

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SKIZOFRENIA DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI PENDENGARAN DI RUANG NUSA
INDAH RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

NILAM AYU CAHYANING RATI

(P17240224078)



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN TRENGGALEK**

2025

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SKIZOFRENIA DENGAN
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI PENDENGARAN DI RUANG NUSA
INDAH RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah studi kasus ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan di Program Studi Keperawatan Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Disusun Oleh :

NILAM AYU CAHYANING RATI

(P17240224078)

KEMENTRIAN KESEHATAN RI

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI DIPLOMA-III

KEPERAWATAN KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK

2025

CURRICULUM VITAE

Nama : Nilam Ayu Cahyaning Rati
Tempat tanggal lahir : Surabaya, 12 Agustus 2004
Agama : Islam
Alamat : RT 39/RW 20 Dsn. Bangunsari,
Ds. Pule, Kec. Pule,
Kab. Trenggalek, Prov. Jawa
Timur



Riwayat Pendidikan :

1. Nawa Kartika VII Pule tahun 2008 – 2010
2. SD Negeri 5 Pule Tahun 2010 – 2016
3. SMP Negeri 1 Pule Tahun 2016 – 2019
4. SMA Negeri 1 Pule Tahun 2019 – 2022
5. POLKESMA Prodi D3 Keperawatan Kampus
Kabupaten Trenggalek Tahun 2022 – 2025

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Nilam Ayu Cahyaning Rati

NIM : P17240224078

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Trenggalek

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui,

Trenggalek, Mei 2025

Pembimbing

Yang membuat pernyataan



Ns. Elok Yulidaningsih, S. Kep., M. Kep
NIP. 919840706 20190 1 201



Nilam Ayu Cahyaning Rati
P17240224078

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Nilam Ayu Cayanin Rati (P17240224078) dengan
**“Asuhan Keperawatan Pada Klien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi
Sensori Pendengaran Di Ruang Nusa Indah Rsud Dr. Soedomo Trenggalek”,**
yang ditulis oleh Nilam Ayu Cahyaning Rati NIM P17240224078 telah diperiksa
dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, Mei 2025

Pembimbing



Ns. Elok Yulidaningsih, S. Kep., M. Kep
NIP. 919840706 20190 1 201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Nilam Ayu Cahyaning Rati (P17240224078) dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di Ruang Nusa Indah RSUD Dr. Soedomo Trenggalek”**, telah dipertahankan di depan dewan penguji pada 5 Mei 2025

Dewan Penguji

Ketua Penguji

Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830626201901201

Anggota Penguji

Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep
NIP. 919840706201901201

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 197608102002122001

MOTTO

“Hidup adalah perjalanan, nikmati setiap langkahnya”.

PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim

Alhamdulillah puji syukur kehadiran Allah SWT yang Maha Pengasih Lagi Maha Penyayang, atas segala rahmat, hidayat dan karunia-Nya yang telah memberikan kesehatan dan kemudahan penulis dapat menyelesaikan tugas akhir yaitu Karya Tulis Ilmiah. Dengan rasa syukur Karya Tulis Ilmiah ini juga saya persembahkan kepada :

1. Orang Tua dan Kakek saya yang menjadi *support system*, yang telah memberikan dukungan moral, materi serta doa yang tiada henti, karena tiada kata seindah lantunan doa dan tiada lantunan doa seindah yang terucap dari mereka.
2. Dosen Pembimbing Ibu Elok Yulidaningsih S.Kep.,M.Kep yang telah banyak membimbing dan memberikan masukan, pengarahan serta saran dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini mulai dari awal sampai akhir serta terimakasih kepada Bapak/Ibu dosen yang juga berperan dalam memberikan dukungan, bantuan, pengarahan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmatnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di Ruang Nusa Indah Rsud Dr. Soedomo Trenggalek”** tepat pada waktu yang sudah ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek.

Dalam penyusunan penulis mendapat banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini penulis tidak lupa mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

- 1) Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen, M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek.
- 2) Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep.,Ns.M.Kep Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
- 3) Dr. Mokh. Rofiq Hindiono, M.M.R.S. selaku direktur yang telah memberikan izin serta tempat untuk melakukan penelitian di RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 4) Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Poltekkes Kemenkes Malang,

yang telah memberikan dorongan, perhatian, bimbingan, pengarahan serta saran sehingga terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.

- 5) Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberikan pengarahan, saran dan revisi kepada penulis sehingga dapat terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.
- 6) Ns. Ixora, S. kep., M. Kep selaku Ketua Penguji pada seminar Karya Tulis Ilmiah yang telah berkenan memberikan masukan dan koreksi demi tersusunnya Karya Tulis Ilmiah yang lebih baik.
- 7) Andi Bakhtiar, Amd. Kep., selaku Kepala Ruang Nusa Indah yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam melakukan penelitian.
- 8) Responden yang telah bersedia memberikan tanggapan serta jawaban yang sesuai dengan keluhan dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan sebaik-baiknya. Namun demikian penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu demi kesempurnaan, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak yang terkait untuk menyempurnakannya.

Trenggalek, Mei 2025



Nilam Ayu Cahyaning Rati

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
PRODI D3 KEPERAWATAN KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK
2025**

ABSTRAK

Nilam Ayu Cahyaning Rati

Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien *Skizofrenia* Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi dan perilaku aneh. Pasien *skizofrenia* dengan halusinasi bisa menyebabkan hilangnya control diri yang menjadikan pasien panik dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasi. Pasien *skizofrenia* dengan halusinasi pendengaran sering mengalami ketidakpedulian merawat diri. Tujuan dari penelitian ini melakukan dan menganalisa asuhan keperawatan jiwa pada pasien *skizofrenia* dengan gangguan persepsi sensori pendengaran di ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Metode yang digunakan deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 1 pasien yang mengalami *skizofrenia* halusinasi pendengaran yang kooperatif, tanpa penyakit penyerta. Metode pengumpulan data dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

Berdasarkan hasil penelitian masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran. Intervensi disusun berdasarkan teori dari studi keperawatan dan sumber buku Keliat. Implementasi dilaksanakan menggunakan strategi komunikasi dan pelaksanaan meliputi SP 1 - SP 5. Evaluasi keperawatan didapatkan hasil pasien mampu membina hubungan saling percaya, mengenal halusinasi, mengontrol halusinasi dengan bercakap cakap, melakukan aktivitas terjadwal dan patuh minum obat. Pada analisis menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dengan fakta yaitu pada status mental dan kebutuhan perawatan diri.

Pasien dengan *skizofrenia* halusinasi pendengaran memerlukan pengawasan dan perawatan khusus. Oleh sebab itu, pentingnya peran keluarga dalam memberikan perhatian, motivasi, dan empati untuk mencapai kesembuhan yang optimal dan mencegah kekambuhan seminimal mungkin.

Kata Kunci : *Skizofrenia*, Halusinasi Pendengaran, Pasien.

**HEALTH POLYTECHNIC MINISTRY OF HEALTH MALANG DIPLOMA 3
NURSING STUDY PROGRAM TRENGGALEK REGENCY CAMPUS
2025**

ABSTRACT

Nilam Ayu Cahyaning Rati

Mental Nursing Care for Schizophrenia Patients with Hearing Sensory Perception Disorders in the Nusa Indah Room of dr. Soedomo Trenggalek Hospital

Schizophrenia is a group of psychotic reactions characterized by chaotic thoughts, delusions, hallucinations and strange behavior. Schizophrenic patients with hallucinations can cause a loss of self-control which makes the patient panic and their behavior is controlled by hallucinations. Schizophrenia patients with auditory hallucinations often experience indifference to self care. The purpose of this study was to conduct and analyze psychiatric nursing care for schizophrenia patients with auditory sensory perception disorders in the Nusa Indah ward of dr. Soedomo Trenggalek Hospital.

The method used is descriptive qualitative with a case study approach. The participant in this study was 1 patient who experienced cooperative auditory hallucination schizophrenia, without comorbidities. Data collection methods include interviews, observation, physical examination and documentation studies.

Based on the research results, the nursing problem that emerged was sensory perception disorders, auditory hallucinations. The intervention was prepared based on theories from nursing studies and Keliat book sources. Implementation carried out using communication and implementation strategies including SP 1 - SP 5. Nursing evaluation showed that the patient was able to build a relationship of mutual trust, recognize hallucinations, control hallucinations by talking, carrying out scheduled activities and complying with taking medication. The analysis shows that there is a gap between theory and facts namely in mental status and selfcare needs.

Schizophrenic patients with auditory hallucinations require special supervision and care. Therefore, the role of the family is important in providing attention, motivation and empathy to achieve full recovery and prevent the relapse as minimum possible.

