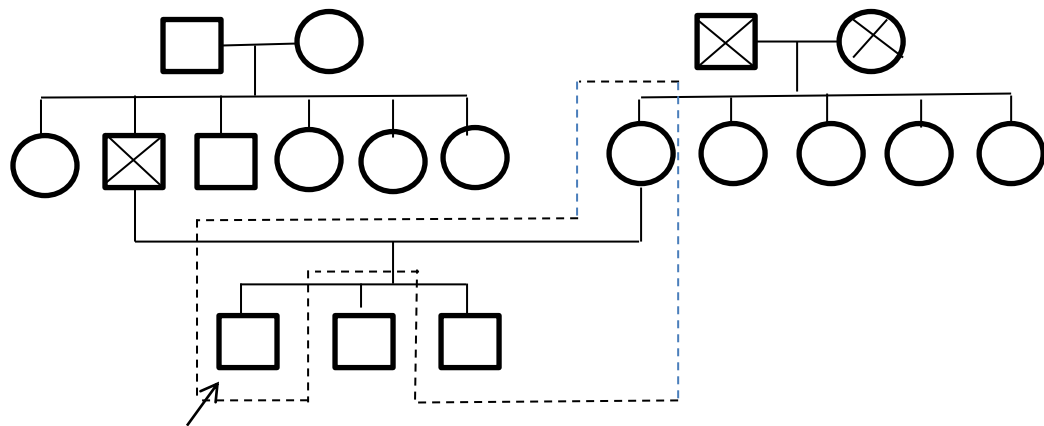
Tn. F mengatakan mempunyai pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu orangtua laki-lakinya meninggal dunia ±5 tahun yang lalu dan Tn. F merasa sangat sedih karena adik kandungnya telah menikah sedangkan Tn. F belum dan ini salah satu penyebab emosinya tidak stabil kembali.

e. Pemeriksaan Fisik

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pada Tn. F didapatkan hasil tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 134/95 mmHg, nadi 92x/menit, pernapasan 20x/menit, dan suhu tubuh 37,4^o C. Hasil pengukuran tinggi badan didapatkan 173 cm, berat badan 61 kg, dan IMT (Indeks Massa Tubuh) 20,40 kg/m². Saat ini keluhan fisik yang dialami Tn. F yaitu demam dan batuk.

f. Psikososial

1) Genogram



Keterangan :

□ : Laki-Laki

○ : Perempuan

↗ : Pasien

---- : Tinggal serumah

Tn. F (26 tahun) merupakan anak pertama dari 3 bersaudara. Ayah klien sudah meninggal. Ia serumah bersama ibu dan 1 orang adik laki-laknya. Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa selain klien.

2) Konsep diri

Konsep diri terdiri dari lima bagian yaitu citra tubuh, identitas diri, peran diri, ideal diri, dan harga diri.

- a) Citra tubuh
Tn. F mengatakan ia menyukai dan bersyukur dengan semua anggota tubuhnya yang diberikan oleh Allah SWT.
 - b) Identitas diri
Tn. F mengatakan ia merupakan anak pertama dari tiga bersaudara, Tn. F bersekolah hanya sampai jenjang pendidikan SMP, Tn. F tidak bekerja. Tn. F mengatakan ia puas dengan kodratnya sebagai laki-laki.
 - c) Peran diri
Tn. F mengatakan ia berperan sebagai anak di dalam keluarganya dan Tn. F juga kadang membantu orangtuanya berladang di rumah.
 - d) Ideal diri
Tn. F mengatakan ia ingin cepat sembuh dan segera pulang ke rumah berkumpul dengan keluarganya.
 - e) Harga diri
Tn. F mengatakan ia sangat sedih karena dibawa ke rumah sakit jiwa.
- 3) Hubungan sosial
- Hubungan sosial terdiri atas tiga bagian, yaitu orang terdekat, peran serta dalam kelompok/masyarakat, dan hambatan berhubungan dengan orang lain.
- a) Orang terdekat
Tn. F mengatakan orang terdekat dengan dirinya ialah ibunya.
 - b) Peran serta dalam kelompok/masyarakat
Tn. F mengatakan ia jarang ikut dalam kegiatan kelompok/masyarakat di sekitar rumahnya.
 - c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain
Tn. F mengatakan ia tidak memiliki hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Tn. F mengatakan ia beragama Islam, ia percaya kepada Allah SWT.

b) Kegiatan ibadah

Tn. F mengatakan ia selalu melaksanakan shalat 5 waktu seharusnya, kadang juga melaksanakan shalat dhuha.

g. Status mental

1) Penampilan

Tn. F tampak tidak rapi, penggunaan baju di rumah sakit sesuai dengan cara berpakaian seperti biasa, rambut pendek karena sudah dicukur, kuku pendek.

2) Pembicaraan

Tn. F saat dikaji cukup kooperatif, mampu memulai pembicaraan, nada bicaranya tidak keras dan cepat sehingga kurang jelas terdengar tapi masih bisa dipahami.

3) Aktivitas motorik

Tn. F melakukan aktivitas sehari-harinya secara mandiri, Tn. F tampak sedikit lesu karena demam, kadang berjalan mondar-mandir.

4) Alam perasaan

Tn. F merasa sedih karena dibawa ke rumah sakit jiwa dan terpisah dengan keluarganya.

5) Afek

Tn. F saat diajak interaksi tampak labil.

6) Interaksi selama wawancara

Tn. F saat berinteraksi kontak matanya cukup bagus, Tn. F cukup kooperatif dengan pertanyaan yang diajukan dan tidak mudah tersinggung saat diberi pertanyaan.

7) Persepsi

Tn. F mengatakan ia mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya, seperti suara harimau yang mengaum dan suara ayahnya yang sudah meninggal, frekuensi 3x sehari dan lebih sering mendengarnya ketika malam hari menjelang tidur.

8) Proses pikir

Tn. F saat berinteraksi berbicara berbelit-belit namun sampai pada tujuan pembicaraan.

9) Isi pikir

Tn. F mengatakan tidak memiliki perasaan curiga kepada orang lain.

10) Tingkat kesadaran

Tn. F tampak bingung, namun ia mengetahui dimana ia berada.

11) Memori

Tn. F tidak ada masalah dalam hal ingatan jangka panjang, namun ia memiliki masalah dalam hal ingatan jangka pendek, Tn. F sering menanyakan pertanyaan yang sudah ia tanyakan sebelumnya karena ia lupa.

12) Tingkat konsentrasi

Tidak ada masalah, Tn. F mampu berhitung dengan benar.

13) Kemampuan penilaian

Tn. F mampu melakukan penilaian akan hal yang sederhana terhadap sesuatu yang ia lihat.

14) Daya tilik diri

Tn. F tidak ada gangguan, ia menyadari ia dirawat di rumah sakit jiwa karena penyakitnya dan dahulu juga pernah dirawat di rumah sakit jiwa.

h. Kebutuhan persiapan pasien pulang

1) Makan

Tn. F selama dirawat di rumah sakit jiwa makan 3 kali sehari yaitu pada jam 07.00, jam 12.00, dan jam 18.00 WIB. Tn. F

selalu makan dengan lahap dan menghabiskan makanannya tanpa bantuan.

2) BAB/BAK

Tn. F BAB 1 kali sehari, dan BAK ± 6 kali sehari tanpa bantuan.

3) Mandi

Tn. F mandi 2 kali sehari, yaitu pagi dan sore tanpa bantuan.

4) Berpakaian/berhias

Tn. F berpakaian sesuai dengan aturan, namun terkadang memakai baju terbalik, ketika diingatkan ia langsung memperbaikinya kembali.

5) Istirahat dan tidur

Tn. F mengatakan ia tidur siang dari pukul 13.00 sampai pukul 15.00, dan tidur malam jam 20.00 sampai 05.00. Tn. F mengatakan kegiatan sebelum ia tidur yaitu membaca doa.

6) Penggunaan obat

Tn. F minum obat 3x sehari dibawah pengawasan perawat.

7) Pemeliharaan kesehatan

Tn. F menggunakan kartu BPJS dalam proses pemeliharaan kesehatan apabila berada dalam kondisi sakit.

8) Kegiatan di dalam rumah

Tn. F mengatakan ia sering membantu orangtuanya dalam menyelesaikan kegiatan rumah seperti, menyapu rumah, mencuci pakaian.

9) Kegiatan di luar rumah

Tn. F mengatakan ia membantu orangtuanya dalam merawat pertanian milik orangtuanya.

i. Mekanisme koping

1) Koping adaptif

Tn. F mampu berbicara dengan orang lain namun ia hanya berbicara kepada satu teman terdekatnya saja. Tn. F mampu

menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat, mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam, serta mampu mengikuti kegiatan senam yang diadakan diruangan.

2) Koping maladaptif

Tn. F melampiaskan marah pada objek lain, jadi koping yang digunakan yaitu reaksi klien terhadap suatu sangat berlebihan.

j. Masalah psikososial dan lingkungan

1) Masalah dengan dukungan kelompok

Tn. F mengatakan jarang ikut atau bersosialisasi dengan kelompok atau masyarakat. Tn. F tidak ada masalah dalam dukungan kelompok.

2) Masalah berhubungan dengan lingkungan

Tn. F mengatakan tidak ada masalah dengan lingkungannya, tetapi ada beberapa masyarakat mengucilkan/mencemooh karena ia pernah dirawat di rumah sakit jiwa.

3) Masalah dengan pendidikan

Tn. F mengatakan ia hanya tamat SMP. Tn. F mengatakan tidak memiliki masalah dalam hal pendidikan.

4) Masalah dengan pekerjaan

Tn. F mengatakan ia belum memiliki pekerjaan, ia hanya menolong orang tua nya berladang.

5) Masalah dengan perumahan

Tn. F mengatakan tidak ada mempunyai masalah dalam perumahan.

6) Masalah ekonomi

Tn, F mengatakan tidak ada masalah dalam perekonomian, Tn. F dalam pengobatan menggunakan BPJS.

7) Masalah dengan pelayanan kesehatan

Tn. F mengatakan tidak mempunyai masalah dalam pelayanan kesehatan.

k. Pengetahuan

Tn. F menyadari akan penyakit yang dideritanya. Tn. F masih kurang mengetahui kegunaan obat yang didapatkannya dan terkadang lupa akan nama obat yang dikonsumsi. Tn. F hanya berharap proses penyembuhan yang cepat pada dirinya.

l. Aspek medik

Diagnosa medik Tn. F dirawat dengan diagnose Skizofrenia Paranoid dengan terapi mediknya Resperidon 2x2 mg, Lorazepam 1x1 mg, Triheksilphenidil 2x1 mg, dan Paracetamol.

2. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian dan observasi yang telah dilakukan oleh peneliti, didapatkan tiga diagnosa keperawatan jiwa pada Tn. F yaitu halusinasi, resiko perilaku kekerasan, dan isolasi sosial.

3. Intervensi Keperawatan**a. Intervensi diagnosa keperawatan halusinasi**

- 1) Strategi pelaksanaan 1: Menghardik halusinasi
 - a) Mengidentifikasi jenis halusinasi klien.
 - b) Mengidentifikasi isi halusinasi klien.
 - c) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien.
 - d) Mengidentifikasi waktu terjadi halusinasi klien.
 - e) Mengidentifikasi situasi pencetus yang menimbulkan halusinasi.
 - f) Mengidentifikasi perasaan klien saat halusinasi muncul.
 - g) Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi.
 - h) Mengidentifikasi upaya yang telah dilakukan klien untuk mengontrol halusinasi.
 - i) Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik.

- j) Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.
 - k) Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan.
- 2) Strategi pelaksanaan 2: Minum obat secara teratur dengan prinsip enam benar minum obat
- a) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi.
 - b) Validasi kemampuan pasien mengenal halusinasi yang dialami dan kemampuan pasien mengontrol halusinasi, berikan pujian.
 - c) Evaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.
 - d) Latih cara mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat.
 - e) Jelaskan pentingnya penggunaan obat, akibat bila obat tidak digunakan sesuai program, akibat bila putus obat, cara mendapatkan obat/berobat. Jelaskan prinsip 6 benar minum obat: jenis, waktu, dosis, frekuensi, cara, dan kontinuitas minum obat.
 - f) Masukkan pada jadwal kegiatan harian.
- 3) Strategi pelaksanaan 3: Bercakap-cakap dengan orang lain
- a) Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi.
 - b) Validasi kemampuan klien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat, berikan pujian.
 - c) Evaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat sesuai jadwal.
 - d) Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap saat terjadi halusinasi.
 - e) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan.
- 4) Strategi pelaksanaan 4: Melaksanakan kegiatan sehari-hari
- a) Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi.
 - b) Validasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap dengan orang lain, berikan pujian.

- c) Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan).
- d) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk melakukan kegiatan harian.

b. Intervensi diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan

- 1) Strategi pelaksanaan 1: Latihan napas dalam dan memukul kasur dan bantal
 - 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 klien setelah melakukan kegiatan.
 - f) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik (tarik napas dalam dan memukul bantal).
- 2) Strategi pelaksanaan 2: Latih patuh minum obat
 - a) Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.
 - b) Validasi kemampuan melakukan tarik napas dalam dan pukul kasur/bantal, tanyakan manfaatnya, berikan pujian.
 - c) 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).
 - d) Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan.
 - e) Masukkan pada jadwal kegiatan harian (latihan fisik dan minum obat).

- 3) Strategi pelaksanaan 3: Latihan cara sosial atau verbal
 - 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 mealakukan kegiatan.
 - e) Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan.
 - f) Masukkan pada jadwal kegiatan harian (latihan fisik, minum obat, dan verbal).
- 4) Strategi pelaksanaan 4: Latihan cara spiritual
 - 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).

c. Intervensi diagnosa keperawatan isolasi sosial

- 1) Strategi pelaksanaan 1: Pengkajian isolasi sosial, dan melatih bercakap-cakap antara klien dan 1 orang temannya
 - a) Membina hubungan saling percaya.
 - b) Membantu klien menyadari masalah isolasi sosial yang dihadapinya.

