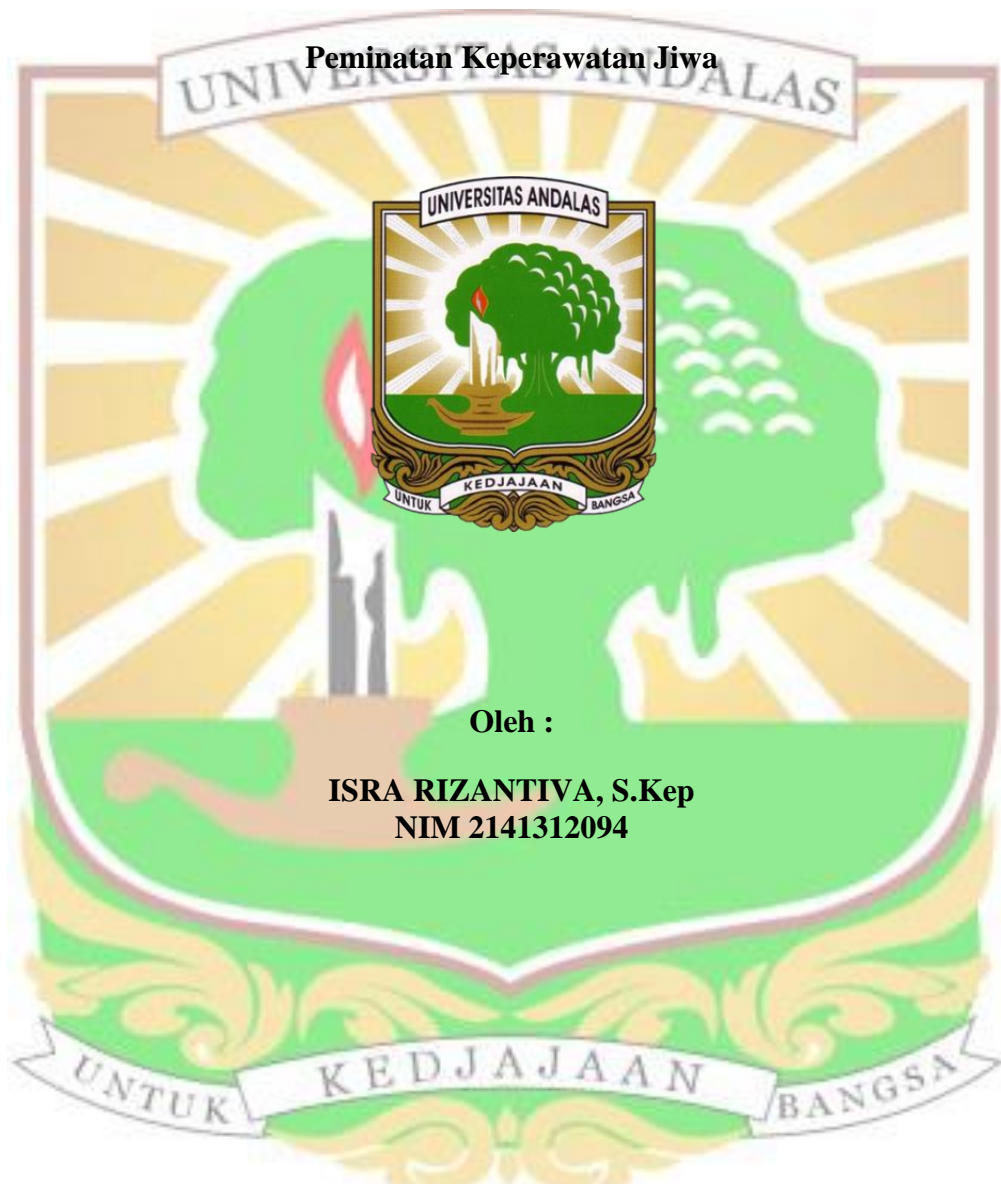


**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN JiWA PADA TN.A DENGAN  
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI DI  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANDALAS**

**Peminatan Keperawatan Jiwa**



Oleh :

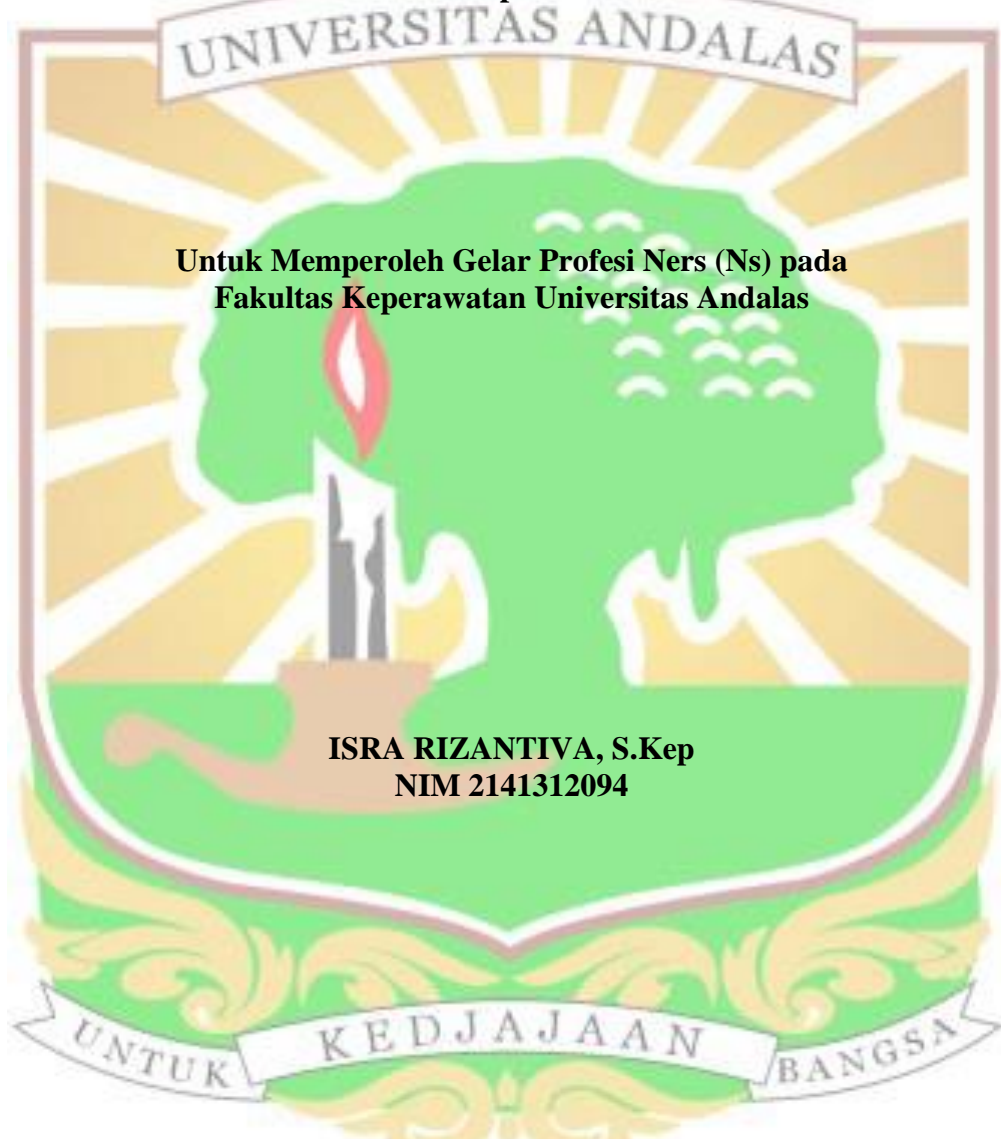
**ISRA RIZANTIVA, S.Kep  
NIM 2141312094**

**FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ANDALAS  
2023**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.A DENGAN GANGGUAN  
PERSEPSI SENSORI HALUSINASI DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS ANDALAS**

**Peminatan Keperawatan Jiwa**



**FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ANDALAS  
2023**

PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA T.N.A DENGAN GANGGUAN  
PERSEPSI SENSORI HALUSINASI DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS ANDALAS

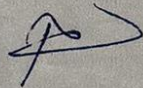
ISRA RIZANTIVA, S.Kep  
NIM 2141312094

Karya Ilmiah Akhir ini Telah Disetujui

10 Januari 2023

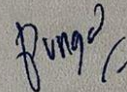
Oleh

Pembimbing Utama



Ns. Feri Fernandes, M.Kep, Sp. Kep.J  
NIP. 198212132008121005

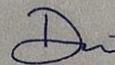
Pembimbing Pendamping



Ns. Bunga Permata Wenny, M.Kep  
NIP. 198912132022032012

Mengetahui

Koordinator Program Studi Pendidikan Ners  
Program Profesi



Dr. Ns. Dwi Novrianda, S.Kep, M.Kep  
NIP. 198211022008122001

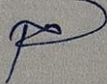



**PENETAPAN PANITIA PENGUJI KARYA ILMIAH AKHIR  
ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.A DENGAN GANGGUAN  
PERSEPSI SENSORI HALUNISASI DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS ANDALAS**


**ISRA RIZANTIVA, S.Kep  
2141312094**

**Karya Ilmiah Ini Telah Diuji Dan Dinilai Oleh Panitia Penguji  
Di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas  
Pada Tanggal: 26 Januari 2023**

**Panitia Penguji :**

Ketua : Ns. Feri Fernandes, M.Kep, Sp.Kep.J  (.....)

Anggota : 1. Ns. Bunga Permata Wenny, M.Kep  (.....)

2. Dr. Ns. Dwi Novrianda, S.Kep, M.Kep  (.....)

3. Ns. Windy Freska, M.Kep  (.....)

## UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah, dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.A DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI HALUSINASI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ANDALAS ”.

Terima kasih yang sebesar besarnya saya ucapkan kepada bapak Ns. Feri Fernandes, M.Kep, Sp.Kep.J selaku pembimbing utama dan Ibu Ns. Bunga Permata Wenny, M.Kep sebagai pembimbing pendamping, yang senantiasa meluangkan waktunya dan dengan sabar telah memberikan bimbingan, dorongan, dan saran sehingga penyusunan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan yang diharapkan. Terima kasih yang tak terhingga juga disampaikan kepada Pembimbing Akademik saya, bapak Agus Sri Banowo S.kp, M.kes yang telah banyak memberi motivasi, nasehat dan bimbingan selama saya mengikuti perkuliahan di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas. Selain Itu saya juga mengucapkan terima kasih pada :

1. Ibu Hema Malini, S.Kp, MN, Ph.D selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas andalas atas segala kebijakannya.
2. Ibu Dr. Ns. Dwi Novrianda,S.Kep, M.Kep selaku Ketua Program Profesi Ners Keperawatan fakultas Keperawatan Universitas andalas yang senantiasa

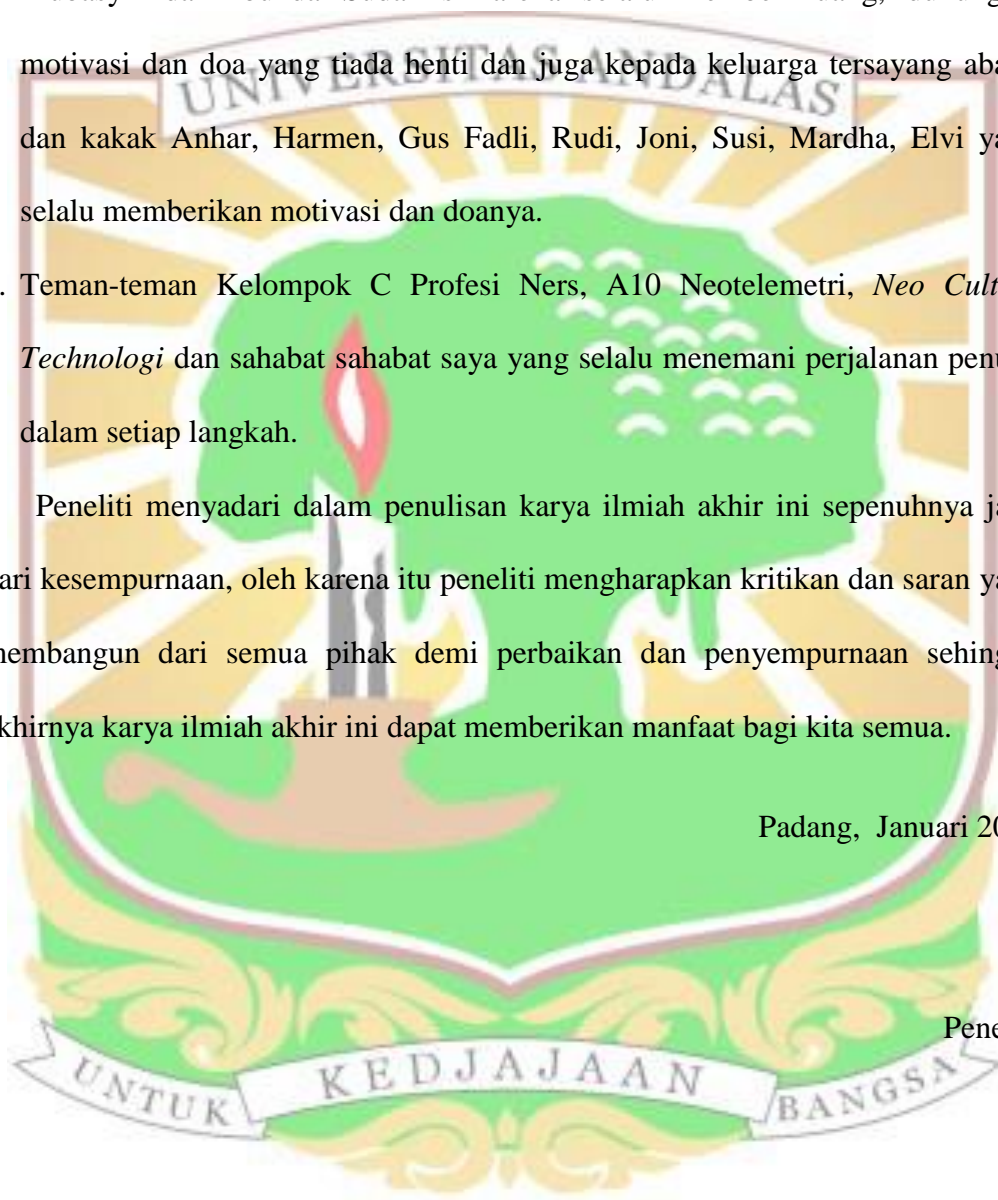
memberikan motivasi, masukan, dan arahan dalam menyelesaikan tugas-tugas akademik.

3. Teristimewa ucapan terimakasih kepada kedua orang tua tercinta Ayahanda Mubasyir dan Ibunda Sudarnis karena selalu memberi uang, dukungan, motivasi dan doa yang tiada henti dan juga kepada keluarga tersayang abang dan kakak Anhar, Harmen, Gus Fadli, Rudi, Joni, Susi, Mardha, Elvi yang selalu memberikan motivasi dan doanya.
4. Teman-teman Kelompok C Profesi Ners, A10 Neotelemetri, *Neo Culture Teknologi* dan sahabat sahabat saya yang selalu menemani perjalanan penulis dalam setiap langkah.

Peneliti menyadari dalam penulisan karya ilmiah akhir ini sepenuhnya jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu peneliti mengharapkan kritikan dan saran yang membangun dari semua pihak demi perbaikan dan penyempurnaan sehingga akhirnya karya ilmiah akhir ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua.

Padang, Januari 2023

Peneliti





**FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ANDALAS  
KARYA ILMIAH AKHIR  
JANUARI, 2023**

**Nama : Isra Rizantiva, S.Kep  
NIM : 2141312094**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.A DENGAN GANGGUAN  
PERSEPSI SENSORI HALUSINASI DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS ANDALAS**

**ABSTRAK**

Halusinasi dapat berdampak pada bunuh diri, membunuh orang lain, bahkan merusak barang disekitarnya, maka penanganan pada pasien dengan halusinasi dapat dilakukan dengan terapi generalis pada pasien dan keluarga. Tujuan dari karya ilmiah akhir ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.A dengan gangguan persepsi sensori halusinasi di wilayah kerja Puskesmas Andalas berdasarkan *evidence based nursing*. Metode pada karya ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan memberikan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Hasil dari pemberian asuhan keperawatan jiwa didapatkan diagnosa yaitu gangguan persepsi sensori halusinasi dan resiko bunuh diri. Intervensi yang diberikan berupa terapi generalis serta pemberian strategi pelaksanaan pada keluarga dan hasil evaluasi didapatkan terjadinya penurunan skor halusinasi menggunakan kuisioner AHRS (*Auditory Hallucination Rating Scale*) dari saat pretest skor 23 dan pada saat post test dengan skor 5. Jadi dengan terapi generalis dapat mengontrol gangguan persepsi sensori halusinasi. Diharapkan kepada perawat komunitas agar melakukan kunjungan rumah pada pasien gangguan persepsi sensori halusinasi sehingga dapat memberikan dukungan dan melakukan evaluasi secara berkelanjutan mengenai terapi generalis yang sudah diberikan.

Kata Kunci : Halusinasi, terapi generalis, mengontrol, keluarga

Daftar Pustaka : 41 (2011-2022)

**NURSING FACULTY  
ANDALAS UNIVERSITY  
FINAL SCIENTIFIC WORK  
JANUARY, 2023**

**Name : Isra Rizantiva, S.Kep  
NIM : 2141312094**

**MENTAL NURSING CARE IN TN.A WITH HALUCINATION SENSOR  
PERCEPTION DISORDER IN THE WORK AREA ANDALAS PUBLIC  
HEALTH CENTER**

**ABSTRACT**

*Hallucinations can have an impact on suicide, killing other people, and even destroying objects around them, so treatment of patients with hallucinations can be done with generalist therapy for patients and their families. The purpose of this final scientific work is to provide psychiatric nursing care to Mr.A with hallucinatory sensory perception disorders in the Andalas Health Center work area based on evidence based nursing. The method in this scientific work is the case study method by providing nursing care through the nursing process approach starting from assessment, diagnosis, intervention, implementation and evaluation. The results of providing psychiatric nursing care obtained diagnoses, namely hallucinatory sensory perception disorders and the risk of suicide. The intervention given was in the form of generalist therapy as well as providing implementation strategies to the family and the evaluation results found a decrease in the hallucination score using the AHRS (Auditory Hallucination Rating Scale) questionnaire from the pretest score of 23 and at the post test with a score of 5. So with generalist therapy can control disorders hallucinatory sensory perception. It is expected that community nurses will make home visits to patients with hallucinatory sensory perception disorders so that they can provide support and carry out ongoing evaluations of the general therapy that has been given.*

*Keywords: Hallucinations, generalist therapy, control, family*

*Bibliography: 41 ( 2011-2022)*



## DAFTAR ISI

Halaman Persyaratan Gelar .....	i
Lembar Persetujuan Karya Ilmiah Akhir .....	ii
Lembar Penetapan Panitia Penguji Karya Ilmiah Akhir .....	iv
Ucapan Terima Kasih.....	iii
Abstrak .....	v
Abstact.....	vi
Daftar Isi.....	vii
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
C. Manfaat.....	5
<b>BAB II TINJAUAN LITERATUR.....</b>	<b>6</b>
A. Gangguan Presepsi Sensori Halusinasi.....	6
1. Pengertian.....	6
3. Jenis –Jenis Halusinasi .....	9

4. Fase Fase Halusinasi .....	10
5. Rentang Respon.....	11
6. Tanda dan Gejala.....	14
B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Halusinasi.....	16
1. Pengkajian .....	16
2. Analisa data .....	22
3. Diagnosa Keperawatan.....	27
4. Rencana Tindakan Keperawatan .....	28
5. Implementasi .....	38
6. Evaluasi .....	39
C. <i>Evidence Base Nursing</i> .....	40
1. Pengantar .....	40
2. Kritisi jurnal .....	42
3. Prosedur.....	50
<b>BAB III GAMBARAN KASUS .....</b>	<b>53</b>
A. Pengkajian.....	53
B. Diagnosa.....	56
C. Rencana asuhan keperawatan.....	57
D. Implementasi.....	60
E. Evaluasi.....	63

BAB IV PEMBAHASAN.....	69
A. Analisis Asuhan Keperawatan Kasus berdasarkan EBN.....	69
1. Pengkajian .....	69
2. Diagnosa .....	71
3. Intervensi .....	74
3. Implementasi.....	76
5. Evaluasi.....	81
B. Implikasi dan Keterbatasan dalam penerapan EBN.....	86
C. Rencana Tindak Lanjut.....	87
BAB V PENUTUP.....	88
A. Kesimpulan.....	88
B. Saran.....	89
DAFTAR PUSTAKA.....	91





## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Jenis- jenis halusinasi.....	10
Tabel 2.2 Rentang Respon.....	13
Tabel 2.3 Kemampuan penilaian .....	22
Tabel 2.4 Tabel Kritis Jurnal.....	42



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar observasi.....	100
Lampiran 2. Asuhan Keperawatan.....	108
Lampiran 3. Lembar konsul.....	143
Lampiran 4. <i>Curriculum Vitae</i> .....	145



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah terwujudnya keserasian fungsi jiwa dan kemampuan menghadapi masalah, merasa bahagia dan mampu. Orang yang sehat jiwa berarti mampu menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, masyarakat atau lingkungan (Azizah, Zainuri & Akbar, 2016). Menurut Undang-undang No.18 tahun 2014 kesehatan jiwa adalah suatu kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual serta sosial sehingga sadar akan kemampuannya sendiri, mampu menahan tekanan, mampu bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Sedangkan kondisi yang tidak sesuai dengan perkembangannya disebut dengan gangguan jiwa.

Gangguan jiwa merupakan suatu keadaan klien yang merasa lingkungan tidak menerimanya, gagal dalam usahanya, tidak dapat mengendalikan emosinya dan menyebabkan klien terganggu atau terancam dan mengubah perilaku klien (Yosep & Sutini, 2016). Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2019 terdapat 264 juta jiwa mengalami depresi, 45 juta jiwa menderita gangguan bipolar, 50 juta orang mengalami demensia dan 20 juta jiwa mengalami skizofrenia. Menurut Hartanto, Hendrawati & Sugiyorini (2021) gangguan jiwa adalah masalah kesehatan yang



serius karena jumlah penyakitnya terus menerus meningkat, gangguan jiwa ini merupakan salah satu penyakit kronis dengan proses penyembuhannya yang lama salah satunya yaitu skizofrenia.

Skizofrenia adalah gangguan mental utama yang dapat ditandai dengan adanya halusinasi, delusi, paranoid, agitasi, perasaan apatis, pendataran afektif, ketidakarmonisan antara aktivitas mental dan lingkungan dan defisit dalam pembelajaran, memori dan perhatian (Mazza *et al.*, 2019). Skizofrenia dapat menyebabkan pikiran, persepsi dan emosi serta perilaku yang menyimpang pada individu, skizofrenia dapat dianggap sebagai sindrom atau proses penyakit dengan variasi dan gejala yang berbeda (Videbeck, 2020).

Riset Kesehatan Dasar dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018), menyatakan penderita skizofrenia meningkat dari yang awal 2013 hanya sejumlah 1,7% menjadi 7% pada tahun 2018. Jumlah orang penderita skizofrenia meningkat di Sumatera Barat dengan urutan ke tujuh dimana provinsi terbanyak, tercatat sebanyak 9,0 per mil. Peningkatan signifikan dibandingkan hasil Riskesdas 2013 yang hanya sebanyak 2,0 per mil (Kemenkes, 2018).

Menurut Zahnia & Wulan (2016), gejala yang sering dialami orang dengan skizofrenia adalah halusinasi. Halusinasi menurut AS (2019), adalah gangguan persepsi atau gangguan indra yang tidak ada stimulus terhadap reseptornya. Halusinasi seharusnya menjadi fokus perhatian dari tim medis karena jika tidak segera diatasi dengan baik dapat menyebabkan resiko keamanan dan kenyamanan diri klien serta lingkungan sekitar klien. Halusinasi adalah gangguan penerimaan

pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecap, pembau dan perabaan) (Keliat, 2015).

Efek yang dialami oleh pasien yang mengalami halusinasi seperti hilangnya kontrol diri dimana pasien mengalami kepanik bahkan dapat berperilaku nekat seperti melakukan bunuh diri, membunuh orang lain, bahkan merusak barang yang berada disekitarnya (Bayu et al., 2018). Untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan dari halusinasi perlu adanya peran perawat untuk melakukan penanganan yang tepat agar dapat mengontrol halusinasi pasien dengan komunikasi ( Maulana, Hernawati & Shalahuddin, 2021). Strategi pelaksanaan terapi generalis untuk pasien dengan halusinasi yaitu diajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, dengan minum obat, bercakap – cakap serta dengan melakukan aktivitas terjadwal (Livana et al., 2020). Sedangkan menurut Lalla & Yunita (2022), terapi generalis merupakan salah satu jenis intervensi dalam terapi modalitas dalam bentuk standar asuhan keperawatan yaitu SP1 menghardik halusinasi, SP 2 menggunakan obat secara teratur, SP 3 Bercakap cakap dengan orang lain, SP 4 Melakukan aktivitas terjadwal.

Menurut Keliat & Akemat (2014), strategi pelaksanaan pada keluarga dengan halusinasi yaitu SP1 keluarga dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi serta cara merawat pasien halusinasi, SP 2 keluarga dengan melatih keluarga merawat pasien langsung dihadapan pasien dan memberi kesempatan kepada keluarga untuk menunjukkan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung dihadapan pasien. Dukungan keluarga mempengaruhi kemampuan pasien dalam mengontrol

halusinasi, semakin baik keluarga memberikan dukungan maka semakin baik juga pasien dalam mengontrol halusinasinya (Nugroho et al., 2021). Menurut Susilawati & Fedrika (2019), pemberian strategi pelaksanaan kepada keluarga mempengaruhi pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat klien Skizofrenia dengan halusinasi.

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dipaparkan maka peneliti tertarik untuk memberikan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.A dengan Gangguan persepsi sensori halusinasi di wilayah kerja Puskesmas Andalas Kota Padang.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Menganalisis asuhan keperawatan jiwa pada Tn.A dengan gangguan persepsi sensori halusinasi di wilayah kerja Puskesmas Andalas

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menggambarkan hasil pengkajian pasien dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pada Tn. A di wilayah kerja Puskesmas Andalas
- b. Menjelaskan diagnosa keperawatan dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pada Tn. A di wilayah kerja Puskesmas Andalas
- c. Menjelaskan intervensi keperawatan dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pada Tn. A di wilayah kerja Puskesmas Andalas.