Keywords : Schizophrenia, Auditory Hallucinations, Patients.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
CURRICULUM VITAE	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
ABSTRAK	x
ABSTRACT	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR SINGKATAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah	3
1.3 Rumusan Masalah	4
1.4 Tujuan Penelitian.....	4
1.4.1 Tujuan Umum.....	4
1.4.2 Tujuan Khusus	4

1.5 Manfaat Penelitian.....	5
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.5.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Dasar Skizofrenia	7
2.1.2 Definisi Skizofrenia	7
2.1.2 Etiologi Skizofrenia	8
2.1.3 Manifestasi Klinis Skizofrenia	9
2.1.4 Patofisiologi Skizofrenia	10
2.1.5 Jenis – Jenis Skizofrenia.....	11
2.1.6 Penatalaksanaan Skizofrenia	12
2.2 Konsep Dasar Halusinasi.....	18
2.2.1 Definisi Halusinasi.....	18
2.2.2 Etiologi Halusinasi	18
2.2.3 Manifestasi Klinis Halusinasi.....	22
2.2.4 Patofisiologi Halusinasi	23
2.2.5 Jenis – Jenis Halusinasi	24
2.2.6 Rentang Respon Halusinasi.....	26
2.2.7 Penatalaksanaan Halusinasi.....	28
2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Halusinasi.....	29
2.3.1 Pengkajian Keperawatan	29
2.3.2 Pohon masalah.....	36
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	36
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	37

2.3.4 Implementasi Keperawatan	39
2.3.5 Evaluasi	39
BAB 3 METODE PENELITIAN	40
3.1 Desain Penelitian	40
3.2 Batasan Istilah	40
3.3 Partisipan	41
3.4 Lokasi dan Waktu	41
3.5 Pengumpulan Data	41
3.6 Uji Keabsahan Data	41
3.7 Analisa Data	43
3.8 Etika penelitian	46
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	48
4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	48
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian	48
4.1.2 Pengkajian	48
4.1.3 Analisa Data	58
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	59
4.1.5 Perencanaan Keperawatan	60
4.1.6 Implementasi dan Evaluasi	63
4.1.7 Hasil Analisa Keperawatan	67
4.2 Pembahasan	75
4.2.1 Pengkajian	75
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	90
4.2.3 Intervensi Keperawatan	91

4.2.4 Implementasi Keperawatan	91
4.2.5 Evaluasi Keperawatan	92
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	93
5.1 Kesimpulan	93
5.1.1 Pengkajian	93
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	93
5.1.3 Intervensi Keperawatan	93
5.1.4 Implementasi Keperawatan	94
5.1.5 Evaluasi	94
5.2 Saran	94
5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan	94
5.2.2 Bagi Peneliti	95
5.2.3 Bagi Klien	95
5.2.4 Bagi Lahan Penelitian	95
5.2.5 Bagi Peneliti Yang Akan Datang	95
DAFTAR PUSTAKA	96
LAMPIRAN	99

DAFTAR TABEL

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan.....	38
Tabel 4.1 Identitas Pasien.....	50
Tabel 4.2 Stressor Presipitasi.....	51
Tabel 4.3 Faktor Predisposisi	52
Tabel 4.4 Status Psikososial	55
Tabel 4.5 Status Mental	56
Tabel 4.6 Pengkajian Fisik	56
Tabel 4.7 Aktivitas sehari – hari	57
Tabel 4.8 Sumber Koping.....	58
Tabel 4.9 Aspek Medik.....	59
Tabel 10 Analisa Data.....	60
Tabel 4.11 Perencanaan Keperawatan	62
Tabel 4.12 Implementasi dan Evaluasi	65
Tabel 4.13 Hasil Analisa Keperawatan.....	69

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Inform Consent.....	50
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	51
Lampiran 3 Format Asuhan Keperawatan.....	52
Lampiran 4 Lembar Konsultasi.....	68

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Halusinasi.....	29
Gambar 2.2 Pohon Masalah	37
Gambar 4.1 Genogram	54

DAFTAR SINGKATAN

RSUD	:	Rumah Sakit Umum Daerah
WHO	:	<i>World Health Organization</i>
Riskesdas	:	Riset Kesehatan Dasar
NHS	:	<i>National Health Service</i>
TAK	:	Terapi Aktivitas Kelompok
GABA	:	<i>Gamma-aminobutyric Acid</i>
ECT	:	<i>Electro Convulsive Therapy</i>
BAK	:	Buang Air Kecil
BAB	:	Buang Air Besar
HLP	:	<i>Haloperidol</i>
CPZ	:	<i>Trihexyphenidyl</i>
THP	:	<i>Clapromazine</i>
SP	:	Strategi Pelaksanaan

DAFTAR ISTILAH

<i>Skizofrenia</i>	:	Sekelompok psikosis dengan berbagai gangguan kepribadian disertai adanya perubahan yang khas
<i>Drop out</i>	:	Keluar dari penanganan medis
Stigma	:	Sikap negatif yang ditujukan kepada seseorang
Multifaktor	:	Berbagai penyebab
Halusinogen	:	Jenis psikotropika yang dapat menimbulkan efek halusinasi
Visual	:	Penglihatan
Auditory	:	Pendengaran
Olfaktri	:	Penciuman
Gustatory	:	Pengecapan
Taktil	:	Perabaan
Informed consent	:	Lembar persetujuan menjadi responden
Anonymity	:	Tanpa nama
Confidentiality	:	Kerahasiaan
Beneficiency	:	Manfaat / keuntungan
Bipolar	:	Suatu gangguan yang berhubungan dengan suasana hati mulai dari posisi terendah depresif/ tertekan ke tertinggi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seseorang dapat dikatakan mengalami gangguan jiwa apabila dirinya menunjukkan sekumpulan gejala pada pikiran, perasaan serta perilaku yang tidak lagi berfungsi secara wajar dan optimal. *Skizofrenia* merupakan gangguan jiwa yang menjadi masalah utama di negara-negara dimana skizofrenia termasuk jenis psikosis yang menempati urutan atas dari seluruh gangguan jiwa yang ada (Nuraenah *et al.*, 2014). *Skizofrenia* dapat mempengaruhi kehidupan sehari-hari serta kualitas hidup penderita. Seseorang dengan *skizofrenia* berpotensi besar untuk melukai dirinya sendiri maupun orang disekitarnya. Gejalanya baru terlihat ketika memasuki usia remaja akhir atau awal dewasa. Penyakit ini dapat membuat orang-orang terdekat merasa was-was, karena tindakan nekat yang sering dilakukan tanpa ada tanda apa pun. Meskipun pasien depresi lebih beresiko untuk melakukan tindakan menyakiti diri sendiri atau bunuh diri, tetapi pasien *skizofrenia* juga perlu mendapatkan perhatian khusus, pasalnya kasus bunuh diri yang dilakukan oleh gangguan mental kronis ini cenderung lebih ekstrem. Pengidap gangguan mental ini tidak bisa mengendalikan diri dan emosinya. Jadi, tidak mengherankan jika mereka sering berperilaku tidak pantas dan cenderung nekat. Ini disebabkan karena halusinasi dan delusi yang mereka alami. Halusinasi atau bisikan dari dalam pikiran yang kuat ini yang memicu pengidap berbuat hal-hal yang di luar akal sehat, seperti menyakiti diri sendiri, menyakiti orang lain, bahkan hingga bunuh diri.

Menurut *World Health Statistics* (2019) terdapat 264 juta orang mengalami depresi, 45 juta orang menderita bipolar, 50 juta orang mengalami demensia dan 20 juta orang mengalami *skizofrenia*. Data *skizofrenia* di Indonesia pada tahun 2020 adalah 1910 kasus dari total 2301 kasus gangguan jiwa. Di Jawa Timur sendiri prevalensi orang dengan gangguan jiwa berat *skizofrenia* mencapai 75.435 pada Tahun 2021. Kabupaten Trenggalek menduduki peringkat ke 25 di Jawa Timur dengan jumlah 1.469 jiwa. Berdasarkan data dari rekam medis di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2023 terdapat 80 orang mengalami gangguan jiwa *skizofrenia*.

Seseorang dengan *skizofrenia* menjadi sulit membedakan antara sesuatu yang nyata dan tidak nyata. Gangguan ini ditandai terutama dengan gejala perubahan proses berfikir, isi pikir dan persepsi seseorang. *Skizofrenia* dapat muncul karena beberapa kondisi diantaranya faktor genetik, gangguan biokimia, fisiologis dan tekanan atau masala psikososial. Hal yang sama juga dikemukakan oleh *National Health Service* (NHS) dimana penyebab seseorang mengalami *skizofrenia* merupakan kombinasi dari faktor masalah/penyakit fisik, genetik, psikologis dan lingkungan. Karakteristik *skizofrenia* berawal pada masa remaja awal dan permulaan dewasa yang akan diikuti dengan perkembangan gejala prodromal yang berlangsung beberapa hari sampai beberapa bulan dan menyebabkan gejala seperti depresi, gelisah, dan cemas (Keliat, 2019). *Skizofrenia* dapat mengubah persepsi klien, cara berfikir, berbicara sendiri, mata melihat kekanan-kekiri, jalan mondar-mandir, sering tersenyum sendiri, dan sering mendengar suara (Abidin and Wahyuningsih,

2020). Klien merasakan suara tersebut menunjuk kepada dirinya, sehingga klien sering terlihat bertengkar atau berbicara sendiri dengan suara yang didengar. Suara tersebut bisa berhubungan dengan hal yang menyenangkan, ataupun dengan yang buruk. Misalnya mengancam, memaki, bahkan menyuruh untuk bunuh diri (Ermawati, 2013). Jika hal ini dibiarkan secara terus- menerus, akan mengakibatkan klien mempercayai keberadaan suara tersebut dan mengalami agresifitas dan gaduh gelisah yang menyebabkan klien harus dirawat di Pelayan Kesehatan.

Penanganan secara tepat untuk mengatasi dampak dari halusinasi yakni dengan melakukan tindakan asuhan keperawatan dan terapi stimulasi. Terapi stimulasi persepsi dalam mengontrol halusinasi yaitu menghardik dengan menutup telinga, mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat, mengajak klien untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain, mengajak klien untuk melakukan aktivitas yang paling klien sukai (Stuart *et al.*, 2016). Selain dengan cara menghardik, yaitu dengan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) dengan cara bergabung sosialisasi dengan sekitarnya. Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Klien *Skizofrenia* dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran”.