- c) Melatih klien bercakap-cakap secara bertahap antara klien dengan 1 orang temannya.
- d) Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan.
- 2) Strategi pelaksanaan 2: Melatih klien berinteraksi secara bertahap (klien dengan 2 orang lain)
 - a) Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial.
 - b) Validasi kemampuan klien dalam berkenalan, beri pujian.
 - c) Masukkan pada jadwal kegiatan harian.
- 3) Strategi pelaksanaan 3: Melatih klien berinteraksi secara bertahap (klien dengan 4-5 orang), latihan bercakap-cakap saat melakukan kegiatan harian
 - a) Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial.
 - b) Validasi kemampuan berkenalan dan bicara saat melakukan kegiatan harian, berikan pujian.
 - c) Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (kegiatan harian dengan 4-5 orang).
 - d) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan.
- 4) Strategi pelaksanaan 4: Mengevaluasi kemampuan berinteraksi
 - a) Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial.
 - b) Validasi kemampuan klien dalam berkenalan dan bercakap-cakap saat melakukan kegiatan harian, berikan pujian.
 - c) Tanyakan perasaan saat melakukan kegiatan.
 - d) Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan sosial.
 - e) Masukkan pada jadwal kegiatan harian.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Implementasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh peneliti sesuai dengan kriteria yang sudah ditetapkan dengan membuat strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien. Peneliti juga memberikan implementasi keperawatan kepada klien berupa pemberian obat paracetamol untuk mengatasi demam.

a. Implementasi diagnosa keperawatan halusinasi

Pada diagnosa halusinasi, tindakan keperawatan yang sudah dilakukan yaitu strategi pelaksanaan 1: melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik pada hari Senin, 28 Februari 2022 jam 10.00 WIB. Strategi pelaksanaan 2: melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara minum obat secara teratur dengan prinsip enam benar minum obat pada hari Senin, 28 Februari 2022 jam 13.00 WIB. Strategi pelaksanaan 3: melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan pasien lain pada hari Selasa, 01 Maret 2022 jam 09.00 WIB. Strategi pelaksanaan 4: melatih klien mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas harian (merapikan tempat tidur dan merapikan tempat makan setelah makan) pada hari Selasa, 01 Maret 2022 jam 13.00 WIB.

b. Implementasi diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan

Pada diagnosa resiko perilaku kekerasan, tindakan keperawatan yang sudah dilakukan adalah strategi pelaksanaan 1: melatih klien mengontrol marah dengan latihan fisik (napas dalam dan memukul bantal/kasur) pada hari Rabu, 02 Maret 2022 jam 09.00 WIB. Strategi pelaksanaan 2: melatih klien mengontrol marah dengan patuh minum obat yaitu mengajarkan cara 6 benar minum obat pada hari Rabu, 02 Maret 2022 jam 13.15 WIB. Strategi pelaksanaan 3: melatih klien mengontrol marah dengan cara verbal yaitu mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik pada hari Kamis, 03 Maret 2022 pukul 09.30 WIB. Strategi pelaksanaan 4: melatih klien mengontrol marah dengan latihan spiritual pada hari Kamis, 03 Maret 2022 pukul 12.45 WIB.

c. Implementasi diagnosa keperawatan isolasi sosial

Pada diagnosa isolasi sosial, tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah strategi pelaksanaan 1: Melatih klien bercakap-cakap dengan 1 orang temannya yang ada diruangan pada hari Jumat, 04 Maret 2022 pukul 10.00 WIB. Strategi pelaksanaan 2: melatih klien bercakap-cakap dengan 2 orang pasien yang ada diruangan pada hari Jumat, 04 Maret 2022 pukul 13.20 WIB. Strategi pelaksanaan 3: melatih klien bercakap-cakap dengan 4-5 orang pasien yang ada diruangan sambil melakukan aktivitas sehari-hari yaitu mencuci gelas pada hari Sabtu, 05 Maret 2022 pukul 10.00 WIB. Strategi pelaksanaan 4: mengevaluasi kemampuan berinteraksi pada hari Sabtu, 05 Maret 2022 pukul 12.15 WIB.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan didapatkan berdasarkan hasil dari implementasi keperawatan yang telah dilakukan. Peneliti melakukan implementasi dari diagnosa keperawatan yang telah diangkat yaitu halusinasi, resiko perilaku kekerasan, dan isolasi sosial. Untuk evaluasi keperawatan hipertermia, pada hari ke-3 Tn. F mengatakan sudah membaik dan tidak batuk lagi, suhu tubuh sudah kembali normal.

a. Evaluasi diagnosa halusinasi

Evaluasi keperawatan pada diagnosa utama halusinasi dengan strategi pelaksanaan pertama yaitu latihan menghardik dilakukan pada tanggal 28 Februari 2022 pukul 11.00 WIB, Tn. F mengatakan ia masih mendengar suara-suara seperti harimau yang mengaum dan suara ayahnya yang telah meninggal memanggilnya, suara tersebut muncul 3x sehari. Tn. F mengatakan sudah paham cara menghardik suara palsu tersebut dan mau melakukannya saat suara palsu tersebut muncul. Dari data objektif yang peneliti temukan Tn. F cukup kooperatif, menutup telinga ketika mendengar suara palsu, tampak masih suka mondar-mandir. Tn. F

mampu memperagakan kembali cara menghardik suara palsu. Dari hasil evaluasi yang peneliti temukan pada Tn. F terhadap penerapan strategi pelaksanaan halusinasi pertama, Tn. F mampu melakukan latihan menghardik secara mandiri, sehingga pemberian strategi pelaksanaan pertama halusinasi tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan kedua halusinasi.

Untuk evaluasi strategi pelaksanaan halusinasi yang kedua juga dilaksanakan pada tanggal 28 Februari 2022 pukul 14.00 WIB. Tn. F mengatakan masih mendengar suara harimau. Tn. F mengatakan frekuensi munculnya sudah berkurang tidak sesering seperti awal masuk. Tn. F mengatakan ia sudah melakukan latihan menghardik secara mandiri. Tn. F mengatakan sudah tahu apa saja obat yang diberikan oleh perawat. Tn. F tampak antusias, Tn. F mampu menyebutkan kembali warna obat yang dikonsumsinya Tn. F mampu menyebutkan 3 dari 6 prinsip benar minum obat. Dari hasil evaluasi yang peneliti temukan pada Tn. F terhadap penerapan strategi pelaksanaan kedua Tn. F mampu patuh minum obat namun masih harus didampingi oleh perawat dan dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan ketiga halusinasi.

Evaluasi terhadap strategi pelaksanaan halusinasi ketiga dilakukan pada tanggal 01 Maret 2022 pukul 13.30 WIB. Tn. F mengatakan masih mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya, namun hanya waktu malam ketika ia hendak tidur saja. Frekuensi 1x sehari. Tn. F mengatakan ada melakukan latihan menghardik dan minum obat teratur dibantu oleh perawat. Tn. F mengatakan akan bercakap-cakap dengan temannya ketika ia mendengar suara palsu. Dari data objektif yang peneliti dapatkan Tn. F tampak mengerti cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap, mampu bercakap-cakap saat halusinasi muncul. Berdasarkan hasil evaluasi yang peneliti temukan Tn. F mampu melakukannya secara mandiri

sehingga strategi pelaksanaan halusinasi ketiga tercapai, kemudian dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan keempat halusinasi.

Evaluasi strategi pelaksanaan halusinasi yang keempat juga dilaksanakan pada tanggal 01 Maret 2022 pukul 13.15 WIB. Tn. F mengatakan sudah melakukan latihan menghardik, patuh minum obat, dan bercakap-cakap dengan temannya secara mandiri. Tn. F mengatakan sudah hampir tidak pernah mendengar suara palsu lagi. Tn. F mengatakan ia senang berlatih mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas harian, ia akan melakukan kegiatan merapikan tempat tidur dan merapikan tempat makan setelah makan. Untuk data objektif yang ditemukan tempat tidur Tn. F sudah rapi dan mampu merapikan tempat makan secara mandiri. Dari hasil evaluasi yang peneliti temukan Tn. F mampu melakukannya secara mandiri sehingga strategi pelaksanaan halusinasi keempat tercapai, kemudian dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan diagnosa kedua yaitu resiko perilaku kekerasan.

b. Evaluasi diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan

Evaluasi keperawatan pada diagnosa kedua yaitu resiko perilaku kekerasan, evaluasi strategi pelaksanaan pertama dilakukan pada tanggal 02 Maret 2022 pukul 09.30 WIB. Tn. F mengatakan masih merasa kesal tanpa sebab, Tn. F mengatakan sudah memahami cara mengontrol marah dengan cara menarik napas dalam atau memukul bantal dan kasur. Data objektif yang peneliti dapatkan klien tampak paham dengan cara yang telah diajarkan, dan mampu memperagakannya kembali. Dari hasil evaluasi yang peneliti temukan Tn. F mampu melakukan latihan fisik, sehingga pemberian strategi pelaksanaan pertama tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan kedua resiko perilaku kekerasan.

Evaluasi strategi pelaksanaan kedua risiko perilaku kekerasan juga dilaksanakan pada tanggal 02 Maret 2022 pukul 13.30 WIB. Tn. F mengatakan perasaan kesalnya sudah berkurang, ada melakukan latihan fisik. Tn. F mengatakan sudah lumayan paham tentang obatnya. Tn. F mampu menyebutkan kembali nama, warna obat yang dikonsumsinya. Dari hasil evaluasi yang peneliti temukan Tn. F mampu patuh minum obat, namun harus didampingi oleh perawat, sehingga pemberian strategi pelaksanaan kedua tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan ketiga risiko perilaku kekerasan.

Evaluasi strategi pelaksanaan ketiga resiko perilaku kekerasan dilaksanakan pada tanggal 03 Maret 2022 pukul 10.00 WIB. Tn. F mengatakan sudah melakukan latihan fisik dan minum obat dengan teratur. Tn. F mengatakan senang diajarkan latihan verbal. Tn. F tampak paham dan mampu mengulangi apa yang sudah diajarkan. Dari hasil evaluasi yang peneliti temukan Tn. F mampu melakukan strategi pelaksanaan ketiga, sehingga pemberian strategi pelaksanaan ketiga tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan keempat resiko perilaku kekerasan.

Evaluasi strategi pelaksanaan keempat risiko perilaku kekerasan juga dilaksanakan pada tanggal 03 Maret 2022 pukul 13.30 WIB. Tn. F mengatakan sudah tidak merasa kesal lagi, perasaannya lega setelah melakukan latihan spiritual. Tn. F tampak tenang dan selalu shalat serta beristigfar. Dari hasil evaluasi yang peneliti temukan Tn. F mampu melakukan strategi pelaksanaan keempat, sehingga pemberian strategi pelaksanaan keempat tercapai, kemudian dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan diagnosa ketiga yaitu isolasi sosial.

c. Evaluasi diagnosa keperawatan isolasi sosial

Evaluasi strategi pelaksanaan pertama isolasi sosial dilakukan pada tanggal 04 Maret 2022 pukul 11.30 WIB. Tn. F mengatakan lebih senang menyendiri, Tn. F mau berkenalan dengan 1 orang temannya. Tn. F tampak masih suka menyendiri, tampak berkenalan dengan baik. Dari hasil evaluasi yang peneliti temukan Tn. F mampu melakukan strategi pelaksanaan pertama, sehingga pemberian strategi pelaksanaan pertama tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan kedua isolasi sosial.

Evaluasi strategi pelaksanaan kedua isolasi sosial juga dilakukan pada tanggal 04 Maret 2022 pukul 13.30 WIB. Tn. F mengatakan mau berkenalan dengan 2 orang temannya. Tn. F tampak berkenalan dengan baik. Dari hasil evaluasi yang peneliti temukan Tn. F mampu melakukan strategi pelaksanaan kedua, sehingga pemberian strategi pelaksanaan kedua tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan ketiga isolasi sosial.

Evaluasi strategi pelaksanaan ketiga isolasi sosial dilakukan pada tanggal 05 Maret 2022 pukul 10.30 WIB. Tn. F mengatakan mau berkenalan dengan 4-5 orang temannya yang lain, Tn. F mengatakan sering lupa dengan nama teman barunya. Tn. F tampak berkenalan dengan baik namun sedikit malu. Tn. F mampu bercakap-cakap dengan temannya saat sedang melakukan kegiatan harian (mencuci gelas). Dari hasil evaluasi yang peneliti temukan Tn. F mampu melakukan strategi pelaksanaan ketiga, sehingga pemberian strategi pelaksanaan ketiga tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan keempat isolasi sosial.

Evaluasi strategi pelaksanaan keempat isolasi sosial juga dilakukan pada tanggal 04 Maret 2022 pukul 13.00 WIB. Tn. F mengatakan senang mengikuti kegiatan karena banyak teman yang bisa diajak

bicara. Tn. F tampak bersemangat dan mau mengikuti kegiatan yang ada di ruangan. Dari hasil evaluasi yang peneliti temukan Tn. F mampu berinteraksi dengan teman-temannya sambil melakukan aktivitas sehingga strategi pelaksanaan keempat isolasi sosial tercapai.