- d. Menjelaskan implementasi keperawatan dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pada Tn. A di wilayah kerja Puskesmas Andalas.
- e. Menjelaskan evaluasi dari implementasi dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pada Tn. di wilayah kerja Puskesmas Andalas
- f. Menjelaskan analisa kasus dengan masalah gangguan persepsi sensori halusinasi pada Tn. A di wilayah kerja Puskesmas Andalas

### C. Manfaat

1. Bagi mahasiswa

Mengembangkan kemampuan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa dan menambah pengalaman mahasiswa dalam merawat pasien dengan gangguan persepsi sensori halusinasi

2. Bagi Institusi

Diharapkan dapat menjadi bahan referensi bagi peneliti yang ingin meneliti tentang asuhan keperawatan pada gangguan persepsi sensori halusinasi

3. Bagi keluarga

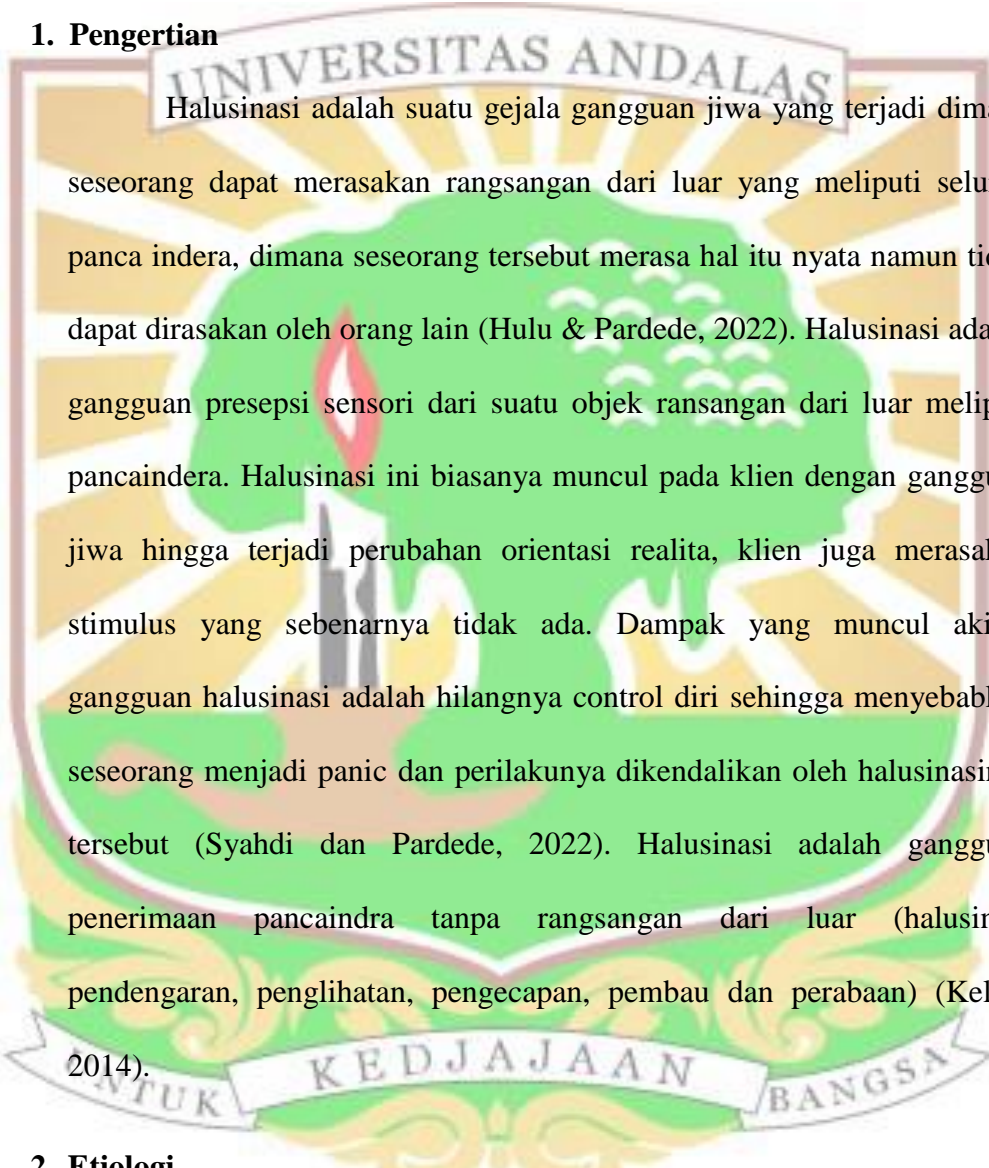
Dengan adanya asuhan keperawatan yang diberikan pada keluarga Tn.A diharapkan dapat memberikan manfaat dalam pemeliharaan kesehatan keluarga Tn.A

## BAB II

### TINJAUAN LITERATUR

#### A. Gangguan Presepsi Sensori Halusinasi

##### 1. Pengertian



Halusinasi adalah suatu gejala gangguan jiwa yang terjadi dimana seseorang dapat merasakan rangsangan dari luar yang meliputi seluruh panca indera, dimana seseorang tersebut merasa hal itu nyata namun tidak dapat dirasakan oleh orang lain (Hulu & Pardede, 2022). Halusinasi adalah gangguan persepsi sensori dari suatu objek rangsangan dari luar meliputi pancaindera. Halusinasi ini biasanya muncul pada klien dengan gangguan jiwa hingga terjadi perubahan orientasi realita, klien juga merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada. Dampak yang muncul akibat gangguan halusinasi adalah hilangnya control diri sehingga menyebabkan seseorang menjadi panic dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasinya tersebut (Syahdi dan Pardede, 2022). Halusinasi adalah gangguan penerimaan pancaindra tanpa rangsangan dari luar (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, pembau dan perabaan) (Keliat, 2014).

##### 2. Etiologi

Etiologi halusinasi menurut Yusuf *et al.*, 2015 bahwa:

1. Faktor Predisposisi
  - a. Faktor perkembangan

Adanya gangguan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang akan meningkatkan stres dan kesemasan yang dapat menyebabkan gangguan persepsi. Pasien menekan perasaannya sehingga tidak efektif dalam mematahkan fungsi intelektual dan emosional.

b. Faktor Sosial Budaya

Ada berbagai faktor di masyarakat yang dapat membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian, selanjutnya jika pasien tidak dapat mengatasi akan berakibatkan seperti delusi dan halusinasi

c. Faktor Psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis serta adanya peran ganda atau peran yang bertentangan dapat menimbulkan ansietas berat dengan pengingkaran terhadap kenyataan sehingga dapat terjadi halusinasi.

d. Faktor Biologis

Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien dengan gangguan orientasi realitas serta dapat ditemukan atropik otak, pembesaran ventrikel, perubahan besar, serta bentuk sel kortikal dan limbik.

e. Faktor genetik

Adanya gangguan orientasi realita termasuk halusinasi yang umum ditemukan pada pasien skizofrenia. Skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada anggota keluarga yang salah satunya mengalami



skizofrenia serta akan lebih tinggi bila orang tua juga merupakan penderita skizofrenia.

## 2. Faktor Presipitasi

### a. Stresor sosial budaya

Stres dan ansietas akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga, adanya perpisahan dengan orang yang penting atau diasingkan dari kelompok sehingga dapat menimbulkan halusinasi.

### b. Faktor Biokimia

Penelitian tentang dopamine, norepineptin, indolamin serta zat halusigenik diduga berkaitan dengan adanya gangguan orientasi realitas termasuk halusinasi

### c. Faktor Psikologis

Intensitas ansietas yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah dapat berakibat berkembangnya gangguan orientasi realitas. Pasien mengembangkan koping untuk menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan.

### d. Perilaku

Perilaku yang perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan proses pikir, afektif persepsi, motoric dan social.

### 3. Jenis –Jenis Halusinasi

Menurut Dermawan (2013) jenis jenis halusinasi ada 5 yaitu :

**Tabel 2.1 Jenis- jenis halusinasi**

Jenis halusinasi	Data obyektif	Data subjektif
Halusinasi Pendengaran	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bicara/tertawa dengan sendiri</li> <li>▪ Meluapnya emosi tanpa sebab yang jelas</li> <li>▪ Mengarahkan telinga ke suatu arah</li> <li>▪ Menutup telinga dengan tangan atau dengan sesuatu didekatnya (bantal,selimut, dll)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klien mengatakan mendengarkan suara aneh atau keramaian.</li> <li>▪ Klien berkata mendengarkan suara yang berbicara</li> <li>▪ Klien mengatakan mendengar suatu suara yang memerintahkan dia untuk melakukan hal berbahaya.</li> </ul>
Halusinasi Penglihatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menunjuk arah suatu tertentu</li> <li>▪ Merasakan takut atau cemas akan suatu hal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klien mengatakan melihat hal dengan visual menyeramkan atau menyenangkan.</li> </ul>
Halusinasi Penghirupan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengendus bau-bauaan tertentu</li> <li>▪ Menutup hidung dengan tangan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klien mencium aroma tertentu yang membuat klien merasa .</li> </ul>
Halusinasi Pengecapan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sering membuang liur/ludah</li> <li>▪ Neusea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klien mengatakan mengecap hal menjijikan.</li> </ul>
Halusinasi Peraba	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengaruk bagian tubuh tertentu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klien merasakan adanya benda asing dipermukaan kulitnya</li> <li>▪ Klien mengatakan tersengat listrik</li> </ul>

#### 4. Fase Fase Halusinasi

Halusinasi terbagi atas beberapa fase (Simatupang et al., 2019):

a. Fase Sleep Disorder

Fase ini adalah fase dimana pasien merasa banyak masalah, ingin menghindari dari lingkungannya, takut diketahui orang lain bahwa memiliki banyak masalah. Masalah semakin terasa sulit karena berbagai stressor terakumulasi, misalnya terlibat narkoba, dikeluarkan dari kampus, putus cinta. Masalah terasa semakin menekan dan persepsi terhadap masalah semakin memburuk sehingga mengalami kesulitan tidur hingga berangsur angsur terbiasa menghayal.

b. Fase Comforting

Fase dimana mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya perasaan cemas dan kesepian, perasaan berdosa, ketakutan dan memusatkan pemikiran pada timbulnya kecemasan sehingga beranggapan bahwa pengalaman pikiran dan sensorinya dapat dikontrol bila kecemasan diatur, dalam tahap ini ada kecenderungan pasien merasa nyaman dengan halusinasi.

c. Fase Condemning

Fase dimana pengalaman sensori pasien menjadi sering datang dan mengalami bias atau prasangka. Pasien merasa tidak mampu untuk mengontrolnya dan mulai menjaga jarak antara dirinya dengan objek yang dipresepsikan, pasien menarik diri dari orang lain dalam waktu yang lama.



d. Fase Controlling

Fase dimana pasien mencoba melawan suara suara atau sensory abnormal yang datang dan pasien merasakan kesepian bila halusinasi berakhir, pada fase ini dimulai gangguan psychotic.

e. Fase Conquering

Fase dimana pasien merasa pengalaman sensorinya terganggu, pasien mulai merasa terancam dengan datangnya suara suara terutama bila pasien tidak dapat memenuhi ancaman atau perintah yang ia dengar dari halusinannya. Halusinasi dapat berlangsung 4 jam sehari bila pasien tidak mendapatkan komunikasi terapeutik.

## 5. Rentang Respon

Halusinasi adalah reaksi maladaptif individu yang berbeda Rentang respons neurobiologis (Stuart, Keliat & Pasaribu, 2016). Ini adalah perasaan maladaptasi jika pelanggan memiliki pandangan yang sehat Akurat, mampu mengenali dan menafsirkan rangsangan menurut panca indera (pendengaran, penglihatan, penciuman, rasa dan sentuhan) pelanggan halusinasi. Bahkan jika stimulusnya di antara kedua tanggapan tersebut terdapat tanggapan yang terpisah karena satu hal mengalami sosial yang abnormal, yaitu kesalahpahaman stimulus yang diterimanya adalah ilusi. Menurut stimulus yang diterima, rentang responsnya adalah sebagai berikut:

**RESPON ADAPTIF**      **—————>**      **RESPON MALADATIF**

**Tabel 2.2 Rentang Respon**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pikiran logis</li> <li>• Persepsi akurat</li> <li>• Emosi konsisten</li> <li>• Dengan pengalaman</li> <li>• Perilaku sesuai</li> <li>• Berhubungan sosial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distorsi pikiran</li> <li>• Ilusi</li> <li>• Reaksi emosional</li> <li>• Perilaku aneh/tidak biasa</li> <li>• Menarik diri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan piker</li> <li>• Sulit merespon emosi</li> <li>• Perilaku disorganisasi</li> <li>• Isolasi sosial</li> </ul>
---	--	--

Keterangan :

a. Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu akan dapat memecahkan masalah tersebut .

Respon adaptif meliputi :

- 1) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan
- 2) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan
- 3) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli.
- 4) Perilaku sesuai adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
- 5) Hubungan social adalah proses suatu interkasi dengan orang lain dan lingkungan.

b. Respon Psikososial Meliputi :

- 1) Proses piker terganggu yang menimbulkan gangguan

2) Ilusi adalah miss intrerprestasi atau penilaian yang salah tentang yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena gangguan panca indra

3) Emosi berlebihan atau kurang

4) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas untuk menghindari Interaksi dengan orang lain

5) Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari hubungan dengan orang lain.

c. Respon maladaptive adalah respon indikasi dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma social dan budaya dan lingkungan, adapun respon maladaptive ini meliputi :

1) Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosail

2) Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah satu atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.

3) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati

4) Perilaku tak terorganisir merupakan perilaku yang tidak teratur Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu

dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.



## 6. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala gangguan persepsi sensori halusinasi yang dapat teramati sebagai berikut ( Dalami, 2016 ) :

### a. Halusinasi penglihatan

- 1) Melirikkan mata ke kiri dan ke kanan seperti mencari siapa atau apa saja yang sedang dibicarakan.
- 2) Mendengarkan dengan penuh perhatian pada orang lain yang sedang tidak berbicara atau pada benda seperti mebel.
- 3) Terlihat percakapan dengan benda mati atau dengan seseorang yang tidak tampak.
- 4) Menggerakkan-gerakan mulut seperti sedang berbicara atau sedang menjawab suara.

### b. Halusinasi pendengaran

Adapun perilaku yang dapat teramati

- 1) Tiba-tiba tampak tanggap, ketakutan atau ditakutkan oleh orang lain, benda mati atau stimulus yang tidak tampak.
- 2) Tiba-tiba berlari keruangan lain

### c. Halusinasi penciuman

Perilaku yang dapat teramati pada klien gangguan halusinasi penciuman adalah :

- 1) Hidung yang dikerutkan seperti mencium bau yang tidak enak.
- 2) Mencium bau tubuh
- 3) Mencium bau udara ketika sedang berjalan ke arah orang lain.

4) Merespon terhadap bau dengan panik seperti mencium bau api atau darah.

5) Melempar selimut atau menuang air pada orang lain seakan sedang memadamkan api.

d. Halusinasi pengecapan

Adapun perilaku yang terlihat pada klien yang mengalami gangguan halusinasi pengecapan adalah :

- 1) Meludahkan makanan atau minuman.
- 2) Menolak untuk makan, minum dan minum obat.
- 3) Tiba-tiba meninggalkan meja makan.

e. Halusinasi perabaan

Perilaku yang tampak pada klien yang mengalami halusinasi perabaan adalah :

- 1) Tampak menggaruk-garuk permukaan kulit

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

a) Data Subjektif

Klien mengatakan :

1. Mendengar suara-suara atau kegaduhan
2. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap
3. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang Berbahaya

4. Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu dan monster
5. Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadangkadang bau itu menyenangkan
6. Merasakan rasa seperti darah, urin dan feses
7. Merasa takut atau senang dengan halusinasinya

b) Data Objektif

1. Bicara atau tertawa sendiri
2. Marah marah tanpa sebab
3. Mengarahkan telinga kearah tertentu
4. Menutup telinga
5. Menunjuk kearah tertentu
6. Ketakutan kepada sesuatu yang tidak jelas
7. Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu
8. Menutup hidung Sering meludah Menggaruk garuk permukaan kulit

**B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Halusinasi**

**1. Pengkajian**

Pada tahap pengkajian akan dilakukan wawancara disertai dengan observasi pada klien dan keluarga klien yang bersangkutan, isi dari

pengkajian :

- a. Identitas Klien



Nama klien, usia klien, alamat klien, pendidikan terakhir yang ditempuh klien, kepercayaan yang dianut klien, status perkawinan klien, pekerjaan yang dijalani klien, jenis kelamin, diagnose medis klien.

b. Alasan masuk atau keluhan utama

Bertanya ke pasien atau kepada keluarga bersangkutan tentang alasan dan keluhan yang diderita saat ini.

c. Faktor predisposisi

Bertanya pada klien, keluarga klien dan pihak bersangkutan apakah sebelumnya klien pernah mengalami masalah gangguan jiwa dimasa lampau, adanya trauma di masa lalu atau pernah melakukan pengobatan tertentu.

d. Pemeriksaan fisik

Mengkaji kondisi fisik klien dengan mengukur tanda-tanda vital klien, TB (Tinggi Badan) klien, BB (Berat Badan) klien, dan adanya keluhan yang dialami.

e. Pengkajian psikososial

1) Genogram

Berisikan gambaran tentang keturunan untuk mendeteksi adanya riwayat penyakit yang sama atau tidak.

2) Konsep diri

- a) Citra tubuh yaitu bagaimana pandangan diri terhadap suatu anggota bagian tubuh tertentu

b) Identitas diri yaitu bagaimana pandangan status dan posisi klien sebelum sakit

c) Peran yaitu harapan yang klien inginkan akan tubuhnya, jabatan, status yang harapannya dalam keluarga, perkumpulan, lingkungan sekitar, dan bagaimana kemampuan yang dimiliki klien dalam menjalankan posisi tersebut.

d) Ideal diri yaitu pandangan dan harapan klien akan tubuhnya.

e) Harga diri yaitu persepsi yang dimiliki klien tentang dirinya sendiri.

3) Hubungan sosial

Mengidentifikasi siapa yang terdekat klien lalu berhubungan dengan siapa saja.

4) Spiritual

Apa keyakinan yang dipercayai klien.

5) Status mental

a) Penampilan

Amati penampilan klien yaitu seperti berapa usianya, bagaimana cara dalam klien berpakaian, perhatikan kebersihannya, sikap klien, cara klien dalam berjalan, cara klien saat mengekspresikan wajah, dan bagaimana kontak mata yang dilakukan.

b) Pembicaraan

Amati sifat pasien saat diajak berbicara. Seperti saat berbicara klien menjawab secara cepat, bernada keras, intonasinya gagap, lambat saat menjawab, diam saja, atau bahkan bersifat tidak peduli.

c) Aktivitas motorik

Aktivitas motorik berisikan tentang pengkajian berupa gerakan fisik yang dilakukan klien perlu dicatat dalam hal tingkat aktivitas yaitu mulai dari latergik, tegang dan gelisah serta agitasi), ada juga TIK dan tremor dan gerakan tubuh yang abnormal lainnya.

d) Afek dan emosi

Afek merupakan nada perasaan yang menyenangkan atau tidak menyenangkan yang menyertai suatu pikiran dan berlangsung relative lama dan dengan sedikit komponen fisiologis serta bangga, kecewa. Emosi merupakan manifestasi afek yang diekspresikan keluar, disertai banyak komponen fisiologis dan berlangsung relative lebih singkat seperti sedih, ketakutan, putus asa, kuarir atau gambira berlebihan.

e) Interaksi selama wawancara

Bagaimana respon yang ditunjukan klien pada proses wawancara berlangsung, apakah klien dapat bekerja samaa secara kooperatif atau tidak, bagaimana kontak mata dengan lawan bicara saat percakapan berlangsung.

f)Persepsi sensori



Memberikan pertanyaan kepada klien seperti “apakah anda sering mendengar suara saat sendirian? Apa anda mendengar suara yang tidak dapat anda lihat? Apa yang anda lakukan setelah atau saat mendengarkan suara itu?”. Memeriksa ada atau tidaknya halusinasi, ilusi pada pasien.

g) Proses pikir

Kaji apakah cara atau proses dalam klien berpikir, apakah klien berpikir secara realistis (berdasarkan realita) atau tidak.

h) Kesadaran

Kaji tingkat kesadaran apakah turun atau sebaliknya

i) Orientasi.

Kaji apakah klien mengetahui orientasi seperti kapan, dimana dan siapa saja.

j) Memori

Apakah klien mengalami gangguan dalam mengingat suatu hal. Bisa terjadi karena adanya pengaruh efek samping dari pengobatan tertentu ataupun karena keadaan psikologis.

k) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Apakah klien sulit untuk berkonsentrasi, kaji dengan kemampuan berhitung sederhana dan perhatikan apakah jawaban yang disampaikan sesuai dengan yang ditanyakan atau tidak.

## l) Kemampuan penilaian

**Tabel 2.3 Kemampuan penilaian**

Skor	Keterangan	Karakteristik
0	Tidak ada	Kurangnya informasi.
1	Sangat berat	Keputusan yang diambil bersifat maladatif dan perilakunya berisiko membahayakan individu dan oranglain.
2	Berat	Penilaian yang dialami maladatif.
3	Sedang	Tidak dapat membuat penilaian sederhana dan adatif meskipun telah mendapat bantuan orang lain
4	Ringan	Mampu membuat dan menyampaikan penilaian sederhana dengan bantuan orang lain

## m) Daya tilik diri

Kaji apakah klien sering mengingkari penyakit yang diderita, dan menyalahkan suatu hal yang tidak berkaitan atau diluar dari dirinya.

## n) Kebutuhan persiapan pulang

Apakah dalam melakukan kebutuhan sehari-hari seperti makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian/berhias, istirahat tidur, penggunaan obat, pemeliharaan Kesehatan, kegiatan didalam rumah/luar rumah memerlukan bantuan atau pendampingan dari perawat/keluarga.

## o) Mekanisme koping

Perilaku berupa untuk melakukan upaya perlindungan diri sendiri dari pengalaman yang membuat klien takut, hal ini berhubungan langsung dengan respon neurobiologis.

p) Masalah psikososial dan lingkungan

Perubahan yang terjadi di lingkungan klien yang berupa psikologis dan sosial yang dapat memengaruhi timbal balik untuk klien dan berpotensi sebagai penyebab dari pemicu masalah gangguan jiwa.

q) Pengaruh kurang pengetahuan

Keadaan saat individu atau kelompok memiliki tingkat pengetahuan atau keterampilan psikomotorik yang rendah berkaitan dengan intervensi pengobatan,

## 2. Analisa data

Dalam melakukan pengkajian diperlukan keahlian-keahlian seperti wawancara, pemeriksaan fisik, dan observasi. Hasil pengumpulan data kemudian diklasifikasikan dalam data subjektif dan objektif. Data subjektif merupakan ungkapan atau persepsi yang dikemukakan oleh pasien. Data objektif merupakan data yang dapat dari hasil observasi, pengukuran, dan pemeriksaan fisik. (Wartona & Tarwoto, 2006). Berikut adalah Analisa data menurut Standar Asuhan Keperawatan (FIK UI, 2016):

a. Halusinasi

Data objektif :

1. Bicara atau tertawa sendiri
2. Marah-marah tanpa sebab
3. Memalingkan muka ke arah telinga seperti mendengar sesuatu
4. Menutup telinga



5. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu
6. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas
7. Mencium sesuatu seperti sedang membaui bau-bauan tertentu
8. Menutup hidung
9. Sering meludah
10. Muntah
11. Menggaruk-garuk permukaan kulit

Data Subjektif :

- 1) Mendengarkan suara-suara atau kegaduhan
- 2) Mendengarkan suara yang mengajak berbicara
- 3) Mendengar suara memerintah dan melakukan sesuatu yang berbahaya
- 4) Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartun, melihat hantu atau monster
- 5) Mencium bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan
- 6) Merasakan rasa seperti darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan
- 7) Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses
- 8) Merasa takut atau senang dengan halusinasinya
- 9) Mengatakan sering mendengar sesuatu pada waktu tertentu saat sedang sendirian



10) Mengatakan sering mengikuti isi perintah halusinasi

b. Isolasi sosial

Data Subjektif :

- 1) Menolak untuk berinteraksi.
- 2) Merasa kesepian
- 3) Tidak berminat
- 4) Merasa ditolak
- 5) Merasa beda
- 6) Mengungkapkan capaian hidup yang tidak jelas.
- 7) Tidak mendapat dukungan dari orang yang ia anggap dekat atau penting

Data Objektif :

- 1) Tidak melakukan kontak mata
- 2) Menarik diri
- 3) Tidak komunikatif saat berbicara
- 4) Melakukan tindakan tidak berarti secara berulang kali
- 5) Memperlihatkan afek tumpul
- 6) Memperlihatkan afek sedih
- 7) Mengalami kecacatan
- 8) Resiko perilaku kekerasan

c. Resiko perilaku kekerasan

Data subjektif :

- 1) mengekspresikan perasaan kesal.

- 2) berkeinginan untuk melukai diri (diri sendiri/oranglain)
- 3) Membentak dengan nada tinggi dan menyerang pribadi orang lain.

Data objektif :

- 1) Mata melotot dan melihat dengan pandangan tajam/serius.
- 2) Tangan menggenggam dan rahang mngatup
- 3) Ekspresi marah
- 4) Kaku
- 5) Memberikan ancaman dan berkata kotor serta mengumpat
- 6) Bicara dengan nada tinggi
- 7) Berkata kata kasar
- 8) Melukai diri sendiri atau orng lain
- 9) Merusak fasilitas
- 10) Bersifat agresif

Berikut adalah analisa data dari SDKI (2017) :

a. Gangguan persepsi sensori halusinasi

1. Data mayor

Data Subjektif :

- 1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
- 2) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan atau pengecapan

Data Objektif :

- 1) Distorsi sensori
- 2) Respons tidak sesuai



- 3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu

## 2. Data minor

Data Subjektif :

- 1) Menyatakan kesal

Data Objektif :

- 1) Menyendiri
- 2) Melamun
- 3) Konsentrasi buruk
- 4) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
- 5) Curiga
- 6) Melihat kesatu arah
- 7) Mondar mandir
- 8) Bicara sendiri

### b. Isolasi sosial

#### 1. Data mayor

Data subjektif :

- 1) Merasa ingin sendirian
- 2) Merasa tidak nyaman ditempat umum

Data objektif :

- 1) Menarik diri
- 2) Tidak berminat/ menolak berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan

## 2. Data Minor

Data subjektif :

- 1) Merasa berbeda dengan orang lain
- 2) Merasa asyik dengan pikiran sendiri
- 3) Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas

Data objektif :

- 1) Afek datar
- 2) Afek sedih
- 3) Riwayat ditolak
- 4) Menunjukkan permusuhan
- 5) Tidak mampu memenuhi harapan orang lain
- 6) Kondisi difabel
- 7) Tindakan tidak berarti
- 8) Tidak ada kontak mata
- 9) Perkembangan terlambat
- 10) Tidak bergairah/lesu.