1.2 Batasan Masalah

Batasan Masalah pada Karya Tulis Ilmiah ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan pada pasien *Skizofrenia* dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran yang kooperatif serta dirawat minimal 3 hari Di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang tersebut, Rumusan Masalah pada Karya Tulis Ilmiah sebagai berikut: “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada klien *Skizofrenia* dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek”.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Keperawatan "Asuhan Keperawatan pada klien *Skizofrenia* dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek"

1.4.2 Tujuan Khusus

Melakukan Asuhan Keperawatan Asuhan Keperawatan pada klien *Skizofrenia* dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang meliputi:

- 1) Mampu melakukan pengkajian pada klien *Skizofrenia* dengan Gangguan Persepsi Halusinasi Sensori Pendengaran Di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 2) Mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada klien *Skizofrenia* dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 3) Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada pemenuhan kebutuhan persepsi sensoris pada klien *Skizofrenia* dengan Gangguan Persepsi Halusinasi Sensori Pendengaran Di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

- 4) Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada klien *Skizofrenia* dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 5) Mampu mengevaluasi tindakan keperawatan pemenuhan kebutuhan persepsi sensoris pada klien *Skizofrenia* dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 6) Mampu menganalisa antara fakta dan teori hasil Asuhan Keperawatan Jiwa pada klien *Skizofrenia* dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Dapat digunakan sebagai masukan peneliti untuk meningkatkan pengetahuan serta bahan kajian atau referensi bahan peneliti selanjutnya dengan metode yang berbeda.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai menambah informasi tentang *Skizofrenia* dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran dan meningkatkan mutu pelayanan pendidikan khususnya Poltekkes Kemenkes Kesehatan Malang Kampus V Trenggalek pada masa mendatang.

2) Bagi Peneliti

Digunakan sebagai pengalaman serta melatih diri dalam memecahkan suatu permasalahan dalam metode ilmiah sesuai dengan pengetahuan yang telah diperoleh peneliti.

3) Bagi Klien

Hasil penelitian dapat memberikan masukan serta motivasi untuk kesembuhan klien pada *Skizofrenia* dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran.

4) Bagi Lahan Penelitian

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi dan pengetahuan yang dibutuhkan untuk memecahkan masalah.

5) Bagi Peneliti Yang Akan Datang

Hasil penelitian ini memberikan masukan data mengenai Asuhan Keperawatan pada klien skizofrenia dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran untuk dilakukan penelitian yang akan datang.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.2 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari dua kata yaitu “*skizo*” artinya retak atau pecah dan “*frenia*” artinya jiwa. Oleh karena itu orang yang menderita gangguan jiwa *skizofrenia* adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau kepribadian (*splitting of personality*) (Hawari, 2012). *Skizofrenia* merupakan sindrom heterogen kronis yang ditandai dengan pola pikir yang tidak teratur, delusi, halusinasi, perubahan perilaku yang tidak tepat dan adanya gangguan fungsi psikososial (Andryan *et al.*, 2013) *Skizofrenia* adalah istilah untuk sekelompok psikosis dengan berbagai gangguan kepribadian disertai adanya perubahan yang khas dari cara berpikir, perasaan dan hubungannya dengan lingkungan (farmakologi dan toksikologi). *Skizofrenia* merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi fungsi individu, termasuk cara berfikir, berkomunikasi, merasakan dan menunjukkan emosi, gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi dan perilaku yang aneh (Rhoad, 2011). Gangguan jiwa *skizofrenia* adalah bentuk psikosa yang sering dijumpai sejak dahulu. Namun patogenesisnya masih belum jelas. Seseorang yang mengalami *skizofrenia* berarti kesehatan jiwanya terganggu. Gejala dari *skizofrenia* biasanya terlihat pada masa remaja atau dewasa muda dan terjadi secara kronis serta dapat menetap (Patricia *et al.*, 2014). Skizofrenia lebih sering terjadi pada akhir masa

remaja atau usia lebih dari 40 tahun. Karena rentang usia tersebut merupakan usia produktif yang dipenuhi oleh berbagai banyak faktor seperti beban tanggung jawab yang besar dan stress. Faktor pencetus stress diantaranya mencangkup masalah dengan keluarga, teman kerja, pekerjaan yang berat, hingga masalah ekonomi yang dapat mempengaruhi perkembangan emosional (Yulianty *et al.*, 2017)

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Penyebab gangguan jiwa *skizofrenia* belum di ketahui secara pasti sampai saat ini, namun beberapa penelitian telah menunjukkan adanya struktur dan fungsi otak yang abnormal. Pada penderita gangguan *skizofrenia* terjadi perubahan struktur otak yaitu : ukuran otak bagian tertentu menjadi lebih kecil dari ukuran normal. Kombinasi faktor genetik dan lingkungan berperan dalam perkembangan *skizofrenia*. Faktor genetik dapat menjadi penyebab gangguan jiwa *skizofrenia* sekitar 0,6-1,9% dalam populasi U.S (Chisholm-Burns *et al.*, 2016). Faktor genetik dapat mempengaruhi terjadinya penyakit *skizofrenia*. Seorang dengan riwayat kedua orang tua mengalami gangguan jiwa *skizofrenia*, maka beresiko sekitar 40% untuk mengalami gangguan *skizofrenia* (Dipiro *et all*, 2011). Pada kembar monozigot, jika salah satu telah terdiagnosis mengalami gangguan *skizofrenia*, maka kemungkinan kembar lainnya akan mengalami gangguan *skizofrenia* tersebut sekitar 50% (Chisholm-Burns *et all*, 2016).

2.1.3 Manifestasi Klinis Skizofrenia

Gejala *skizofrenia* dapat dikelompokkan menjadi 2 macam yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif yang diperlihatkan seorang penderita *skizofrenia* adalah sebagai berikut:

1) Delusi atau Waham

Delusi atau waham merupakan keyakinan yang salah terhadap kenyataan yang tidak sesuai dengan latar belakang sosial dan kultural seorang *skizofrenia* (Zahnia and Sumekar, 2016). Meskipun telah dibuktikan secara objektif bahwa kenyataan tersebut tidak benar namun penderita *skozofrenia* tetap menyakini kebenarannya (Hawari, 2012). Penyimpangan dari proses berfikir penderita menyebabkan terbentuknya waham tersebut (Ibrahim, 2011)

2) Halusinasi

Halusinasi merupakan persepsi sensori tanpa stimulus eksternal. Misalnya penderita mendengar suara atau bisikan di telinga padahal tidak ada sumber dari suara tau bisikan tersebut (Hawari, 2012).

3) Kekacauan Alam Pikir

Dapat dilihat dari cara bicara dan isi dari pembicaraan yang kacau sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya (Hawari, 2012).

4) Gelisah, agresif, gembira yang berlebihan dan bicara terlalu semangat (Hawari, 2012).

Gejala-gejala negatif pada penderita *skizofrenia* adalah sebagai berikut :

a) Kehilangan kemampuan berfikir atau berbicara (Keliat, 2012).

- b) Kurangnya kemampuan untuk merasakan kesenangan serta memisahkan diri dari lingkungan sosial (Ikawati, 2014). Penderita merasa jauh dari dirinya sendiri atau orang lain dan tidak berdaya.
- c) Kehilangan dorongan kehendak atau inisiatif, monoton, tidak ada upaya, tidak menginginkan sesuatu dan serba malas (Hawari, 2012).
- d) Alam perasaan yang tumpul dan datar merupakan penurunan intensitas ekspresi dan emosi. Penderita tampak acuh atau hanya berespon superfisial (Keliat, 2012). Ekspresi emosi penderita sangat sedikit bahkan ketika afek tersebut seharusnya diekspresikan namun penderita tidak menunjukkannya (Elvira, 2013). Gejala ini merupakan gejala khas pada penderita *skizofrenia* kronis. Penderita tidak dapat beraksi secara normal dalam intensitas emosional dan tidak mempunyai perasaan (Keliat and Akemat, 2014).

2.1.4 Patofisiologi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan penyakit dengan penyebab multifaktor. Patofisiologi *skizofrenia* belum diketahui secara pasti dan sangat bervariasi seperti halnya etiologi, terdapat beberapa hipotesis yang telah diajukan diantaranya (Kemenkes, 2021):

1) Faktor genetik

Individu dengan keluarga penderita *skizofrenia* memiliki resiko lebih tinggi mengalami penyakit *skizofrenia*. Pada anak dengan orang tua menderita *skizofrenia* beresiko 5% untuk mengalami penyakit serupa.

Pada individu dengan saudara kandung atau kembar dizigot yang mengalami *skizofrenia* beresiko 10% dan pada kembar monozigot resiko mengalami *skizofrenia* sebesar 40%.

2) Gangguan neurotransmitter

Pada hipotesis dopamin, ditemukan yaitu terdapat hiperaktivitas dopamin pusat. Peningkatan aktivitas dopamin di sistem limbik diasosiasikan dengan gejala positif. Antipsikotik yang bekerja sebagai antagonis reseptor dopamin pascasinaps (D2) diketahui efektif menangani gejala positif *skizofrenia*.

Hipotesis serotonin mengatakan jika serotonin berlebih dapat menimbulkan gejala positif dan negatif. Neurotransmitter lain yang di duga terkait dengan patofisiologi *skizofrenia* yaitu asetilkolin, glutamat, norepinefrin, *aminobutyric acid* (GABA) dan sebagainya.

3) Gangguan Morfologi dan Fungsi Otak

Gangguan struktur dan fungsi otak yang sering ditemukan pada penderita *skizofrenia* adalah pelebaran ventrikel ke-3 dan lateral, atrofi lobus temporal dan medial, gangguan girus hipokampus, parahipokampus, dan amigdala. Namun tidak ada gangguan yang khas pada penderita *skizofrenia*.