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan jiwa yang dilakukan pada Tn. F dengan diagnosa halusinasi di Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang, maka dalam bab ini peneliti akan membahas kesenjangan antara teori dan kenyataan yang diperoleh sebagai hasil pelaksanaan studi kasus. Peneliti juga membahas kesulitan yang ditemukan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada Tn. F dengan halusinasi pendengaran. Di dalam penyusunan asuhan keperawatan peneliti melakukan suatu proses yang meliputi pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan dengan uraian sebagai berikut:

1. Pengkajian Keperawatan

a. Keluhan utama

Penelitian yang dilakukan terhadap Tn. F ditemukan data Tn. F mengatakan ia masih mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya. Tn. F mengatakan suara tersebut seperti suara harimau yang mengaum dan suara ayahnya yang telah meninggal memanggilnya. Tn. F mengatakan ia merasa kesal tanpa sebab dan jika kesal ia memukul pintu, Tn. F tampak mondar-mandir, dan senang menyendiri. Ia jarang berinteraksi dengan sesama teman yang ada di ruangan, ia hanya berbicara dengan teman dekatnya saja dan lebih senang berbicara dengan dokter ataupun perawat.

Keluhan utama pada Tn. F memiliki beberapa persamaan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh (Irwan et al., 2021) tentang Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Masalah Halusinasi pada Ny. D, dalam penelitian tersebut menjelaskan keluhan utama klien dibawa

ke rumah sakit karena klien sering marah-marah sendiri, gelisah, susah tidur, mendengar suara-suara bisikan setelah klien merasa kecewa dengan suami karena meninggalkan dirinya, suara yang ia dengar yaitu suara pertengkaran saat mereka bersama. Klien sering melamun dan berbicara sendiri. Peneliti menemukan perbedaan dengan keluhan utama pada Ny. D dengan Tn. F yaitu Ny. D tidak mondar-mandir, tidak menciderai orang lain dan merusak alat rumah tangga sedangkan Tn. F mondar-mandir, merusak alat rumah tangga, dan bahkan bisa menyakiti orang lain.

Sesuai dengan teori Direja dalam (Putri et al., 2018), bahwa proses terjadinya halusinasi dibagi menjadi 4 fase. Fase pertama (*Fase Comforting*) disebut juga fase yang menenangkan. Karakteristik pada klien yaitu klien mengalami stress, perasaan perpisahan, merasa bersalah, kesepian, dan tidak dapat diselesaikan. Perilaku klien biasanya tersenyum atau tertawa yang tidak sinkron, menggerakkan bibir tetapi tidak bersuara, gerakan mata cepat, respons verbal lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya, dan lebih suka menyendiri. Pada fase keempat (*Fase Conquering*) disebut juga dengan fase panik, yaitu klien melebur dengan halusinasinya. Karakteristik pada klien yaitu halusinasi berubah menjadi ancaman, memerintah, dan memarahi klien. Klien menjadi merasa takut, tidak memiliki kekuatan, hilang kontrol. Perilaku klien biasanya berkemungkinan untuk bunuh diri dan perilaku kekerasan.

Berdasarkan data yang ditemukan pada Tn. F dan Ny. D, terdapat kesesuaian antara kasus dengan konsep teoritis dan peneliti berasumsi bahwa tidak terdapat perbedaan antara teori dan praktek yang ditemukan di lapangan. Peneliti menyimpulkan bahwa keluhan utama yang dialami kedua klien berbeda pada masing-masing fase pada proses terjadinya halusinasi. Halusinasi yang

terjadi pada Tn. F yaitu berada pada fase keempat dan Ny. D berada pada fase pertama yang ditandai dengan Tn. F sudah merusak pintu sedangkan Ny. D klien mengalami stress, mempunyai perasaan perpisahan.

b. Faktor Predisposisi

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti pada Tn. F didapatkan bahwa faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya gangguan jiwa (halusinasi pendengaran) pada Tn. F yaitu ia menderita penyakit gangguan jiwa sejak 5 tahun yang lalu. Tn. F mengatakan sudah 2 kali dirawat di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang. Tn. F mengatakan pengobatan sebelumnya Tn. F pulang dengan keadaan sudah tenang dan dijemput oleh keluarganya. Namun, sejak $\pm 2,5$ tahun Tn. F putus minum obat karena ia merasa sudah sehat dan memutuskan tidak pergi kontrol untuk melanjutkan pengobatannya akibatnya klien jadi kambuh kembali.

Faktor predisposisi pada penelitian yang dilakukan oleh (Warman, 2020) tentang Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Skizofrenia yang Mengalami Halusinasi di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang didapatkan data Tn. R menderita penyakit gangguan jiwa sejak usianya 7 tahun, klien tersebut mengatakan sudah 5 kali di rawat di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Klien mengatakan lima bulan yang lalu baru pulang atas izin dari dokter, namun ia hanya minum obat rutin selama satu bulan dan setelah itu jarang minum obat karena sibuk bermain *handphone* dan motor. Dari data tersebut, ditemukan adanya kesamaan faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya gangguan jiwa pada Tn. F dan Tn. R.

Sesuai dengan penjelasan (Muhith, 2015) mengenai faktor predisposisi pada pasien halusinasi biasanya klien sempat mengalami gangguan jiwa di masa lalu, klien telah melakukan pengobatan sebelumnya (biasanya berhasil, kurang berhasil, dan tidak berhasil). Biasanya halusinasi klien disebabkan oleh aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam rumah tangga atau tindak kriminal. Biasanya salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Biasanya ada pengalaman masa lalu yang bagi klien tidak menyenangkan.

Asumsi peneliti yaitu tidak terdapat perbedaan antara teori dengan kondisi yang ditemukan di lapangan. Peneliti mengemukakan bahwa terdapat kesamaan faktor predisposisi terjadinya gangguan jiwa (halusinasi pendengaran) pada Tn. F dan Tn. R yakni dulunya klien pernah mengalami gangguan jiwa dan setelah sudah di rumah, klien putus minum obat sehingga menyebabkan klien kambuh kembali.

c. Konsep Diri

Penelitian yang peneliti lakukan pada Tn. F didapatkan data konsep diri Tn. F yaitu citra tubuh Tn. F menyukai dan bersyukur dengan semua anggota tubuhnya yang diberikan oleh Allah SWT. Pada identitas diri Tn. F mengatakan ia merupakan anak pertama dari tiga ber, Tn. F bersekolah hanya sampai jenjang pendidikan SMP, Tn. F tidak bekerja. Tn. F mengatakan ia puas dengan kodratnya sebagai laki-laki. Pada peran diri Tn. F berperan sebagai anak di dalam keluarganya dan Tn. F juga kadang membantu orangtuanya di rumah. Pada ideal diri Tn. F ingin cepat sembuh dan segera pulang ke rumah berkumpul dengan keluarganya. Pada harga diri Tn. F mengatakan ia sangat sedih karena dibawa ke rumah sakit jiwa seakan dirinya tidak berharga lagi oleh keluarganya.

Pada penelitian yang dilakukan oleh (Wuryastuti, 2016) tentang Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Halusinasi Pendengaran di Ruang Merak RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta yang menjelaskan tentang konsep diri Tn. S sangat menyukai senyumnya sendiri dan perannya sering mengantar ibunya ke pasar dan membangunkan ayahnya untuk shalat subuh, pada harga diri Tn. S dengan temannya kurang dekat semenjak ia sakit dan merasa malu dengan keadaannya, terkadang temannya menyinggung perasaannya karena ia mengalami gangguan jiwa.

Menurut (Muhith, 2015), konsep diri dibagi menjadi 5 bagian yaitu citra tubuh, identitas diri, peran diri, ideal diri, dan harga diri. Citra tubuh yang dimiliki Tn. F sesuai dengan teori dimana citra tubuh biasanya berisi tentang pendapat klien tentang tubuhnya. Identitas diri berisi status atau posisi klien sebelum dirawat dan kepuasan klien dengan jenis kelaminnya, identitas diri Tn. F sudah sesuai dengan teori yang ada. Peran diri menurut teori yaitu mendeskripsikan tentang peran/tugas yang ditanggung dalam keluarga, Tn. F menjalankan perannya sebagaimana mestinya. Ideal diri berisi tentang harapan klien terhadap penyakitnya, hal ini sesuai dengan penemuan ideal diri pada Tn. F. Harga diri, jika individu mengalami kegagalan atau penolakan maka individu tersebut cenderung mengalami harga diri rendah dan isolasi sosial.

Berdasarkan data yang peneliti temukan pada Tn. F dan penelitian yang dilakukan oleh (Wuryastuti, 2016) pada Tn. S, asumsi peneliti yaitu konsep diri merupakan penjelasan dari citra tubuh, peran atau kegunaan kita pada seseorang, ideal diri atau harapan yang ingin kita gapai dan harga diri yang kita miliki. Jika salah satunya mengalami permasalahan maka seseorang dapat mengalami stress berlebihan dan merasa tidak berguna dan cenderung mengurung diri. Seperti halnya Tn. F dan Tn. S dimana pada harga diri, Tn. F

merasa tidak berharga lagi karena dibawa ke rumah sakit jiwa dan Tn. S hubungan dengan teman-temannya menjadi kurang dekat semenjak ia sakit dan ia merasa malu dengan keadaannya dan terkadang temannya menyinggung perasaannya tentang penyakit yang dialaminya.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pohon masalah pada Tn. F penyebab halusinasi yaitu isolasi sosial, halusinasi sebagai *core problem* atau masalah yang dialami, dan resiko perilaku kekerasan sebagai akibatnya. Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sari, 2021) tentang Asuhan Keperawatan Jiwa pada Klien dengan Halusinasi di Ruang Melati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang didapatkan diagnosa keperawatan pada Ny. A yaitu isolasi sosial sebagai penyebabnya, halusinasi sebagai *core problem*, dan resiko perilaku kekerasan sebagai akibatnya.

Menurut teori (Prabowo, 2014b) menjelaskan bahwa pohon masalah pada pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi, isolasi sosial merupakan penyebab (*cause*) dari halusinasi, halusinasi sebagai *care problem*, dan resiko perilaku kekerasan sebagai akibatnya (*effect*). Hal ini sama dengan asumsi peneliti dalam menentukan prioritas masalah dengan teori berdasarkan pohon masalah dengan penemuan pada praktek lapangan.

a. Diagnosa keperawatan halusinasi pendengaran

Diagnosa keperawatan pertama pada Tn. F yaitu halusinasi pendengaran. Data yang memperkuat peneliti mengangkat diagnosa tersebut yaitu Tn. F mengatakan mendengar suara yang tidak ada wujudnya, seperti suara harimau mengaum dan suara ayahnya yang sudah meninggal memanggilnya. Berdasarkan hasil pengamatan peneliti menemukan Tn. F tampak menutup telinga, mondar-mandir, dan terkadang berbicara serta tertawa sendiri.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sari, 2021) yang juga menyatakan diagnosa pertama yaitu halusinasi pendengaran dengan data pendukung Ny. A mengatakan mendengar suara-suara bisikan tidak berwujud yang memanggil dirinya, suara yang berupa pesan yang disampaikan nenek moyang kepadanya bahwa di dunia ini banyak yang berbuat tidak benar, terkadang suara tersebut menyuruh dirinya dan keluarga pergi.

Tanda dan gejala halusinasi pendengaran yang dialami Tn. F dan Ny. A tersebut sesuai dengan penjelasan yang diungkapkan oleh (Sutejo, 2017b) yaitu mendengar suara bunyi gaduh atau menyuruh untuk melakukan sesuatu yang berbahaya, mendengar suara orang yang sudah meninggal, bicara atau tertawa sendiri, dan menutup telinga.

b. Diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan

Diagnosa keperawatan kedua pada Tn. F yaitu resiko perilaku kekerasan. Data yang memperkuat peneliti mengangkat diagnosa tersebut yaitu Tn. F marah-marah tanpa sebab, mengamuk, memukul pintu, dan pernah diikat karena emosinya tidak stabil. Berdasarkan hasil pengamatan peneliti menemukan Tn. F tampak gelisah dan emosinya masih labil, cenderung mengikuti keinginan sendiri. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sari, 2021) yang juga menyatakan bahwa diagnosa kedua yaitu resiko perilaku kekerasan dengan data pendukung Ny. A mengatakan ia mudah kesal dan marah ketika keinginannya tidak dituruti. Ny. A mengatakan ia merasa kesal karena belum diizinkan pulang kemudian ia lampiaskan dengan berkata-kata kotor dan menendang pintu ruangan.

Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yang dialami Tn. F dan Ny. A tersebut sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh (Sutejo,

2019) yaitu ungkapan ingin memukul/melukai seseorang, bicara kasar, suara tinggi, berteriak, melempar atau memukul benda/orang lain.

c. Diagnosa keperawatan isolasi sosial

Diagnosa keperawatan ketiga pada Tn. F yaitu isolasi sosial. Data yang memperkuat peneliti mengangkat diagnosa tersebut yaitu Tn. F mengatakan hanya berinteraksi dengan satu orang temannya saja diruangan, ia lebih senang berinteraksi dengan dokter dan perawat ruangan saja. Tn. F tampak lebih senang menyendiri, dan tampak senang tiduran di kursi dan di lantai dibandingkan mengikuti kegiatan di ruangan. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sari, 2021) yang juga menyatakan bahwa diagnosa keperawatan ketiga yaitu isolasi sosial. Data pendukung yaitu Ny. A lebih senang menyendiri, ia takut, malas, dan tidak mau bergaul dengan tetangganya karena kebanyakan tetangganya merupakan pemakai narkoba.

Menurut teori (Dermawan & Rusdi, 2013), tanda dan gejala pada klien dengan diagnosa keperawatan isolasi sosial yaitu menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain, banyak diam, mengisolasi diri, tidak mengikuti kegiatan, aktivitas menurun, kontak mata kurang, dan kurang sadar terhadap lingkungan sekitarnya.