## 3. Diagnosa Keperawatan

Menurut teori keliat (2009) dalam elga amrulah (2017) menyatakan bahwa ada diagnosa untuk halusinasi pendengaran adalah :

- a. Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran
- b. Isolasi sosial : menarik diri
- c. Resiko perilaku kekerasan

#### 4. Rencana Tindakan Keperawatan

a. Rencana tindakan keperawatan harus memperhatikan beberapa hal berikut :

##### 1. Menentukan prioritas

Berbagai cara untuk memprioritaskan masalah, seperti:

- a) Mengikuti sesuai hirarki maslow, mulai dari fisiologis klien, berkaitan dengan keamanan, perasaan klien dalam mencintai dan memiliki, harga diri klien dan cara klien agar dapat melakukan aktualisasi diri
- b) Berdasarkan Griffith-Kenney Christensen:
  - a) Bersifat dapat mengancam bagi kehidupan dan kesehatan klien
  - b) Modal atau sumber daya
  - c) Peran yang dimiliki
  - d) Sesuai dengan prinsip ilmiah serta praktik.

##### 2. Menentukan tujuan

Saat menentukan tujuan harus diberi capaian yang harus dicapai dengan disertai jangka waktu tindakan.

##### 3. Menentukan kriteria hasil

Yang diperhatikan saat menentukan suatu kriteria hasil yang akan dicapai:

- 1) Spesifik dan berkaitan dengan masalah.
- 2) Realistik. Maksudnya adalah sesuai dengan keadaan klien baik fisik maupun psikologis.



- 3) Dapat diukur.
- 4) Mempertimbangkan dengan kondisi klien.
4. Merumuskan intervensi perawatan
  - a. Rencana tindakan keperawatan untuk halusinasi pendengaran
    - 1) Tujuan rencana tindakan untuk klien:
      - a) Mengenali halusinasi yang dialaminya: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon
      - b) Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
      - c) Mengontrol halusinasi dengan cara menggunakan obat
      - d) Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap
      - e) Mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktifitas
      - f) Tindakan keperawatan
      - g) Mendiskusikan dengan pasien isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon terhadap halusinasi
      - h) Menjelaskan dan melatih cara mengontrol halusinasi
      - i) Menghardik halusinasi
      - j) Menjelaskan cara menghardik halusinasi, memperagakan cara menghardik, meminta pasien memperagakan ulang, memantau penerapan cara ini, dan menguatkan perilaku pasien.
      - k) Menggunakan obat secara teratur
      - l) Menjelaskan pentingnya penggunaan obat, jelaskan bila obat tidak digunakan sesuai program. Jelaskan akibat bila putus obat, jelaskan cara mendapat obat/berobat, jelaskan cara menggunakan obat dengan

prinsip 6 benar (benar jenis, guna, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat).

m) Bercakap-cakap dengan orang lain

n) Melakukan aktifitas yang terjadwal

o) Menjelaskan pentingnya aktifitas yang teratur, mendiskusikan aktifitas yang biasa dilakukan oleh pasien, melatih pasien melakukan aktifitas, menyusun aktifitas yang biasa dilakukan oleh pasien, melatih pasien melakukan aktifitas, menyusun jadwal aktifitas sehari-hari sesuai dengan jadwal yang telah dilatih, memantau jadwal pelaksanaan kegiatan, memberikan reinforcement.

2) Tujuan rencana tindakan untuk keluarga

a) Mengetahui masalah merawat pasien di rumah

b) Menjelaskan halusinasi (pengertian, jenis, tanda dan gejala halusinasi dan proses terjadinya)

c) Merawat pasien dengan halusinasi

d) Menciptakan lingkungan yang nyaman untuk klien dengan halusinasi

e) Mengetahui tanda dan gejala kambuh ulang

f) Memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk follow-up pasien dengan halusinasi

3) Rencana tindakan asuhan keperawatan

a) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.

b) Berikan penjelasan Kesehatan meliputi : pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami, tanda dan gejala halusiasi, proses terjadinya halusiasi.

c) Jelaskan dan latih cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi: menghardik, minum obat, bercakap-cakap, melakukan aktivitas/

d) Diskusikan cara menciptakan lingkungan yang dapat mencegah terjadinya halusinasi

e) Diskusikan tanda dan gejala kekambuhan

f) Diskusikan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat untuk follow-up anggota keluarga dengan halusiasi/anggota keluarga dengan halusinasi

b. Rencana tindakan keperawatan isolasi sosial : Menarik diri

1) Tujuan rencana tindakan keperawatan untuk klien

a) Mengenal masalah isolasi sosial

b) Berkenalan dengan perawat atau klien lain

c) Bercakap-cakap dalam melakukan kegiatan harian

d) Berbicara sosial : meminta sesuatu,berbelanja dan sebagainya

2) Tujuan rencana tindakan keperawatan untuk keluarga

a) Mengenal masalah klien isolasi sosial

b) Mengambil keputusan untuk merawat klien isolasi sosial

c) Merawat klien isolasi sosial

d) Menciptakan lingkungan yang terapeutik untuk klien isolasi sosial



e) Memanfaatkan pelayanan Kesehatan untuk follow up kesehatan klien isolasi sosial dan mencegah kekambuhan

3) Rencana tindakan keperawatan untuk klien

a) Menjelaskan masalah klien isolasi sosial pada keluarga

- Mengidentifikasi masalah keluarga dalam merawat klien isolasi sosial

- Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, serta proses terjadinya isolasi sosial

b) Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada klien isolasi sosial

- Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada klien isolasi sosial

- Mengajak keluarga memutuskan untuk merawat klien isolasi sosial

c) Menjelaskan dan melatih keluarga cara merawat klien isolasi sosial

- Menjelaskan cara melatih klien berkenalan

- Menjelaskan cara melatih klien berkap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari

- Menjelaskan cara melatih klien berbicara sosial : memenitai sesuatu, berbelanja dan sebagainya

- Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk Latihan berkenalan

- Memotivasi membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk Latihan bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari
  - Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk Latihan berbicara sosial
- d) Menjelaskan dan melatih keluarga menciptakan lingkungan yang terapeutik bagi klien isolasi sosial



c. Rencana tindakan keperawatan untuk klien resiko perilaku kekerasan

1) Tujuan rencana tindakan untuk klien

a) Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, serta akibat dari perilaku kekerasan

b) Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 tarik nafas dalam dan cara fisik 2: pukul Kasur/ bantal.

c) Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur

d) Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/bicara baik baik

e) Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual

2) Tujuan rencana tindakan keperawatan pada keluarga

a) Mengenal masalah resiko perilaku kekerasan

b) Mengambil keputusan untuk merawat klien resiko perilaku kekerasan

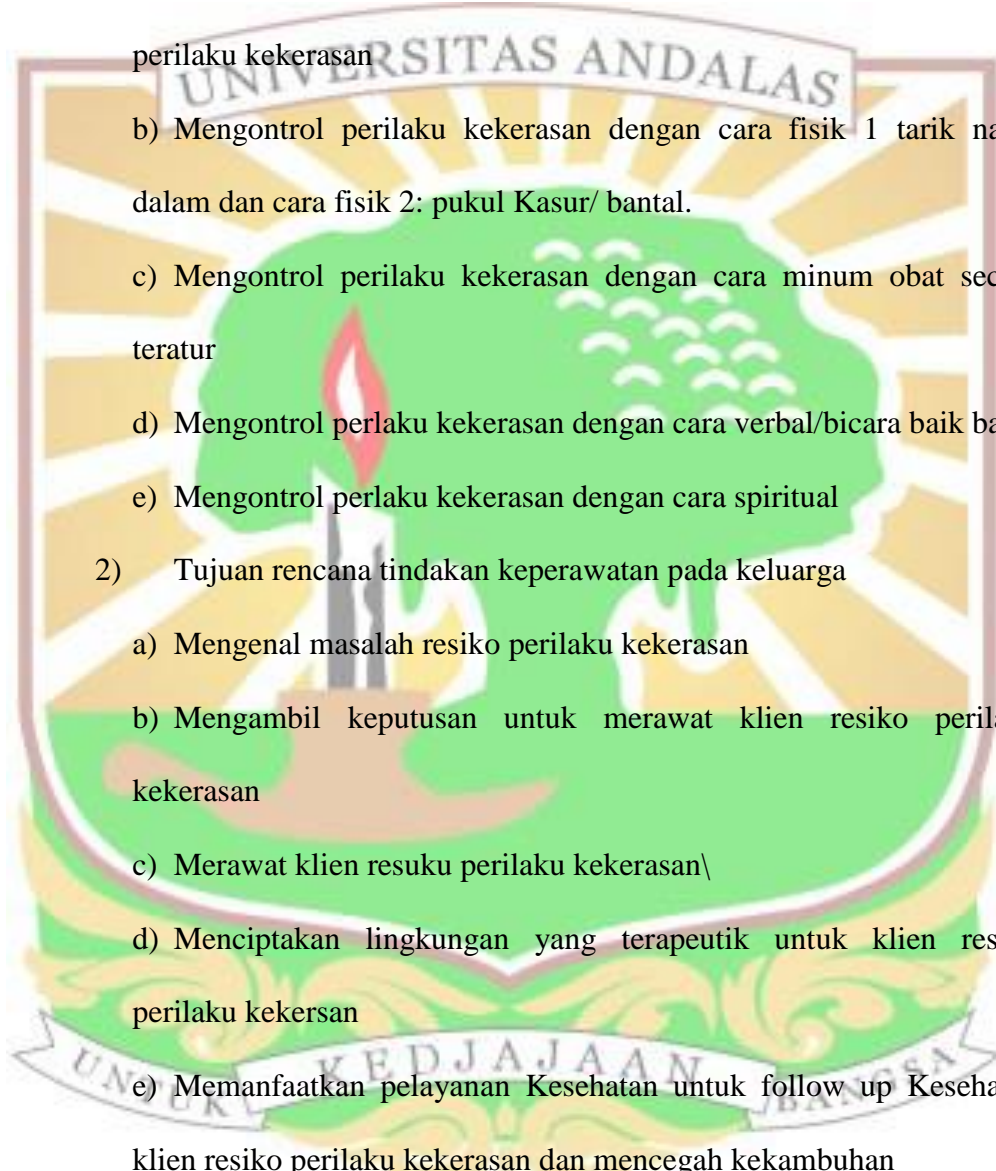
c) Merawat klien resiko perilaku kekerasan\

d) Menciptakan lingkungan yang terapeutik untuk klien resiko perilaku kekerasan

e) Memanfaatkan pelayanan Kesehatan untuk follow up Kesehatan klien resiko perilaku kekerasan dan mencegah kekambuhan

3) Tindakan rencana keperawatan

a) Menjelaskan tanda dan gejala, penyebab dan akibat perilaku serta melatih Latihan Tarik nafas dalam dan pukul kasir bantal





- i. Mengidentifikasi tanda dan gejala, penyebab dan akibat perilaku kekerasan
- ii. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik
  - 1 : Tarik nafas dalam dan fisik 2 : pukul Kasur/bantal
- iii. Melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik
  - 1 : Tarik nafas dalam dan fisik 2 : pukul Kasur/bantal
- iv. Melatih klien memasukan latihan Tarik nafas dalam dan pukul kasur/bantal ke dalam jadwal kegiatan harian
- b) Menjelaskan dan melatih klien minum obat dengan prinsip 6 benar, manfaat/keuntungan minum obat dan kerugian tidak minum obat.
  - i. Menjelaskan tentang obat yang diminum (6 benar : jenis, dosis, frekuensi, cara, orang, dan kontinuitas minum obat)
  - ii. Mendiskusikan manfaat minum obat dan kerugian tidak minum obat dengan klien
  - iii. Melatih klien cara minum obat secara teratur
  - iv. Melatih klien memasukan kegiatan minum obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian
- c) Menjelaskan dan melatih klien minum obat dengan prinsip 6 benar, manfaat/keuntungan minum obat dan kerugian tidak minum obat.
  - i. Menjelaskan tentang obat yang diminum (6 benar : jenis, dosis, frekuensi, cara, orang, dan kontinuitas minum obat)
  - ii. Mendiskusikan manfaat minum obat dan kerugian tidak minum obat dengan klien

- iii. Melatih klien cara minum obat secara teratur
- iv. Melatih klien memasukan kegiatan minum obat secara teratur ke dalam jadwal kegiatan harian

d) Melatih cara verbal/bicara baik-baik

- i. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan verbal/bicara baik-baik
- ii. Melatih klien cara verbal/bicara baik baik
- iii. Melatih klien memasukan kegiatan verbal/bicara baik-baik minum obat ke dalam jadwal kegiatan harian.

e) Melatih cara spiritual

- i. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual
- ii. Melatih klien cara spiritual
- iii. Melatih klien memasukan kegiatan spiritual ke dalam jadwal kegiatan harian.

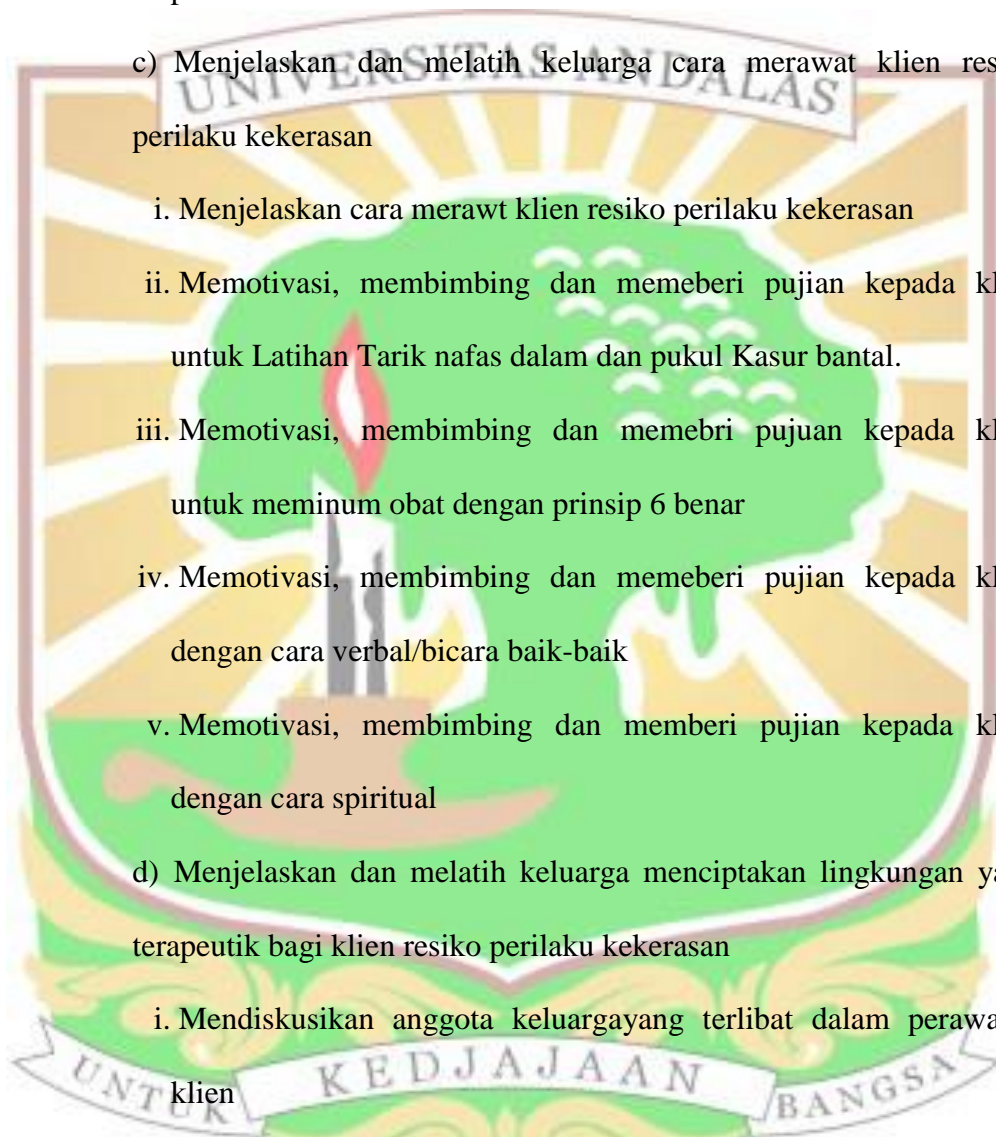
4) Rencana tindakan keperawatan pada keluarga

a) Menjelaskan masalah resiko perilaku kekerasan

- i. Mengidentifikasi masalah keluarga dalam merawat klien resiko perilaku kekerasan
- ii. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya resiko perilaku kekerasan

b) Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pad klien resiko perilaku kekerasan

- i. Mendiskusikan masalah dan akibat yang mungkin terjadi pada klien resiko perilaku kekerasan
  - ii. Mengajukan keluarga memutuskan untuk merawat klien resiko perilaku kekerasan
- c) Menjelaskan dan melatih keluarga cara merawat klien resiko perilaku kekerasan
- i. Menjelaskan cara merawat klien resiko perilaku kekerasan
  - ii. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk Latihan Tarik nafas dalam dan pukul Kasur bantal.
  - iii. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien untuk minum obat dengan prinsip 6 benar
  - iv. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien dengan cara verbal/bicara baik-baik
  - v. Memotivasi, membimbing dan memberi pujian kepada klien dengan cara spiritual
- d) Menjelaskan dan melatih keluarga menciptakan lingkungan yang terapeutik bagi klien resiko perilaku kekerasan
- i. Mendiskusikan anggota keluarga yang terlibat dalam perawatan klien
  - ii. Menjelaskan setting lingkungan rumah yang mendukung perawatan klien
  - iii. Mengajukan keluarga melibatkan anggota keluarga lainnya dalam merawat klien





e) Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas pelayanan Kesehatan untuk follow up, cara rujukan Kesehatan klien dan mencegah kekambuhan.

- i. Menjelaskan cara memanfaatkan fasilitas Kesehatan yang tersedia
- ii. Menjelaskan kemungkinan klien relaps dan pencegahan relaps
- iii. Mengidentifikasi tanda-tanda relaps dan kemungkinan kambuh
- iv. Menjelaskan dan menganjurkan follow up dan merujuk klien ke pelayanan Kesehatan

## 5. Implementasi

Implementasi adalah tindakan yang sudah dilakukan selama melakukan tindakan keperawatan. Tindakan asuhan keperawatan yang dimaksud meliputi tindakan yang bersifat mandiri dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain. Supaya lebih jelas, lebih akurat dalam melakukan implementasi keperawatan yang terfokus dan sesuai operasional (Wartolah & Tarwoto, 2006) Bentuk implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

- a. berbentuk perawatan dan pengkajian untuk mengidentifikasi masalah baru atau mempertahankan masalah yang sudah ada.
- b. Edukasi kepada pasien agar dapat menambah wawasan pasien.
- c. Bimbingan kepada pasien untuk memutuskan bagaimana kondisi kesehatan pasien.
- d. Konsultasi kepada tenaga medis yang lebih professional.

e. Bentuk penatalaksanaan harus spesifik dan terfokuskan untuk menyelesaikan masalah.

f. Membantu pasien untuk melakukan aktivitas (jika perlu).

Perencanaan yang dapat dilaksanakan akan bergantung pada aktivitas

berikut:

- a. Kesesuaian pengumpulan data
- b. Penentuan prioritas.
- c. Bentuk rencana tindakan.
- d. Dokumentasi tindak asuhan keperawatan.
- e. Pemberian catatan secara verbal/omongan.
- f. Mempertahankan rencana untuk pengobatan yang dilakukan.

## 6. Evaluasi

Evaluasi tindakan keperawatan dikaji dengan hasil yang telah ditunjukkan, tujuannya adalah untuk mengukur dan mengetahui sampai mana hasil dari tujuan perawatan dapat diacapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan (Wartolah & Tarwoto, 2006). Langkah – Langkah evaluasi :

- a. Daftar tujuan pasien.
- b. Laksanakan pengkajian apakah pasien dapat melakukan sesuatu.
- c. Bandingkan pencapaian dengan kemampuan yang sudah mampu pasien laksanakan.
- d. Diskusikan bersama pasien, apakah capaian sudah dapat dilakukan atau belum.

- e. Jika tujuan tidak terpenuhi, maka dibutuhkan pengkajian ulang untuk mencari letak kesalahan, membuat jalan keluar, kemudian catat apa yang ditemukan, serta apakah perlu dilakukan perubahan dalam intervensi.

### C. *Evidence Base Nursing*

#### 1. Pengantar

*Evidence - Based Practice in Nursing* adalah penggunaan bukti eksternal, bukti internal (clinical expertise) serta manfaat dan keinginan pasien untuk mendukung dalam pengambilan keputusan di pelayanan kesehatan (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011). *Evidence Based Nursing* menurut Dearholt & Dang, 2012 merupakan pendekatan pemecahan masalah dalam pengambilan keputusan klinis dalam organisasi kesehatan mengintegrasikan bukti ilmiah yang terbaik disertai dengan bukti dan mempunyai pengalaman terbaik, selain itu adanya bukti pengaruh internal dan eksternal pada praktik yang mendorong berpikir kritis dan bijaksana dalam aplikasi untuk merawat pasien individu, populasi pasien atau system.

Pada penderita skizofrenia salah satu gejala yang sering dialami yaitu gangguan persepsi sensori halusinasi (Zahnia & Wulan (2016) Halusinasi menurut AS (2019) adalah gangguan persepsi atau gangguan indera yang tidak ada stimulasi terhadap reseptornya. Halusinasi seharusnya menjadi fokus perhatian dari tim medis karena jika tidak segera diatasi dengan baik dapat menyebabkan resiko keamanan dan



kenyamanan diri klien serta lingkungan sekitar klien. Halusinasi adalah gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecap, pembau dan perabaan) (Keliat, 2015).

Dampak yang ditimbulkan oleh pasien yang mengalami halusinasi seperti kehilangan kontrol dirinya dimana pasien mengalami panik bahkan dapat berperilaku nekat seperti melakukan bunuh diri, membunuh orang lain, bahkan merusak barang yang berada disekitarnya (Bayu et al., 2018). Untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan halusinasi diperlukan peran perawat untuk melakukan penanganan yang tepat agar dapat mengontrol halusinasi pasien dengan komunikasi ( Maulana, Hernawati & Shalahuddin, 2021). Strategi pelaksanaan terapi generalis untuk pasien dengan halusinasi yaitu diajarkan cara mengontrol halusinas dengan cara menghardik, dengan minum obat, bercakap – cakap serta dengan melakukan aktivitas terjadwal (Livana et al., 2020). Kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi salah satunya dipengaruhi oleh adanya dukungan yang diberikan keluarga semakin baik keluarga memberikan dukungan maka semakin mampu juga pasien dalam mengontrol halusinasinya (Nugroho et al., 2021).