2.1.5 Jenis – Jenis Skizofrenia

Menurut Laura (2010) ada empat jenis *Skizofrenia* :

1) *Skizofrenia Disorganized*

Seorang individu mengalami delusi dan halusinasi yang memiliki makna yang sedikit atau tidak bermakna sama sekali seperti arti kata

"*disorganized*". Seorang individu dengan *skizofrenia disorganized* mungkin akan menarik diri dari kontak dengan manusia dan mungkin mundur untuk menunjukkan perilaku dan gerak tubuh yang konyol seperti anak-anak.

2) *Skizofrenia Katatonik*

Perilaku yang aneh yang terkadang muncul dalam bentuk keadaan tidak bergerak sama sekali seperti orang yang pingsan. Ketika berada dalam keadaan ini, individu dengan *skizofrenia katatonik* sebenarnya sepenuhnya sadar akan apa yang terjadi di sekitarnya.

3) *Skizofrenia Paranoid*

Delusi biasanya muncul dalam bentuk sebuah sistem yang terelaborasi didasarkan pada pemaknaan yang salah terhadap kejadian tertentu.

4) *Skizofrenia tidak bergolong*

Perilaku yang tidak teratur, halusinasi, delusidan inkoherensi dignosis ini digunakan ketika gejala individu tidak memenuhi kriteria untuk satu dari tiga jenis *skizofrenia* lain atau memenuhi kriteria untuk lebih dari satu jenis.

2.1.6 Penatalaksanaan Skizofrenia

Penatalaksanaan pada klien *skizofrenia* dapat dirupakan sebagai berikut (Hawari, 2012)

1) Manajemen keperawatan halusinasi menurut (Stuart *et al.*, 2016)

a) Bina hubungan interpersonal dan saling percaya.

- (1) Ketika perawat merasa cemas atau takut, pasien pun mengalami hal yang sama.

- (2) Bersabar, tunjukkan penerimaan, serta dengarkan secara aktif.
- b) Kaji gejala halusinasi, termasuk lama, intensitas, dan frekuensi.
 - (1) Amati isyarat perilaku yang mengindikasikan adanya halusinasi.
 - (2) Amati isyarat yang mengidentifikasi intensitas dan lama halusinasi.
 - (3) Bantu pasien dengan mencatat banyaknya halusinasi yang dialami pasien setiap harinya.
- c) Fokuskan pada gejala dan minta pasien untuk menjelaskan apa yang sedang terjadi.
 - (1) Berikan dukungan berupa kekuatan kepada pasien dengan membantu pasien memahami gejala yang dialami.
 - (2) Bantu pasien mengendalikan halusinasi, mencari distraksi, serta dikonsumsi pasien. minimalkan alkohol yang dikonsumsi pasien.
- d) Kaji penggunaan obat dan alkohol.
 - (1) Tentukan apakah pasien menggunakan alkohol atau obat.
 - (2) Tentukan apakah perilaku pasien menyebabkan atau memperparah halusinasi.
- e) Jika perawat ditanya oleh pasien, katakan secara singkat bahwa perawat tidak mengalami stimulus yang sama.
 - (1) Jika berbeda persepsi, jangan men debat pasien.
 - (2) Jika halusinasi pasien muncul, jangan biarkan pasien sendiri.

- f) Sarankan dan kuatkan penggunaan hubungan interpersonal sebagai suatu teknik penatalaksanaan gejala.
 - (1) Dorong pasien untuk bercerita kepada orang yang ia percaya yang dapat memberikan umpan balik secara korektif serta suportif.
 - (2) Bantu pasien dalam memobilisasi dukungan sosialnya.
- g) Bantu pasien untuk menjelaskan dan membandingkan halusinasi saat ini dan halusinasi masa lalu.
 - (1) Tentukan pola halusinasi yang dialami pasien.
 - (2) Dorong pasien untuk mengingat waktu pertama kali halusinasi terjadi.
- h) Bantu pasien mengidentifikasi kebutuhan yang merefleksikan isi halusinasi.
 - (1) Identifikasi kebutuhan pasien yang dapat memicu halusinasi.
 - (2) Fokuskan pada kebutuhan pasien yang belum terpenuhi serta diskusikan hubungan tersebut dengan halusinasi.
- i) Tentukan pengaruh gejala pasien terhadap aktivitas hidup sehari-hari.
 - (1) Beri umpan balik dengan tenang sebagai respon koping umum dan aktivitas hidup sehari-hari pasien.
 - (2) Bantu pasien menggali gejala, pemicu gejala, serta strategi pelaksanaan.
- 2) Manajemen psikofarmaka.
 - a) Peran perawat dalam pemberian psikofarmaka.

Peran perawat dalam penatalaksanaan obat di rumah sakit jiwa (Yusuf, 2015) sebagai berikut:

(1) Mengumpulkan data sebelum pengobatan.

Pengumpulan data ini bertujuan agar asuhan yang diberikan dapat bersifat menyeluruh dan menjadi satu kesatuan. Data yang perlu dikumpulkan antara lain riwayat penyakit, diagnosis medis, hasil pemeriksaan laboratorium yang berkaitan, riwayat pengobatan, jenis obat yang digunakan (dosis, cara pemberian, waktu pemberian), dan program terapi lain yang dilaksanakan pasien.

(2) Mengoordinasikan obat dengan terapi modalitas.

Pemilihan terapi yang tepat dan sesuai dengan program pengobatan pasien akan memberikan hasil yang lebih baik.

(3) Pendidikan kesehatan.

Pasien di rumah sakit sangat membutuhkan pendidikan kesehatan tentang obat yang diperolehnya, karena pasien sering tidak minum obat yang dianggap tidak ada manfaatnya. Selain itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan oleh keluarga karena adanya anggapan bahwa jika pasien sudah pulang ke rumah tidak perlu lagi minum obat, padahal ini menyebabkan risiko kekambuhan dan dirawat kembali di rumah sakit.

(4) Memonitor efek samping obat.

Untuk mencapai pemberian obat yang optimal, seorang perawat diharapkan mampu memonitor efek samping obat dan reaksi-reaksi lain yang kurang baik setelah pasien minum obat.

(5) Melaksanakan psikofarmakologi. prinsip-prinsip pengobatan.

Perawat berperan sebagai kunci dalam memaksimalkan efek terapeutik obat dan meminimalkan efek samping obat. Dalam melaksanakan peran ini, perawat bekerja sama dengan pasien.

(6) Melaksanakan program pengobatan berkelanjutan.

Dalam program pengobatan, perawat merupakan penghubung antara pasien dengan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat. Setelah pasien selesai dirawat di rumah sakit, maka perawat akan merujuk pasien pada fasilitas yang ada di masyarakat seperti puskesmas, klinik jiwa, dan sebagainya.

(7) Menyesuaikan dengan terapi nonfarmakologi.

Peran perawat dapat diperluas menjadi seorang terapis. Dalam peran ini, perawat dapat memilih salah satu program terapi, menggabungkannya dengan terapi pengobatan serta bekerja sama dengan pasien sebagai satu kesatuan.

(8) Ikut serta dalam riset interdisipliner

Sebagai profesi yang paling banyak berhubungan dengan pasien, perawat dapat berperan sebagai pengumpul data, sebagai asisten peneliti, atau sebagai peneliti utama. Peran perawat dalam riset mengenai obat ini sampai saat ini masih terus digali.

b) Psikofarmaka.

Obat psikofarmaka ditujukan pada gangguan fungsi neurotransmitter sehingga gejala-gejala klinis dapat dihilangkan. Obat psikofarmaka lebih berkhasiat menghasilkan gejala negatif *skizofrenia* daripada gejala positif *skizofrenia* atau sebaliknya, ada juga yang lebih cepat menimbulkan efek samping dan lain sebagainya.

Golongan obat anti skizofrenia baik generasi pertama (*typical*) maupun generasi kedua (*atypical*) pada pemakaian jangka panjang umumnya menyebabkan penambahan berat badan. Obat golongan *typical* bermanfaat dalam mengatasi gejala-gejala positif *skizofrenia*, sehingga meninggalkan gejala-gejala negatif *skizofrenia*. Obat golongan *typical* sering menimbulkan efek samping berupa gejala ekstra piramidal (EPS).

c) Terapi psikososial

Terapi psikososial merupakan suatu terapi yang dilakukan dengan tujuan agar penderita mampu beradaptasi dengan lingkungan sosial sekitar, mampu hendaknya dilakukan bersamaan dengan konsumsi obat psikofarmaka.

2.2 Konsep Dasar Halusinasi

2.2.1 Definisi Halusinasi

Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara atau kebisingan yang kurang jelas ataupun yang jelas, dimana terkadang suara-suara tersebut seperti mengajak bicara klien dan kadang memerintah klien untuk melakukan sesuatu. (Kusumawati dkk, 2010). Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara atau kebisingan, paling sering suara orang. Suara berbentuk kebisingan yang kurang jelas sampai kata-kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai pada percakapan lengkap antara dua orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang terdengar dimana klien mendengar perkataan bahwa klien disuruh untuk melakukan sesuatu kadang dapat membahayakan (Azizah, 2016). Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara manusia, atau bunyi yang berkisar dari suara sederhana sampai suara yang berbicara mengenai klien sehingga klien berespon terhadap suara atau bunyi tersebut. Halusinasi pendengaran adalah mendengar suara manusia, hewan atau mesin, barang, kejadian alamiah dan musik dalam keadaan sadar tanpa adanya rangsang apapun (Azizah, 2016).