Berdasarkan beberapa data penelitian dan teori diatas, peneliti berasumsi bahwa tidak terdapat perbedaan antara teori dengan kondisi yang peneliti temukan di lapangan. Diagnosa keperawatan ditegakkan sesuai dengan pohon masalah pada konsep teori, dimana seseorang yang memiliki masalah yang berdampak pada isolasi sosial jika dibiarkan maka akan menimbulkan masalah berupa halusinasi karena seseorang yang stress dan tertekan dapat larut dalam pikiran dan

masalahnya sendiri sehingga menimbulkan halusinasi. Ada yang senang dengan halusinasinya dan bahkan ada yang lebur dalam halusinasinya sendiri serta ada juga halusinasinya yang sampai menguasai diri sehingga mengakibatkan timbulnya perilaku menciderai diri sendiri dan orang lain.

3. Intervensi Keperawatan

Sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan yaitu halusinasi pendengaran, resiko perilaku kekerasan, dan isolasi sosial. Peneliti tidak melakukan strategi pelaksanaan pada keluarga karena saat penelitian keluarga tidak pernah mengunjungi pasien.

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada halusinasi terdiri dari empat yaitu, pada strategi pelaksanaan pertama, membina hubungan saling percaya dan perawat membantu klien mengenal halusinasi, mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi. Strategi pelaksanaan kedua, melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara patuh minum obat dengan cara 6 benar minum obat. Strategi pelaksanaan ketiga, melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Strategi pelaksanaan keempat, melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal.

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada resiko perilaku kekerasan terdiri dari empat yaitu, pada strategi pelaksanaan pertama, perawat menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik (teknik napas dalam dan pukul bantal/kasur). Strategi pelaksanaan kedua, melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 6 benar minum obat. Strategi pelaksanaan ketiga, melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik dan benar). Strategi pelaksanaan keempat, melatih klien mengontrol

perilaku kekerasan dengan cara spiritual (beribadah, mengaji, berzikir, dan berdoa).

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada isolasi sosial terdiri dari empat yaitu, strategi pelaksanaan pertama, perawat membantu klien berinteraksi dan bercakap-cakap dengan satu orang. Strategi pelaksanaan kedua, membantu klien berinteraksi dan bercakap-cakap dengan 2 orang. Strategi pelaksanaan ketiga, melatih klien berinteraksi dan bercakap-cakap dengan 4-5 orang sambil melakukan kegiatan harian. Strategi pelaksanaan keempat, mengevaluasi klien berinteraksi dengan orang lain.

Penyusunan rencana keperawatan pada Tn. F telah sesuai dengan rencana teoritis menurut (Irman, V., Alwi N.P., 2016). Strategi pelaksanaan tetap disesuaikan kembali dengan kondisi klien sehingga tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat tercapai. Peneliti juga mengikuti langkah-langkah perencanaan yang telah disusun mulai dari menentukan prioritas masalah sampai dengan kriteria hasil yang diharapkan. Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Yolandiani, 2019) di Kelurahan Parak Gadang Timur Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang, strategi pelaksanaan tetap disesuaikan berdasarkan teori namun harus disesuaikan dengan kondisi klien saat itu, agar tujuan awal dapat tercapai.

Berdasarkan perencanaan diatas peneliti berasumsi bahwa perencanaan yang telah disusun harus kembali disesuaikan dengan kondisi klien saat itu, hal itu bertujuan untuk mengoptimalkan pemberian strategi pelaksanaan untuk mengontrol halusinasi yang muncul. Dalam proses perencanaan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek dalam memprioritaskan masalah dan perencanaan tindakan keperawatan. Peneliti berusaha memprioritaskan masalah sesuai dengan pohon masalah yang telah ada.

4. Implementasi Keperawatan

Secara umum implementasi keperawatan yang dilakukan peneliti sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat sebelumnya. Hasil penelitian pada Tn. F dengan halusinasi pendengaran di Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang terdapat beberapa tindakan keperawatan yang sudah dilakukan diantaranya: strategi pelaksanaan 1 sampai dengan 4 halusinasi, strategi pelaksanaan 1 sampai dengan 4 resiko perilaku kekerasan, dan strategi pelaksanaan 1 sampai dengan 4 isolasi sosial. Peneliti tidak hanya berfokus pada masalah halusinasi pada klien, namun juga berusaha melakukan implementasi pada penyebab dan akibat yang ditimbulkan oleh halusinasi tersebut. Sebagaimana menurut penelitian yang dilakukan oleh (Maifenti, 2019) tentang Asuhan Keperawatan Pasien dengan Halusinasi di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang, menyatakan bahwa halusinasi dapat terjadi disebabkan oleh isolasi sosial dan akan mengakibatkan resiko perilaku kekerasan.

Dalam pemberian implementasi peneliti juga memberikan *reinforcement positive* kepada klien. Dengan memberikan *reinforcement positive* klien akan tampak bersemangat dalam melakukan latihan strategi pelaksanaan yang diberikan. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Cut Nizar, 2021) dimana *reinforcement positive* memiliki dampak yang positif kepada klien, yang mana klien menjadi termotivasi melakukan hal yang diajarkan oleh perawat, selain itu *reinforcement positive* juga memudahkan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan kepada klien.

Peneliti menemukan faktor pendukung dalam pelaksanaan tindakan keperawatan adalah klien sangat kooperatif dan kerjasama yang baik antar peneliti dengan perawat ruangan. Sebelum melakukan implementasi keperawatan, peneliti konfirmasi terlebih dahulu kepada

perawat ruangan dan menjadikan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) sebagai dasar dilakukannya implementasi keperawatan. Faktor penghambat yang peneliti temukan adalah tidak adanya keterlibatan keluarga dalam pemberian implementasi keperawatan karena pandemik ini keluarga tidak diizinkan untuk mengunjungi klien kecuali saat menjemput klien apabila sudah pulih dan diizinkan untuk pulang oleh dokter. Solusi yang peneliti lakukan untuk mengatasi masalah ini adalah peneliti tetap melakukan intervensi semaksimal mungkin dengan bantuan perawat ruangan.

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan. Pada teori maupun kasus dalam membuat evaluasi disusun berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai. Dimana pada kasus peneliti melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan yang dilakukan selama 6 hari. Ketiga masalah dapat teratasi sebagian.

Perkembangan dari kondisi halusinasi klien dari data ditemukan bahwa klien sudah tidak mendengar suara yang tidak ada wujudnya lagi, klien tampak cukup stabil dan bicara sudah mulai terarah. Strategi pelaksanaan yang telah diajarkan seperti menghardik halusinasi, bercakap-cakap, dan melakukan kegiatan dilakukan klien dengan mandiri. Perkembangan dari kondisi resiko perilaku kekerasan, klien sudah bisa mengontrol emosinya secara mandiri. Perkembangan dari kondisi isolasi sosial, klien sudah mulai mengikuti kegiatan yang ada di ruangan. Untuk strategi pelaksanaan patuh minum obat klien masih harus dilakukan pendampingan oleh perawat ruangan. Peneliti menyadari bahwa proses keperawatan tidak dapat berakhir dalam satu waktu saja, melainkan membutuhkan waktu yang panjang dan tindakan keperawatan yang berkelanjutan. Sesuai dengan penelitian

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

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah peneliti melakukan asuhan keperawatan pada Tn. F di Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang dengan halusinasi pendengaran pada tanggal 28 Februari 2022 sampai dengan 05 Maret 2022 maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian Keperawatan

Pada pengkajian pada Tn. F peneliti menemukan keluhan berupa klien masih mendengar suara-suara palsu, seperti harimau yang mengaum dan suara ayahnya yang telah meninggal memanggil namanya, suara tersebut muncul dengan frekuensi 3x sehari dan lebih sering pada malam hari sewaktu ia hendak tidur, Tn. F tersenyum dan tertawa sendiri, tampak menutup telinga. Peneliti berpendapat faktor predisposisi yang menyebabkan Tn. F mengalami gangguan jiwa (halusinasi pendengaran) yaitu karena 5 tahun yang lalu ia juga pernah mengalami gangguan jiwa, namun 2,5 tahun belakangan ini ia putus minum obat sehingga membuat penyakitnya kambuh kembali.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu halusinasi pendengaran sebagai masalah utama, isolasi sosial sebagai penyebab, dan resiko perilaku kekerasan sebagai akibat. Dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan antara teori dan kasus yang ditemukan, karena pada teori dijelaskan juga bahwa diagnosa yang muncul adalah halusinasi sebagai masalah utama, isolasi sosial sebagai penyebab, dan resiko perilaku kekerasan sebagai akibat.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada diagnosa pertama halusinasi pendengaran mengacu pada strategi pelaksanaan halusinasi yaitu menghardik halusinasi, minum obat teratur dengan cara 6 benar minum obat,

bercakap-cakap dengan orang lain, dan melakukan aktivitas sehari-hari. Selanjutnya pada diagnosa resiko perilaku kekerasan yang telah ditetapkan yaitu latihan fisik (tarik napas dalam dan memukul bantal/kasur), minum obat teratur dengan cara 6 benar minum obat, latihan verbal (mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik), dan latihan spiritual. Kemudian untuk isolasi sosial, strategi pelaksanaannya yaitu melatih berinteraksi dan bercakap-cakap dengan 1 orang, melatih berinteraksi dan bercakap-cakap dengan 2 orang, melatih berinteraksi dan bercakap-cakap dengan 4-5 orang sambil melakukan kegiatan harian, dan mengevaluasi klien berinteraksi dengan orang lain.

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu pada diagnosa keperawatan halusinasi, resiko perilaku kekerasan, dan isolasi sosial yang dilaksanakan dari strategi pelaksanaan pertama sampai strategi pelaksanaan keempat sesuai dengan strategi pelaksanaan yang telah direncanakan.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi untuk semua masalah keperawatan sudah dapat teratasi sebagian. Hal ini dibuktikan dengan Tn. F mampu memahami dan melakukan latihan cara mengontrol halusinasi secara mandiri sesuai strategi pelaksanaan yang diajarkan, mampu memahami dan melakukan latihan mengontrol marah secara mandiri sesuai strategi pelaksanaan, serta mampu berinteraksi dengan orang lain sesuai strategi pelaksanaan. Namun, untuk minum obat klien tetap masih harus dilakukan pendampingan oleh perawat ruangan.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang

Kepada perawat ruangan diharapkan untuk lebih meningkatkan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien, terutama mendampingi klien minum obat dengan teratur pada klien halusinasi pendengaran. Perawat juga sebaiknya memberikan edukasi kepada keluarga bagaimana cara melakukan perawatan pada klien sewaktu dirumah dan waktu kontrol ke pelayanan kesehatan.

2. Bagi Peneliti

Agar dapat menambah wawasan dan pengalaman peneliti dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan mengaplikasikan ilmu dan teori yang diperoleh di bangku perkuliahan khususnya pada klien dengan halusinasi pendengaran.

3. Bagi Klien

Klien diharapkan dapat mengikuti program terapi yang sudah direncanakan oleh dokter dan perawat agar dapat mempercepat proses penyembuhan pada klien khususnya klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran.

4. Bagi Institusi Pendidikan

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

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat menambahkan asuhan keperawatan strategi pelaksanaan keluarga pada pasien halusinasi pendengaran.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, A. P., Susilo, T., & Putra, S. M. A. (2017). *Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Periode Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia: Halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soeroyo Magelang*. 6. <https://jurnal.stikescendekiautamakudus.ac.id/index.php/stikes/article/view/193/145>
- Ćurčić-Blake, B., Ford, J. M., Hubl, D., et al. (2017). Interaction of language, auditory and memory brain networks in auditory verbal hallucinations. *Progress in Neurobiology*, 148, 1–20. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2016.11.002>
- Cut Nizar, N. (2021). Kekuatan positive reinforcement dalam meningkatkan perilaku rawat diri pada pasien skizofrenia. *Procedia : Studi Kasus Dan Intervensi Psikologi*, 9(1), 30–34. <https://doi.org/10.22219/procedia.v9i1.15678>
- Dalami, Ermawati, D. (2014). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Jiwa*. Trans Info Media.
- Dermawan, D., & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Gosyen Publishing.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. (2017). *Profil Kesehatan 2017*.
- Hidayah, A. N. (2015). *Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi-Sensori Terhadap Kemampuan Mengontrol Halusinasi pada Pasien Halusinasi di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang*.
- Irman, V., Alwi N.P., & P. H. (2016). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Jiwa*. UNP Press.
- Irwan, F., Efendi Putra Hulu, Manalu, L. W., et al. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Masalah Halusinasi*. 1–47. <https://osf.io/fdqzn>
- Lapau, B. (2012). *Metode penelitian kesehatan metode ilmiah penulisan skripsi, tesis, dan disertasi*. Jakarta Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
- Maifenti, S. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Halusinasi Di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang*.
- Masrour, F. (2019). On the possibility of hallucinations. *Mind*, 129(515), 737–768. <https://doi.org/10.1093/mind/fzy088>
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa [Teori dan Aplikasi]*. CV ANDI OFFSET.
- Nurarif, Amin Huda., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc Edisi Revisi Jilid 3*. MediAction.
- Nurhalimah. (2016). *Keperawatan Jiwa*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Nursalam. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* (5th ed.). Salemba Medika.
- Pardede, J. A., Silitonga, E., & Laia, G. E. H. (2020). *The Effects of Cognitive Therapy on Changes in Symptoms of Hallucinations in Schizophrenic Patients*. 257. <https://doi.org/10.37506/ijphrd.v11i10.11153>
- Prabowo, E. (2014a). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika.
- Prabowo, E. (2014b). *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika.
- Putri, D. E., Fernandes, F., Erwina, I., et al. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Andalas University Press.
- Rachmat, M. (2016). *Metodologi Penelitian Gizi & Kesehatan*. EGC.
- Riskesdas. (2018). *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar*.
- RSJ Prof. HB. Sa'anin Padang. (2021). *Buku Laporan*.
- Samal, M. H., & Ahmad, A. K. (2018). *Pengaruh Penerapan Asuhan Keperawatan pada Klien Halusinasi Terhadap Kemampuan Mengontrol Halusinasi di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan*. 12, 546–549.
- Sari, R. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa pada Klien dengan Halusinasi di Ruang Melati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang*. <https://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id/index.php?p=fstream&fid=2617&bid=7830>
- Sovitriana, R. (2019). *Dinamika Psikologis Kasus Penderita Skizofrenia*. 59.
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart buku 1*. Elsevier.
- Sugiono. (2013). *Metode Penelitian Kualitatif Kuantitatif dan R&D*. Alfabeta.
- Suprihatiningsih, T., Andika, R., & Maryanti, D. (2021). *Pemberdayaan Kader Sebagai Penyuluh Kesehatan Jiwa Dalam Upaya Pembentukan Desa Siaga Sehat Jiwa Di Puskesmas Jeruklegi I Kabupaten Cilacap*. 3(1), 54–64.
- Sutejo. (2017a). *Keperawatan Kesehatan Jiwa*. PUSTAKA BARU PRESS.
- Sutejo. (2017b). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Prinsip dan Praktik Asuhan Keperawatan Jiwa*. PUSTAKA BARU PRESS.
- Sutejo. (2019). *Keperawatan Jiwa Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial*. PUSTAKA BARU PRESS.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Undang-Undang No.18. (2014). *Undang-Undang Keswa Nomor 18 Tahun 2014*.