## 2. Kritisi jurnal

Tabel 2.4 Kritisi Jurnal

No	Judul	Peneliti	Metode Penelitian	Hasil	Kesimpulan
1.	Peningkatan kemampuan mengontrol Halusinasi melalui terapi generalis halusinasi	Livana PH, Rihadini, Kandar, Titik Suerni, Sujarwo, Anita maya, Arief Nugroho	<i>One Group Pretest postest</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kemampuan pasien halusinasi sebelum diberikan terapi generalis pada kategori baik (26%), Sedang (46%) dan kurang (28%). Setelah diberikan terapi generalis tingkat kemampuan pasien halusinasi meningkat dengan kategori baik (90%), sedang (10%) dan kurang tidak ada.	Adanya peningkatan kemampuan pasien halusinasi sebesar 48% sebelum dan sesudah diberikan terapi generalis dengan cara melatih ingatan dan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasinya.
2.	Perawatan halusinasi, dukungan keluarga dan kemampuan pasien mengontrol halusinasi : <i>Literature Review</i>	Heryanto Adi Nugroho , Firda Nur Rahma santie , Edy Soesanto , Siti Aisah, Eni Hidayati	<i>Literature Review</i>	Pemberian dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pasien dalam mengontrol gangguan halusinasi, penelitian keterkaitan pemberian dukungan keluarga dengan kemampuan pasien mengontrol halusinasi. Dukungan keluarga meliputi : dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan instrumental, dan dukungan penilaian/penghargaan. Kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi salah satunya dipengaruhi oleh adanya dukungan yang diberikan oleh keluarga, semakin baik keluarga memberikan	Kemampuan pasien untuk mengontrol halusinasi bukan hanya di tentukan dari seberapa lama asuhan keperawatan yang pasien terima, akan tetapi adanya dukungan yang diberikan keluarga dapat meningkatkan kemampuan pasien mengontrol halusinasinya.

				dukungannya maka semakin mampu juga pasien dalam mengontrol halusinasinya. Adanya kasih sayang menimbulkan kepercayaan diri dalam diri pasien dan meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi.	
3.	Penerapan terapi menghardik terhadap penurunan skor halusinasi dengar pada pasien skizofrenia di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah	Delima Fitri Hapsaria , Nanang Khosim Azhari	Studi kasus deskriptif	Hasil studi kasus menunjukkan bahwa setelah diberikan terapi menghardik pada kedua subyek, pada subyek I terjadi penurunan skor halusinasi yang awalnya mengalami tingkat halusinasi pendengaran dengan skor 42 setelah dilakukan terapi menghardik mengalami penurunan tingkat halusinasi dengan skor 37, yaitu dari halusinasi sedang berubah menjadi halusinasi ringan. Pada subyek II juga mengalami hal serupa setelah dilakukan terapi menghardik yang awalnya mengalami tingkat halusinasi dengar dengan skor 39 setelah dilakukan terapi menghardik mengalami penurunan tingkat halusinasi pendengaran dengan skor 30, yaitu dari halusinasi sedang menjadi halusinasi ringan.	Adanya penurunan tingkat halusinasi pendengaran sedang menjadi tingkat ringan setelah diberikanya terapi dengan menghardik pada dua subjek.
4.	Penerapan Strategi pelaksanaan pada klien skizofrenia paranoid dengan	Tiya Meliana Emilia Puspitasari Sugiyanto	Study kasus	Hasil penelitian dua klien yaitu Tn.Y dari hasil observasi didapatkan ada 10 tanda gejala dan setelah diberikan strategi pelaksanaan 1 halusinasi selama 3 hari ada penurunan tanda gejala sebanyak 70 %. Tn.E dari hasil	Menunjukan bahwa hasil dari evaluasi hari ketiga pada kedua klien terjadi penurunan tanda dan gejala halusinasi dan



	gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran			observasi didapatkan ada 9 tanda gejala dan setelah diberikan stratei pelasaan 1 halusinasi selama 3 hari ada penurunan tanda gejala sebanyak 70%. 7 kemampuan yang terdapat pada klien terjadi peningkatan kemampuan klien mengontrol halusinasi sebanyak 100%	terjadi peningkatan kemampuan klien dalam mengontrol halusinasi.
5.	Hubungan Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Cara Merawat Pasien Halusinasi di Wilayah Kerja Puskesmas Kebun Handil Kota Jambi	Vevi Suryenti Putri, Rahmi Dwi Yanti	<i>cross sectional</i>	Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa dari 53 responden, sebanyak 30 (56,6%) responden memiliki dukungan keluarga yang baik dalam merawat pasien halusinasi. Berdasarkan analisis dapat diketahui bahwa dari 53 responden, sebanyak 31 (58,5%) responden memiliki cara merawat yang baik. Hasil dari 98 responden yang diteliti diketahui hasil p – value sebesar 0,014 yang berarti terdapat hubungan antara dukungan penilaian keluarga dengan pencegahan kekambuhan pasien skizofrenia.	Adanya dukungan keluarga sangat memiliki peran yang erat dengan cara merawat pasien halusinasi baik itu dukungan instrumental dan dukungan penghargaan, semakin baik dukungan keluarga maka semakin baik pula cara merawat pasien dengan halusinasi seperti mengajak klien berobat kerumah sakit, mengontrol pasien untuk meminum obat, memberikan kepercayaan kepada pasien untuk melakukan aktivitas dirumah dan lain – lain.
6.	Pengaruh intervensi strategi	Susilawati	<i>One-group pre-test and</i>	Hasil penelitian menunjukan sebelum diberikan intervensi pengetahuan keluarga untuk	Dapat disimpulkan ada pengaruh intervensi

	pelaksanaan keluarga Terhadap pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam Merawat klien skizofrenia dengan halusinasi	larra fredrika	<i>post-test design</i>	kategori tahu yaitu 1 orang (6,7%) dan Kategori tidak tahu 14 orang (93,3%). Setelah diberikan intervensi pengetahuan keluarga untuk kategori tahu yaitu 14 orang (93,3%) dan Kategori tidak tahu 1 orang (6,7%) distribusi kemampuan keluarga untuk kategori tidak mampu yaitu 15 orang (100%) distribusi kemampuan keluarga untuk kategori mampu yaitu 14 orang (93,3%) Dan tidak mampu 1 orang (6,7%).	strategi pelaksanaan keluarga terhadap pengetahuan dan Kemampuan keluarga dalam merawat klien skizofrenia dengan halusinasi.
7.	<i>Effect of applying "Acceptance and Commitment Therapy" on Auditory Hallucinations Among Patients With Schizophrenia</i>	Ayman mohamed nasr el ashry,samia mohamed abd el dayem, fatma hussien ramadan.	<i>Quasi-experimental r</i>	Hasil menunjukkan bahwa adanya perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah intervensi dengan menggunakan kuisoner vaas dan subskalanya untuk kelompok studi lebih banyak daripada kelompok kontrol. Perbedaan antara sebelum dan sesudah diberikan intervensi adalah 59,69 dan ditemukan perbedaan yang signifikan secara statistik ( $t = 20,02$ , $p = 0,000$ ). Total voices acceptance and action scale (vaas) perbedaan rata-rata antara pra dan pasca intervensi tiga bulan antara kedua kelompok adalah 69,22 perbedaan yang sangat signifikan secara statistik ( $t = 18,12$ , $p = 0,000$ ). Dapat dilihat dari tabel bahwa perbedaan rata-rata antara intervensi segera setelah dan setelah	Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa acceptance and commitment therapy (act) dapat berhasil menurunkan keparahan semua aspek halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia terutama yang berhubungan dengan distress terkait suara.

				intervensi tiga bulan dari total vaas menurun menjadi -9,53 untuk total skala penerimaan dan tindakan suara dan ditemukan perbedaan signifikan yang kuat secara statistik ( $t = 2,65$ , $p = 0,010$ ).	
8.	Implementasi Keperawatan Teknik Bercakap-Cakap Pada Pasien Halusinasi Pendengaran	Famela , Ira Kusumawaty, Sri Martini <sup>3</sup> , Yunike	studi kasus	Setelah dilakukan implementasi pada pasien didapatkan hasil bahwa bercakap-cakap efektif dalam mengontrol halusinasi pendengaran. Seluruh pasien dapat mengidentifikasi isi halusinasi, waktu terjadinya halusinasi, situasi yang memicu munculnya halusinasi, menjelaskan manfaat bercakap-cakap sebagai upaya untuk mengontrol halusinasinya, mendemonstrasikan teknik bercakap-cakap saat halusinasinya sedang dialami.	Latihan bercakap cakap efektif untuk mengontrol halusinasi pendengaran
9.	Aplikasi Terapi Bercakap - Cakap Pada Tn. N dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di Jampang Kulon	Siti Patimah	penelaahan kasus.	Hal yang sudah dapat dilakukan oleh klien yaitu : mampu mengendalikan halusinasi dengan terapi bercakapcakap dengan orang lain pada hari ketiga. Dalam melakukan evaluasi, ditemukan faktor pendukung terapi yaitu adanya kerjasama antara klien dan perawat yaitu klien kooperatif dalam melaksanakan rencana tindakan.	Terapi bercakap cakap efektif dalam mengontrol halusinasi pada hari ketiga.
10.	Melatih Bercakap-Cakap Pada Orang	Ira Kusumawaty,	Metoda pelaksanaan kegiatan	Melatih orang dengan gangguan jiwa untuk bercakap-cakap dalam upaya mengontrol halusinasinya menjadi hal yang sangat	Melatih bercakap cakap pada pasien halusinasi dapat mengontrol



	Dengan Gangguan Jiwa Untuk Mengontrol Halusinasi	Yunike, Abdul Gani	pegabdian meliputi melatih dan mendampingi penderita melalui tahap persiapan, pelaksanaan dan evaluasi.	penting. Terjadinya proses distraksi sebagai akibat penerapan metode bercakap-cakap dapat meminimalisir frekuensi munculnya halusinasi. Kesenambungan melatih bercakap-cakap perlu diupayakan agar kemampuan penderita dalam beradaptasi serta memandirikan mereka dapat ditingkatkan.	halusinasinya..
11.	Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dengan Periode Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia: Halusinasi Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soeroyo Magelang	Ana Puji Astuti, Tri Susilo, Sang Made Adiatma Putra	<i>Cross Sectional.</i>	Responden yang mempunyai kepatuhan minum obat yang kurang yaitu sebanyak 48 responden (54,5%), sebagian besar responden mengalami periode kekambuhan yang berat yaitu sebanyak 67 responden (76,1%).	Ada hubungan signifikan antara kepatuhan minum obat dengan periode kekambuhan pada pasien skizofrenia: halusinasi di RSJ Prof. Dr. Soeroyo Magelang
12.	Hubungan Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kepatuhan Minum Obat	Tri Setyaningsih, Dian Fitria, Supriyanah	<i>accidental sampling</i>	Responden dukungan social rendah dengan tidak patuh minum obat sebanyak 3 orang (75%), responden dukungan sosial rendah dengan patuh minum obat sebanyak 1 orang (25%), responden dukungan sosial sedang	Ada hubungan signifikan antara dukungan sosial terhadap kepatuhan minum obat pasien skizofrenia yang mengalami halusinasi.

	Dengan Kepatuhan Pasien Skizofrenia Yang Mengalami Halusinasi Di Rs Husada			dengan tidak patuh minum obat sebanyak 1 orang (20%), responden dukungan sosial sedang dengan patuh minum obat sebanyak 4 orang (80%), responden yang dukungan sosial tinggi dengan tidak patuh minum obat sebanyak 2 orang (13,3%), dan responden dukungan sosial tinggi dengan patuh minum obat sebanyak 13 orang (86,7%).	
13.	Pengaruh Terapi <i>Activity Daily Living</i> terhadap Pemulihan Pasien Halusinasi	Suhermi, Rahmawati Ramli, Hasriani Caing	<i>one-group pre-post test design without control.</i>	berdasarkan analisis yang diberikan pada 20 pasien sebelum dan sesudah pemberian terapi aktivitas harian, pada saat dilakukan pre test terdapat (50%) yang dikategorikan pulih dan (50.0%) yang dikategorikan tidak pulih. Sedangkan, pada saat dilakukan post test 20 pasien (100%) dikategorikan pulih.	Ada pengaruh terapi aktivitas harian terhadap proses pemulihan pasien halusinasi dimana sebelum diberikan terdapat setengah dari pasien yang tidak pulih sedangkan setelah diberikan seluruh pasien dikategorikan pulih.
14.	Penerapan Terapi Generalis Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Halusinasi Pendengaran	Nur Syamsi Norma Lalla, Wiwi Yunita	Study Kasus	Berdasarkan hasil dari studi kasus ini didapatkan bahwa pengkajian telah dilaksanakan sesuai dengan teori tentang pengkajian halusinasi. Dari hasil pengkajian pada Tn "S" ditegakkan diagnose keperawatan berdasarkan data subjektif dan objektif yang ditemukan. Adapun diagnose keperawatannya yaitu masalah halusinasi pendengaran. Dalam mengatasi masalah yang dihadapi Tn "S" maka disusunlah sebuah	Terapi Generalis SP 1-4 diberikan untuk mengontrol halusinasi pendengaran yang dari hasil evaluasi didapatkan bahwa klien mampu mempraktekan cara mengontrol halusinasi namun belum dapat mengatasi halusinasinya



			<p>rencana tindakan keperawatan berupa terapi generalis yang terdiri dari SP 1 – 4. Rencana ini dimaksudkan untuk mengontrol dan mengatasi masalah halusinasi pendengaran. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan ini dilaksanakan sesuai rencana tindakan keperawatan yang telah direncanakan. Pelaksanaannya dilaksanakan selama 4 hari begitu juga dengan evaluasi keperawatan yang dilakukan selama 4 hari. Dari hasil evaluasi dapat disimpulkan bahwa pasien telah mampu melaksanakan intervensi yang diajarkan tetapi masalah halusinasinya belum teratasi. Hal ini terjadi karena masalah gangguan jiwa membutuhkan waktu yang cukup lama dalam menanganinya tidak bias hanya dalam 3 – 4 hari masalah tersebut teratasi.</p>	<p>karena butuh waktu yang cukup lama agar bisa teratasi.</p>
--	--	--	---	---



### 3. Prosedur

Sebelum intervensi dilakukan peneliti melakukan pengkajian halusinasi dengan lembar observasi. Menurut Keliat & Akemat (2014) Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien gangguan persepsi sensori : halusinasi yaitu :

- a. SP 1 Pasien : Membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi.

Membantu pasien mengenal halusinasinya, perawat berdiskusi dengan pasien tentang isi, waktu, frekuensi dan situasi yang menyebabkan halusinasi setelah itu menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. Perawat menjelaskan cara menghardik halusinasi dengan menutup telinga dan mengatakan “Pergi pergi saya tidak mau dengar.. saya tidak mau dengar! kamu suara palsu!”, memperagakan cara menghardik halusinasi tersebut, meminta pasien mengulangi kembali dan perawat memantau penerapan cara menghardik pada pasien.

- b. SP 2 Pasien : Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap cakap bersama orang lain.

Perawat menjelaskan cara bercakap cakap dengan orang lain agar dapat teralihkan dengan orang lain, memperagakan cara bercakap cakap dengan orang lain dengan mengatakan “Tolong, ayah/ibu/kaka kayo ngobrol dengan saya, saya sedang dengar suara suara”, lalu meminta pasien untuk

mengulangnya dan perawat memantau penerapan bercakap cakap pada pasien.

- c. SP 3 Pasien : Melatih mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal

Membantu pasien membuat daftar aktivitas yang biasa dilakukan sehari-hari sehingga dapat mengalihkan halusinasinya.

- d. SP 4 Pasien : Melatih pasien minum obat secara teratur

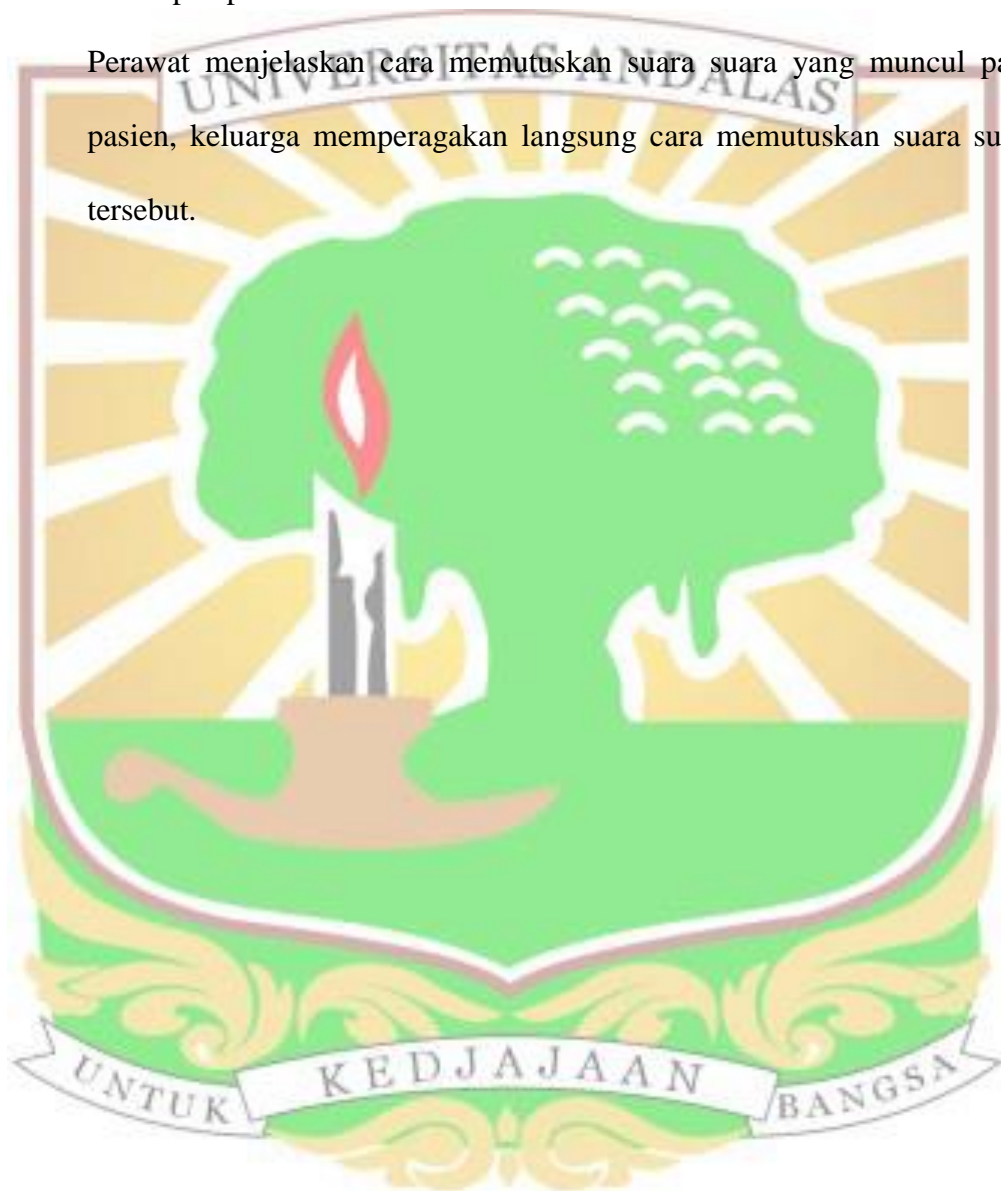
Minum obat dengan teratur dapat mengontrol halusinasi. Pasien juga harus dilatih untuk minum obat dengan teratur sesuai dengan terapi yang sudah diberikan dokter. Perawat bersama pasien berdiskusi mengenai nama obat, warna obat, kegunaan obat, waktu pemberian obat, dan mengingatkan pasien untuk minum obat sesuai dengan anjuran dokter.

- e. SP 1 Keluarga : Memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi dan cara merawat pasien halusinasi.

Perawat dan keluarga mendiskusikan mengenai pengertian halusinasi, jenis halusinasi, tanda dan gejala yang dialami halusinasi dan cara merawat pasien halusinasi yaitu jangan mendukung halusinasi pasien, tidak membiarkan pasien melamun dan usahakan untuk membuat kegiatan keluarga seperti makan bersama serta membantu membuat kegiatan sehari-hari untuk pasien, membantu pasien minum obat secara teratur, lalu jika terlihat tanda halusinasi muncul ajak pasien untuk mengobrol.

- f. SP 2 Keluarga : Melatih keluarga praktik merawat pasien langsung dihadapan pasien. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung dihadapan pasien

Perawat menjelaskan cara memutuskan suara suara yang muncul pada pasien, keluarga memperagakan langsung cara memutuskan suara suara tersebut.





## BAB III

### GAMBARAN KASUS

#### A. Pengkajian

Tn. A dengan umur 40 tahun, jenis kelamin laki laki, status perkawinan belum kawin, orang yang berarti adalah orang tua, pendidikan terakhir SMP, tanggal pengkajian 20 Juni 2022, diagnosa medis skizofrenia. Pada tahun 2012 pasien pernah dituduh maling oleh orang lain sehingga terjadi pertengkaran antara klien dan orang tersebut, namun masyarakat tidak percaya dengan perkataan klien sehingga klien merasa dikucilkan lalu mengisolasi diri dari masyarakat dan tidak mau berinteraksi dengan siapapun, setelah itu klien merasakan adanya suara-suara yang menganggunya. Pada tahun 2012 tersebut keluarga membawa klien ke rumah sakit jiwa dan didiagnosa skizofrenia sehingga pasien dirawat diRSJ lalu dilanjutkan dengan rawat jalan selama 1,5 tahun. Pasien dan keluarga menghentikan pengobatan dikarenakan merasa sudah sembuh dan tidak merasakan gejala halusinasi lagi.

Pada tahun 2021 ibu pasien meninggal dunia sehingga semenjak saat itu pasien sering termenung dan mengalami kesedihan yang berlarut larut dikarenakan ibu pasien adalah orang yang selalu memperhatikan klien adalah ibunya sehingga pasien merasa sangat sedih. Klien mengatakan setelah meninggal ibunya klien mendengar suara- suara yang mengajaknya bicara serta menyuruhnya untuk menyakiti dirinya seperti menyayat nadinya, meloncar dari ketinggian, meloncat kearah kereta api yang sedang melaju, hal itu juga didukung dengan adanya keinginan dari klien untuk mengakhiri hidup. Bahkan

klien pernah menyayat nadinya namun dapat dihentikan oleh keluarga sehingga klien dapat dihentikan. Setelah kejadian itu pada desember 2021 klien kembali dibawa oleh keluarganya ke RSJ HB Saanin dan klien dirawat selama 3 minggu lalu dilanjutkan dengan rawat jalan.

Hasil pengkajian mental Tn.A dapat memulai pembicaraan dengan orang yang sudah dikenalnya, pasien terbuka dengan orang lain jika sudah merasa nyaman dengan lawan bicara, pasien bicara cepat dan pasien merupakan orang yang suka bercerita. Pasien saat bicara pembawaan santai, kadang gelisah jika terlalu lama. Saat komunikasi klien menatap lawan bicara namun mudah bosan dan teralihkan. Pasien saat berbicara kontak mata dengan lawan bicara, namun pasien mudah teralihkan. Pasien mudah merasa bosan dan saat interaksi selalu menanyakan pertanyaan berulang. Pasien saat ini merasa cukup sehat namun masih membutuhkan obat untuk menenangkan diri, pasien merasa sangat kehilangan ibunya dan sangat sedih dengan kepergian ibunya sehingga sering termenung. Saat keadaan tertentu seperti pasien melihat pisau ada rasa ingin menyayat tangannya. Keluarga mengatakan kadang pasien tiba-tiba kesal dan marah. Pasien menyadari penyakit yang dideritanya saat ini, sehingga pasien menyadari pentingnya untuk minum obat untuk menenangkan dirinya. Klien mengatakan adanya suara suara tanpa berwujud yang mengajaknya bicara, suara juga kadang mengatakan agar dia mengakhiri hidup, suara tersebut muncul saat pasien sendiri dan termenung, suara biasanya muncul pada malam hari terkadang membuat pasien sulit tidur, biasanya dalam seminggu suara muncul 3-5x, saat pasien tidak minum obat pasien merasa gelisah dan suara

suara itu mengganggunya terus menerus, biasanya saat suara itu muncul klien istigfar. Suara tersebut kadang memaksa dan sangat mengganggu klien sehingga klien merasa kesal dan marah. Klien saat interaksi dapat menjawab pertanyaan dengan baik, klien berbicara dengan santai. Namun, klien kadang sulit memahami pertanyaan dan kadang jawaban yang diberikan tidak sesuai dengan yang diinginkan dan jawaban terus berulang ulang. Saat dilakukan pengkajian pasien sadar, pasien saat diberikan pertanyaan dapat menjawab namun terkadang jawaban yang diberikan tidak sesuai dan selalu mengulang ngulang cerita yang sama. Keluarga mengatakan klien saat ini sudah tampak lebih tenang, namun klien masih merasakan kesedihan setelah meninggalnya ibu klien. Dari hasil pengkajian status mental didapatkan masalah keperawatan yaitu resiko bunuh diri, koping tidak efektif, gangguan persepsi sensori halusinasi.

Hasil pengkajian mekanisme koping Tn.A merespon lawan bicara dengan baik, klien mau diajak berbicara. Keluarga mengatakan apabila ada masalah yang terjadi pada klien, klien sering bermenung dan memikirkannya hingga berlarut larut. Klien mampu melakukan aktivitas secara mandiri. Keluarga klien mengatakan klien sudah lebih tenang dari sebelumnya, namun klien terkadang masih mudah tersinggung dengan perkataan orang lain. Saat halusinasi muncul klien sering kesal dan marah. Dari hasil pengkajian mekanisme koping didapatkan masalah keperawatan yaitu koping tidak efektif.



Hasil pengkajian pengetahuan keluarga dan klien mengatakan dia mempercayai bahwa dia mengalami gangguan jiwa. Keluarga mengatakan bahwa dia memahami kondisi klien, dan terus mendukung pengobatan yang diberikan serta selalu mengingatkan klien untuk meminum obat dan beristigfar saat muncul suara suara yang mengganggu. Obat yang didapatkan klien dari RS yaitu Risperidon 3mg 2x 1, clozapin 100 mg 1 x ¼ tablet, chlorpromazine 100 mg ½ tab pagi, 1 tab malam, lorazepam 2 mg 1 x 1, depakote 250 mg 2x 1.

## **B. Diagnosa**

Dari hasil pengkajian didapatkan diagnosa utama gangguan persepsi sensori halusinasi berdasarkan SDKI (2017) dengan tanda dan gejala yaitu mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, klien mengatakan adanya suara suara tanpa berwujud yang mengajaknya bicara, suara juga kadang mengatakan agar dia mengakhiri hidup, suara tersebut muncul saat pasien sendiri dan termenung, biasanya dalam seminggu suara muncul 3-5x, saat pasien tidak minum obat pasien merasa gelisah dan suara suara itu menggangukannya, biasanya saat suara itu muncul klien istigfar. Pasien saat berbicara dapat melakukan kontak mata dengan lawan bicara, namun pasien mudah teralihkan. klien kadang sulit memahami pertanyaan dan lama dalam menjawab pertanyaan. Jawaban yang diharapkan kadang tidak sesuai dengan yang disampaikan klien. Bersikap seolah mendengar dan keluarga mengatakan terkadang pasien sering pergi keluar sendiri dan berbicara sendiri. Keluarga mengatakan apabila ada masalah yang terjadi pada klien,

klien sering bermenung dan memikirkannya hingga berlarut-larut. Keluarga mengatakan terkadang pasien sering pergi keluar sendiri dan berbicara sendiri. Sedangkan tanda dan gejala minor subjektif yaitu menyatakan kesal dengan klien mengatakan suara tersebut memaksa dan sangat mengganggu klien sehingga klien merasa kesal.

Diagnosa kedua yang diangkat yaitu resiko bunuh diri yaitu klien merasa sedih dengan kepergian ibunya, klien mengatakan adanya suara suara yang menyuruhnya untuk menyakiti diri sendiri dan adanya keinginan untuk mengakhiri hidup. Klien kadang sulit untuk tidur karena ada suara yang mengganggunya dan klien tampak sedih dan sering bermenung hingga berlarut larut.

### **C. Rencana asuhan keperawatan**

#### **1. Gangguan persepsi sensori halusinasi**

Setelah dilakukan implementasi maka kriteria hasil yang diharapkan setelah 4x pertemuan klien mampu: mengenal masalah halusinasi, mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi, mengontrol halusinasi dengan 6 benar minum obat, mengontrol halusinasi dengan bercakap cakap dan mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas harian. Intervensi yang akan dilakukan yaitu SP 1 pasien dengan membina hubungan saling percaya, identifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon, jelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan, latih cara mengontrol halusinasi dengan

menghardik dan masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik. SP 2 pasien dengan evaluasi kegiatan menghardik, beri pujian, latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) dan masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat. SP 3 pasien dengan evaluasi kegiatan latihan menghardik & obat, beri pujian, latih cara mengontrol halusinasi dg bercakap-cakap saat terjadi halusinasi, masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap. SP 4 pasien dengan evaluasi kegiatan latihan menghardik & obat & bercakap-cakap. Beri pujian, latih cara mengontrol halusinasi dg melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan), masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian.

SP 1 keluarga dengan diskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien, jelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya halusinasi, jelaskan cara merawat halusinasi, latih cara merawat halusinasi: hardik anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian. SP 2 keluarga dengan evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik, beri pujian, jelaskan 6 benar cara memberikan obat, latih cara memberikan/ membimbing minum obat, anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian. SP 3 keluarga dengan evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik dan memberikan obat, beri pujian,



jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi, latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi, anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian.