2.2.2 Etiologi Halusinasi

Faktor predisposisi klien halusinasi menurut (Arianto and Damaiyanti, 2019):

- 1) Faktor predisposisi
 - a) Faktor perkembangan

Tugas perkembangan klien terganggu misalnya rendahnya kontrol dan kehangatan keluarga menyebabkan klien tidak mampu mandiri sejak kecil, mudah frustrasi, hilang percaya diri.

b) Faktor sosiokultural

Seseorang yang merasa tidak diterima dilingkungan sejak bayi akan merasa disingkirkan, kesepian, dan tidak percaya pada lingkungan.

c) Faktor biologis

Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogen neurokimia. Akibat stress berkepanjangan menyebabkan teraktifasinya neurotransmitter otak.

d) Faktor psikologis

Tipe kepribadian lemah dan tidak bertanggung jawab mudah terjerumus pada penyalahgunaan zat adiktif. Hal ini berpengaruh pada ketidakmampuan klien dalam mengambil keputusan yang tepat demi masa depannya, klien lebih memilih kesenangan sesaat dan lari dari alam nyata menuju alam khayal.

e) Faktor genetik dan pola asuh

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

2) Faktor presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk menghadapinya. Seperti adanya rangsangan dari lingkungan, misalnya partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama tidak diajak komunikasi, objek yang ada di lingkungan dan juga suasana sepi atau terisolasi, sering menjadi pencetus terjadinya halusinasi. Hal tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik (Fitria, 2012). Penyebab Halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi yaitu:

a) Dimensi fisik

Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.

b) Dimensi Emosional

Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.

c) Dimensi Intelektual

Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tidak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.

d) Dimensi Sosial

Klien mengalami interaksi sosial dalam fase awal dan comforting, klien menganggap bahwa hidup bersosialisasi di alam nyata sangat membahayakan. Klien asyik dengan Halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan

interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata.

e) Dimensi Spiritual

Secara spiritual klien Halusinasi mulai dengan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna, hilangnya aktifitas ibadah dan jarang berupaya secara spiritual untuk menyucikan diri. Saat bangun tidur klien merasa hampa dan tidak jelas tujuan hidupnya. Individu sering memaki takdir tetapi lemah dalam upaya menjemput rezeki, menyalahkan lingkungan dan orang lain yang menyebabkan takdirnya memburuk (Damayanti, 2012)

2.2.3 Manifestasi Klinis Halusinasi

Menurut Townsend (2002), tanda dan gejala dari halusinasi terbagi atas 4 tahap, yaitu:

a) Tahap I

- 1) Tertawa yang tidak sesuai
- 2) Menggerakkan bibirnya tanpa menimbulkan suara
- 3) Gerakan mata yang cepat
- 4) Respon verbal yang lambat

b) Tahap II

- 1) Peningkatan system saraf otonom yang menunjukkan ansietas misalnya peningkatan nadi pernapasan dan tekanan darah.
- 2) Penyempitan kemampuan konsentrasi

- 3) Dipenuhi dengan pengalaman sensorik dan mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dengan realitas.

c) Tahap III

- 1) Lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya dari pada menolaknya
- 2) Kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain
- 3) Rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik
- 4) Gejala fisik dari ansietas berat seperti berkeringat, tremor, ketidak mampuan untuk mengikuti petunjuk

d) Tahap IV

- 1) Perilaku menyerang teror seperti panik
- 2) Sangat berpotensi melakukan bunuh diri atau membunuh orang lain
- 3) Tidak mampu merespon terhadap lebih dari satu orang
(Towsend, 2002)

2.2.4 Patofisiologi Halusinasi

Proses terjadinya halusinasi diawali dengan seseorang yang mengalami halusinasi akan menganggap sumber dari halusinasinya berasal dari lingkungan stimulasi eksternal. Padahal sumber itu berasal dari stimulus internal yang berasal dari dalam dirinya tanpa ada stimulus eksternal (Yosep and Sutini, 2014). Pada fase awal masalah itu menimbulkan peningkatan kecemasan yang terus-menerus dan sistem pendukung yang kurang akan tetapi membuat

persepsi yang tidak bisa membedakan yang dipikirkan dengan perasaan sendiri, klien sulit tidur sehingga terbiasa menghayal dan klien biasa menganggap lamunan itu sebagai pemecahan masalah. Meningkatnya pula pada *fase comforting* atau klien mengalami emosi yang berlanjut seperti adanya cemas, kesepian, perasaan berdosa dan sensorinya dapat diatur. Pada fase ini merasa nyaman dengan halusinasinya. Halusinasi jadi sering datang, klien tidak mampu lagi mengontrol dan berupaya menjaga jarak dengan obyek yang dipersepsikan. Pada *fase codeming* klien mulai menarik diri dari orang lain. Pada *fase controlling* klien bisa merasakan kesepian. Pada *fase conquering* lama kelamaan pengalaman sensorinya terganggu, klien merasa terancam dengan halusinasinya terutama bila menuruti kemauan dari halusinasinya tersebut.

2.2.5 Jenis – Jenis Halusinasi

Jenis-jenis halusinasi menurut (Trimelia, 2011) :

1) Halusinasi Pendengaran (*auditory*)

Mendengar suara yang membicarakan, mengejek, menertawakan, mngancam, memerintahkan untuk melakukan sesuatu (kadang- kadang hal yang berbahaya). Perilaku yang muncul adalah mengarahkan telinga pada sumber suara, bicara atau tertawa sendiri, marah-marah tanpa sebab, menutup telinga, mulut komat-kamit, dan adanya gerakan tangan.

2) Halusinasi Penglihatan (*visual*)

Stimulus penglihatan dalam bentuk pancaran cahayagambarorang atau panorama yang luas dan kompleks, biasanya menyenangkan atau menakutkan. Perilaku yang muncul adalah tatapan mata pada tempat tertentu, menunjuk kearah tertentu, serta ketakutan pada objek yang dilihat.

3) Halusinasi Penciuman (*Olfaktori*)

Tercium bau busuk amis, dan bau yang menjijikan seperti darah, urine atau feses, kadang-kadang terhidu bau harum seperti parfum. Perilaku yang muncul adalah ekspresi wajah seperti mencium, mengarahkan hidung pada tempat tertentun dan menutup hidung.

4) Halusinasi pengecapan (*gustatory*)

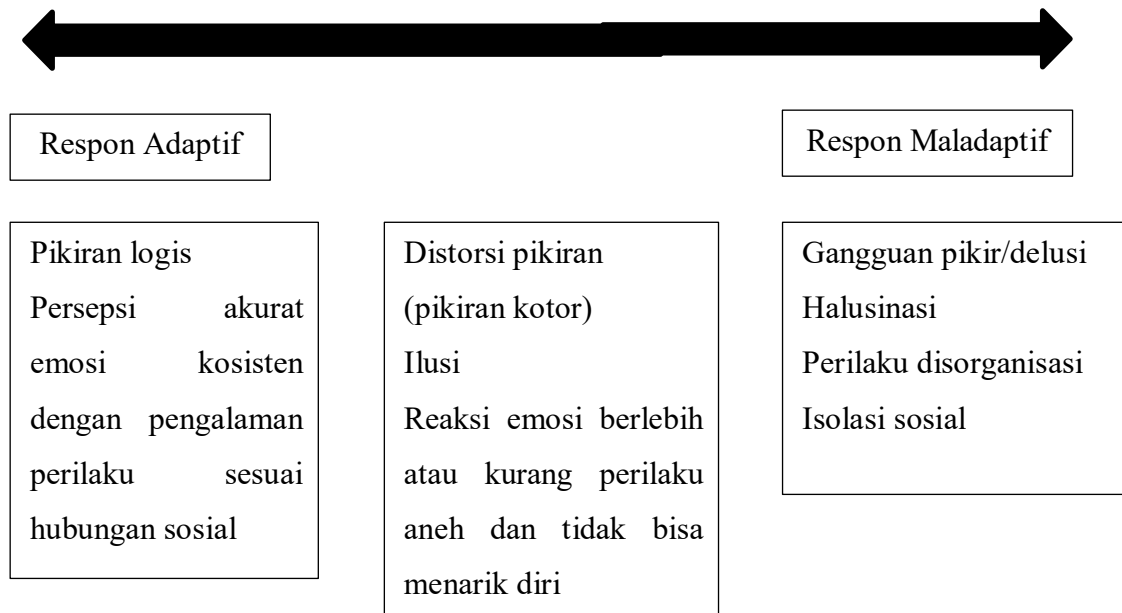
Merasa mengecap sesuatu yang busuk, amis, dan menjijikkan, seperti rasa darah, urine, dan feses. Perilaku yang muncul adalah seperti mengecap, mulut seperti gearakan mengunyah sesuatu sering meludah, muntah.

5) Halusinasi Perabaan (*taktil*)

Mengalami rasa sakit atau tidak enak tanpa stimulus yang terlihat, seperti merasakan sensasi listrik datang dari tanahbenda mati atau orang lain, merasakan ada yang menggerayangi tubuh seperti tanganbinatang kecil dan mahluk halus. Perilaku yang muncul adalah mengusap,

menggaruk-garuk atau meraba-raba permukaan kulit, terlihat menggerak-gerakan badan seperti merasakan sesuatu rabaan.

2.2.6 Rentang Respon Halusinasi



**Gambar 2.1 rentang respon neurologis halusinasi
(Damaiyanti dkk, 2012)**

Keterangan :

1) Respon adaptif

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 masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut, respon adaptif :

- a) Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.