1.

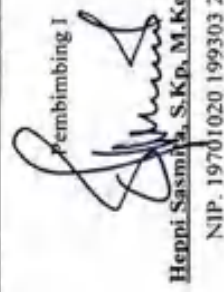
- Warman, I. P. (2020). *Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Skizofrenia yang Mengalami Halusinasi di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2020*. Poltekkes Kemenkes Padang.
- WHO. (2017). *Health For the Worlds Adolescents a Second Chance In The Second Decade*.
- Widianti, E., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2017). Aplikasi Terapis Spesialis Keperawatan Jiwa pada Pasien Skizofrenia dengan Harga Diri Rendah Kronis di RSMM Jawa Barat. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 3(1), 83–99. <https://doi.org/10.17509/jpki.v3i1.7489>
- Wuryaningsih, Wuri, E., Windarwati, H. D., et al. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1*. 194.
- Wuryastuti, M. I. (2016). *Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran di Ruang Merak RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta*. 2.
- Yolandiani, R. P. (2019). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di Kelurahan Parak Gadang Timur Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang*.
- Yusuf. (2015). *Buku Ajar Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika.

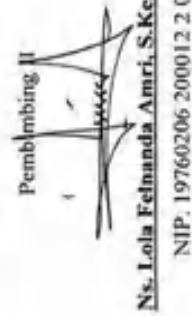
Lampiran 1

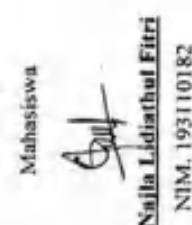
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA YANG MENGALAMI HALUSINASI
DI RUMAH SAKIT JIWA PROF. HB. SA'ANIN PADANG
TAHUN 2022

No	KEGIATAN	September				Oktober				November				Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV				
1	Konsultasi dan Acc Judul Proposal																																				
2	Pembuatan Proposal dan Konsultasi																																				
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, Januari 2022

Pembimbing I

 Heppi Sasmita, S.Kp., M.Kep., Sp-Jiwa
 NIP. 19701020 199303 2 002

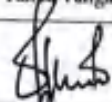
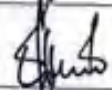
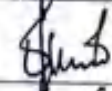
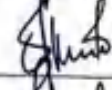
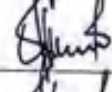
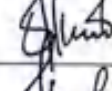
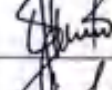
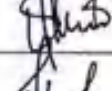
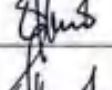
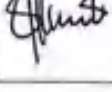
Pembimbing II

 Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep., M.Kep.
 NIP. 19760206 200012 2 001



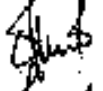

Mahasiswa

 Naila Lidiathul Fitri
 NIM. 193110182

Lampiran 2

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

Nama : Najla Lidiathul Fitri
 NIM : 193110182
 Pembimbing I : Heppi Sasmita, S.Kp, M. Kep, Sp. Jiwa
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia yang Mengalami Halusinasi Pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang

No	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	Rabu / 25 /08 /2021	ACC Judul	
2	Kamis / 26 /08 /2021	Pembelian acuan untuk pembuatan latar belakang	
3	Jumat / 17 /09 /2021	Bimbingan BAB I - Data WHO, RISKEDAS, dan sumber	
4	Senin / 27 /9 /2021	Bimbingan revisi BAB I - Devisi rumus referensi propias KTI	
5	Senin / 08 /10 /2021	Bimbingan revisi BAB I - Lanjutkan pembuatan BAB I dan BAB II	
6	Rabu / 15 /11 /2021	Bimbingan BAB II dan BAB III - Devisi rumusan diagnosis dan penulisan	
7	Senin / 30 /11 /2021	Pengumpulan dan bimbingan BAB I, BAB II, dan BAB III	
8	Jumat / 24 /11 /2021	Bimbingan BAB I, BAB II, dan BAB III - Lengkapi data hasil survey awal	
9	Jumat / 07 /01 /2022	- Revisi penulisan survey awal - Tambahkan fenomena - Tambahkan etimologi	
10	Rabu / 12 /01 /2022	ACC SIDANG PROPOSAL	

11	Umum/ 0 / 04 / 2022	- Laporan BAB IV tentang Asuransi - Laporan pembahasan pembahasan	
12	Sekolah/ 12 / 04 / 2022	Berkas BAB IV dan BAB V - Aspek BAB IV / Pembahasan Aspek dan hasil pembahasan	
13	Umum/ 15 / 04 / 2022	Berkas BAB IV dan BAB V, BAB VI - Aspek BAB VI - Aspek BAB VII	
14	Kelas/ 20 / 04 / 2022	Berkas Abstract Acc. sidang KTI	

Catatan :

- Lembar konsultasi harus dibawa setiap kali konsultasi
- Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengotolui

Ketua Prodi Keperawatan Padang



Heppi Sasmita, S.Kn, M. Kes, Np. 1790

NIP. 19701020 199303 2 602

Lampiran 3

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

Nama : Najla Lidiahal Fitri
 NIM : 193119182
 Pembimbing 2 : Ns. Laila Febrinda Amri, S.Kep, M.Kep
 Judul : Analisis Kepeawatan Pada Pasien Skizofrenia yang Mengalami Halusinasi Pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Soman Padang

No	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1		ACC Judul	
2	Sekeloa / 11/02/2022	Analisis dan wawancara BNS 1 via zoom - Mengetahui BNS 1 awal masalah - Mengetahui tujuan penelitian	
3	Hamzah / 11/02/2022	- Berdiskusi BNS 1 dan BNS 2 - Mengetahui formatnya - Pembahasan tanda-tanda & cara penelitian	
4	Sekeloa / 11/02/2022	- Mengetahui BNS 2 - Pembahasan format pada BNS 2 - BNS 1 & BNS 2	
5	Hamzah / 11/02/2022	- Berdiskusi BNS 1, 5, dan 10 - Pembahasan cara penulisan bagian pendahuluan	
5	Sekeloa / 12/02/2022	- Berdiskusi BNS 2, 8, dan 10 - Pembahasan bentuk penulisan & daftar isi	
7	Hamzah / 16/02/2022	- Berdiskusi bagian pendahuluan - Cara penulisan	
8	Hamzah / 16/02/2022	BCE STANG PROTOCOL	
9	Hamzah / 16/02/2022	- Mengetahui BNS 1 & BNS 9 - BNS 1 & BNS 9 - Pembahasan penelitian dan catatan	
10	Sekeloa / 21/02/2022	- Mengetahui abstrak dan BNS 7 - Cara penulisan - Cara BNS 7 penulisan	
11	Hamzah / 22/02/2022	Mencantumkan daftar isi dan kesimpulan	

12	Jumlah di Susunan	ACE BUNDA HATIL	
13			
14			

Catatan :

- Lembar kanvas harus dibawa setiap saat konsultasi
- Lembar kanvas diserahkan ke panitia sedang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengabahi

Ketua Fraksi DPRD Provinsi Padang



Hajri Saifulin, S.Kp, M. Kep, M. Jura

NIP. 19791029 199303 2 002

Lampiran 4

 **KEMENTERIAN KESEHATAN RI**
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
Jl. SEMPANG POMBOK KOPRI MANGGALO TELP. (0751) 7051300 FAX: (0751) 7058138 PADANG 25146
Email : prodi@csppda@gmail.com Telp. Jurusan Keperawatan (0751) 7051948



Nomor : PP.03.01/08 640/ 2021
Lamp : -
Perihal : Izin Survey Data

16 Desember 2021

Kepada Yth. :
Direktur RSI.HB. Saanin Padang
Di
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganjil TA. 2021/2022, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan **Survey Data** di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin (Nama Mahasiswa Terlampir).

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


Direktur Poltekkes Kemenkes Padang

Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si
Nip. 196101431980031002

KEMENTERIAN KESEHATAN RIBADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

JL. SIBPANG PONDOK KOPJ NANGGALO TELP. (0751) 7951300 FAX: (0751) 7958128 PADANG 25146

Lampiran :
Nomor : PP.03.01/ /2021
Tanggal : 16 Desember 2021**NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN SURVEY DATA**

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Nasya Surya Anggrina	193110143	Asuhan Keperawatan pada Pasien Gangguan Jiwa dengan Defisit Perawatan Diri Di RSJ Prof.DR.HB.Sa'anin Padang
2	Nabilla Rifdha Helmi	193110181	Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia dengan Perilaku Kekerasan Di RSJ Prof. HB Sa'anin Padang
3	Najla Lidiathul Fitri	193110182	Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di RSJ Prof. HB Sa'anin Padang
4	Saras Putri Wulandari	193110191	Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Isolasi Sosial Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. HB Sa'anin Padang

Direktur Poltekkes Kemenkes Padang

Dr. Ruzhan Maulana, S.KM.M.Si

Nip. 296101131986011002

Lampiran 5

BIDANG PERAWATAN RS. JIWA PROF. HB. SAANIN PADANG

Padang, 29 Desember 2021

Nomor : 441/321/PWT/XII-2021
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : Izin Pengambilan Data dan Penelitian

Kepada Yth
Kepala Ruangan

Di

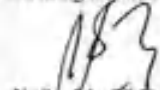
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan adanya disposisi dari Wadir Pelayanan Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang tanggal 27 Desember 2021. Tentang Izin Pengambilan Data dan Penelitian atas nama Najla Lidiathul Fitri NIM 193110182 maka dengan ini kami memberitahukan kepada saudara agar dapat memfasilitasinya (Surat Izin Terlampir).

Demikianlah surat ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Kepala Bidang Keperawatan



Ns. Syafrizal S. Kep

NIP. 196105031988031004

Lampiran 6



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG

JL. SIFANG PONDOK KOPPI RANGGALO TELP. (0753) 7051300 FAX: (0753) 7058128 PADANG 25144
Website : www.poltekkes-unp.ac.id



Nomor : PP.03.01/0406/2022
Perihal : Izin Penelitian

26 Januari 2022

Kepada Yth. :

Direktur RSJ Prof HB Saanin Padang

Di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan *Penelitian* di Institusi yang Bapak/Ibu Pimpin a.n :

NO	N A M A /NIM	JUDUL KTI
1.	Najla Lidiathul Fitri / 193110182	Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia yang mengalami Halusinasi Pendengaran di Rumah Sakii Jiwa Prof. HB. Saanin Padang

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



Direktur Poltekkes Kemenkes Padang

Dr. Burchan Muslim, SKM, M.Si
No. 70610113 198603 1 002

RUMAH SAKIT JAWA PROF. HB. SAANIN PADANG
BIDANG DIKLAT DAN LITBANG

Jl. Keselatan Utama Ferus Depok Padang

Phone : (0751).....

Nomor : 070/131/DL-D/2022
Lampiran : -
Perihal : Isin Penelitian

Padang, 24 Februari 2022

Yth. Kepala Bidang Keperawatan
RS Jawa Prof. HB. Saanin Padang
di-
PADANG

Dengan hormat,

Merujuk lanjut disposisi Direktur RS Jawa Prof. HB. Saanin Padang Nomor
040/208/DL-II/2022 tanggal 15 Februari 2022 sesuai pokok surat di atas maka
kepada mahasiswa :

Nama : Neja Lidiawati Fitri
NIM : 190110182
Program : D 5 Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang

Mohon dirintikan dan di bantu untuk melaksanakan Penelitian dalam rangka
penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul :

*Asahar Keperawatan pada Pasien Skizofrenia yang Mengalami Halusinasi
Pandangan di Rumah Sakit Jawa Prof. HB. Saanin Padang*

Penelitian : 24 Februari s.d 24 Mei 2022

Setelah yang bersangkutan selesai melakukan Penelitian diharapkan untuk
melapor ke Bidang Diklat & Litbang

Demikianlah, atas perhatian dan bantuannya diucapkan terima kasih.