## 2. **Resiko bunuh diri**

Setelah dilakukan implementasi maka kriteria hasil yang diharapkan setelah 4x pertemuan klien mampu : mengenal masalahnya, mengendalikan dorongan bunuh diri dengan berfikir aspek positif yang dimiliki, mengendalikan dorongan bunuh diri dengan berfikir aspek positif keluarga dan lingkungan, mengendalikan dorongan bunuh diri dengan latih cara mencapai harapan masa depan. Intervensi yang akan dilakukan SP 1 pasien dengan Identifikasi beratnya masalah risiko bunuh diri: isarat, ancaman, percobaan, identifikasi benda-benda berbahaya dan mengankannya (lingkungan aman untuk pasien), latihan cara mengendalikan diri dari dorongan bunuh diri: buat daftar aspek positif diri sendiri, latihan afirmasi/berpikir aspek positif yang dimiliki dan masukan pada jadual latihan berpikir positif 5 kali per hari. SP 2 pasien dengan evaluasi kegiatan berpikir positif tentang diri sendiri, beri pujian. Kaji ulang risiko bunuh diri, latih cara mengendalikan diri dari dorongan bunuh diri: buat daftar aspek positif keluarga dan lingkungan, latih afirmasi/berpikir aspek positif keluarga dan lingkungan lalu masukkan pada jadual latihan berpikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan. SP 3 pasien dengan evaluasi kegiatan berpikir positif

tentang diri, keluarga dan lingkungan. Beri pujian. Kaji risiko bunuh diri diskusikan harapan dan masa depan, diskusikan cara mencapai harapan dan masa depan, latih cara-cara mencapai harapan dan masa depan secara bertahap (setahap demi setahap) lalu masukkan pada jadwal latihan berpikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan dan tahapan kegiatan yang dipilih. SP 4 pasien dengan evaluasi kegiatan berpikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan serta kegiatan yang dipilih, beri pujian, latih tahap kedua kegiatan mencapai masa depan, masukkan pada jadwal latihan berpikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan, serta kegiatan yang dipilih untuk persiapan masa depan.

#### **D. Implementasi**

Implementasi dilakukan selama 5 hari dengan waktu pelaksanaan pada tanggal 20 Juni 2022 hingga 25 Juni 2022 dengan melakukan strategi pelaksanaan pasien gangguan persepsi sensori halusinasi 1-4 dengan SP 1 menghardik, SP 2 minum obat, SP 3 bercakap-cakap dan SP 4 melakukan aktivitas harian. Sedangkan strategi pelaksanaan keluarga 1-3 dengan SP 1 mengenal halusinasi dan menghardik, SP 2 6 benar minum obat, SP 3 bercakap cakap. Implementasi pada diagnosa resiko bunuh diri dilakukan SP 1-4 dengan SP 1 afirmasi positif pada diri sendiri, SP 2 afirmasi positif pada keluarga dan lingkungan, SP 3 & 4 cara mencapai harapan masa depan. Jadi secara keseluruhan telah dilakukan sebanyak 11 SP selama 5 hari.

Pada hari pertama tanggal 20 Juni 2022 dilakukan SP 1 pasien gangguan persepsi sensori halusinasi dengan membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon, menjelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan, melatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dan memasukan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik. SP 1 keluarga gangguan persepsi sensori halusinasi dengan mendiskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda & gejala, dan proses terjadinya halusinasi, jelaskan cara merawat halusinasi, melatih cara merawat halusinasi: hardik anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.

Pada hari kedua tanggal 21 Juni 2022 dilakukan Sp 1 pasien resiko bunuh diri dengan mengidentifikasi beratnya masalah risiko bunuh diri: isyarat, ancaman, percobaan, mengidentifikasi benda-benda berbahaya dan mengankannya (lingkungan aman untuk pasien), melatih cara mengendalikan diri dari dorongan bunuh diri: membuat daftar aspek positif diri sendiri, latihan afirmasi/berpikir aspek positif yang dimiliki dan memasukan pada jadwal latihan berpikir positif 5 kali per hari. Sp 2 pasien resiko bunuh diri dengan mengevaluasi kegiatan berpikir positif tentang diri sendiri, beri pujian. Kaji ulang risiko bunuh diri, melatih cara mengendalikan diri dari dorongan bunuh diri: membuat daftar aspek positif keluarga dan lingkungan, melatih afirmasi/berpikir aspek positif keluarga dan lingkungan



lalu masukkan pada jadual latihan berpikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan.

Pada hari ketiga tanggal 22 Juni 2022 dilakukan Sp 2 pasien gangguan persepsi sensori halusinasi dengan mengevaluasi kegiatan menghardik, memberikan pujian, melatih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) dan memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat. Sp 2 keluarga gangguan persepsi sensori dengan mengevaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik, beri pujian, jelaskan 6 benar cara memberikan obat, melatih cara memberikan/ membimbing minum obat, menganjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian.

Pada hari keempat tanggal 24 Juni 2022 dilakukan SP 3 pasien gangguan persepsi sensori halusinasi dengan mengevaluasi kegiatan latihan menghardik & obat, memberikan pujian, melatih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi, memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap. SP 3 keluarga gangguan persepsi sensori halusinasi dengan mengevaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik dan memberikan obat, memberikan pujian, menjelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi, melatih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi, menganjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian. Sp 3 pasien resiko bunuh diri dengan mengevaluasi kegiatan berpikir positif tentang diri, keluarga dan

lingkungan, memberi pujian, mengkaji risiko bunuh diri, mendiskusikan harapan dan masa depan, mendiskusikan cara mencapai harapan dan masa depan, latih cara-cara mencapai harapan dan masa depan secara bertahap (setahap demi setahap) lalu memasukkan pada jadwal latihan berpikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan dan tahapan kegiatan yang dipilih.

Pada hari kelima tanggal 25 Juni 2022 dilakukan SP 4 pasien gangguan persepsi sensori halusinasi dengan mengevaluasi kegiatan latihan menghardik & obat & bercakap-cakap. memberi pujian, melatih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian beternak, lalu memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian. Sp 4 keluarga gangguan persepsi sensori halusinasi dengan mengevaluasi kegiatan latihan menghardik & obat & bercakap-cakap. memberi pujian, melatih cara mengontrol halusinasi dg melakukan kegiatan harian (mulai 2 kegiatan), memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian. Sp 4 pasien resiko bunuh diri dengan mengevaluasi kegiatan berpikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan serta kegiatan yang dipilih, memberi pujian, melatih tahap kedua kegiatan mencapai masa depan, masukkan pada jadwal latihan berpikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan, serta kegiatan yang dipilih untuk persiapan masa depan.

#### **E. Evaluasi**

Pada hari pertama tanggal 20 Juni 2022 telah dilakukan implementasi SP 1 pasien gangguan persepsi sensori halusinasi dengan evaluasi subjektif klien

mengatakan suara suara itu mengajaknya bicara, suara tersebut ada saat pasien sendiri, klien merasa suara itu mengganggu tapi pasien membiarkan suara tersebut jika suara tersebut mengajaknya pada suatu hal yang berbahaya klien istigfar,klien mengatakan paham setelah dilakukan kegiatan menghardik, klien mengatakan sudah tau cara menghardik sedangkan evaluasi objektif yaitu klien tampak kooperatif dan bersikap terbuka, klien menatap perawat saat berbicara namun mudah teralih, klien tampak sudah paham dan bisa memperagakannya cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Maka SP 1 dengan menghardik sudah dapat dilakukan dengan mandiri dan intervensi dilanjutkan dengan SP 2 latih pasien minum obat pada 22 Juni 2022. SP 1 keluarga gangguan persepsi sensori halusinasi dengan evaluasi subjektif Keluarga mengatakan kecemeasan karena pasien sering keluar rumah pada malam hari sehingga menyulitkan keluarga, keluarga mengatakan paham mengenai pengertian, tanda dan gejala serta proses terjadinya halusinasi, keluarga sudah tau cara melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik sedangkan evaluasi objektif yaitu keluarga mampu menyebutkan pengertian dan tanda gejala dari halusinasi, keluarga tampak mampu melatih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Maka SP 1 mengenal halusinasi dan melatih mengontrol halusinasi dengan menghardik sudah mampu dilakukan sehingga intervensi dilanjutkan SP 2 dengan latih pasien minum obat pada 22 Juni 2022.

Pada hari kedua tanggal 21 Juni 2022 dilakukan implementasi SP 1 & 2 pasien resiko bunuh diri dengan hasil evaluasi subjektif klien mengatakan



rasa ingin melukai diri muncul dari dalam diri atau bisikan dari hatinya dan hal itu muncul secara tiba tiba untuk saat ini klien merasa tidak ada hasrat untuk bunuh diri, klien mengatakan bahwa kelebihan klien yaitu klien kuat, patuh kepada orang tua, mandiri, klien mengatakan akan melatih cara mengendalikan bunuh diri dengan menyebutkan hal positif yang ada dalam dirinya, klien mengatakan bahwa keluarganya menyayangi klien, klien mengatakan merasa senang dan bangga dengan keluarga dan klien akan melatih mengatakan afirmasi positif nya sedangkan evaluasi objektif yaitu klien bersikap terbuka, klien tampak kooperatif dan mampu menjawab pertanyaan, namun jika terlalu lama klien terlihat bosan, klien tampak tenang, klien tampak mampu menyebutkan aspek positif dirinya. Maka SP 1 & 2 pasien mengendalikan dorongan bunuh diri dengan berfikir positif pada keluarga, lingkungan sudah mampu dilakukan pasien sehingga intervensi dilanjutkan dengan latih SP 3 dengan melatih cara mencapai harapan klien pada tanggal 24 Juni 2022

Pada hari ketiga tanggal 22 Juni 2022 dilakukan implementasi SP 2 pasien gangguan persepsi sensori halusinasi dengan hasil evaluasi subjektif klien mengatakan melakukan kegiatan menghardik sekali pada malam hari karena suara suara tersebut muncul, klien mengatakan sudah paham cara minum obat sedangkan evaluasi objektif yaitu klien tampak sudah paham dengan apa yang dijelaskan, klien belum mampu menyebutkan 6 benar obat, namun klien mampu menyebutkan jika diingatkan oleh perawat, klien tampak tenang. Maka SP 2 dengan minum obat mampu dilakukan klien dengan

bantuan perawat sehingga dilanjutkan SP 3 dengan latihan bercakap cakap pada 24 Juni 2022. SP 1 keluarga gangguan persepsi sensori halusinasi dengan evaluasi subjektif keluarga mengatakan sudah mengingatkan pasien untuk kegiatan menghardik namun pasien hanya melakukan sekali pada saat suara muncul, keluarga mengatakan sudah paham 6 benar cara memberikan obat dan pada bungkus obat ada keterangan nama, dosis dan waktu pemberian obat sehingga jika lupa dapat dilihat pada pembungkusnya. Maka SP 2 dengan minum obat sudah mampu dilakukan mandiri oleh keluarga dan intervensi dilanjutkan dengan melatih bercakap cakap pada 24 Juni 2022.

Pada hari keempat tanggal 24 Juni 2022 SP 3 pasien gangguan persepsi sensori halusinasi dengan evaluasi subjektif Klien mengatakan sudah paham dengan latihan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan harian sedangkan evaluasi objektif yaitu Klien tampak mampu menyampaikan halusinasinya dengan cara bercakap-cakap, klien mampu mengulangi 3 cara mengontrol halusinasi namun harus diingatkan oleh perawat. Maka SP 3 dengan bercakap – cakap dapat dilakukan secara mandiri sehingga dilanjutkan intervensi SP 4 dengan melakukan aktivitas harian pada 25 Juni 2022. SP 3 keluarga dengan evaluasi subjektif Keluarga mengatakan paham latihan pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap cakap sedangkan evaluasi objektif yaitu keluarga tampak mampu melatih pasien kontrol halusinasi dengan cara bercakap cakap. Maka SP 3 bercakap cakap sudah mampu dilakukan dan intervensi dihentikan. SP 3 resiko bunuh diri dengan evaluasi subjektif Klien mengatakan melakukan kegiatan sebelumnya, klien mengatakan tidak ada

hasrat untuk bunuh diri, klien mengatakan di masa depan ingin menjadi peternak ayam, karena klien suka beternak, klien mengatakan ingin berkebun sayur sayuran seperti cabe, bawang sedangkan evaluasi objektif yaitu dalam jadwal kegiatan harian, klien melakukan kegiatan sebelumnya secara mandiri di sore hari, klien memiliki peliharaan ayam, klien semakin tenang setelah melihat ternaknya, klien mampu menyebutkan 3 cara mengontrol dorongan bunuh diri. Maka SP 3 mencapai harapan masa depan mampu dilakukan secara mandiri dan intervensi dilanjutkan dengan SP 4 mencapai harapan masa depan pada 25 Juni 2022.

Pada hari kelima tanggal 25 Juni 2022 telah dilakukan intervensi SP 4 pasien gangguan persepsi sensori dengan evaluasi subjektif klien mengatakan sudah paham dengan melakukan aktivitas harian dengan beternak ayam pada pagi, siang dan sore hari, klien mengatakan masi mendengar suara namun dapat dilawan oleh klien dan dapat mengalihkannya sedangkan hasil evaluasi objektif yaitu klien tampak mampu melakukan kegiatan harian seperti memberi makan ayam, klien mampu mengulangi 4 cara mengontrol halusinasi, hasil kuisioner AHRS (*Auditory Hallucination Rating Scale*) bahwa adanya penurunan skor dari 23 menjadi 5. Maka SP 4 dengan melakukan aktivitas harian mampu dilakukan klien sehingga intervensi dihentikan. SP 4 resiko bunuh diri dengan evaluasi subjektif Klien mengatakan melakukan kegiatan sebelumnya klien mengatakan tidak ada hasrat untuk bunuh diri, klien mengatakan di masa depan ingin menjadi peternak ayam, karena klien suka beternak dan dapat menghasilkan uang,



klien mengatakan ingin berkebun sayur sayuran seperti cabe,bawang sedangkan evaluasi objektif yaitu alam jadwal kegiatan harian, klien melakukan kegiatan sebelumnya secara mandiri di pagi, siang dan sore hari, klien mampu menyebutkan 4 cara mengontrol dorongan bunuh diri. Maka SP 4 resiko bunuh diri mampu dilakukan pasien dan intervensi dihentikan.



## BAB IV

### PEMBAHASAN

#### A. Analisis Asuhan Keperawatan Kasus berdasarkan EBN

##### 1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan pada klien dan keluarga didapatkan nama klien Tn. A, usia 40 tahun, jenis kelamin laki laki, klien belum kawin, orang yang paling berarti orang tua, klien tidak bekerja dan pendidikan terakhir kelas 2 SMP. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Yanti et al., (2020), di RSJ Prof.dr.M Ildrem Medan bahwa responden berumur 41-50 tahun lebih banyak mengalami gangguan jiwa yaitu (63,3%) dan berumur 30-40 tahun (36,4%). Didapatkan pula responden berjenis kelamin laki-laki lebih banyak mengalami gangguan jiwa yaitu (63,6%) dan berjenis kelamin perempuan (36,4%). Hal ini didukung dengan penelitian dari Damayanti, jumaini & utami (2014), bahwa rata rata orang gangguan jiwa dengan masalah utama halusinasi pendengaran yang menjalani pengobatan adalah berjenis kelamin laki laki dan sering terjadi perubahan peran, adanya penurunan interaksi sosial serta kehilangan pekerjaan, sehingga menyebabkan laki laki lebih rentan untuk mengalami gangguan mental hingga depresi.

Keluhan utama klien yaitu klien merasakan kesedihan yang berlarut larut setelah kematian ibunya dan setelah itu klien sering melamun dan pergi keluar pada malam hari, setelah itu klien mendengar suara tanpa berwujud muncul mengajaknya pergi. Suara-suara yang muncul seperti suara yang menyuruhnya untuk menabrakan diri ke kereta api, menyayat tangannya serta

suara ajakan untuk berbincang-bincang. Keluhan yang dirasakan saat ini yaitu sura-suara masi muncul dan hasrat ingin melukai diri masi ada. Hal ini sesuai dengan Susestyo, Ulfah, Apriliyani (2021) bahwa gejala dari halusinasi pendengaran adalah klien mendengar adanya suara-suara yang jelas maupun tidak jelas yang dimana suara itu dapat berupa ajakan untuk berbicara maupun melakukan sesuatu. Faktor psikologis seperti depresi, kesedihan dan putus asa memiliki kemungkinan lebih tinggi terhadap perilaku bunuh diri pada seseorang (Altangerel, 2014).

Faktor predisposisi Tn.A yaitu pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu dan sudah melakukan pengobatan 1,5 tahun dan putus obat karena sudah merasa sehat, selain itu klien juga memiliki trauma masa lalu yaitu adanya penolakan dari masyarakat sehingga klien menutup diri dan mengisolasi diri dari masyarakat. Hal ini sejalan dengan menurut stuart (2011) salah satu faktor predisposisi dari halusinasi yaitu faktor sosialkultural yaitu seseorang merasa disingkirkan oleh masyarakat sehingga merasa kesepian terhadap lingkungan tempat tinggalnya. Selanjutnya faktor biokimia dapat mempengaruhi terjadinya gangguan jiwa, dengan adanya stres yang berlebihan yang dialami seseorang terhadap suatu kejadian sehingga tubuh menghasilkan suatu zat yang bersifat halusinogenik neurokimia.

Alam perasaan klien saat ini merasa cukup sehat namun saat ini agar klien tetap tenang dan tidak gelisah membutuhkan obat. Kepatuhan klien dengan minum obat secara teratur dapat mempengaruhi periode kekambuhan halusinasi pada klien ( Rahmawati, 2019). Saat ini klien merasa sangat



kehilangan ibunya dan sangat sedih hingga sering termenung pada malam hari sehingga adanya suara-suara yang mengganggu klien hingga memerintahkan untuk melakukan yang membahayakan diri. Halusinasi yang dibiarkan terus menerus pada klien cenderung akan mengikuti perintah dari halusinasi tersebut sehingga dapat terjadi menciderai diri sendiri dan orang lain (Hapsari & Azhari, 2020). Keluarga juga mengatakan kadang pasien tiba-tiba kesal, bicara sendiri dan marah-marah tanpa sebab. Hal ini sejalan dengan pendapat Sutejo (2019), bahwa pada pasien halusinasi akan mengarahkan telinga pada sumber suara, marah tanpa sebab, bicara atau tertawa sendiri dan menutup telinga.

## 2. Diagnosa

Menurut standar diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI), 2017 menjelaskan bahwa diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga maupun komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko terjadinya masalah kesehatan atau pada proses kehidupan, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan maka ditegakan diagnosa yang sesuai dengan data mayor dan data minor berdasarkan SDKI (2017) yaitu gangguan persepsi sensori halusinasi dan resiko bunuh diri. Pada pengkajian didapatkan klien sulit memulai pembicaraan dengan orang baru dan klien sudah dapat berkomunikasi dengan orang yang sudah dikenalnya namun

berdasarkan SDKI (2017) diagnosa isolasi sosial tidak dapat diangkat dikarenakan tidak memenuhi 80% dari data mayor dan 20% dari data minor.

#### **A. Gangguan persepsi sensori halusinasi**

Dari hasil pengkajian klien mendengar suara bisikan, klien mengatakan adanya suara suara tanpa berwujud yang mengajaknya bicara, suara juga kadang mengatakan agar dia mengakhiri hidup, suara tersebut muncul saat pasien sendiri dan termenung, biasanya dalam seminggu suara muncul 3-5x, saat pasien tidak minum obat pasien merasa gelisah dan suara suara itu mengganggu, biasanya saat suara itu muncul klien istigfar, saat berbicara klien dapat melakukan kontak mata dengan lawan bicara, namun pasien mudah teralihkan, klien kadang sulit memahami pertanyaan dan lama dalam menjawab pertanyaan, jawaban yang diharapkan kadang tidak sesuai dengan yang disampaikan, klien berbicara sendiri dan keluarga mengatakan terkadang pasien sering pergi keluar sendiri dan berbicara sendiri, klien menyatakan kesal dengan klien mengatakan suara tersebut memaksa dan sangat mengganggu klien sehingga klien merasa kesal. Maka dari hasil analisa data tersebut diangkat diagnoa gangguan persepsi sensori halusinasi.

Tanda dan gejala pada pasien halusinasi menurut Sutejo (2013) biasanya dikenali dari hasil ungkapan klien seperti klien mengatakan mendengar suara suara atau kegaduhan, mendengar suara suara yang menyuruhnya melakukan sesuatu yang berbahaya, mendengar suara yang mengajaknya untuk bercakp cakap, tanda dan gejala yang bisa dilihat

seperti klien bicara atau tertawa sendiri, marah marah tanpa sebab, mengarahkan telinga kearah tertentu dan menutup telinga. Hal ini sesuai dengan pengertian dari gangguan persepsi sensori adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau distorsi (SDKI, 2017)

## **B. Resiko Bunuh Diri**

Dari hasil pengkajian klien merasa sedih dengan kepergian ibunya, klien mengatakan adanya suara suara yang menyuruhnya untuk menyakiti diri sendiri dan adanya keinginan untuk mengakhiri hidup. Klien kadang sulit untuk tidur karena ada suara yang menganggunya dan klien tampak sedih dan sering bermenung. Maka dari hasil analisa data tersebut dapat diangkat masalah keperawatan resiko bunuh diri.

Pada pasien resiko bunuh diri adanya ungkapan perasaan bersalah, sedih , marah putus asa atau tidak berdaya, menitipkan pesan untuk ditinggalkan, mengungkapkan hal negative tentang diri sendiri dan biasanya pasien tampak murung, sedih, marah, menangis, kurang tidur, kontak mata kurang ( Stuart, 2013). Hal ini sesuai dengan pengertian resiko bunuh diri adalah beresiko melakukan upaya menyakiti diri sendiri untuk mengakhiri kehidupan. ( SDKI, 2017)



### 3. Intervensi

#### a. Gangguan Persepsi Sensori

Intervensi yang diberikan untuk gangguan persepsi sensori halusinasi adalah dengan melakukan terapi generalis yaitu menghardik, bercakap cakap, aktivitas harian dan minum obat teratur. Terapi generalis merupakan terapi yang diberikan sudah memenuhi standar asuhan keperawatan dan dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasinya (Livana et al., 2020). Menurut Keliat (2014) cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap cakap, aktivitas harian dan minum obat dengan teratur. Sedangkan menurut lalla & Yunita (2022) terapi generalis merupakan salah satu jenis intervensi dalam terapi modalitas dalam bentuk standar asuhan keperawatan yaitu SP1 menghardik halusinasi, SP 2 menggunakan obat secara teratur, SP 3 Bercakap cakap dengan orang lain, SP 4 Melakukan aktivitas terjadwal. Menurut Alshary, Dayem & Ramadhan (2021) acceptance and commitment therapy (act) dapat berhasil menurunkan keparahan semua aspek halusinasi pendengaran pada pasien skizofrenia yang terutama berhubungan dengan stres terkait suara.

Strategi pelaksanaan pada keluarga dengan halusinasi yaitu SP1 keluarga dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi dan cara merawat pasien halusinasi, SP 2 Keluarga dengan melatih keluarga merawat pasien langsung dihadapan pasien. Memberi kesempatan kepada keluarga untuk mempragakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung

dihadapan pasien (Keliat & Akemat, 2014). Intervensi tidak hanya diberikan kepada pasien namun juga pada keluarga karena pasien bersama dengan keluarga terus menerus sehingga pentingnya dukungan dari keluarga dalam menjalan terapi, hal ini sejalan dengan pendapat dari Susilawati & Fedrika (2019), bahwa strategi pelaksanaan keluarga dapat memberikan manfaat secara langsung terhadap pasien sehingga keluarga mampu merawat klien skizofrenia dengan halusinasi. Selain itu adanya dukungan keluarga membantu klien untuk mengontrol halusinasinya dengan keikutsertaan keluarga dalam pendampingan, pengawasan serta pemberi dukungan terhadap pasien dengan halusinasi sangatlah penting dan dapat membantu proses penyembuhan serta tertapinya sehingga keluarga harus memahami bagaimana merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan halusinasi (Nugroho et al., 2021).

**b. Resiko Bunuh diri**

Intervensi yang diberikan untuk resiko bunuh diri adalah dengan mengidentifikasi beratnya masalah resiko bunuh diri : isarat, ancaman, percobaan, mengidentifikasi dan mengamankan benda yang berbahaya, cara mengendalikan diri dari dorongan bunuh diri: buat daftar aspek positif diri sendiri, latihan afirmasi/ berpikir aspek positif yang dimiliki. Hal ini sejalan dengan Hakimah (2021) bahwa intervensi terapeutik ditemukan empat aktivitas yaitu mengamankan lingkungan dari resiko bunuh diri, mengajarkan melatih cara mengendalikan dorongan bunuh diri, melakukan afirmasi positif, melatih aspek positif, mengevaluasi perasaan dan pikiran,

membangun rencana masa depan dan melatih kegiatan untuk mencapai masa depan dan memberikan dukungan untuk membangun harapan dan mengendalikan dorongan bunuh diri pasien. Menurut dari Keliat & Akemat (2014) strategi pelaksanaan pada resiko bunuh diri yaitu SP 1 melindungi pasien dari percobaan bunuh diri, SP 2 meningkatkan harga diri pasien isyarat bunuh diri, SP 3 meningkatkan kemampuan dalam menyelesaikan masalah pada pasien isyarat bunuh diri.

### **3. Implementasi**

Implementasi dilakukan selama 5 hari dengan waktu pelaksanaan pada tanggal 20 Juni 2022 hingga 25 Juni 2022 dengan melakukan strategi pelaksanaan pasien gangguan persepsi sensori halusinasi 1-4 dengan SP 1 menghardik, SP 2 minum obat, SP 3 bercakap-cakap dan SP 4 melakukan aktivitas harian. Sedangkan strategi pelaksanaan keluarga 1-3 dengan SP 1 mengenal halusinasi dan menghardik, SP 2 6 benar minum obat, SP 3 bercakap cakap. Implementasi pada diagnosa resiko bunuh diri dilakukan SP 1-4 dengan SP 1 afirmasi positif pada diri sendiri, SP 2 afirmasi positif pada keluarga dan lingkungan, SP 3 & 4 cara mencapai harapan masa depan.