- b) Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.
 - c) Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman.
 - d) Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.
 - e) Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.
- 2) Respon psikososial meliputi:
- a. Proses fikir terganggu .
 - b) Ilusi adalah interpretasi atau penilaian yang salah tentang penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.
 - c) Emosi berlebihan atau berkurang.
 - d) Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
 - e) Menarik diri yaitu percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

3) Respon maladaptif

Respon individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan.

Adapun respon maladaptif meliputi:

- a) Kelainan pikiran (waham) adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
- b) Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
- c) Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
- d) Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu perilaku yang tidak teratur.
- e) Isolasi sosial adalah kondisi dimana seseorang merasa kesepian tidak mau berinteraksi dengan orang dan lingkungan

2.2.7 Penatalaksanaan Halusinasi

(1) Psikofarmakologis

Dengan pemberian obat-obatan yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala pada klien *skizoprenia* adalah obat-obatan anti psikosis, karena *skizofrenia* merupakan salah satu jenis gangguan psikosis (Erlina *et al.*, 2010). Pada klien halusinasi terapi medis seperti *Haloperidol (HLP)*, *Trihexyphenidyl (THP)*, *Clapromazine (CPZ)*, (Azizah *et al.*, 2016)

(2) Terapi kejang listrik (ECT)

Terapi kejang listrik adalah pengobatan untuk menimbulkan kejang melewati aliran listrik melalui electrode yang dipasang pada satu atau dua temples, terapi kejang listrik 4-5 joule/detik.

(3) Terapi kelompok

(a) Terapi group (kelompok terapeutik)

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

(c) TAK stimulus persepsi: Halusinasi

Sesi 1: Mengenal halusinasi

Sesi 2: Mengontrol halusinasi dengan menghardik

Sesi 3: Mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan

Sesi 4: Mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap

Sesi 5: Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat

(d) Terapi lingkungan (Prabowo, 2014)

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Halusinasi

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Menurut Keliat and Akemat (2009) tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah pasien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Keliat and Akemat (2009) menjelaskan data yang didapatkan pada pengkajian halusinasi adalah:

1) Jenis dan isi halusinasi

Berikut ini adalah jenis halusinasi menurut data objektif dan subjektif. Data objektif dapat dikaji dengan cara mengobservasi perilaku pasien, sedangkan subjektif dapat dikaji dengan

melakukan wawancara dengan pasien. Melalui data ini, peneliti dapat mengetahui isi halusinasi pasien.

2) Waktu, frekuensi dan situasi yang menyebabkan halusinasi

Peneliti juga perlu mengkaji waktu, frekuensi dan situasi munculnya halusinasi yang dialami oleh pasien. Kapan halusinasi terjadi?. Jika mungkin berapa jam?. Frekuensi terjadinya apakah terus-menerus atau hanya sesekali?. Situasi terjadinya, apakah jika sedang sendiri atau selalu terjadi kejadian tertentu?. Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadinya halusinasi dan menghindari situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi sehingga pasien tidak larut dengan halusinasinya.

3) Responds halusinasi

Mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul, perawat dapat menanyakan kepada pasien tentang perasaan atau tindakan pasien saat halusinasi terjadi. Perawat dapat juga menanyakan kepada keluarga atau orang terdekat pasien. Pengkajian merupakan awal dan dasar utama dari proses keperawatan tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien.

Cara pengkajian lain berfokus pada fisik, emosional, intelektual, social dan spiritual. Isi pengkajian meliputi: identitas pasien, keluhan utama atau alasan masuk, factor predisposisi, dimensi fisik, biologis, psikososial, status mental, kebutuhan

persiapan pulang, mekanisme koping, masalah psikososial dan lingkungan (Trisno, 2012)

Pengkajian merupakan pengumpulan data subjektif dan objektif secara sistematis dengan tujuan membuat penentuan tindakan keperawatan bagi individu, keluarga dan komunitas (Damayanti, 2019)

Pada tahap ini ada beberapa yang perlu dieksplorasi baik pada klien yang berkenaan dengan kasus halusinasi yang meliputi :

1) Identitas klien

Sering ditemukan pada usia dini atau muncul pertama kali pada masa pubertas (Mashudi, 2021)

2) Alasan masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur (Stuart *et al.*, 2016)

3) Faktor predisposisi

a) Gangguan jiwa di masa lalu

Biasanya pasien pernah mengalami sakit jiwa masa lalu atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (Parwati *et al.*, 2018).

4) Fisik

Keadaan umum

Kebersihan kurang, muka pucat, sering menguap, berat badan menurun, nafsu makan berkurang dan sulit tidur (Yusuf, 2017).

Pemeriksaan heah to toe (Keliat, 2010) meliputi :

- a) Rambut : keadaan kesuburan rambut, keadaan rambut mudah rontok, keadaan rambut yang kusam.
- b) Mata: periksa kebersihan mata, mata gatal atau mata merah, strabismus, anemia atau tidak.
- c) Hidung: lihat kebersihan hidung, hidung terdapat kotoran, terdapat secret.
- d) Leher : Lihat adanya kotoran atau tidak.
- e) Mulut : lihat keadaan mukosa seringkali bibir kering, bibir pecah-pecah, lihat kelembaban dan kebersihannya.
- f) Gigi : lihat adakah karang gigi, adakah karies pada gigi.
- g) Integumen: lihat kebersihan pasien dengan gangguan jiwa biasanya kulit kering, adakah lesi, warna kulit, dan pertumbuhan bulu.
- h) Ekstremitas: lihat adanya kelengkapan dan ada tidaknya kelemahan.

5) Genogram

Orang tua penderita *skizofrenia*, salah satu kemungkinan anaknya 7-16% *skizofrenia*, bila keduanya menderita 40-68%, saudara tiri

kemungkinan 0,9-1,8%, saudara kembar 2-15%, saudara kandung 7-15% (Mashudi, 2021)

6) Hubungan sosial

Pasien cenderung menarik diri dari lingkungan pergaulan, suka melamun, betdiam diri (Mashudi, 2021).

7) Spiritual

Aktivitas menurun seiring dengan kemunduran kemuan (Mashudi, 2021).

8) Pengkajian Psikososial (Keliat, 2013)

- a) Citra tubuh persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang paling disukai dan yang tidak disukai.
- b) Identitas diri: persepsi tentang status dan posisi pasien sebelum dirawat, kepuasan pasien terhadap status/posisi tersebut, kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan.
- c) Peran peran/tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok, masyarakat dan bagaimana kemampuan pasien dalam melaksanakan tugas/peran tersebut.
- d) Ideal diri harapan pasien terhadap tubuhnya, posisi, status, peran/tugas, harapan terhadap lingkungan, dan harapan terhadap penyakitnya.
- e) Harga diri persepsi pasien terhadap dirinya dalam berhubungan dengan orang lain sesuai dengan kondisi tersebut dan bagaimana penilaian/penghargaan orang lain terhadap diri dan lingkungan.

9) Status Mental (Keliat, 2010)

- a) Penampilan : tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak sesuai dengan situasi dan kondisi.
- b) Kesadaran : pasien bingung, kacau, gangguan orientasi
- c) Proses pikir pasien mengalami blocking (pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilaksanakan kembali), perseverasi (pembicaraan yang diulang-ulang)
- d) Persepsi : pasien dengan gangguan jiwa sering mendapatkan sebuah persepsi halusinasi. Persepsi halusinasi ada berbagai macam jenis seperti halusinasi dengan, penglihatan, perabaan, pengecapan, penciuman.
- e) Afek dan emosi : pasien terlihat datar, tumpul, labil, dan tidak sesuai.
- f) Aktivitas motorik : pada pasien dengan gangguan halusinasi dengar terlihat lesu, penurunan produktivitas, gelisah, mondar mandir.
- g) Memori: pada pasien yang mengalami gangguan jiwa sangat kesulitan dalam proses mengingat.
- h) Tingkat konsentrasi dan berhitung: mudah teralihkan, tidak mampu konsentrasi, tidak mampu berhitung.
- i) Kemampuan penilaian : tidak mampu mengambil keputusan yang sederhana.

- j) Daya tilik diri : mengikari penyakit yang di deritanya dan merasa tidak perlu pengobatan. Pada pasien gangguan halusinasi dengar akan ditemukan ungkapan yang menyalahkan hal-hal diluar dirinya.
- k) Interaksi selama wawancara : tidak kooperatif, mudah tersinggung, menunjukkan ansietas selama interaksi.

10) Kebutuhan sehari-hari (Trimelia, 2011)

Pada permulaan, penderita kurang memperhatikan diri dan keluarganya, makin mundur dalam pekerjaan akibat kemunduran kemauan. Minat untuk memenuhi kebutuhannya sendiri sangat menurun dalam hal makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian dan beristirahat (Kusumawati and Hartono, 2010).

- a) Makan: penurunan minat dalam memenuhi kebutuhan pada pasien gangguan jiwa akan mengakibatkan pola makan tidak teratur dan memakan apa yang didapatkannya.
- b) BAB/BAK: penurunan minat dalam memenuhi kebutuhan akan mengakibatkan seringkali pasien BAK/BAK sembarangan.
- c) Personal hygiene: terjadi penurunan minat dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene.
- d) Berpakaian dan berhias: kurang rapi dalam berpenampilan dan tidak memerhatikan cara berpakaian dan berhias.