Wakil Umum dan Ketua



Dr. TAUFIK HIDAYAT, S.Kep
NIP. 197411201995031001

Tertusan :

1. Karu Tertait
2. Bertanggal

Lampiran 8

LEMBAR SKRINING PADA KLIEN DENGAN HALUSINASI PENDENGARAN

Nama Klien : Tn. F

Usia : 26 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-Laki

No	Tanda dan Gejala	Ya	Tidak
Data Subjektif			
1	Mendengar suara atau bunyi gaduh	✓	
2	Mendengar suara yang menyuruh untuk melakukan sesuatu yang berbahaya		✓
3	Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap	✓	
4	Mendengar suara orang yang sudah meninggal	✓	
Data Objektif			
1	Mengarahkan telinga pada sumber suara		✓
2	Marah-marah tanpa sebab yang jelas	✓	
3	Bicara atau tertawa sendiri	✓	
4	Menutup telinga	✓	
Total Jawaban Ya		6	

Keterangan:

Jika jumlah jawaban “Ya” ≥ 6 , maka klien termasuk kedalam kriteria sampel,

Jika jumlah jawaban “Ya” < 6 , maka klien tidak termasuk kedalam kriteria sampel

Kesimpulan:

Tn. F termasuk kedalam kriteria sampel karena memiliki 6 buah total jawaban “Ya”

Lampiran 9

Lampiran

Permohonan Menjadi Responden

Kepada Yth,
Bapak/Ibu calon Responden
Di Tempat

Dengan Hormat
Saya yang beranda tangan dibawah ini:

Nama : Neja Liliatul Fitri
NIM : 193110180
Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes
Kecamatan RI Padang

Bersama ini kami mohon Bapak/Ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia yang Mengalami Halusinasi Pendengaran di Rumah Sakit Jwa Prof. H.B. Sumantri Padang".

Penelitian ini terdiri dari dua hal, yaitu Bapak dan keluarga baik memutuskan untuk berpartisipasi atau mengajukakan keberatan atas penelitian ini kepada bapak/ibu dan keluarga ingatkan tanpa ada konsekuensi dan dampak tertentu.

Sebelum bapak/ibu memutuskan, saya akan menjelaskan beberapa hal sebagai bahan pertimbangan untuk ikut serta dalam penelitian ini, yaitu sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini untuk melihat Asuhan Keperawatan pada pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jwa Prof. H.B. Sumantri Padang.
2. Dalam penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Hasil penelitian ini akan diberikan insentif sampai peneliti bekerja dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas bapak dan ibu.
3. Jika ada yang belum jelas, silahkan ditanyakan kepada peneliti.
4. Jika bapak/ibu sudah memahami dan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian, silahkan bapak/ibu menandatangani lembar persetujuan yang akan dilampirkan yaitu *affirmed consent*.

Padang, 10 Februari 2022

Peneliti



(Neja Liliatul Fitri)

Lampiran

INFORMED CONSENT
(Lembar Persetujuan)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Responden : Tn. F
Umur/ tgl lahir : 36 tahun / 06 Mei 1985
Penangatan jawab : Tn. Fa
Hubungan : Adik

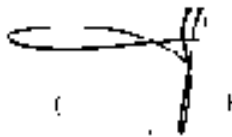
Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama Nuzha Lidiyahul Fitri, NIM 193119282, Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.

Dengan ini saya persetujui ini saya tanda tangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Padang, 26 Februari 2022

Ditugastahi,

Peneliti



Responden



Lampiran 10

RUMAH SAKIT JIWA PROF.HB.SAANIN PADANG
BIDANG DIKLAT DAN LITBANG







Jl. Kesehatan Utama Perum Depkes Padang

Phone : (0751)

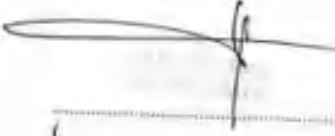
DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Najla Lidiathul Fisi

Institusi : Poliklinik Kesehatan RI Padang

No.	Hari / Tanggal	Instalasi / Ruangan	Ttd / Nama Jelas	Ket
1.	<u>Senin / 26 Februari 2022</u>	<u>Cendrawasih</u>		
2.	<u>Selasa / 01 Maret 2022</u>	<u>Cendrawasih</u>		
3.	<u>Rabu / 02 Maret 2022</u>	<u>Cendrawasih</u>		
4.	<u>Kamis / 03 Maret 2022</u>	<u>Cendrawasih</u>		
5.	<u>Jumat / 04 Maret 2022</u>	<u>Cendrawasih</u>		
6.	<u>Sabtu / 05 Maret 2022</u>	<u>Cendrawasih</u>		

Padang, 05 Maret 2022
Ka. Instalasi / Ka. Ruangan



Lampiran 11

PENGAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Ruang Rawat : Cendrawasih

Tanggal Dirawat : 21 Februari 2022

A. Identitas Klien

Inisial : Tn. F
Umur : 26 Tahun
No. Rekam Medik : 03-09-34
Tanggal Pengkajian : 28 Februari 2022
Informan : Pasien dan buku rekam medis
Alamat : Garuntang, Aia Gadang, Pasaman, Pasaman Barat

B. Alasan Masuk

Tn. F masuk Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang diantar oleh adik kandungnya pada tanggal 19 Februari 2022 pukul 17.45 WIB melalui IGD. Tn. F masuk rumah sakit jiwa dengan alasan sejak 2 minggu ini klien marah-marah tanpa sebab, mengamuk, memukul pintu, bicara dan tertawa sendiri, telanjang, suka mandi lama-lama, mondar-mandir, menangis tanpa sebab, merasa jadi orang hebat, dan bisa menyakiti orang lain. Tn. F mengatakan ia mendengar bisikan dan susah tidur.

C. Keluhan Utama

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 28 Februari 2022, Tn. F mengatakan ia masih mendengar suara-suara palsu yang tidak ada wujudnya. Tn. F mengatakan suara tersebut seperti suara harimau yang mengaum, terkadang ia juga mendengar suara ayahnya yang telah meninggal memanggilnya. Suara tersebut sering muncul dengan frekuensi 3x dalam sehari, namun paling sering pada malam hari ketika ia ingin tidur.

Tn. F selama dirawat pernah diikat karena emosinya yang tidak stabil. Tn. F mengatakan ia merasa kesal tanpa sebab, tampak mondar-mandir dan senang menyendiri. Ia jarang berinteraksi dengan sesama teman yang ada di ruangan, ia hanya berbicara dengan teman dekatnya saja dan lebih senang berbicara dengan dokter ataupun perawat.

D. Faktor Predisposisi

1. Gangguan jiwa dimasa lalu

Tn. F mengatakan ia menderita penyakit gangguan jiwa sejak 5 tahun yang lalu. Tn. F mengatakan sudah 2 kali dirawat di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Tn. F dirawat untuk pertama kali dengan alasan klien sering menangis tanpa sebab, sering bicara dan tertawa sendiri, klien sering berjalan jauh tanpa tujuan, dan sering emosi. Hal ini terjadi semenjak kematian orangtua laki-lakinya.

2. Pengobatan sebelumnya

Tn. F mengatakan pengobatan sebelumnya dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang (5 tahun yang lalu), Tn. F pulang dengan keadaan sudah tenang dan dijemput oleh keluarganya. Namun, sejak ±2,5 tahun Tn. F putus minum obat karena ia merasa sudah sehat dan memutuskan tidak pergi kontrol untuk melanjutkan pengobatannya akibatnya klien jadi kambuh kembali.

3. Trauma

a. Aniaya fisik

Tn.F mengatakan ia tidak pernah menjadi pelaku atau korban dari aniaya fisik.

b. Aniaya seksual

Tn.F mengatakan ia tidak pernah menjadi pelaku atau korban dari aniaya seksual.

c. Penolakan

Tn. F mengatakan ia pernah menjadi korban penolakan di lingkungan rumahnya, ia sering dicemooh oleh tetangganya karena ia menderita gangguan jiwa.

d. Kekerasan dalam keluarga

Tn.F mengatakan ia tidak pernah menjadi pelaku atau korban dari kekerasan dalam keluarga,

e. Tindakan kriminal

Tn. F mengatakan ia tidak pernah menjadi pelaku atau korban dari tindakan kriminal.

4. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Tn. F mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti yang dialaminya.

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

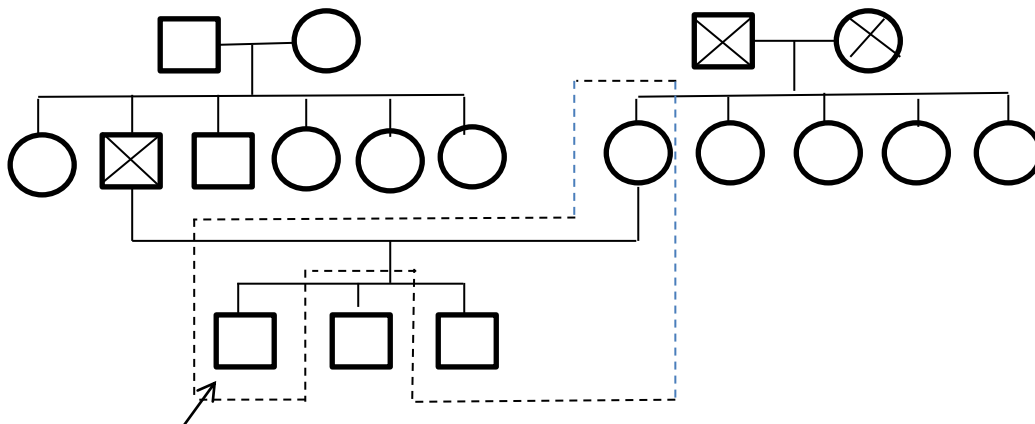
Tn. F mengatakan mempunyai pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu Tn. F merasa sangat sedih karena adik kandungnya telah menikah sedangkan Tn. F belum dan ini salah satu penyebab emosinya tidak stabil.

E. Pemeriksaan Fisik

- | | | |
|----------------------|-------------------|---------------------------|
| 1. Tanda-tanda vital | : Tekanan darah | : 134/95 mmHg |
| | Nadi | : 92x/menit |
| | Suhu | : 37,4 °C |
| | Pernafasan | : 20x/menit |
| 2. Ukuran | : Tinggi Badan | : 173 cm |
| | Berat Badan | : 61 kg |
| | IMT | : 20,40 kg/m ² |
| 3. Keluhan fisik | : Demam dan batuk | |

F. Psikososial

1. Genogram



Keterangan :



: Laki-Laki



: Pasien



: Perempuan



: Tinggal serumah

Tn. F (26 tahun) merupakan anak pertama dari 3 bersaudara. Ayah klien sudah meninggal. Ia serumah bersama ibu dan 1 orang adik laki-lakinya. Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa selain klien.

2. Konsep diri

a. Citra tubuh

Tn. F mengatakan ia menyukai dan bersyukur dengan semua anggota tubuhnya yang diberikan oleh Allah SWT.

b. Identitas diri

Tn. F mengatakan ia merupakan anak pertama dari tiga bersaudara, Tn. F bersekolah hanya sampai jenjang pendidikan SMP, Tn. F tidak bekerja. Tn. F mengatakan ia puas dengan kodratnya sebagai laki-laki.

c. Peran diri

Tn. F mengatakan ia berperan sebagai anak di dalam keluaraganya dan Tn. F juga kadang membantu orangtuanya di rumah.

d. Ideal diri

Tn. F mengatakan ia ingin cepat sembuh dan segera pulang ke rumah berkumpul dengan keluarganya.

e. Harga diri

Tn. F mengatakan ia sangat sedih karena dibawa ke rumah sakit jiwa.

3. Hubungan sosial

a. Orang terdekat

Tn. F mengatakan orang terdekat dengan dirinya ialah ibunya.

b. Peran serta dalam kelompok/masyarakat

Tn. F mengatakan ia jarang ikut dalam kegiatan kelompok/masyarakat di sekitar rumahnya.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Tn. F mengatakan ia tidak memiliki hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Tn. F mengatakan ia beragama Islam, ia percaya kepada Allah SWT.

b. Kegiatan ibadah

Tn. F mengatakan ia selalu melaksanakan shalat 5 waktu seharusnya, kadang juga melaksanakan shalat dhuha.

G. Status Mental

1. Penampilan

Tn. F tampak tidak rapi, penggunaan baju di rumah sakit sesuai dengan cara berpakaian seperti biasa, rambut pendek karena sudah dicukur, kuku pendek.

2. Pembicaraan

Tn. F saat dikaji cukup kooperatif, mampu memulai pembicaraan, nada bicaranya tidak keras dan cepat sehingga kurang jelas terdengar tapi masih bisa dipahami.

3. Aktivitas motorik

Tn. F melakukan aktivitas sehari-harinya secara mandiri, Tn. F tampak sedikit lesu karena demam, kadang berjalan mondar-mandir.

4. Alam perasaan

Tn. F merasa sedih karena dibawa ke rumah sakit jiwa dan terpisah dengan keluarganya.

5. Afek

Tn. F saat diajak interaksi tampak labil.

6. Interaksi selama wawancara

Tn. F saat berinteraksi kontak matanya cukup bagus, Tn. F cukup kooperatif dengan pertanyaan yang diajukan dan tidak mudah tersinggung saat diberi pertanyaan.

7. Persepsi

Tn. F mengatakan ia mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya, seperti suara harimau yang mengaum dan suara ayahnya yang sudah meninggal, frekuensi 3x sehari dan lebih sering mendengarnya ketika malam hari menjelang tidur.

8. Proses pikir

Tn. F saat berinteraksi berbicara berbelit-belit namun sampai pada tujuan pembicaraan.

9. Isi pikir

Tn. F mengatakan tidak memiliki perasaan curiga kepada orang lain.

10. Tingkat kesadaran

Tn. F tampak bingung, namun ia mengetahui dimana ia berada.