#### **a. Gangguan persepsi sensori halusinasi**

Implementasi yang pertama dilakukan pada tanggal 20 juni 2022 dengan SP 1 pasien yaitu dengan cara menghardik yaitu dengan membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon, menjelaskan cara mengontrol



halusinasi: dengan menghardik. Hal ini sejalan dengan penelitian Meliana & Sugianto (2019) bahwa strategi pelaksanaan 1 halusinasi meliputi dengan membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal halusinasinya dan dapat mengontrol halusinasi dengan menghardik. Terapi menghardik terbukti ampuh untuk mengontrol halusinasi pada pasien sesuai dengan hasil penelitian Hapsari & Azhari (2020) dari 2 subjek yang dilakukan terapi menghardik mengalami penurunan dari halusinasi sedang menjadi ringan

Implementasi yang kedua diberikan pada tanggal 22 Juni 2022 dengan SP 2 pasien mengontrol halusinasi dengan meminum obat secara teratur yaitu dilakukan dengan mengevaluasi kegiatan menghardik serta memberi pujian, melatih cara mengontrol halusinasi dengan obat, lalu memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat. Minum obat salah satu cara mengontrol halusinasi yang paling penting karena dengan kepatuhan klien minum obat dapat mempengaruhi kekambuhan halusinasinya. Hal ini sejalan dengan penelitian dari Astuti, Susilo & Putra (2017) bahwa dari hasil penelitian didapatkan sebagian besar respons mempunyai kepatuhan kurang (54,4%) mengalami periode kekambuhan berat (76,1%), hal ini membuktikan bahwa adanya hubungan kepatuhan minum obat dan kekambuhan halusinasi pada pasien skizofrenia.

Implementasi yang ketiga dilakukan pada 24 Juni 2022 yaitu SP 3 pasien mengontrol halusinasi yang ketiga dengan bercakap cakap dilakukan dengan mengevaluasi kegiatan latihan menghardik & obat. Memberi pujian, melatih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi

halusinasi lalu memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap. Latihan bercakap cakap dilakukan pada klien agar dapat mengalihkan halusinasi tersebut sehingga fokus klien tidak pada suara suara yang menganggunya hal ini sejalan dengan pendapat Kusumawaty, Yunike & Gani (2021), bahwa melatih orang dengan halusinasi dengan bercakap cakap sehingga terjadinya proses distraksi sebagai akibat penerapan terapi bercakap cakap dapat meminimalisir frekuensi munculnya halusinasi, sehingga perlu dilakukan berkesinambungan agar kemampuan adaptasi klien dapat ditingkatkan lagi. Terapi bercakap-cakap cukup ampuh dilakukan dan harus diulangi sesuai dengan jadwal kegiatan klien sehingga dapat mengontrol halusinasinya. Hal ini sesuai dengan pendapat dari Patimah (2021) bahwa terapi bercakap-cakap efektif untuk mengontrol halusinasi dengan durasi bercakap cakap 10-15 menit dan terapi bercakap-cakap efektif setelah hari ketiga dilakukan latihan bercakap cakap.

Implementasi yang keempat dilakukan pada 25 Juni 2022 yaitu SP 4 pasien mengontrol halusinasi dengan aktivitas harian dilakukan dengan mengevaluasi kegiatan latihan menghardik, minum obat & bercakap-cakap. Memberi pujian, melatih cara mengontrol halusinasi dg melakukan kegiatan harian, lalu memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan memilih kegiatan harian. Klien memilih kegiatan sehari hari dengan memberikan makan ternak ayam. Melakukan kegiatan sehari hari ataupun melakukan hobi pada aktivitas harian dapat

mendistraksi sehingga fokus klien dapat teralihkan dan mampu mengontrol halusinasinya sejalan dengan penelitian dari Suhermi, Ramil & Caing (2021) mengatakan bahwa adanya pengaruh terapi aktivitas harian terhadap proses pemulihan halusinasi dimana hasil yang didapatkan sebelum diberikan terdapat setengah dari pasien tidak pulih dan setelah diberikan intervensi seluruh pasien dikategorikan pulih. Kegiatan yang dapat menurunkan tingkat kekambuhan gangguan jiwa serta aktivitas positif penderita gangguan jiwa meningkat dengan menanam sayur dan bertenak ayam (Mashudi, Nasriati & Octaviani, 2020).

SP 1 – 3 keluarga mengontrol halusinasi diberikan pada tanggal 21 juni 2022 – 25 juni 2022. SP 1 keluarga dengan mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya halusinasi, menjelaskan merawat halusinasi dengan menghardik, membantu pasien sesuai jadwal kegiatan. SP 2 keluarga dengan mengevaluasi kegiatan keluarga dalam merawat klien, menjelaskan cara merawat halusinasi dengan obat, mengajurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan kegiatan sesuai jadwal. SP 3 keluarga dengan mengevaluasi kegiatan keluarga dalam merawat klien, menjelaskan cara merawat halusinasi dengan bercakap-cakap, serta membantu klien melakukan kegiatan sesuai jadwal. Menurut Keliat & Akemat (2014) Strategi pelaksanaan pada keluarga dengan halusinasi yaitu SP1 keluarga dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi dan cara merawat pasien



halusinasi, SP 2 Keluarga dengan melatih keluarga merawat pasien langsung dihadapan pasien. Memberi kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung dihadap pasien. Dalam mengontrol halusinasi diperlukan adanya keluarga sebagai orang terdekat yang selalu bersama pasien, upaya yang dapat dilakukan dengan meningkatkan pengetahuan keluarga mengenai klien skizofrenia melalui pendidikan kesehatan secara langsung maupun tidak (Fedrika dan susilawati, 2019). Tujuan diberikan pendidikan kesehatan agar keluarga dapat ikut terlibat langsung dalam perawatan pasien baik saat dirumah sakit ataupun berada dirumah , karena keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien (Keliat, 2014)

c. **Resiko bunuh diri**

Implementasi yang dapat dilakukan pada klien dengan resiko bunuh diri yaitu dengan strategi pelaksanaan (1-4). SP 1 pasien dengan mengidentifikasi beratnya masalah resiko bunuh diri, isarat, ancaman, percobaan, mengidentifikasi benda benda berbahaya dan mengamankanya, melatih mengendalikan diri dari dorongan bunuh diri dan buat aspek positif diri sendiri. SP 2 pasien dengan mengevaluasi kegiatan berpikir positif, memberi pujian, melatih mendalikan diri dari dorongan bunh diri dengan buat aspek positif keluarga, lingkungan dan latih afirmasi lalu masukan pada jadwal kegiatan. Berpikir positif merupakan keterampilan koginitif yang dapat dipelajari dan dilatih sehingga jika semakin mampu individu menyebutkan aspek positif dari

dirinya maka akan terjadi penurunan tingkat keputusasaan ( Junior & Wardani, 2022). SP 3 Pasien dengan mengevaluasi kegiatan sebelumnya, mendiskusikan cara mencapai harapan dan masa depan, melatih cara mencapai harapan masa depan, memasukan pada jadwal kegiatan, SP 4 Pasien dengan mengevaluasi kegiatan berpikir positif, melatih tahap kedua kegiatan mencapai masa depan, memasukan pada jadwal kegiatan mencapai masa depan, memasukan pada jadwal kegiatan. Membangun harapan tentang masa depan dapat menjadikan seseorang merasa lebih bahagia dan semangat dalam menjalani kehidupan sehingga resiko untuk bunuh diri dapat berkurang (Junior & Wardani, 2022)

## **5.Evaluasi**

### **a. Gangguan presepsi sensori halusinasi**

Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 4 hari pada klien dengan gangguan presepsi sensori halusinasi, didapatkan adanya penurunan gejala halusinasi yang dialami klien. Dalam melakukan evaluasi menggunakan kuisioner AHRS (*Auditory Hallucination Rating Scale*) dari Haddock (1994) dengan skor pada pre test (23) dan menurun menjadi post tes (5). Dalam penelitian (Livana et al, 2020) bahwa terapi generalis yang diberikan telah memenuhi standar asuhan keperawatan dan mampu meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi yang dialaminya. Pemberian asuhan keperawatan seharusnya dilakukan secara berkelanjutan karena semakin sering diberikan perawatan maka klien semakin mampu untuk mengontrol halusinasinya (Widuri, 2016).

SP 1 pasien dengan mengenal halusinasinya serta mengontrol halusinasi dengan menghardik dilakukan pada 3x pertemuan dari hasil evaluasi pasien dapat mengulangi mengontrol halusinasi dengan menghardik sudah dapat mengurangi gejala halusinasinya sehingga kegiatan menghardik harus dilakukan secara berkelanjutan sejalan dengan pendapat Ilmiah & Widuri (2016) bahwa setelah dilakukan asuhan keperawatan mengontrol halusinasi dengan menghardik selama 3x pertemuan, pada hari ke 3 pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi dapat mengontrol serta mengurangi intensitas halusinasi pendengaran. Terapi menghardik terbukti ampuh untuk mengontrol halusinasi pada pasien sesuai dengan hasil penelitian Hapsari & Azhari (2020) dari 2 subjek yang dilakukan terapi menghardik mengalami penurunan dari halusinasi sedang menjadi ringan

SP 2 Pasien mengontrol halusinasi dengan minum obat dilakukan dalam 3x pertemuan dari hasil evaluasi pasien sulit mengingat nama obat dan dosis obat, namun pasien rutin minum obatnya sehingga dapat mengontrol halusinasinya sejalan dari pendapat Fatmawati, Hastuti & Wijayanti (2015) bahwa setelah dilakukan 3x pertemuan aktivitas mengontrol halusinasi dengan minum obat, pada pertemuan ketiga klien mengatakan dapat mengontrol halusinasi yang dirasakan. Cara mengontrol halusinasi dengan minum obat sangat berpengaruh terhadap halusinasi karena dapat membuat pasien lebih nyenyak tidur dan mengurangi halusinasinya sejalan dengan pendapat dari Astuti, Susilo & Putra (2017),



bahwa kepatuhan seseorang dalam minum obat sangat mempengaruhi kekambuhan halusinasi pada pasien skizofrenia dengan halusinasi.

SP 3 Pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap cakap dilakukan dalam 2x pertemuan dari hasil evaluasi pasien dapat memahami yang disampaikan perawat dan mampu mengulangi latihan bercakap cakap dapat mengurangi halusinasi yang dirasakan oleh klien hal ini sejalan dengan pendapat dari Patimah (2021) bahwa klien dapat mengendalikan halusinasi dengan terapi bercakap cakap setelah dilakukan 3x pertemuan dengan kegiatan bercakap cakap diulangi 1-2x dalam sehari dengan durasi 10-15 menit. Menurut Kusumawaty, Yunike & Gani (2021), bahwa melatih klien dengan bercakap cakap harus dilakukan secara berkesinambungan agar kemampuan adaptasi klien dapat ditingkatkan lagi.

SP 4 pasien mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas harian dilakukan dalam 1x pertemuan dari hasil evaluasi pasien dapat memahami 4 cara mengontrol halusinasi, dari hasil *AHRS (Auditory Hallucination Rating Scale)* bahwa klien mengalami penurunan skor halusinasi dari 23 menjadi 5. Melakukan aktivitas harian harus dilakukan secara terus menerus oleh pasien agar dapat beradaptasi sehingga mampu mengontrol halusinasinya sejalan dengan pendapat dari Suhermi, Ramli & Caing (2021) bahwa setelah diberikan terapi aktivitas harian selama 30 hari dan rutin dilakukan oleh klien didapatkan 100% dari 20 orang responden pulih dari halusinasinya. Pemberian asuhan keperawatan seharusnya dilakukan secara berkelanjutan

karena semakin sering diberikan perawatan maka klien semakin mampu untuk mengontrol halusinasinya (Widuri, 2016).

SP 1 keluarga dengan mengenal halusinasi klien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, cara merawat halusinasi dengan mengajarkan menghardik dilakukan dalam 1x pertemuan. SP 2 Keluarga dengan merawat halusinasi klien dan mengajarkan 6 benar obat pada keluarga dilakukan dalam 1x pertemuan. SP 3 Keluarga dengan merawat halusinasi mengajarkan bercakap cakap dan memotivasi klien dalam melakukan aktivitas harian dalam 1x pertemuan. Evaluasi yang didapatkan bahwa keluarga mampu membantu klien dalam melakukan jadwal kegiatan harian sehingga dapat meningkatkan kesembuhan dan menurunkan gejala dari halusinasi yang dirasakan oleh klien. Menurut Putri & Yanti (2021) bahwa adanya dukungan keluarga yang memiliki peranan erat seperti dengan mengajak klien berobat ke rumah sakit, mengontrol pasien dalam minum obat serta memberikan kepercayaan pada pasien untuk melakukan aktivitas harian dirumah dapat meningkatkan perawatan klien dengan halusinasi. Keluarga merupakan sistem pendukung utama pada klien dirumah sehingga pengetahuan keluarga sangat penting agar klien dapat membantu klien mengontrol halusinasi yang dirasakanya, dari hasil penelitian setelah diberikan 1x pertemuan untuk dilakukan pemberian edukasi dan keluarga diikut sertakan dalam pemberian SP maka pengetahuan keluarga meningkat menjadi 93,3% ( Susilawati & Fedrika,2019).

## **b. Resiko bunuh diri**

Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3 hari pada klien dengan resiko bunuh diri, didapatkan evaluasi bahwa klien tidak lagi mendengarkan suara-suara yang memintanya untuk bunuh diri, serta tidak ada lagi keinginan untuk bunuh diri. Keinginan untuk bunuh diri pasien teralihkan dengan adanya aktifitas dan dukungan dari keluarga klien. Implementasi yang diberikan seperti mengamankan lingkungan dari resiko bunuh diri, mengajarkan melatih cara mengendalikan dorongan bunuh diri, melakukan afirmasi positif, melatih aspek positif, mengevaluasi perasaan dan pikiran, membangun rencana masa depan dan melatih kegiatan untuk mencapai masa depan dan memberikan dukungan untuk membangun harapan dan mengendalikan dorongan bunuh diri pasien (Hakimah, 2016).

SP 1 & 2 Pasien hasil evaluasi didapatkan klien dapat menyebutkan aspek positif dari dirinya dan keluarga sehingga klien merasa keluarga dan dirinya sangat berarti. Setelah dilakukan 3x pertemuan dengan melatih afirmasi positif klien mengatakan sudah tidak ada keinginan untuk mengakiri hidupnya. Berpikir positif merupakan keterampilan kognitif yang dapat dipelajari dan dilatih sehingga jika semakin mampu individu menyebutkan aspek positif dari dirinya maka akan terjadi penurunan tingkat keputusasaan (Junior & Wardani, 2022). Melakukan teknik afirmasi, pikiran yang negative dapat diubah dengan afirmasi positif yang dibuat dinyatakan secara berulang-ulang pada diri sendiri sebagai cara memanipulasi pikiran-pikiran negatif dan tidak logis sehingga tindakan



yang dilakukan sesuai dengan yang diharapkan (Niman, Keliat & Mustikasari, 2014).

SP 3 & 4 Pasien hasil evaluasi didapatkan klien mau mencapai harapan masa depan dengan menghasilkan uang serta melakukan hobinya yaitu beternak ayam karena pasien mengatakan dengan beternak ayam selain membuat pasien tenang juga dapat menghasilkan uang. Setelah dilakukan 2x pertemuan klien mengatakan dorongan untuk bunuh diri sudah tidak ada, klien merasa lebih tenang karena hobi dan aktivitas yang dilakukan. Membangun harapan tentang masa depan dapat menjadikan seseorang merasa lebih bahagia dan semangat dalam menjalani kehidupan sehingga resiko untuk bunuh diri dapat berkurang (Junior & Wardani, 2022). Kegiatan yang dapat menurunkan tingkat kekambuhan gangguan jiwa serta aktivitas positif penderita gangguan jiwa meningkat dengan menanam sayur dan bertenak ayam (Mashudi, Nasriati & Octaviani, 2020).

## **B. Implikasi dan Keterbatasan dalam penerapan EBN**

Setelah dilakukan terapi generalis dari 20 juni 2022 hingga 25 juni 2022 didapatkan pada klien didapatkan skor halusinasi menggunakan AHRS (*Auditory Hallucination Rating Scale*) dari saat pretest didapatkan skor 23 dan pada saat post tes dengan skor 5. Hasil yang didapatkan belum sepenuhnya tercapai dikarenakan waktu dalam pemberian impelmentasi yang terbatas.

Penerapan EBN tentunya akan mengalami keterbatasan. Keterbatasan yang dialami yaitu dalam pencarian EBN sulit mencari referensi jurnal luar negeri. Pada saat pelaksanaan harus dilakukan dengan bahasa yang mudah dipahami dan suasana yang nyaman karena pasien mudah bosan dan mudah teralihkan saat dilakukan intervensi. Penerapan EBN juga tidak dapat dilakukan secara berlanjut karena adanya keterbatasan waktu dalam melakukan implementasi sehingga untuk kegiatan selanjutnya hanya dimaksimalkan oleh keluarga agar dapat mengingatkan pasien agar dapat melakukan aktivitas harian.

### **C. Rencana Tindak Lanjut**

Adapun rencana tindak lanjut dari asuhan keperawatan yaitu :

1. Mengajarkan klien untuk melatih strategi pelaksanaan dan melakukan aktivitas harian
2. Mengajarkan keluarga memberikan dukungan kepada klien untuk melakukan aktivitas harian



## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Hasil dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn.A dan keluarga dengan gangguan persepsi sensori di Wilayah Kesja Puskesmas Andalas dan penerapan EBN pada klien gangguan persepsi sensori dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian didapatkan dari klien mendengar suara- suara yang mengajaknya berbincang-bincang, suara yang menyuruh untuk melakukan sesuatu yang dapat menyakiti diri serta adanya keinginan dari klien untuk bunuh diri. Faktor predisposisi pada pasien yaitu adanya gangguan jiwa masa lalu dan adanya riwayat penolakan masa lalu.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul dari hasil pengkajian yaitu gangguan persepsi sensori halusinasi dan resiko bunuh diri.
3. Intervensi keperawatan untuk masalah keperawatan yang ditemukan pada klien dengan diagnosa gangguan persepsi sensori halusinasi yaitu dengan latih menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan aktivitas harian serta melakukan strategi pelaksanaan pada keluarga yaitu dengan menjelaskan mengenai halusinasi dan cara merawat pasien dengan halusinasi. Sedangkan diagnosa kedua yaitu resiko bunuh diri, intervensi yang dilakukan dengan afirmasi positif pada diri sendiri, keluarga, lingkungan serta melatih mencapai harapan masa depan.



4. Implementasi keperawatan yang telah dilakukan sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan sebelumnya yang dilaksanakan pada klien dan keluarga.
5. Evaluasi asuhan keperawatan jiwa dengan diagnosa gangguan persepsi sensori halusinasi yang telah diberikan memberikan dampak positif sehingga dapat menurunkan skor halusinasi menggunakan AHRS (*Auditory Hallucination Rating Scale*) dari saat pretest didapatkan skor 23 dan pada saat post tes dengan skor 5. Jadi dengan teknik generalis dapat mengontrol halusinasi. Sedangkan hasil evaluasi diagnosa resiko bunuh diri didapatkan hasil tidak adanya keinginan dari klien untuk mengakhiri hidupnya.
6. Penerapan EBN sudah berhasil dilakukan dengan ditandai klien dan keluarga paham dan mampu menurunkan gejala halusinasi yang dirasakan klien serta adanya penurunan skor halusinasi dari 23 menjadi 5.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Mahasiswa**

Dengan adanya karya ilmiah ini, diharapkan mampu meningkatkan pemahaman mahasiswa mengenai asuhan keperawatan jiwa yang diberikan kepada pasien gangguan persepsi sensori halusinasi

### **2. Bagi Institusi**

Dengan adanya karya ilmiah ini diharapkan dapat menjadi pedoman dan sumber pengetahuan bagi seluruh mahasiswa/i, tenaga kesehatan serta dapat menjadi referensi dan masukan dalam pemberian asuhan

keperawatan jiwa pada gangguan persepsi sensori dengan menerapkan evidence practice nursing.

3. Bagi Klien dan keluarga

Diharapkan klien tetap melaksanakan semua teknik generalis yang diberikan serta keluarga juga diharapkan dapat mendukung dan memotivasi klien untuk melakukan teknik yang telah diajarkan terlebih saat keluarga melihat tanda dan gejala halusinasi muncul pada klien

4. Bagi Puskesmas Andalas

Diharapkan perawat komunitas bersama kader kesehatan jiwa agar melakukan kunjungan rumah pada pasien gangguan persepsi sensori halusinasi sehingga dapat memberikan dukungan dan melakukan evaluasi secara berkelanjutan mengenai terapi generalis yang sudah diberikan.



## DAFTAR PUSTAKA

Altangerl, U, Liou, J. C, Pi-Ming Ye. (2014). Prevalence and Predictors of Suicidal Behavior Among Mongolian High School Students. *Community Ment Health J* .50:362–372 DOI 10.1007/s10597-013-9657-8

Ashry, A. M. N. El, Dayem, S. M. abd El, & Ramadan, F. H. (2021). Effect Of Applying “ Acceptance And Commitment Therapy ” On Auditory Hallucinations Among Patients With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(2), 141–152. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.01.003>

Astuti, A. P., Tri, S., & Putra, S. M. A. (2017). Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Periode Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia: Halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soeroyo Magelang. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat Cendikia Utama*, 6(2), 53–86.

At, P., Amino, R., Central, G., & Province, J. (2020). Penerapan Terapi Menghardik Terhadap penurunan Skor Halusinasi Dengar Pada Applications Of Therapeutic Therapy To Decrease Score Of Hearing In Schizophrenic, 5(1).

Azizah, Zainuri, A. (2016). Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik. *KESEHATAN Jiwa Teori Dan Aplikasi Praktik Klinik*, 674. Retrieved from [http://rsjiwajambi.com/wpcontent/uploads/2019/09/Buku\\_Ajar\\_Keperawatan\\_Kesehatan\\_Jiwa\\_Teori-dan-Aplikasi-Praktik-Klinik-1.pdf](http://rsjiwajambi.com/wpcontent/uploads/2019/09/Buku_Ajar_Keperawatan_Kesehatan_Jiwa_Teori-dan-Aplikasi-Praktik-Klinik-1.pdf)



Bayu, Saswati, Sutinah (2018). Dalam Jurnal *Gambaran Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pasien Skizofrenia di Ruang Rawat RSJ Daerah Provinsi Jambi*.

<http://www.stikeshi.ac.id/jurnal/index.php/rik/article/view/112>

Dalami E, dkk. (2015). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Jiwa*.

Jakarta: CV. Trans Info Media.

Damayanti, Jumaini, & Utami. Pengaruh terapi music terhadap penurunan halusinasi pasien skizofrenia di RSJ Tampan Prov. Riau. *JOM PSIK*, 1(2), 1-9 Tahun 2014.

Dearholt, S. L., & Dang, D. (2012). *Nursing Evidence-Based Practice Model And Guidelines*. USA: Sigma Theta Tau International.

Fahmawati, F. R., Hastuti, W., & Wijayanti. (2015). Upaya Minum Obat Untuk Mengontrol Halusinasi Pada Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 3(April), 49–58.

Famela, Kusumawaty, I., Martini, S., & Yunike. (2022). Implementasi Keperawatan Teknik Bercakap-Cakap Pada Pasien Halusinasi Pendengaran.

*Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 7(2), 205–214. Retrieved from

<https://doi.org/10.36729/jam.v7i2.869>

Hapsari, D. F., & Azhari, N. K. (2020). Penerapan Terapi Menghardik Terhadap penurunan Skor Halusinasi Dengar Pada Applications Of Therapeutic

Therapy To Decrease Score Of Hearing In Schizophrenic. *Jurnal Keperawatan Sisthana*, 5(1).

Hartanto, A. E., Hendrawati, G. W., & Sugiyorini, E. (2021). Pengembangan Strategi Pelaksanaan Masyarakat Terhadap Penurunan Stigma Masyarakat Pada Pasien Gangguan Jiwa. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 5(1), 63-68

Lalla, N. S. N., & Yunita, W. (2022). Penerapan Terapi Generalis Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Halusinasi Pendengaran. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kedokteran*, 1(1), 10–19.

Livana, PH., Rihadini, Kandar, Suerni, T., Sujarwo, Maya, A., & Nugroho, A. (2020). Peningkatan Kemampuan Mengontrol Halusinasi Melalui Terapi Generalis Halusinasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Jiwa*, 2(1), 1–8.

Keliat, B. A., & Akemat. (2014). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Keliat, B. A., & Pawirowiyono, A. (2015). *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok*. Edisi 2. Jakarta: EGC

Kusumawaty, I., Yunike, & Gani, A. (2021). Melatih Bercakap-Cakap Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa untuk Mengontrol Halusinasi. *Jurnal Salingka Abdimas*, 1(2), 59–64.

Mazza, M., Marano, G., Traversi, G., Mazza, S., & Janiri, L. (2019). *Neurobiological meaning of omega-3 fatty acids and their potential role in the treatment of schizophrenia. Omega Fatty Acids in Brain and Neurological Health* (Second Edition). Elsevier Inc. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815238-6.00018-3>

Meliana, T., & Sugiyanto, E. P. (2019). Penerapan Strategi Pelaksanaan 1 Pada Klien Skizofrenia Paranoid dengan Gangguan Presepsi Sensori Halusinasi Pendengaran. *Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan*, 3(1), 37–45.

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (Eds.). (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Lippincott Williams & Wilkins.

Nugroho, H. A., Santie, F. N. rahma, Soesanto, E., Aisah, S., & Hidayati, E. (2021). Perawatan Halusinasi, Dukungan Keluarga Dan Kemampuan Pasien Mengontrol Halusinasi : Literature Review Heryanto. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*, 10(3), 272–284.

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

PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.



Putri, V. suryenti, & Yanti, R. D. (2021). Hubungan Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Cara Merawat Pasien Halusinasi di Wilayah Kerja Puskesmas Kebun Handil Kota Jambi 1-2. *Jurnal Akademika Baiturahim Jambi*, 10(2), 274–281. Retrieved from <https://doi.org/10.36565/jab.v10i2.324>

Riskesdas. Laporan Nasional 2018. (2018). Retrieved from <http://www.depkes.go.id>.

Setyaningsih, T., Fitria, D., & Supriyanah, S. (2019). Hubungan Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kepatuhan Minum Obat Dengan Kepatuhan Pasien Skizofrenia Yang Mengalami Halusinasi Di Rs Husada. *Jurnal Kesehatan Holistic*, 2(1), 13–29. Retrieved from <https://doi.org/10.33377/jkh.v2i1.60>

Suhermi, Ramli, R., & Caing, H. (2021). Pengaruh Terapi Activity Daily Living Terhadap Pemulihan Pasien Palusinasi, 12(4), 54–57. Retrieved from <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33846/sf12114>

Susetyo, I. S. O., Ulfah, M., & Apriliyani, I. (2021). Studi Kasus Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi Pendengaran Tn. R di RSJD Prof. Dr. Soerojo Magelang. *Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat (SNPPKM)*, 486–494.

Susilawati, & Fredirika, L. (2019). Pengaruh Intervensi Strategi Pelaksanaan Keluarga Terhadap Pengetahuan Dan Kemampuan Keluarga Dalam Merawat Klien Skizofrenia Dengan HalusinaSI. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3,

<https://doi.org/https://doi.org/10.31539/jks.v3i1.898>

Sutejo. (2019). *Keperawatan Jiwa Konsep dan Praktik Asuhan keperawatan kesehatan Jiwa : Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta: Pustaka baru

Press.