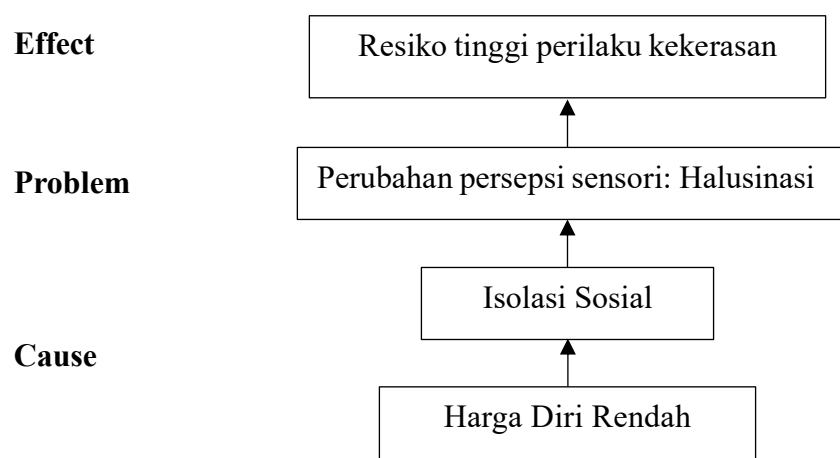
- e) Istirahat tidur pasien terjadi penurunan dalam produktivitas sehingga menyebabkan pasien lebih memilih untuk tidur.
- f) Pemberian obat pasien dengan gangguan jiwa dalam pemberian obat harus dalam perhatian dan pengawasan.

11) Aspek Medik

Tindakan medis dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan halusinasi adalah dengan memberikan terapi sebagai berikut (Erlinafsiah, 2010) :

- a) *ECT (Electro convulsive therapy)*
- b) Obat-obatan seperti Risperidon Lorazepam, Haloperidol

2.3.2 Pohon masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah (Ma'rifatul dkk,2016)

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

- 1) Gangguan persepsi sensori: Halusinasi pendengaran

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan		Intervensi	Rasional
Tujuan	Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat	1) Membalas sapaan perawat 2) Ekspresi wajah bersahabat dan senang 3) Ada kontak mata 4) Mau berjabat tangan 5) Mau menyebutkan nama 6) Klien mau duduk berdampingan dengan perawat 7) Klien mau mengutarakan masalah yang dihadapi	1) Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2) Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya 3) Dengarkan ungkapan klien dengan empati	Untuk mengurangi kontak klien dengan halusinasinya dapat membantu dan mengurangi halusinasi.
TUK 2 : Klien dapat mengenali halusinasinya	1) Klien dapat menyebutkan waktu timbulnya halusinasi 2) Klien dapat mengidentifikasi kapan frekuensi situasi saat terjadi halusinasi 3) Klien dapat mengungkapkan perasaannya	1) Adakan kontrak sering dengan singkat secara bertahap 2) Tanyakan apa yang didengar dari halusinasinya 3) Tanyakan kapan halusinasi datang 4) Tanyakan isi halusinasi 5) Bantu klien mengenali halusinasinya 6) Diskusikan dengan klien : situasi, waktu, frekuensi terjadinya halusinasi 7) Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan saat terjadi halusinasi	1) Untuk mengetahui tindakan yang tepat atas halusinasinya 2) Untuk mengenal halusinasi klien dan mengidentifikasi faktor pencetus halusinasi 3) Untuk menentukan tindakan yang sesuai bagi klien untuk mengontrol halusinasi
TUK 3 : Klien dapat mengontrol halusinasi	1) Klien dapat mengidentifikasi tindakan yang dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya 2) Klien dapat menunjukkan cara	1) Identifikasi bersama klien tindakan yang biasa dilakukan saat terjadi halusinasi 2) Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan klien	

	baru untuk mengontrol halusinasinya	3) Diskusikan cara baik memutuskan atau mengontrol halusinasi 4) Bentuk klien memilih dan melatih cara memutus halusinasi 5) Beri kesempatan untuk melakukan cara yang dilatih 6) Anjurkan klien mengikuti terapi aktivitas kelompok	
TUK 4 : Klien dapat dukungan dari keluarga untuk mengontrol halusinasinya	1) Klien dapat memilih cara mengatasi halusinasi 2) Klien melaksanakan cara yang terpilih untuk memutuskan halusinasinya 3) Klien dapat mengikuti terapi aktifitas kelompok	1) Anjurkan klien memberi tahu keluarga 2) Diskusikan dengan keluarga gejala dan cara yang dapat dilakukan untuk memutuskan halusinasi 3) Diskusikan dengan keluarga dan klien tentang jenis, dosis, frekuensi dan manfaat obat 4) Pastikan klien minum obat sesuai dengan program dokter	Untuk membantu klien menentukan cara mengontrol halusinasi periode berlangsungnya halusinasinya
TUK 5 : Klien dapat menggunakan obat dengan benar untuk mengendalikan halusinasi	1) Keluarga dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat 2) Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda, tindakan untuk mengalihkan halusinasi 3) Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat 4) Klien dapat memahami akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi	1) Anjurkan klien berbicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat 2) Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi 3) Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip 5 benar	1) Untuk meningkatkan pengetahuan tentang manfaat dan efek samping obat 2) Untuk mengetahui reaksi setelah minum obat

Sumber : Keliat (2013)

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Pada tahap pelaksanaan merupakan kelanjutan dari rencana keperawatan yang telah ditetapkan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal, pelaksanaan adalah wujud dari tujuan keperawatan pada tahap perencanaan (Wahid, 2013).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap dimana proses keperawatan menyangkut pengumpulan data obyektif dan subyektif yang dapat menunjukkan masalah apa yang terselesaikan, apa yang perlu dikaji dan direncanakan, dilaksanakan dan dinilai apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, sebagian tercapai atau timbul masalah baru (Wahid, 2013).

Evaluasi dilakukan dengan berfokus pada perubahan perilaku klien setelah diberikan tindakan keperawatan. Keluarga juga perlu di evaluasi karena merupakan system pendukung yang penting.

- 1) Apakah klien dapat mengenal halusinasinya, yaitu isi halusinasi, situasi, waktu dan frekuensi munculnya halusinasi.
- 2) Apakah klien dapat mengungkapkan perasaan ketika halusinasi muncul.
- 3) Apakah klien dapat mengontrol halusinasinya dengan menggunakan empat cara baru, yaitu menghardik, menemui orang lain bercakap-cakap, melaksanakan aktifitas yang terjadwal dan patuh minum obat.
- 4) Apakah klien dapat mengungkapkan perasaannya mempraktikkan empat cara mengontrol halusinasi.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Rancangan penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikianrupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian. Desain penelitian mengacu pada jenis atau macam penelitian yang dipilih untuk mencapai tujuan penelitian, serta berperan sebagai alat dan pedoman untuk mencapai tujuan tersebut (Setiadi, 2013). Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Menurut Wahyuningsih, 2013 studi kasus adalah peneliti meneliti fenomena (kasus) tertentu dalam waktu dan kegiatan tertentu (ptosedur, peristiwa, proses, lembaga atau kelompok sosial) dan menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda untuk mengumpulkan informasi yang rinci dan mendalam di area penelitian tertentu.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan pernyataan yang menjelaskan istilahistilah kunci yang menjadi fokus studi kasus.

Asuhan keperawatan adalah serangkaian tindakan proses keperawatan dalam membantu menyelesaikan masalah klien yang terdiri dari pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan dan tindakan keperawatan serta evaluasi tindakan yang telah dilaksanakan.

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan gangguan proses berpikir dan tanggapan emosi yang lemah.

Partisipan dalam penelitian ini adalah pasien yang kooperatif yaitu sikap pasien yang menunjukkan kerjasama, tidak melakukan penentangan terhadap suatu sikap individu maupun golongan tertentu.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan sasaran atau subyek yang digunakan dalam penelitian. Partisipan dalam penelitian ini adalah pasien dengan diagnosa medis yaitu *skizofrenia* akut dengan gangguan persepsi sensori pendengaran, pasien yang kooperatif serta pasien yang mendapat perawatan minimal 3 hari. Partisipan yang digunakan dalam studi kasus ini berjumlah satu orang.

3.4 Lokasi dan Waktu

Lokasi pengambilan studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan *skizofrenia* dilaksanakan di ruang rawat inap Nusa Indah RSUD dr. Soedomo yang dilaksanakan pada 26 Februari – 12 Maret Tahun 2025.

3.5 Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini, didasarkan pada prosedur melakukan proses asuhan keperawatan pada saat peneliti melakukan praktik klinik jiwa. Prosedur pengumpulan data meliputi empat tahap yaitu tahap persiapan, tahap kontrak, tahap pelaksanaan, tahap penutup (Anggraeni and Saryono, 2013)

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data pada studi kasus ini adalah dengan melakukan perpanjangan waktu pengamatan dan sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari 3 sumber data yaitu pasien, tenaga kesehatan

dan keluarga. Dengan menggunakan instrument yang valid dan sumber informasi yang jelas diharapkan hasil penelitian akan menjadi valid dan reliabel (Amanda, 2021).