11. Memori

Tn. F tidak ada masalah dalam hal ingatan jangka panjang, namun ia memiliki masalah dalam hal ingatan jangka pendek, Tn. F sering menanyakan pertanyaan yang sudah ia tanyakan sebelumnya karena ia lupa.

12. Tingkat konsentrasi

Tidak ada masalah, Tn. F mampu berhitung dengan benar.

13. Kemampuan penilaian

Tn. F mampu melakukan penilaian akan hal yang sederhana terhadap sesuatu yang ia lihat.

14. Daya tilik diri

Tn. F tidak ada gangguan, ia menyadari ia dirawat di rumah sakit jiwa karena penyakitnya dan dahulu juga pernah dirawat di rumah sakit jiwa.

H. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan

Tn. F selama dirawat di rumah sakit jiwa makan 3 kali sehari yaitu pada jam 07.00, jam 12.00, dan jam 18.00 WIB. Tn. F selalu makan dengan lahap dan menghabiskan makanannya tanpa bantuan.

2. BAB/BAK

Tn. F BAB 1 kali sehari, dan BAK ± 6 kali sehari tanpa bantuan.

3. Mandi

Tn. F mandi 2 kali sehari, yaitu pagi dan sore tanpa bantuan.

4. Berpakaian/berhias

Tn. F berpakaian sesuai dengan aturan, namun terkadang memakai baju terbalik, ketika diingatkan ia langsung memperbaikinya kembali.

5. Istirahat dan tidur

Tn. F mengatakan ia tidur siang dari pukul 13.00 sampai pukul 15.00, dan tidur malam jam 20.00 sampai 05.00. Tn. F mengatakan kegiatan sebelum ia tidur yaitu membaca doa.

6. Penggunaan obat

Tn. F minum obat 3x sehari dibawah pengawasan perawat.

7. Pemeliharaan kesehatan

Tn. F menggunakan kartu BPJS dalam proses pemeliharaan kesehatan apabila berada dalam kondisi sakit.

8. Kegiatan di dalam rumah

Tn. F mengatakan ia sering membantu orangtuanya dalam menyelesaikan kegiatan rumah seperti, menyapu rumah, mencuci pakaian.

9. Kegiatan di luar rumah

Tn. F mengatakan ia membantu orangtuanya dalam merawat pertanian milik orangtuanya.

I. Mekanisme Koping

1. Koping adaptif

Tn. F mampu berbicara dengan orang lain namun ia hanya sering berbicara kepada teman terdekatnya saja. Tn. F mampu menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat, mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam, serta mampu mengikuti kegiatan senam yang diadakan di ruangan.

2. Koping maladaptif

Tn. F melampiaskan marah pada objek lain, jadi koping yang digunakan yaitu reaksi klien terhadap suatu sangat berlebihan.

J. Masalah Psikososial dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok

Tn. F mengatakan jarang ikut atau bersosialisasi dengan kelompok atau masyarakat. Tn. F tidak ada masalah dalam dukungan kelompok.

2. Masalah berhubungan dengan lingkungan

Tn. F mengatakan tidak ada masalah dengan lingkungannya, tetapi ada beberapa masyarakat mengucilkannya karena ia pernah dirawat di rumah sakit jiwa.

3. Masalah dengan pendidikan

Tn. F mengatakan ia hanya tamat SMP. Tn. F mengatakan tidak memiliki masalah dalam hal pendidikan.

4. Masalah dengan pekerjaan

Tn. F mengatakan ia belum memiliki pekerjaan, ia hanya menolong orangtuanya berladang.

5. Masalah dengan perumahan

Tn. F mengatakan tidak ada mempunyai masalah dalam perumahan.

6. Masalah ekonomi

Tn, F mengatakan tidak ada masalah dalam perekonomian, Tn. F dalam pengobatan menggunakan BPJS.

7. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Tn. F mengatakan tidak mempunyai masalah dalam pelayanan kesehatan.

K. Pengetahuan

Tn. F menyadari akan penyakit yang dideritanya. Tn. F masih kurang mengetahui kegunaan obat yang didapatkannya dan terkadang lupa akan nama obat yang dikonsumsinya. Tn. F hanya berharap proses penyembuhan yang cepat pada dirinya.

L. Aspek Medik

Diagnosa Medik : Skizofrenia Paranoid

Terapi Medik : Respiridon 2x2 mg, Lorazepam 1x1 mg,
Triheksilphenidil 2x1 mg, dan paracetamol.

ANALISA DATA

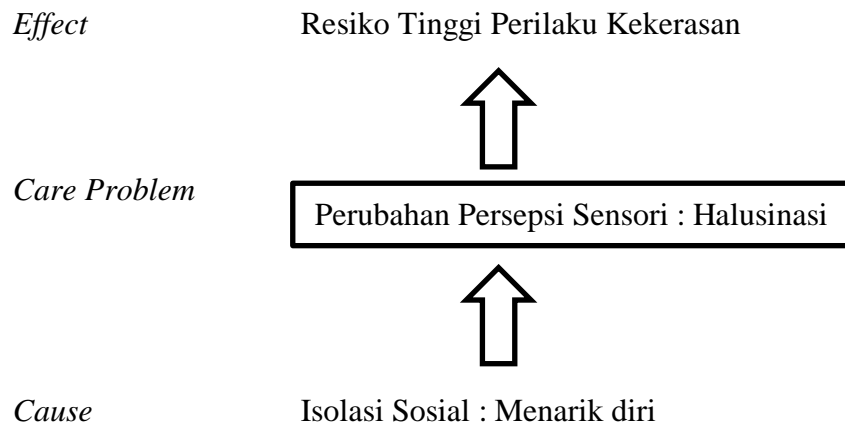
Inisial Klien : Tn. F

No. MR : 03-09-34

NO	DATA	MASALAH
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tn. F mengatakan ia mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya.- Tn. F mengatakan suara tersebut berupa suara harimau yang mengaum dan suara ayahnya yang telah meninggal memanggilnya.- Tn. F mengatakan suara tersebut muncul 3x dalam sehari.- Tn. F mengatakan suara tersebut lebih sering muncul pada malam hari ketika ia ingin tidur.- Tn. F mengatakan ia sulit tidur karena suara-suara yang mengganggu tersebut. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tn. F tampak sering mondar-mandir.- Tn. F tampak sering menutup telinga.- Tn. F tampak gelisah.	Halusinasi Pendengaran
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tn. F mengatakan marah-marah tanpa sebab.- Tn. F mengatakan ia pernah diikat sekali selama dirawat di rumah sakit	Resiko Perilaku Kekerasan

	<p>jiwa karena emosinya tidak stabil.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emosi Tn. F tampak labil. - Tn. F tampak cenderung mengikuti keinginan sendiri - Tn. F tampak gelisah 	
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F mengatakan ia lebih senang menyendiri. - Tn. F mengatakan ia jarang ikut bersosialisasi dengan kelompok masyarakat. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F tampak senang menyendiri. - Tn. F tampak hanya berinteraksi dengan satu orang teman dekatnya saja di ruangan. - Tn. F tampak lebih senang berinteraksi dengan dokter dan perawat. - Tn. F tampak lebih senang tiduran di kursi/lantai dibanding mengikuti kegiatan di ruangan. 	Isolasi Sosial

A. Pohon Masalah



B. Daftar Masalah Keperawatan

1. Halusinasi Pendengaran
2. Resiko Perilaku Kekerasan
3. Isolasi Sosial

INTERVENSI KEPERAWATAN

Inisial Klien : Tn. F

No. RM : 03-09-34

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi Keperawatan
1	Halusinasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu membina hubungan saling percaya. 2. Klien mampu mengenal dan mampu mengontrol halusinasi dengan menghardik. 3. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan minum obat secara teratur dengan prinsip 6 benar minum obat. 4. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap. 5. Klien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari. 	<p>Strategi Pelaksanaan 1 : Menghardik Halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien. 2. Mengidentifikasi isi halusinasi klien. 3. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien. 4. Mengidentifikasi waktu terjadi halusinasi klien. 5. Mengidentifikasi situasi pencetus yang menimbulkan halusinasi. 6. Mengidentifikasi perasaan klien saat halusinasi muncul. 7. Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi. 8. Mengidentifikasi upaya yang telah dilakukan klien untuk mengontrol halusinasi. 9. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. 10. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. 11. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan.
			<p>Strategi Pelaksanaan 2 : Minum Obat Secara Teratur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi. 2. Validasi kemampuan pasien mengenal halusinasi yang dialami dan kemampuan pasien mengontrol halusinasi, berikan pujian. 3. Evaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara

			<p>menghardik.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Latih cara mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat. 5. Jelaskan pentingnya penggunaan obat, akibat bila obat tidak digunakan sesuai program, akibat bila putus obat, cara mendapatkan obat/berobat. Jelaskan prinsip 6 benar minum obat: jenis, waktu, dosis, frekuensi, cara, dan kontinuitas minum obat. 6. Masukkan pada jadwal kegiatan harian.
			<p>Strategi Pelaksanaan 3: Bercakap-cakap dengan orang lain</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi. 2. Validasi kemampuan klien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat, berikan pujian. 3. Evaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat sesuai jadwal. 4. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap saat terjadi halusinasi. 5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan.
			<p>Strategi Pelaksanaan 4 : Melaksanakan aktivitas sehari-hari</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi. 2. Validasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap dengan orang lain, berikan pujian. 3. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan). 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk melakukan

			kegiatan harian.
2	Resiko Perilaku Kekerasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu membina hubungan saling percaya. 2. Klien mampu menjelaskan penyebab marah. 3. Klien mampu menjelaskan perasaan saat terjadinya marah/perilaku kekerasan. 4. Klien mampu menjelaskan perilaku kekerasan yang dilakukan saat marah. 5. Klien mampu menyebutkan cara mengontrol rasa marah/perilaku kekerasan. 6. Klien mampu melatih kegiatan fisik dalam menyalurkan kemarahan. 7. Klien mampu memakan obat secara teratur. 8. Klien mampu melatih bicara yang baik saat marah. 9. Klien mampu melatih kegiatan ibadah untuk mengendalikan rasa marah 	<p>Strategi Pelaksanaan 1: Latihan Fisik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab dan tanda gejala perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien. 2. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien. 3. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan: fisik, obat, verbal, dan spiritual. 4. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (nafas dalam dan pukul bantal). 5. Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan. 6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik (tarik napas dalam dan memukul bantal).
			<p>Strategi Pelaksanaan 2: Latih Patuh Minum Obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan. 2. Validasi kemampuan melakukan tarik napas dalam dan pukul kasur/bantal, tanyakan manfaatnya, berikan pujian. 3. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar: benar nama, benar jenis, benar dosis, benar waktu, benar cara, kontinuitas minum obat dan

			<p>dampak jika tidak kontinu minum obat).</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan. 5. Masukkan pada jadwal kegiatan harian (latihan fisik dan minum obat).
			<p>Strategi Pelaksanaan 3: Latihan Verbal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan. 2. Validasi kemampuan klien melakukan tarik napas dalam, pukul bantal, makan obat dengan patuh dan benar, tanyakan manfaatnya, dan berikan pujian. 3. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (tiga cara, yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar). 4. Berikan pujian setelah mealakukan kegiatan. 5. Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan. 6. Masukkan pada jadwal kegiatan harian (latihan fisik, minum obat, dan verbal).
			<p>Strategi Pelaksanaan 4: Latihan Spiritual</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan. 2. Validasi kemampuan klien melakukan tarik napas dalam, pukul bantal, makan obat dengan benar dan patuh, bicara yang baik, tanyakan manfaatnya, berikan pujian. 3. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol marah dengan cara spiritual (2 kegiatan). 4. Beirkan pujian setelah klien melakukan kegiatan. 5. Tanyakan perasaan klien setelah melakukan kegiatan. 6. Masukkan pada jadwal kegiatan (latihan fisik, minum

			obat, verbal, dan spiritual).
3	Isolasi Sosial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu membina hubungan saling percaya. 2. Klien mampu menyadari isolasi sosial yang dideritanya. 3. Klien mampu berkomunikasi secara bertahap dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitarnya. 4. Klien mampu berkomunikasi saat melakukan kegiatan rumah tangga dan kegiatan sosial. 	<p>Strategi Pelaksanaan 1: Melatih Bercakap-cakap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya. 2. Membantu klien menyadari masalah isolasi sosial yang dihadapinya. 3. Melatih klien bercakap-cakap secara bertahap antara klien dengan satu orang temannya. 4. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan.
			<p>Strategi pelaksanaan 2: Melatih klien berinteraksi secara bertahap (klien dengan 2 orang lain)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial. 2. Validasi kemampuan klien dalam berkenalan, beri pujian. 3. Latih cara berbicara dengan 2-3 orang lain. 4. Masukkan pada jadwal kegiatan harian.
			<p>Strategi pelaksanaan 3: Melatih klien berinteraksi secara bertahap (klien dengan 4-5 orang)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial. 2. Validasi kemampuan berkenalan dan bicara saat melakukan kegiatan harian, berikan pujian. 3. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (1 kegiatan harian dengan 4-5 orang). 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan.