Syahdi, D., & Pardede, J. A. (2022). Penerapan Strategi Pelaksanaan (SP) 1-4 Dengan Masalah Halusinasi Pada Penderita Skizofrenia: Studi Kasus. <https://Doi.Org/10.31219/Osf.Io/Y52rh>

Stuart, W. G. (2013). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart Vol 1&2*. Singapore : Elsevier

Videbeck, S. (2020). *Psyciatric Mental Health Nursing* (Leo Gray (ed.); 8th editio). Wolters K

Widuri, N. R. (2016). *Upaya penurunan intensitas halusinasi dengan cara mengontrol halusinasi di rsjd arif zainudin surakarta*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Wijayaningsih, K. S. (2015). *Panduan Lengkap Praktik Klinik Keperawatan Jiwa*. jakarta timur: CV. Trans Info Media.

Yanti, D. A., Karokaro, T. M., Sitepu, K., . P., & Br Purba, W. N. (2020). Efektivitas Terapi Musik Klasik Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr.M.

Ildrem Medan Tahun 2020. *Jurnal Keperawatan Dan Fisioterapi (Jkf)*, 3(1), 125–131. Retrieved from <https://doi.org/10.35451/jkf.v3i1.527>

Yosep, H., & Sutini, T. Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing. Bandung: Refika Aditama. (2016)

Yusuf, Rizky Fitriyarsi PK, Hanik Endang Nihayati. 2015. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Jakarta: Salemba Medika

Zahnia, S., & Wulan Sumekar, D. (2016). Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *Majority*,5(5),160–166.





## LAMPIRAN

### Lampiran 1. Lembar Observasi

#### AHRS (*Auditory Hallucination Rating Scale*)

Nama : Tn. A

Umur : 40 tahun

Jenis Kelamin : Laki- laki

No	Identifikasi halusinasi	Pretest	Post test
1.	Frekuensi	2	0
2.	Durasi	2	1
3.	Lokasi	3	1
4.	Kekuatan suara	2	1
5.	Keyakinan asal suara	2	1
6.	Jumlah isi suara negative	3	0
7.	Intensitas suara negative	4	1
8.	Jumlah suara yang menekan	2	0
9.	Intensitas suara yang menekan	2	0
10.	Gangguan Akibat suara	1	0
11.	Kontrol terhadap suara	2	0
	<b>Jumlah Skor</b>	<b>23</b>	<b>5</b>

#### 1. Frekuensi

Seberapa sering Anda mengalami suara? misalnya setiap hari, sepanjang hari dll

0 = Jika suara tidak hadir atau hadir kurang dari sekali seminggu (tentukan frekuensi jika ada).

1 = jika suara terdengar setidaknya sekali seminggu

2 = Jika suara terdengar setidaknya sekali sehari.

3 = Jika suara terdengar setidaknya sekali satu jam

4 = Jika suara terdengar terus menerus atau hampir setiap saat dan terus atau hampir setiap saat dan berhenti hanya untuk beberapa berhenti hanya untuk beberapa detik atau menit.

## 2. Durasi

Ketika Anda mendengar suara Anda, etika Anda mendengar suara Anda, berapa lama suara muncul, dalam beberapa detik, menit, jam, sepanjang hari?

0 = Suara tidak hadir.

1. = Suara berlangsung selama beberapa detik, suara sekilas. Berlangsung selama beberapa detik, suara sekilas.

2. = Suara berlangsung selama beberapa menit.

3.=Suara berlangsung selama setidaknya selama setidaknya satu jam.

4. = Suara berlangsung selama berjam-jam pada suatu waktu.

## 3. Lokasi

Ketika Anda mendengar suara Anda dari mana suara itu berasal?

Di dalam kepala Anda dan / atau di luar kepala Anda?

0 = Suara tidak hadir

1= Jika suara berasal dalam kepala saja.

2 = Jika suara berasal dari luar kepala, tapi dekat dengan telinga atau kepala.

3= Jika suara berasal dari dalam atau dekat dengan telinga dan di luar kepala jauh dari telinga.

4 = Jika suara berasal dari ruang angkasa luar, jauh sekali dari kepala.

#### 4. Kekuatan Suara

Seberapa keras suara-suara itu terdengar?

Apakah suara itu lebih keras dari suara Anda sendiri, atau sama kerasnya, atau seperti sebuah bisikan?

0 = Suara tidak hadir.

1 = lebih tenang dari suara sendiri seperti bisikan.

2 = sama kuatnya dengan suara sendiri

3 = lebih keras dari suara sendiri

4 = Sangat keras seperti berteriak.

#### 5. Keyakinan asal suara

Apa yang Anda pikirkan ketika mendengar suara itu?

- Apakah suara yang disebabkan oleh faktor-faktor yang berhubungan dengan diri sendiri atau semata-mata karena faktor orang lain?

Jika pasien mengungkapkan faktor eksternal:

- Berapa banyak yang Anda percaya bahwa suara itu disebabkan oleh (sesuai pengakuan pasien) dimana, pada skala 0-100 : 100 adalah bahwa Anda benar-benar yakin, 50 : ragu-ragu dan 0 adalah bahwa anda tidak yakni

0 = Suara tidak hadir.

1 = Percaya suara itu semata-mata dihasilkan secara internal (dari dalam diri) dan berhubungan dengan diri.

2 = kurang dari 50 % yakin bahwa suara itu berasal dari penyebab eksternal (luar).

3 = Lebih dari 50% (tapi kurang dari 100%) yakin bahwa suara itu berasal dari



penyebab eksternal.

4= Percaya suaraitu semata-mata karena penyebab eksternal (100% keyakinan)

#### 6. Jumlah Isi suara negatif

Apakah suara Anda mengatakan hal-hal yang tidak menyenangkan atau negatif?

- Dapatkah Anda memberi saya beberapa contoh dari apa suara katakan? (memerintah untuk

membunuh, melukai orang lain atau mengatakan keburukan diri anda)

- Berapa banyak suara negatif itu terdengar?

0 = Tidak ada isi suara yang menyenangkan.

1= suara itu terdengar menyenangkan Sesekali.

2 = Minoritas isi suara tidak menyenangkan atau negatif (kurang dari 50%) 3= Mayoritas isi suara tidak menyenangkan atau negatif (lebih dari 50%)

4 = Semua isi suara tidak menyenangkan atau negatif.

#### 7. Intensitas suara negatif

[Menggunakan kriteria skala, meminta pasien untuk detail lebih jika diperlukan]

0 = Tidak menyenangkan atau negatif.

1 = seberapa sering isi suara negatif terdengar, tapi suara itu yang berka tidak berkaitan dengan diri sendiri atau keluarga misalnya bersumpah dengan kata-kata kasar atau hinaan tidak diarahkan untuk diri sendiri, misalnya "Orang itu jahat".

2 = pelecehan verbal yang ditujukan kepada Anda, mengomentari perilaku Anda misal : "Seharusnya melakukan itu, atau mengatakan bahwa...".

3= Pelecehan verbal yang ditujukan kepada Anda tapi berkaitan dengan konsep diri misal "Anda malas, jelek, gila, sesat, tidak berguna dll.."

4 = Ancaman yang ditujukan kepada Anda misal mengancam diri Anda untuk menyakiti diri atau keluarga, perintah untuk menyakiti diri sendiri atau orang lain dan pelecehan verbal pribadi no (3).

8. Jumlah suara yang menekan/ menyusahkan

Apakah suara itu terdengar menekan anda?

- Berapa banyak?

0 = Suara itu tidak menyusahkan sama sekali.

1= suara itu sesekali menyusahkan, mayoritas tidak menyusahkan. 2= Sama jumlah suara menyusahkan dan tidak menyusahkan.

3= Mayoritas suara menyusahkan, minoritas tidak menyusahkan. 4 = Jika suara itu selalu menyusahkan.

9. Intensitas suara yang menekan/ menyusahkan

kapan suara itu menekan anda, seberapa menyusahkan suara itu?

- Apakah suara itu menyebabkan Anda sedikit tertekan atau tertekan sedang dan berat?

- Apakah suara itu yang paling menyusahkan anda?

0= Suara tidak menyusahkan

1= Jika suara sedikit menyusahkan/ menekan

2 Jika suara terasa menekan untuk tingkat sedang

3 Jika suara itu menekan anda, meskipun subjek bisa merasa lebih buruk.

4 Jika suara sangat menekan Anda, Anda merasa buruk mendengar suara itu.

10. Gangguan akibat suara

-Berapa banyak gangguan yang disebabkan suara-suara itu dalam hidup Anda?

- Apakah suara menghentikan Anda dari bekerja atau aktivitas lainnya?

- Apakah mereka mengganggu hubungan Anda dengan teman-teman dan / atau keluarga?

- Apakah mereka mencegah Anda merawat diri sendiri, misalnya mandi mengganti pakaian dll

0= Tidak ada gangguan terhadap kehidupan, mampu mempertahankan hidup mandiri tanpa masalah dalam keterampilan hidup sehari-hari. Mampu mempertahankan hubungan sosial dan keluarga (jika ada).

1= Jika suara menyebabkan sedikit mengganggu kehidupan Anda misal mengganggu konsentrasi meski tetap mampu mempertahankan aktivitas siang hari dan hubungan sosial dan keluarga dan dapat mempertahankan hidup mandiri tanpa dukungan.

2= Jika suara cukup mengganggu kehidupan anda misalnya menyebabkan gangguan beberapa aktivitas siang hari dan / atau keluarga atau kegiatan sosial. pasien tidak di rumah sakit meskipun mungkin aktivitasnya dibantu orang terdekat atau menerima bantuan tambahan dengan keterampilan hidup sehari-hari.

3 = Jika suara menyebabkan gangguan parah pada kehidupan sehingga rawat



inap biasanya diperlukan. Pasien mampu mempertahankan beberapa kegiatan sehari-hari, perawatan diri dan hubungan sementara dengan beberapa orang di rumah sakit. Pasien juga mungkin mengalami gangguan berat dalam hal kegiatan keterampilan hidup sehari-hari dan / atau hubungan.

4= Jika suara menyebabkan gangguan hidup yang lengkap sehingga mengharuskan untuk dirawat inap. Pasien masih mampu mempertahankan kegiatan sehari-hari dan hubungan sosial tetapi Perawatan diri sangat terganggu.

#### 11. Kontrol Terhadap suara

- Apakah Anda pikir Anda bisa mengontrol diri ketika suara itu muncul?
- Dapatkah Anda mengabaikan suara itu?

0= Pasien percaya dapat memiliki kontrol atas suara itu sehingga bisa menghentikannya.

1= Pasien percaya dapat memiliki kontrol atas suara-suara di sebagian besar kesempatan.

2= Pasien percaya dapat memiliki beberapa kontrol atas suara itu di beberapa kesempatan.

3 = Pasien percaya dapat memiliki beberapa kontrol atas suara itu tapi hanya sesekali. Sebagian besar , suara itu tak terkendali.

4. Pasien tidak memiliki kontrol atas suara itu ketika suara itu muncul dan tidak dapat mengabaikan atau menghentikan suara itu sama sekali.

## Lampiran 2. Asuhan keperawatan

### 1. Identitas klien

Nama pasien : Tn. A

Umur : 40 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Status perkawinan : Belum kawin

Orang yang berarti : Orang tua ( alm ibu dan ayah)

Pekerjaan : Tidak bekerja

Pendidikan : SMP kelas 2

Tanggal masuk : -

Tanggal pengkajian : 21 Juni 2022

Diagnosis medis : Skizofrenia

Keluhan Utama Klien dan Keluarga : • Keluarga mengatakan pasien mengalami masalah atau kesedihan berlarut saat ibu pasien meninggal dan saat itu pasien pergi sendiri pada malam hari keluar rumah dan saat itu pasien mengatakan dia mendengar suara yang mengganggu dan yang menyuruhnya untuk menyakiti diri sendiri (seperti menyilet nadi, meloncat dari ketinggian, menabrakan diri ke kereta api). Hal ini juga didukung dengan adanya



keinginan mengakhiri hidup

- Keluarga membawa pasien ke RSJ HB Saanin pada Desember 2021 lalu dirawat di RSJ selama 3 minggu dan selanjutnya pasien melakukan rawat jalan

- Klien mengatakan kesal saat kondisi tertentu seperti saat sendirian kadang suara suara muncul tanpa berwujud seperti mengajaknya bicara
- Keluarga mengatakan terkadang pasien sering pergi keluar sendiri dan berbicara sendiri
- Keluarga mengatakan klien sering bermenung

## 2. Faktor predisposisi

### a. Gangguan jiwa dimasa lalu

Klien mengatakan pada tahun 2012 pernah dituduh maling oleh orang lain sehingga terjadi pertengkaran antara klien dan orang tersebut, namun masyarakat tidak percaya dengan perkataan klien sehingga klien merasa dikucilkan lalu mengisolasi diri dari masyarakat dan tidak mau berinteraksi dengan siapapun, setelah itu klien merasakan adanya suara suara yang mengganguinya. Keluarga juga mengatakan klien sering marah marah dirumah dengan menendang pintu menghempaskan barang. Keluarga klien membawa klien ke RSJ HB Saanin pada tahun 2012 dan klien mendapat pengobatan, namun klien putus obat setelah 1,5 tahun karena merasa sudah sehat.



b. Pengobatan sebelumnya

Klien dibawa oleh keluarga dan sudah mendapatkan pengobatan sebelumnya dari RSJ HB Saanin dan sudah minum obat lebih kurang 1,5 tahun.

c. Trauma

- Aniaya fisik  
Sebelumnya klien tidak pernah mendapatkan aniaya fisik dari masyarakat ataupun dari keluarga.
- Aniaya seksual  
Sebelumnya klien tidak pernah mendapatkan aniaya seksual dari masyarakat ataupun dari keluarga
- Penolakan  
Saat 2012 klien pernah dituduh maling oleh oranglain sehingga tetangga klien mengamggap klien maling dan membicarakan hal itu dengan orang orang yang berada dilingkungan itu.
- Kekerasan dalam keluarga  
Klien sebelumnya tidak pernah mengalami kekerasan dalam keluarga.
- Tindakan Kriminal  
Klien sebelumnya tidak pernah melakukan tindakan criminal yang melanggar hokum maupun jadi saksi tindakan criminal

d. Anggota keluarga dengan gangguan jiwa

Keluarga mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki riwayat gangguan jiwa atau merasakan hal yang serupa dengan pasien

e. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan pada tahun 2012 pernah dituduh maling oleh orang lain sehingga terjadi pertengkaran antara klien dan orang tersebut, namun masyarakat tidak percaya dengan perkataan klien sehingga klien merasa dikucilkan lalu mengisolasi diri dari masyarakat dan tidak mau berinteraksi dengan siapapun.

Masalah Keperawatan :Koping tidak efektif, harga diri rendah situasional

### 3. Pemeriksaan fisik

#### a. Tanda tanda vital

TD : 115/80 mmHg

Nadi : 80x/i

Suhu : 36,5 C

Pernafasan : 20x/i

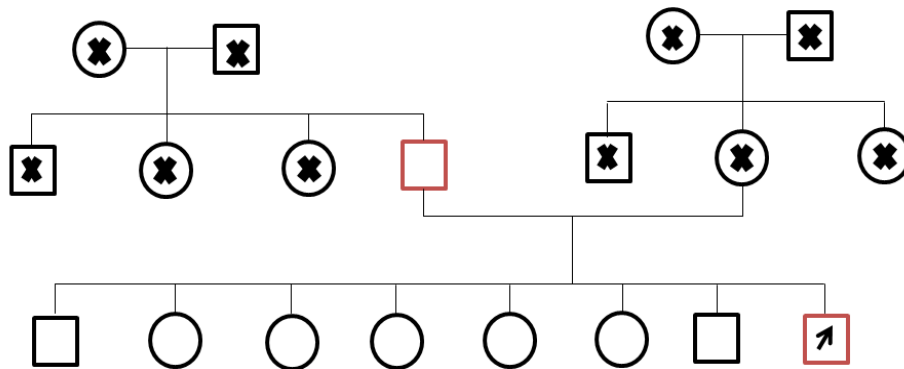
Keluhan fisik : Ya

Pasien mengatakan baru mengalami kecelakaan pada bulan april 2022 dan sudah mendapatkan pengobatan berupa operasi namun pasien saat jalan tidak sempurna dan merasa nyeri saat digerakan di area operasi.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

### 4. Genogram





Keterangan : merah tinggal serumah

Jelaskan :

pasien tinggal berdua dengan ayahnya, saudara beliau tinggal terpisah dari rumahnya, setiap hari saudaranya membawakan makanan, dari riwayat keluarga ayah pasien mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki penyakit yang serupa dengan pasien.

## 5. Konsep diri

### a. Gambaran diri

Klien mengatakan klien mampu melakukan kebutuhan dasar secara mandiri, klien mengatakan walaupun dirinya tidak dapat berjalan normal karena kecelakaan terakhir yang beliau alami, beliau masih bisa untuk beraktivitas walaupun tidak seperti dahulu saat sebelum kecelakaan.

### b. Identitas

Klien mengatakan bahwa dia seorang laki laki dan memiliki 7 orang saudara, klien merupakan anak ke 8 dari 8 bersaudara.



c. Peran

Klien saat ini tidak mempunyai pekerjaan dan menghabiskan waktu dirumah dan dilingkungan sekitar rumah sejak usia 14 tahun, biaya hidup dari pasien dipenuhi oleh saudaranya. Klien ingin sembuh dan tidak ingin menyusahkan orang tuanya.

d. Ideal diri

Klien mengatakan bahwa ia harus meminum obat agar tenang dan tidak gelisah

e. Harga diri

Klien saat ini merasa dirinya berharga

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah

**6. Hubungan Sosial**

- Orang yang berarti

Orang yang paling berarti dalam hidupnya adalah ayahnya dan keluarganya karena selama ini sudah merawatnya

- Peran serta dalam kegiatan kelompok/ masyarakat

Keluarga mengatakan saat ini pasien ada mengikuti kegiatan dengan masyarakat yaitu seperti gotong royong walaupun jarang hal ini karena kondisi fisiknya sulit untuk berjalan dengan sempurna.

- Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain



Keluarga mengatakan klien saat ini memiliki hubungan yang baik dengan orang disekitar rumahnya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

## 7. Spiritual

### a. Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan beragama islam dan yakin akan pertolongan tuhan, serta pasien sering beristigfar namun jarang melaksanakan sholat.

### b. Kegiatan Ibadah

Keluarga mengatakan klien jarang melakukan ibadah semenjak sakit/ tergantung mood pasien. Ada pada kondisi tertentu pasien rajin beribadah sholat dan mengaji

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

## 8. Status mental

### a. Penampilan : rapih

Jelaskan : Pasien berpakaian santai, pasien saat pengkajian tampak bersih, tidak berbau, tampak penggunaan pakaian seperti orang pada umumnya.

Keluarga mengatakan untuk mandi, ganti baju dan membersihkan diri dapat dilakukan sendiri namun harus diingatkan terlebih dahulu.

Masalah keperawatan : Tidak ada

### b. Pembicaraan : pasien mampu memulai pembicaraan dengan orang yang dikenal

Jelaskan : Pasien dapat memulai pembicaraan dengan orang yang sudah dikenalnya, pasien terbuka dengan orang lain jika sudah merasa nyaman

dengan lawan bicara, pasien bicara cepat dan pasien merupakan orang yang suka bercerita.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

c. Aktivitas motorik

Jelaskan : Pasien saat bicara pembawaan santai, kadang gelisah jika terlalu lama. Saat komunikasi klien menatap lawan bicara namun mudah bosan dan teralihkan.

Masalah keperawatan : Tidak ada

d. Interaksi selama wawancara

Jelaskan : Pasien saat berbicara kontak mata dengan lawan bicara, namun pasien mudah teralihkan. Pasien mudah merasa bosan dan saat interaksi selalu menanyakan pertanyaan berulang.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

e. Alam perasaan

Jelaskan : Pasien saat ini merasa cukup sehat namun masih membutuhkan obat untuk menenangkan diri, pasien merasa sangat kehilangan ibunya dan sangat sedih dengan kepergian ibunya sehingga sering termenung. Saat keadaan tertentu seperti pasien melihat pisau ada rasa ingin menyayat tangannya. Keluarga mengatakan kadang pasien tiba tiba kesal dan marah.

Masalah keperawatan : Resiko bunuh diri

f. Daya tilik diri



Jelaskan : Pasien menyadari penyakit yang dideritanya saat ini, sehingga pasien menyadari pentingnya untuk minum obat untuk menenangkan dirinya.

Masalah keperawatan : Tidak ada

g. Persepsi

Klien mengatakan adanya suara-suara tanpa berwujud yang mengajaknya bicara, suara juga kadang mengatakan agar dia mengakhiri hidup, suara tersebut muncul saat pasien sendiri dan termenung, suara biasanya muncul pada malam hari terkadang membuat pasien sulit tidur, biasanya dalam seminggu suara muncul 3-5x, saat pasien tidak minum obat pasien merasa gelisah dan suara-suara itu menggangukannya terus menerus, biasanya saat suara itu muncul klien istigfar. Suara tersebut kadang memaksa dan sangat mengganggu klien sehingga klien merasa kesal dan marah.

Masalah keperawatan : Gangguan persepsi sensori, Resiko bunuh diri

h. Proses pikir

Klien saat interaksi dapat menjawab pertanyaan dengan baik, klien berbicara dengan santai. Namun, klien kadang sulit memahami pertanyaan dan kadang jawaban yang diberikan tidak sesuai dengan yang diinginkan dan jawaban terus berulang ulang.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

i. Isi Pikir

Klien tidak mengalami gangguan saat sedang bicara.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

j. Tingkat kesadaran

Saat dilakukan pengkajian pasien sadar, pasien saat diberikan pertanyaan dapat menjawab namun terkadang jawaban yang diberikan tidak sesuai dan selalu mengulang ngulang cerita yang sama.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

k. Memori

Klien tidak memiliki gangguan dalam mengingat, keluarga mengatakan klien dapat mengingat peristiwa dan apa yang diajarkan walaupun harus diajarkan berulang kali karena klien terkadang sulit berkonsentrasi. Klien dapat mengingat nama keluarga dan orang tuanya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Klien kurang mampu untuk berkonsentrasi dengan baik, saat berhitung klien dapat menjawab pertanyaan namun dalam menghitung cukup lama.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

m. Kemampuan Penilaian

Klien tidak mengalami gangguan kemampuan penilaian. Klien mampu membuat keputusan yang sederhana secara mandiri, seperti disuruh memilih mencuci tangan dulu atau makan dulu, klien mengatakan bahwa seharusnya cuci tangan lebih dahulu baru makan, agar tidak terkena penyakit karena kuman di tangan.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

n. Afek

Keluarga mengatakan klien saat ini sudah tampak lebih tenang, namun klien masih merasakan kesedihan setelah meninggalnya ibu klien.

Masalah keperawatan : Berduka

### **9. Mekanisme koping**

a. Koping Adaptif

Klien merespon lawan bicara dengan baik, klien mau diajak berbicara. Keluarga mengatakan apabila ada masalah yang terjadi pada klien, klien sering bermenung dan memikirkannya hingga berlarut larut. Klien mampu melakukan aktivitas secara mandiri.

b. Koping Maladaptif

Keluarga klien mengatakan klien sudah lebih tenang dari sebelumnya, namun klien terkadang masih mudah tersinggung dengan perkataan orang lain. Saat halusinasi muncul klien sering kesal dan marah

Masalah Keperawatan : Koping tidak efektif

### **10. Masalah Psikososial dan Lingkungan**

a. Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mengatakan tinggal dengan ayahnya, namun ada saudara klien yang tinggal tidak jauh dari rumah klien yang datang setiap hari untuk mengantarkan makanan dan merawat klien. Klien mengatakan mendapat dukungan dari keluarganya dan orang-orang disekitarnya.

b. Masalah dengan lingkungan



Klien mengatakan saat ini tidak ada masalah dengan lingkungan, klien merasa sudah nyaman dengan lingkungan saat ini dan mengatakan mempunyai banyak teman.

c. Masalah pendidikan

Pendidikan terakhir klien yaitu kelas 2 smp, klien tidak mau melanjutkan pendidikannya karena saat itu klien pernah terjatuh dari motor dan alami benturan kepala namun tidak ada luka ataupun perdarahan. Keluarga mengatakan sejak saat itu klien sering marah dan tidak mau melanjutkan pendidikannya.

d. Masalah dengan pekerjaan

Klien merupakan seorang pengangguran dan tidak memiliki pekerjaan

e. Masalah dengan perumahan

Klien tinggal dengan ayahnya dan tidak ada masalah dengan perumahan

f. Masalah dengan ekonomi

Klien mengatakan dirinya berasal dari keluarga yang sederhana dan cukup, saudara klien masi mampu untuk membiayai hidupnya dan ayahnya.

g. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Klien mengatakan bahwa dia tidak memiliki masalah dengan pelayanan kesehatan. Keluarga mengatakan jarak pelayanan kesehatan tidak jauh dari rumah.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah kesehatan

## 11. Pengetahuan

Keluarga dan klien mengatakan dia mempercayai bahwa dia mengalami gangguan jiwa. Keluarga mengatakan bahwa dia memahami kondisi klien, dan terus mendukung pengobatan yang diberikan serta selalu mengingatkan klien untuk meminum obat dan beristigfar saat muncul suara suara yang mengganggu.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

## 12. Aspek Medik

Diagnosa Medis : Skizofrenia

Terapi Medis : Risperidon 3mg 2x 1

Clozapin	100 mg	1 x ¼ tablet
Cepezet	100 mg	½ tab pagi, 1 tab malam
Lorezepam	2 mg	1 x 1
Depakote	250 mg	2x 1

## F. Analisa data

No	Data	Diagnosa
1.	<p>Data Mayor :</p> <p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan</li></ol> <ul style="list-style-type: none"><li>Klien mengatakan adanya suara suara tanpa berwujud yang mengajaknya bicara, suara juga kadang mengatakan agar dia mengakhiri hidup, suara tersebut muncul saat pasien sendiri dan termenung, biasanya dalam seminggu suara muncul 3-5x, saat pasien tidak minum obat pasien merasa gelisah dan suara suara itu menggangukannya, biasanya saat suara itu muncul klien istigfar.</li></ul> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Distorsi sensori</li></ol> <ul style="list-style-type: none"><li>Klien mengatakan adanya suara suara</li></ul>	Gangguan persepsi sensori halusinasi

	<p>tanpa berwujud yang mengajaknya bicara</p> <p>2. Respon tidak sesuai</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien saat berbicara kontak mata dengan lawan bicara, namun pasien mudah teralihkan.</li> <li>• klien kadang sulit memahami pertanyaan dan lama dalam menjawab pertanyaan. Jawaban yang diharapkan kadang tidak sesuai dengan yang disampaikan karena pasien sering mengulang ngulang pembicaraan</li> </ul> <p>3. Bersikap seolah melihat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mengatakan terkadang pasien sering pergi keluar sendiri dan berbicara sendiri</li> </ul> <p>Data Minor :</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyatakan kesal</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suara tersebut memaksa dan sangat mengganggu klien sehingga klien merasa kesal.</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melamun</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mengatakan apabila ada masalah yang terjadi pada klien, klien sering bermenung dan memikirkannya hingga berlarut larut.</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Melihat ke satu arah</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien saat berbicara kontak mata dengan lawan bicara, namun pasien mudah teralihkan.</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Bicara sendiri</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga mengatakan terkadang pasien sering pergi keluar sendiri dan berbicara sendiri</li> </ul>	
2.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien merasa sedih dengan kepergian ibunya</li> <li>2. Klien mengatakan adanya suara suara yang menyuruhnya untuk menyakiti diri sendiri dan adanya keinginan untuk mengakhiri hidup</li> </ol> <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien kadang sulit untuk tidur karena ada suara yang mengganggu</li> </ol>	Resiko Bunuh Diri

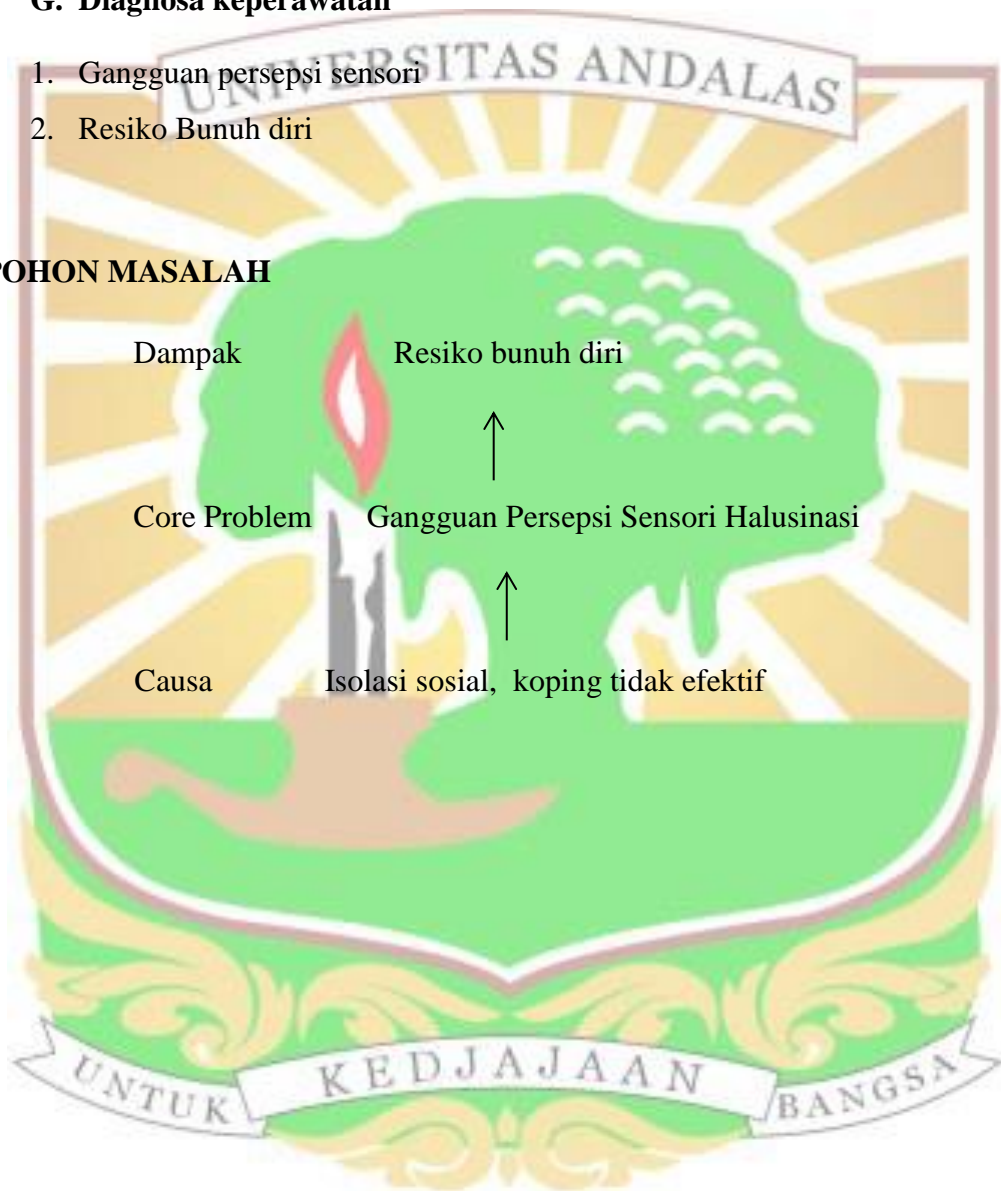


	<p>2. Klien tampak sedih dan sering bermenung hingga berlarut larut.</p> <p>3. Keluarga mengatakan klien pernah mengalami percobaan bunuh diri</p>	
--	--	--

### G. Diagnosa keperawatan


1. Gangguan persepsi sensori
2. Resiko Bunuh diri

### POHON MASALAH




**H. Rencana asuhan keperawatan**

No	Diganosa	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan Persepsi Sensori halusinasi	<p>Tujuan yang akan dicapai klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Klien dapat mengenal halusinasinya</li> <li>3. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan menghardik</li> <li>4. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan mengetahui 6 benar obat dan manfaatnya</li> <li>5. Klien dapat mengontrol halusinasi</li> </ol>	<p>Setelah 4x pertemuan klien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengenal masalah halusinasi</li> <li>2. Mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi.</li> <li>3. Mengontrol halusinasi dengan 6 benar minum obat</li> <li>4. Mengontrol halusinasi dengan bercakap cakap</li> </ol>	<p><b>SP 1</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Identifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon</li> <li>3. Jelaskan cara mengontrol halusinasi: hardik, obat, bercakap-cakap, melakukan kegiatan</li> <li>4. Latih cara mengontrol halusinasi dg menghardik</li> <li>5. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan</li> </ol>	<p>Mengidentifikasi fase halusinasi membantu perawat dalam mengidentifikasi pemberian strategi pelaksanaan yang akan diberikan</p>

		<p>dengan bercakap-cakap</p> <p>6. Klien dapat mengontrol halusinasinya dengan mengerjakan kegiatan sesuai jadwal.</p>		<p>menghardik</p>	
				<p><b>SP 2</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan menghardik. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat)</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan</li> </ol>	<p>Minum obat dengan teratur dapat mengurangi gejala dari halusinasi klien dan juga dengan mengetahui 6 benar dan manfaat dari minum obat membantu klien untuk termotivasi dalam mengkonsumsi obatnya.</p>




			minum obat	
			<p><b>SP 3</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik &amp; obat. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasi dg bercakap-cakap saat terjadi halusinasi</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap-cakap</li> </ol>	Bercakap-cakap dengan orang lain dapat mengurangi adanya gejala halusinasi pada klien.
			<p><b>Sp 4</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik &amp; obat &amp; bercakap-cakap. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol halusinasi dg melakukan kegiatan</li> </ol>	Melakukan kegiatan harian dapat menghindari adanya gejala halusinasi karena pasien teralihkan dengan aktivitas harian

				<p>harian (mulai 2 kegiatan)</p> <p>3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian</p>	
		<p>Tujuan yang akan dicapai Keluarga:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. keluarga dapat mengenal tanda halusinasinya</li> <li>2. Keluarga dapat melatih mengontrol halusinasinya dengan menghardik</li> <li>3. Keluarga dapat melatih mengontrol</li> </ol>	<p>Setelah 4x pertemuan keluarga mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menegal halusinasi</li> <li>2. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi.</li> <li>3. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan 6 benar pemberian obat</li> <li>4. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap cakap</li> </ol>	<p><b>SP 1 keluarga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien</li> <li>2. Jelaskan pengertian, tanda &amp; gejala, dan proses terjadinya halusinasi (gunakan booklet)</li> <li>3. Jelaskan cara merawat halusinasi</li> <li>4. Latih cara merawat halusinasi: hardik</li> <li>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberi pujian</li> </ol>	<p>Mengidentifikasi fase halusinasi membantu perawat dalam mengidentifikasi pemberian strategi pelaksanaan yang akan diberikan</p>
				<p><b>SP 2 Keluarga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam</li> </ol>	<p>Melatih pasien dengan minum obat dengan teratur dapat mengurangi</p>

		<p>halusinasinya dengan mengetahui 6 benar obat dan manfaatnya</p> <p>4. Keluarga dapat melatih mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap</p>		<p>merawat/melatih pasien menghardik. Beri pujian</p> <p>2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat</p> <p>3. Latih cara memberikan/membimbing minum obat</p> <p>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</p>	<p>gejala dari halusinasi klien dan juga dengan mengetahui 6 benar dan manfaat dari minum obat membantu klien untuk termotivasi dalam mengkonsumsi obatnya.</p>
		<p>5. Klien dapat melatih mengontrol halusinasinya dengan mengerjakan kegiatan sesuai jadwal.</p>	<p><b>SP 3 Keluarga</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik dan memberikan obat. Beri pujian</p> <p>2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi</p> <p>3. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi</p>		<p>Melatih pasien dengan bercakap-cakap dengan orang lain dapat mengurangi adanya gejala halusinasi pada klien.</p>






			<p>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian</p>	
			<p><b>SP 4 Keluarga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik, memberikan obat &amp; bercakap-cakap. Beri pujian</li> <li>2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan</li> <li>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadual dan memberikan pujian</li> </ol>	<p>Melatih pasien dengan melakukan kegiatan harian dapat mengurangi adanya gejala halusinasi karena pasien teralihkan dengan kegiatan.</p>

2.	Resiko Bunuh diri	<p>Tujuan yang akan dicapai pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Klien dapat mengendalikan diri dari dorongan bunuh diri, dan berfikir positif terhadap diri sendiri</li> <li>3. Klien dapat mengendalikan diri dari dorongan bunuh diri, latihan berfikir positif keluarga dan lingkungan</li> </ol>	<p>Setelah 4x pertemuan klien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengenal masalahnya</li> <li>2. Mengendalikan dorongan bunuh diri dengan berfikir aspek positif yang dimiliki</li> <li>3. Mengendalikan dorongan bunuh diri dengan berfikir aspek positif keluarga dan lingkungan</li> <li>4. Mengendalikan dorongan bunuh diri dengan latihan cara mencapai harapan masa depan</li> </ol>	<p><b>SP 1</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi beratnya masalah risiko bunuh diri: isarat, ancaman, percobaan</li> <li>2. Identifikasi benda-benda berbahaya dan mengankannya (lingkungan aman untuk pasien)</li> <li>3. Latihan cara mengendalikan diri dari dorongan bunuh diri: buat daftar aspek positif diri sendiri, latihan afirmasi/berpikir aspek positif yang dimiliki</li> <li>4. Masukan pada jadual latihan berpikir positif 5 kali per hari</li> </ol>	<p>Mencari tahu atau menggali apa saja aspek yang mengarah resiko bunuh diri, Memberikan pemahaman bahwa lingkungan nya aman, berfikir positif dapat mengendalikan dorongan bunuh diri</p>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Klien dapat mengendalikan dorongan bunuh diri dengan mengerjakan</li> </ol>		<p><b>SP 2</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan berpikir positif tentang diri sendiri, beri pujian. Kaji ulang risiko bunuh diri</li> </ol>	<p>Melatih berfikir positif keluarga dan lingkungan dapat mengendalikan pasien dari dorongan untuk bunuh diri karena pasien memiliki keluarga</p>

		sesuai jadwal.		<p>2. Latih cara mengendalikan diri dari dorongan bunuh diri: buat daftar aspek positif keluarga dan lingkungan, latih afirmasi/berpikir aspek positif keluarga dan lingkungan</p> <p>3. Masukkan pada jadual latihan berpikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan</p>	yang sangat berarti
				<p><b>SP 3</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan berpikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan. Beri pujian. Kaji risiko bunuh diri</p> <p>2. Diskusikan harapan dan masa depan</p> <p>3. Diskusikan cara mencapai harapan dan masa depan</p> <p>4. Latih cara-cara mencapai harapan dan</p>	Melatih cara mencapai harapan masa depan dapat mengendalikan dorongan bunuh diri karena ada harapan yang harus dicapai sehingga dorongan dapat teralihkan



			<p>masa depan secara bertahap (setahap demi setahap)</p> <p>5. Masukkan pada jadual latihan berpikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan dan tahapan kegiatan yang dipilih</p>	
			<p><b>SP 4</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan berpikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan serta kegiatan yang dipilih. Beri pujian</p> <p>2. Latih tahap kedua kegiatan mencapai masa depan</p> <p>3. Masukkan pada jadual latihan berpikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan, serta kegiatan yang dipilih untuk persiapan masa depan</p>	<p>Melatih harapan dan masa depan dapat mengendalikan dorongan bunuh diri karena adanya harapan yang harus diwujudkan sehingga lebih termotivasi</p>

**I. Catatan perkembangan**

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Nama dan TTD
<p>Senin/ 20 Juni 2022</p> <p>Jam : 10.00 WIB</p>	<p>Gangguan persepsi sensori halusinasi</p>	<p><b>SP 1 Pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Membina hubungan saling percaya dengan klien</li> <li>5. Mengidentifikasi halusinasi: isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon</li> <li>6. Melatih klien mengontrol halusinasinya : menghardik</li> <li>7. Membantu memasukan ke dalam jadwal harian</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan suara suara itu mengajaknya bicara, suara tersebut ada saat pasien sendiri, klien merasa suara itu mengganggu tapi pasien membiarkan suara tersebut jika suara tersebut mengajaknya pada suatu hal yang berbahaya klien istigfar</li> <li>- Klien mengatakan paham setelah dilakukan kegiatan menghardik</li> <li>- Klien mengatakan sudah tau cara menghardik</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak kooperatif dan bersikap terbuka</li> <li>- Klien menatap perawat saat berbicara namun mudah teralih</li> <li>- Klien tampak sudah paham dan bisa memperagakannya cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik</li> </ul> <p>A:</p> <p>SP I latihan mengontrol halusinasi dengan menghardik sudah mandiri</p> <p>P:</p>	<p>Isra Rizantiva</p>

		 <p>UNIVERSITAS ANDALAS</p>	<p>Intervensi dilanjutkan latihan SP II : Minum obat pada Rabu/ 22 Juni 2022</p>	
		<p><b>SP 1 Keluarga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan masalah yg dirasakan dalam merawat pasien</li> <li>2. Menjelaskan pengertian, tanda &amp; gejala, dan proses terjadinya halusinasi</li> <li>3. Menjelaskan cara merawat halusinasi</li> <li>4. Melatih cara merawat halusinasi: hardik</li> <li>5. Menganjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan kecemasan karena pasien sering keluar rumah pada malam hari sehingga menyulitkan keluarga</li> <li>- Keluarga mengatakan paham mengenai pengertian, tanda dan gejala serta proses terjadinya halusinasi</li> <li>- Keluarga sudah tau cara melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mampu menyebutkan pengertian dan tanda gejala dari halusinasi</li> <li>- Keluarga tampak mampu melatih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik</li> </ul> <p><b>A :</b> SP 1 Latih pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik mampu dilakukan keluarga</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan dengan latihan SP II : Latih pasien Minum obat pada</p>	<p>Isra Rizantiva</p>



			Rabu/ 22 Juni 2022	
<p>Selasa/ 21 Juni 2022</p> <p>Jam : 13.30 WIB</p>	Resiko bunuh diri	<p><b>SP 1 Pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi beratnya masalah risiko bunuh diri: isarat, ancaman, percobaan</li> <li>2. Mengidentifikasi benda-benda berbahaya dan mengankannya (lingkungan aman untuk pasien)</li> <li>3. Melatih cara mengendalikan diri dari dorongan bunuh diri: buat daftar aspek positif diri sendiri, latihan afirmasi/berpikir aspek positif yang dimiliki</li> <li>4. Memasukan pada jadwal latihan berpikir positif 5 kali per hari</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan rasa ingin melukai diri muncul dari dalam diri atau bisikan dari hatinya dan hal itu muncul secara tiba tiba untuk saat ini klien merasa tidak ada hasrat untuk bunuh diri.</li> <li>- Klien mengatakan bahwa kelebihan klien yaitu klien kuat, patuh kepada orang tua, mandiri</li> <li>- Klien mengatakan akan melatih cara mengendalikan bunuh diri dengan menyebutkan hal positif yang ada dalam dirinya</li> <li>- Klien mengatakan bahwa keluarganya menyayangi klien</li> <li>- Klien mengatakan merasa senang dan bangga dengan keluarga dan klien akan melatih mengatakan afirmasi positif nya.</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien bersikap terbuka</li> <li>- Klien tampak kooperatif dan mampu menjawab pertanyaan, namun jika</li> </ul>	Isra Rizantiva
		<p><b>SP 2 Pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi kegiatan berpikir positif tentang diri sendiri, beri pujian. Kaji ulang risiko bunuh diri</li> <li>2. Melatih cara mengendalikan diri dari dorongan bunuh diri: buat daftar aspek positif keluarga dan lingkungan, latih afirmasi/berpikir aspek positif keluarga dan lingkungan</li> <li>3. Memasukkan pada jadwal</li> </ol>		Isra Rizantiva

		latihan berpikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan	<p>terlalu lama klien terlihat bosan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tenang</li> <li>- Klien tampak mampu menyebutkan aspek positif dirinya</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SP 1 Mengendalikan dorongan bunuh diri dengan berfikir positif dilakukan mandiri</li> <li>- SP 2 mengendalikan dorongan bunuh diri dengan berfikir positif keluarga dan lingkungan mampu dilakukan pasien</li> </ul> <p><b>P:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dilanjutkan dengan : latih SP 3 melatih cara mencapai harapan klien</li> </ul>	
Rabu/ 22 Juni 2022  Jam : 11.00 WIB	Gangguan persepsi sensori Halusinasi	<p><b>SP 2 Pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Melakukan pengkajian, evaluasi dan validasi kegiatan sebelumnya</li> <li>7. Melatih klien mengontrol halusinasinya : minum obat dengan 6 benar</li> <li>8. Membantu memasukan ke dalam jadwal harian</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan melakukan kegiatan menghardik sekali pada malam hari karena suara-suara tersebut muncul</li> <li>- Klien mengatakan pada malam hari dan pagi hari sudah minum obat</li> <li>- Klien mengatakan sudah paham cara minum obat</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sudah paham dengan apa</li> </ul>	Isra Rizantiva

		<p>UNIVERSITAS ANDALAS</p> 	<p>yang dijelaskan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien belum mampu menyebutkan 6 benar obat, namun klien mampu menyebutkan jika diingatkan oleh perawat</li> <li>- Klien tampak tenang</li> </ul> <p>A: Latihan SP II mengontrol halusinasi dengan cara minum obat sudah mandiri</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan dengan latihan SP III : Bercakap-cakap pada Jumat / 23 Juni 2022</p>	
		<p><b>SP 2 Keluarga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik. Beri pujian</li> <li>2. Menjelaskan 6 benar cara memberikan obat</li> <li>3. Melatih cara memberikan/membimbing minum obat</li> <li>4. Menganjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan sudah mengingatkan pasien untuk kegiatan menghardik namun pasien hanya melakukan sekali pada saat suara muncul</li> <li>- Keluarga mengatakan selalu mengingatkan klien untuk minum obat dan keluarga mengatakan pagi ini klien sudah minum obat</li> <li>- Keluarga mengatakan sudah paham 6 benar cara memberikan obat dan pada bungkus obat ada keterangan nam, dosis dan waktu pemberian obat sehingga jika</li> </ul>	<p>Isra Rizantiva</p>



			<p>lupa dapat dilihat pada pembungkusnya.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mampu mengulangi 6 benar cara pemberian obat</li> </ul> <p>A : SP 2 Latih pasien mengontrol halusinasi dengan 6 benar cara pemberian obat mampu dilakukan keluarga</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan latihan SP III : Latih pasien bercakap cakap pada Jumat/ 23 Juni 2022</p>	
<p>Jumat/ 23 Juni 2022</p> <p>Jam : 10.00 WIB</p>	<p>Gangguan persepsi sensori Halusinasi</p>	<p><b>SP 3 Pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian, evaluasi dan validasi kegiatan sebelumnya</li> <li>2. Melatih klien mengontrol halusinasinya : bercakap-cakap</li> <li>3. Membantu memasukan ke dalam jawal harian</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah melakukan latihan menghardik pada malam hari dan minum obat pada pagi hari ini</li> <li>- Klien mengatakan sudah paham dengan latihan bercakap-cakap</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak mampu menyampaikan halusinasinya dengan cara bercakap-cakap</li> <li>- Klien mampu mengulangi 3 cara mengontrol halusinasi namun harus diingatkan oleh perawat</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Latihan SP III mengontrol halusinasi</li> </ul>	<p>Isra Rizantiva</p>

		 <p>UNIVERSITAS ANDALAS</p>	<p>dengan bercakap-cakap sudah mandiri</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan : Latih SP IV mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian pada</p>	
		<p><b>SP 3 Keluarga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien menghardik dan memberikan obat. Beri pujian</li> <li>2. Menjelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi</li> <li>3. Melatih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi</li> <li>4. Menganjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan klien melakukan latihan menghardik pada malam hari dan latihan minum obat pada pagi hari</li> <li>- Keluarga mengatakan paham latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap cakap</li> <li>- Keluarga mengatakan sudah memotivasi klien untuk melakukan kegiatan harian</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga tampak mampu melatih pasien control halusinasi dengan cara bercakap cakap</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Latihan SP III melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap sudah mampu dilakukan keluarga</li> </ul> <p>P:</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	<p>Isra Rizantiva</p>

	Resiko Bunuh diri	<p><b>SP 3 Pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi kegiatan berpikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan. Beri pujian. Kaji risiko bunuh diri</li> <li>2. Mendiskusikan harapan dan masa depan</li> <li>3. Mendiskusikan cara mencapai harapan dan masa depan</li> <li>4. Melatih cara-cara mencapai harapan dan masa depan secara bertahap</li> <li>5. Memasukkan pada jadwal latihan berpikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan dan tahapan kegiatan yang dipilih</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan melakukan kegiatan sebelumnya</li> <li>- Klien mengatakan tidak ada hasrat untuk bunuh diri</li> <li>- Klien mengatakan di masa depan ingin menjadi peternak ayam, karena klien suka beternak dan beternak dapat menghasilkan uang</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien melakukan kegiatan sebelumnya secara mandiri di sore hari</li> <li>- Klien memiliki peliharaan ayam</li> <li>- Klien semakin tenang setelah melihat ternaknya</li> <li>- Klien mampu menyebutkan 3 cara mengontrol dorongan bunuh diri</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Latihan SP III mengendalikan dorongan bunuh diri dengan melatih cara mencapai harapan masa depan dapat dilakukan</li> </ul> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Latihan SP IV mengendalikan dorongan</li> </ul>	Isra Rizantiva
--	-------------------	--	---	----------------



			bunuh diri dengan melatih cacara mencapai harapan masa depan dapat dilakukan	
Sabtu / 25 Juni 2022  Jam : 10.00 WIB	Gangguan persepsi sensori Halusinasi	<b>SP 4 Pasien</b> 1. Mengevaluasi kegiatan latihan menghardik & obat & bercakap-cakap. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dg melakukan kegiatan harian dengan beternak ayam 3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap dan kegiatan harian	<b>S:</b> - Klien mengatakan mengulangi latihan menghardik pada malam hari, latihan minum obat pada pagi hari dan bercakap-cakap pada sore hari. - Klien mengatakan sudah paham dengan melakukan aktivitas harian dengan beternak ayam pada pagi siang dan sore hari <b>O:</b> - Klien tampak mampu melakukan kegiatan harian seperti memberi makan ayam - Klien mampu mengulangi 3 cara mengontrol <b>A:</b> - Latihan SP IV mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian sudah mandiri <b>P:</b> - Intervensi dihentikan	Isra Rizantiva
	Resiko Bunuh diri	<b>SP 4</b> 1. Mengevaluasi kegiatan berpikir positif tentang diri, keluarga dan	<b>S:</b> - Klien mengatakan melakukan kegiatan	

		<p>lingkungan serta kegiatan yang dipilih. Beri pujian</p> <p>2. Latih tahap kedua kegiatan mencapai masa depan</p> <p>3. Masukkan pada jadual latihan berpikir positif tentang diri, keluarga dan lingkungan, serta kegiatan yang dipilih untuk persiapan masa depan</p>	<p>sebelumnya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak ada hasrat untuk bunuh diri</li> <li>- Klien mengatakan ingin berkebun sayur sayuran seperti cabe,bawang</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien melakukan kegiatan sebelumnya secara mandiri di pagi dan sore hari</li> <li>- Klien memiliki lahan untuk berkebun bawang dan cabe</li> <li>- Klien mampu menyebutkan 4 cara mengontrol dorongan bunuh diri</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Latihan SP IV mengendalikan dorongan bunuh diri dengan melatih cara mencapai harapan masa depan dapat dilakukan</li> </ul> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dihentikan</li> </ul>	
--	--	---	--	--









## Lembar 4. Lembar Curriculum Vitae

### *CURICULUM VITAE (CV)*

#### **Riwayat Hidup**



Nama : Isra Rizantiva  
NIM : 2141312094  
Tempat tanggal lahir : Pakan Sinayan, 19 November 1999  
Pekerjaan : Mahasiswa FKEP Unand  
Status : Belum Menikah  
Agama : Islam  
Alamat : Pakan Sinayan, Kec. Banuhampu, Kab. Agam.  
Email : israrizantiva@gmail.com  
Nama Bapak : Mubasyir  
Nama Ibu : Sudarnis  
Riwayat Pendidikan : 1. TK Al-abrar (2005)  
2. SDN 09 Pakan Sinayan (2011)  
3. SMPS YPPI Perawang (2014)  
4. SMAN 1 Banuhampu (2017)  
5. Universitas Andalas, Fakultas Keperawatan/Ilmu keperawatan (2021)  
6. Universitas Andalas, Profesi ners (2022 – sekarang)