			<p>Strategi pelaksanaan 4: Mengevaluasi kemampuan berinteraksi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial.2. Validasi kemampuan klien dalam berkenalan dan bercakap-cakap saat melakukan kegiatan harian, berikan pujian.3. Tanyakan perasaan saat melakukan kegiatan.4. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan sosial.5. Masukkan pada jadwal kegiatan harian.
--	--	--	---

**IMPLEMENTASI DAN EVALUASI
TINDAKAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA**

Inisial Klien : Tn. F

No. RM : 03-09-34

Hari/Tanggal/Waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Senin/ 28 Februari 2022 (10.00 WIB)	Halusinasi Pendengaran	SP 1: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien. 2. Mengidentifikasi isi halusinasi klien. 3. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien. 4. Mengidentifikasi waktu terjadi halusinasi klien. 5. Mengidentifikasi situasi pencetus yang menimbulkan halusinasi. 6. Mengidentifikasi perasaan klien saat halusinasi muncul. 7. Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi. 8. Mengidentifikasi upaya yang telah dilakukan klien untuk mengontrol halusinasi. 9. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. 10. Melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. 	S : <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F mengatakan masih mendengar suara-suara yang tidak ada wujudnya. - Tn. F mengatakan suara tersebut seperti suara harimau yang mengaum dan suara ayahnya yang telah meninggal memanggilnya. - Tn. F mengatakan suara bisikan tersebut muncul 3x sehari, dan paling sering pada saat malam hari menjelang tidur. - Tn. F mengatakan sudah paham cara menghardik suara palsu tersebut dan mau melakukannya saat suara palsu tersebut muncul. 	

		11. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan.	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F tampak cukup kooperatif. - Tn. F tampak menutup telinga. - Tn. F tampak masih suka mondar-mandir. - Tn. F mampu memperagakan kembali cara menghardik suara palsu. <p>A : Halusinasi belum teratasi, SP 1 halusinasi tercapai.</p> <p>P : Lanjutkan SP 2 halusinasi, dan lakukan evaluasi kegiatan SP 1 halusinasi.</p>	
Senin/ 28 Februari 2022 (13.00 WIB)	Halusinasi Pendengaran	<p>SP 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi. 2. Validasi kemampuan pasien mengenal halusinasi yang dialami dan kemampuan pasien mengontrol halusinasi, berikan pujian. 3. Evaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. 4. Latih cara mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F mengatakan masih mendengar suara harimau mengaum. - Tn. F mengatakan frekuensi munculnya suara tersebut sudah mulai berkurang tidak sesering seperti awal masuk. - Tn. F mengatakan ia sudah melakukan latihan menghardik 	

		<p>5. Jelaskan pentingnya penggunaan obat, akibat bila obat tidak digunakan sesuai program, akibat bila putus obat, cara mendapatkan obat/berobat. Jelaskan prinsip 6 benar minum obat: jenis, waktu, dosis, frekuensi, cara, dan kontinuitas minum obat.</p> <p>6. Masukkan pada jadwal kegiatan harian.</p>	<p>secara mandiri.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F sudah tahu apa saja obat yang diberikan oleh perawat dan menyebutkannya kembali yaitu Respiridon, Lorazepam, dan Trihelsilpenidil. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F tampak antusias. - Tn. F mampu menyebutkan kembali apa saja warna obat yang diberikan oleh perawat. - Tn. F tampak mampu menyebutkan 3 dari 6 prinsip benar minum obat. <p>A : Halusinasi belum teratasi, SP 2 halusinasi tercapai.</p> <p>P : Lanjutkan SP 3 halusinasi, evaluasi kegiatan SP 1 dan SP 2 halusinasi.</p>	
Selasa/ 01 Maret 2022 (09.00 WIB)	Halusinasi Pendengaran	<p>SP 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi. 2. Validasi kemampuan klien dalam mengontrol halusinasi dengan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F mengatakan masih mendengar suara-suara palsu, namun hanya waktu malam ketika ia hendak tidur saja. 	

		<p>menghardik, minum obat, berikan pujian.</p> <p>3. Evaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat sesuai jadwal.</p> <p>4. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap saat terjadi halusinasi.</p> <p>5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tn. F mengatakan frekuensi mendengar halusinasi 1x sehari. - Tn. F mengatakan ada melakukan latihan menghardik dan minum obat teratur dibantu oleh perawat. - Tn. F mengatakan akan mengajak temannya bercakap-cakap ketika ia mendengar suara palsu. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F tampak mengerti cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap. - Tn. F mampu memperagakan cara bercakap-cakap saat halusinasi muncul. <p>A : Halusinasi belum teratasi, SP 3 halusinasi tercapai.</p> <p>P : Lanjutkan SP 4 halusinasi, evaluasi kegiatan SP 1, 2, dan 3 halusinasi.</p>	
--	--	---	---	--

<p>Selasa/ 01 Maret 2022 (13.00 WIB)</p>	<p>Halusinasi Pendengaran</p>	<p>SP 4 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi. 2. Validasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap dengan orang lain, berikan pujian. 3. Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian. 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk melakukan kegiatan harian. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F mengatakan sudah hampir tidak pernah mendengar suara palsu lagi. - Tn. F mengatakan sudah melakukan latihan menghardik, patuh minum obat, dan bercakap-cakap dengan temannya secara mandiri. - Tn. F mengatakan ia senang berlatih mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas harian. - Tn. F mengatakan akan melakukan kegiatan merapikan tempat tidur dan merapikan tempat makan setelah makan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F tampak mampu merapikan tempat tidur dan merapikan tempat makan setelah makan secara mandiri. <p>A : Halusinasi teratasi, SP 4 halusinasi tercapai.</p>
--	-----------------------------------	--	---

			<p>P : Optimalkan SP halusinasi, lanjutkan SP 1 resiko perilaku kekerasan.</p>	
Rabu/ 02 Maret 2022 (09.00 WIB)	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>SP 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab dan tanda gejala perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien. 2. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan yang dilakukan oleh klien. 3. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan: fisik, obat, verbal, dan spiritual. 4. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (nafas dalam dan pukul bantal). 5. Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan. 6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik (tarik napas dalam dan memukul bantal). 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F mengatakan masih merasa kesal tanpa sebab. - Tn. F mengatakan sudah memahami cara mengontrol marah dengan cara menarik napas dalam atau memukul bantal dan kasur. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F tampak paham dengan cara yang telah diajarkan. - Tn. F mampu memperagakan kembali cara melakukan teknik napas dalam dan memukul bantal. <p>A : Resiko perilaku kekerasan belum teratasi, SP 1 Resiko perilaku kekerasan tercapai.</p> <p>P : Lanjutkan SP 2 Resiko perilaku</p>	

			kekerasan, evaluasi SP 1 Resiko perilaku kekerasan.	
Rabu/ 02 Maret 2022 (13.15 WIB)	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan. 2. Validasi kemampuan melakukan tarik napas dalam dan pukul kasur/bantal, tanyakan manfaatnya, berikan pujian. 3. 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). 4. Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan. 5. Masukkan pada jadwal kegiatan harian (latihan fisik dan minum obat). 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F mengatakan perasaan kesalnya sudah berkurang. - Tn. F mengatakan ada melakukan latihan napas dalam secara mandiri. - Tn. F mengatakan sudah paham tentang obat yang dikonsumsinya. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F mampu menyebutkan kembali nama, warna, dan waktu minum obat yang dikonsumsinya. - Tn. F mampu menyebutkan 5 dari 6 prinsip dasar minum obat. <p>A : Resiko perilaku kekerasan belum teratasi, SP 2 Resiko perilaku kekerasan tercapai.</p> <p>P : Lanjutkan SP 3 Resiko perilaku</p>	

			kekerasan, evaluasi SP 1 dan 2 Resiko Perilaku Kekerasan.	
Kamis/ 03 Maret 2022 (09.30 WIB)	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan. 2. Validasi kemampuan klien melakukan tarik napas dalam, pukul bantal, makan obat dengan patuh dan benar, tanyakan manfaatnya, dan berikan pujian. 3. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (tiga cara, yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar). 4. Berikan pujian setelah mealakukan kegiatan. 5. Tanyakan bagaimana perasaan klien setelah melakukan kegiatan. 6. Masukkan pada jadwal kegiatan harian (latihan fisik, minum obat, dan verbal). 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F mengatakan sudah melakukan latihan fisik, dan minum obat dengan teratur diawas perawat. - Tn. F mengatakan senang diajarkan cara meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan dengan baik. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F tampak antusias. - Tn. F tampak mampu mengulangi kembali apa yang sudah diajarkan. <p>A :</p> <p>Resiko perilaku kekerasan belum teratasi, SP 3 Resiko perilaku kekerasan tercapai.</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan SP 4 Resiko perilaku kekerasan, evaluasi SP 1, 2, dan 3 Resiko perilaku kekerasan.</p>	

<p>Kamis/ 03 Maret 2022 (12.45)</p>	<p>Resiko Perilaku Kekerasan</p>	<p>SP 4 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan. 2. Validasi kemampuan klien melakukan tarik napas dalam, pukul bantal, makan obat dengan benar dan patuh, bicara yang baik, tanyakan manfaatnya, berikan pujian. 3. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol marah dengan cara spiritual (2 kegiatan). 4. Berikan pujian setelah klien melakukan kegiatan. 5. Tanyakan perasaan klien setelah melakukan kegiatan. 6. Masukkan pada jadwal kegiatan (latihan fisik, minum obat, verbal, dan spiritual). 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F mengatakan sudah merasa tidak kesal lagi. - Tn. F mengatakan perasaannya lega setelah melakukan latihan spiritual. - Tn. F mengatakan ia langsung beristigfar bila ia merasa kesal. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F tampak tenang. - Tn. F mampu memperagakan cara mengontrol marah dengan latihan spiritual. <p>A :</p> <p>Resiko perilaku kekerasan teratasi, SP 4 Resiko perilaku kekerasan tercapai.</p> <p>P :</p> <p>Optimalksan SP Resiko perilaku kekerasan, dan lanjutkan SP 1 Isolasi sosial.</p>	
<p>Jumat/ 04 Maret 2022 (10.00 WIB)</p>	<p>Isolasi Sosial</p>	<p>SP 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya. 2. Membantu klien menyadari masalah isolasi sosial yang dihadapinya. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F mengatakan lebih senang menyendiri. - Tn. F mengatakan mau 	

		<p>3. Melatih klien bercakap-cakap secara bertahap antara klien dengan anggota keluarga.</p> <p>4. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan.</p>	<p>berkenalan dengan 1 orang teman yang ada diruangan.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F tampak masih suka menyendiri. - Tn. F tampak berkenalan dengan baik. <p>A :</p> <p>Isolasi sosial belum teratasi, SP 1 Isolasi sosial tercapai.</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan SP 2 Isolasi sosial, evaluasi SP 1 Isolasi Sosial.</p>	
Jumat/ 04 Maret 2022 (13.20 WIB)	Isolasi Sosial	<p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial. 2. Validasi kemampuan klien dalam berkenalan, beri pujian. 3. Latih cara berbicara (2-3 orang lain). 4. Masukkan pada jadwal kegiatan harian. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F mengatakan mau berkenalan dengan 2 orang temannya. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F tampak mampu berkenalan dengan baik. <p>A :</p> <p>Isolasi sosial belum teratasi, SP 2 Isolasi sosial tercapai.</p>	

			<p>P : Lanjutkan SP 3 Isolasi sosial, evaluasi SP 1 dan 2 Isolasi sosial.</p>	
Sabtu/ 05 Maret 2022 (10.00 WIB)	Isolasi Sosial	<p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial. 2. Validasi kemampuan berkenalan dan bicara saat melakukan kegiatan harian, berikan pujian. 3. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (1 kegiatan baru dengan 4-5 orang). 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F mengatakan mau berkenalan dengan 4-5 orang temannya yang lain. - Tn. F mengatakan sering lupa dengan teman barunya. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F tampak berkenalan dengan baik namun sedikit malu. <p>A : Isolasi sosial belum teratasi, SP 3 Isolasi sosial tercapai.</p> <p>P : Lanjutkan SP 4 Isolasi sosial, evaluasi SP 1,2, dan 3 Isolasi sosial.</p>	
Sabtu/ 05 Maret 2022 (12.15 WIB)	Isolasi Sosial	<p>SP 4 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial. 2. Validasi kemampuan klien dalam berkenalan dan bercakap-cakap saat melakukan kegiatan harian, berikan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F mengatakan senang mengikuti kegiatan karena banyak teman yang bisa diajak berbicara. 	

		<p>pujian.</p> <p>3. Tanyakan perasaan saat melakukan kegiatan.</p> <p>4. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan sosial.</p> <p>5. Masukkan pada jadwal kegiatan harian.</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tn. F tampak antusias mengikuti kegiatan dan berinteraksi dengan teman-teman di ruangan. - Tn. F tampak sudah mau mengikuti kegiatan yang ada diruangan. <p>A : Isolasi sosial teratasi, SP 4 Isolasi sosial tercapai.</p> <p>P : Optimalkan pemberian SP Isolasi sosial, pamit dan melakukan terminasi dengan Tn. F.</p>	
--	--	--	--	--

Lampiran 12



Lampiran 13

	PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RS. JIWA PROF. HB. SAANIN PADANG <small>B. Raya Ulu Gadut Padang Telp. (0751) 72001, Fax (0751) 71379</small>	
Nomor: Lamp: Perihal:	<u>070/263/DL-IV/2022</u> - <u>Telah Selesai Melakukan Penelitian</u>	Padang, 26 April 2022
Kepada Yth. Direktur Poltekkes Kemenkes Padang di Tempat		
Dengan hormat,		
Sehubungan surat Saustara Nomor PP.03.01/00606/2022 tanggal 26 Januari 2022, perihal Izin Penelitian atas nama:		
Nama	Naja Lidiatul Fitri	
NPM	193110182	
Program	D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang	
Judul	<i>Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia yang Mengalami Halusinasi Pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang</i>	
Telah selesai melakukan penelitian di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang pada tanggal 20 Februari s.d 05 Maret 2022.		
Demikian kami sampaikan, atas kerja samanya diucapkan terima kasih		
		 DR. ANLIMA MPH NIP. 19680203 201212 2 002
Tembusan 1 Peringgal		
<small>Dijanda dengan CamScanner</small>		