Adapun prosedur tersebut adalah sebagai berikut :

1. Saat Proposal sudah di Acc oleh pembimbing, proses pengumpulan data didahului dengan diterbitkannya surat izin penelitian dengan Nomor. DP. 04. 03/F. XII.15. 5/108/2025 dari Ketua Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek serta surat izin untuk melakukan penelitian di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
2. Mengurus ijin penelitian dan persetujuan pada lokasi tempat pengambilan studi kasus yaitu di Ruang Nusa RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Ketua Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek.
3. Setelah 2 minggu peneliti mendapatkan surat balasan dari Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek kemudian peneliti mengurus administrasi pembayaran penelitian, kemudian menuju ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek dan menyerahkan surat persetujuan penelitian dari Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek kepada Kepala Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek untuk melaksanakan penelitian.
4. Peneliti bekerja sama dengan CI (Clinical Instructure) ruangan dan perawat untuk memperoleh informasi dari tempat pengambilan kasus mengenai calon responden (pasien)

5. Ketika sudah mendapatkan pasien Skizofrenia dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran maka peneliti melakukan informed consent yaitu memberikan penjelasan kepada pasien tentang tujuan penelitian. Setelah pasien menyatakan kesediaannya untuk menjadi responden, maka peneliti meminta bukti kesediaan pasien secara tertulis dengan menandatangani surat persetujuan menjadi responden. Waktu pengambilan data atau penelitian dilaksanakan selama 6 hari yaitu tanggal 18 – 23 Maret 2024. Wawancara dimulai dari membangun hubungan saling percaya dengan pasien. Kemudian melakukan wawancara sesuai pertanyaan di format pengkajian keperawatan jiwa, dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik dan hasilnya didokumentasikan.
6. Mahasiswa mengakhiri proses asuhan keperawatan pada pasien, setelah Intervensi Keperawatan tercapai dan berhasil.

3.7 Analisa Data

Peneliti mengawali analisis data dengan pengumpulan data melalui pengkajian dan anamnesa dengan menggunakan komunikasi terapeutik kepada dua orang pasien dengan kasus yang sama dan dari keluarga pasien. Peneliti selanjutnya menganalisis data yang telah diperoleh dari dua pasien dan merumuskan diagnosa keperawatan. Selanjutnya melakukan perencanaan tindakan sesuai dengan masalah pasien yang didahului dengan tujuan dan kriteria evaluasi dalam bentuk strategi pelaksanaan SP1-SP3 pada pasien dan SP1-SP3 pada keluarga. Kemudian melakukan tindakan keperawatan strategi pelaksanaan sesuai dengan

perencanaan yang dibuat. Tahap berikutnya melakukan evaluasi terhadap dua pasien pada kasus yang sama dengan berpedoman pada kriteria evaluasi untuk mengetahui keberhasilan tindakan yang telah dilakukan serta membandingkan antara kasus dengan kasus dan kasus dengan teori dari pengkajian, diagnosa keperawatan yang muncul, perencanaan, pelaksanaan dalam bentuk strategi pelaksanaan yang efektif dan evaluasi terhadap hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan sesuai dengan respon klien. Selanjutnya dilakukan pendokumentasian. Adapun urutan dalam analisi data:

1) Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008). Sebelum melakukan penelitian, peneliti meminta izin dari instansi yang terkait untuk mengambil data penelitian, kemudian melakukan penelitian. Peneliti menentukan klien yang akan diberikan asuhan keperawatan dan melakukan bina hubungan saling percaya (BHSP), pada pertemuan selanjutnya peneliti melakukan pengkajian secara holistik terutama terkait gangguan isi pikir dan tindakan yang sudah didapat oleh klien. Dalam melakukan pengumpulan data peneliti menggunakan metode wawancara Observasi Dokumentasi (W-O-D). Wawancara dengan menanyakan pada pasien tentang riwayat perjalanan penyakitnya, masalah yang dihadapinya saat ini. Wawancara juga dilakukan pada petugas kesehatan yang ada diruangan untuk menunjang dan memvalidasi data yang telah didapatkan dari pasien.

Observasi terkait mengkaji langsung kegiatan sehari-hari pasien, mengamati kebiasaan, perilaku dan keadaan umum pasien dalam masalah yang dialami. Dokumentasi dari rekam medis maupun pemeriksaan lain yang menunjang adanya masalah yang dialami oleh pasien. Seluruh hasil dari wawancara, observasi dan dokumentasi dicatat dalam format asuhan keperawatan. Yang akan dirubah dalam bentuk teks narasi kualitatif sesuai dengan data yang telah diperoleh dari pasien, tenaga kesehatan dan keluarga.

2) Mereduksi data

Peneliti menyajikan data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan kedalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif. Data dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

3) Penyajian data

Peneliti menyajikan data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan, maupun teks naratif deskriptif. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan mengaburkan identitas dari responden dan diganti menjadi inisial dalam narasi kualitatif.

4) Kesimpulan

Peneliti menarik kesimpulan dengan metode induksi dari data yang disajikan kemudian, membahas data dan membandingkan hasil-hasil penelitian terdahulu secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Data yang dikumpulkan antara lain terkait dengan data pengkajian, diagnosa perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Penarikan kesimpulan

menggunakan kriteria hasil dari rencana keperawatan sebagai acuan keberhasilan tindakan keperawatan. Kesimpulan dikatakan berhasil atau teratasi apabila strategi pelaksanaan mencapai hasil yang diinginkan dengan pasien mampu mengenali realitas dan memastikan apakah sesuatu yang dialami sesuai dengan kenyataan, Pasien mampu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki, mengidentifikasi kebutuhan yang tidak terpenuhi, pasien mendapat dukungan keluarga dan pasien mampu menggunakan obat dengan benar.

3.8 Etika penelitian

Etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari :

1) *Informed Consent*(lembar persetujuan menjadi responden)

Peneliti memberikan lembar persetujuan kepada yang akan diteliti, lembar persetujuan diberikan kepada salah satu anggota keluarga. Penulis menjelaskan tujuan, prosedur, dan hal-hal yang akan dilakukan selama pengumpulan data, setelah responden bersedia, responden harus menandatangani lembar persetujuan tersebut, jika tidak bersedia maka penulis tidak memaksa dan tetap menghargai keputusan tersebut.

2) *Anonimity* (tanpa nama)

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dan tidak akan membocorkannya kepada pihak lain, oleh karena itu penulis tidak mencantumkan nama responden pada lembar instrumen dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3) *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh subjek dirahasiakan oleh penulis, hanya kelompok data tertentu yang akan disajikan atau dilaporkan sehingga rahasianya tetap terjaga.

4) *Beneficiency* (manfaat/keuntungan)

Peneliti melakukan studi kasus yang tidak mengandung unsur bahaya dan merugikan responden, apalagi sampai mengancam jiwa responden. Penelitian ini berguna bagi responden sebagai masukan untuk membantumereka dalam memahami diri sendiridan memahami pola komunikasi orang lain serta meningkatkan kepercayaan diri.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

Hasil Penelitian Karya Tulis Ilmiah ini dimulai dari pengkajian terhadap pasien, menganalisa data, merumuskan diagnosa keperawatan, merencanakan dan melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Ruang Nusa Indah merupakan ruang rawat inap jiwa perempuan dan laki – laki, terdiri dari 4 kamar dengan 8 tempat tidur dan masing – masing kamar digunakan untuk 2 pasien, terdapat ruang aktivitas yang biasa digunakan pasien untuk Terapi Aktivitas Kelompok. Tenaga perawat di ruang Nusa Indah berjumlah 11 orang perawat.

4.1.2 Pengkajian

Penulisan hasil penelitian diawali dengan hasil pengkajian pasien, perumusan diagnosa keperawatan, rencana dan pelaksanaan tindakan serta evaluasi keperawatan.

1. Identitas Pasien

Tabel 4.1 Identitas Pasien

Identitas Pasien	Pasien
a. Nama	Tn. A
b. Umur	37 Tahun
c. Jenis Kelamin	Laki - laki
d. Agama	Islam
e. Status Perkawinan	Belum menikah

f. Suku bangsa	Jawa / Indonesia
g. Pendidikan Terakhir	SMA
h. Pekerjaan	Tidak Bekerja
i. Alamat	RT.01/RW.04Panjerejo Rejotangan Tulungagung
j. Tanggal dan jam pengkajian	18 Maret 2025 / 09.00 WIB
k. Informan	Pasien dan Rekam Medis

2. Alasan Masuk (gejala / perubahan perilaku yang menyebabkan pasien dirawat)

- Pada saat pengkajiann pasien mengatakan gelisah dan sulit tidur sejak kurang lebih 2 hari yang lalu, berbicara sendiri, pasien merasa mendengar bisikan-bisikan yang memanggil namanya.
- Berdasarkan data dari rekam medis dan keluarga saat dirumah pasien memukul ayahnya karena disuruh mandi dan sholat. Pasien mengatakan mendengar bisikan untuk memukul ayahnya.

3. Stressor Presipitasi (masalah/kejadian yang dialami pasien saat ini sehingga pasien dirawat)

Tabel 4.2 Stressor Presipitasi

a. Masalah Biologis		
1) Penyakit fisik sekarang (alergi, trauma, infeksi, keganasan, degenerative, genetik, bawaan, pertumbuhan dll): tidak ada	Jelaskan :	Pasien tidak memiliki gangguan secara fisiologis saat ini
2) Penyalahgunaan / ketergantungan zat: Ya	Jelaskan :	Pasien mengatakan sering merokok
3) Terpapar racun / polutan : Tidak ada	Jelaskan :	Pasien tidak pernah terpapar racun / polutan
4) Masalah seksual (aktivitas, fungsi, gangguan, perilaku) : Tidak ada	Jelaskan :	Pasien tidak ada masalah seksual, selama pengkajian pasien juga tidak menunjukkan perilaku kearah kelainan seksual
5) Gangguan tidur : Ya	Jelaskan :	Pasien mengatakan sulit tidur karena suara – suara yang memanggilnya
6) Gangguan makan / nutrisi : Tidak ada	Jelaskan :	Pasien tidak ada gangguan makan, pasien mengatakan makan 3x sehari, pasien mampu makan secara mandiri tanpa bantuan orang lain.

Masalah Keperawatan : Halusinasi Pendengaran

b. Masalah Psikologis

a) <i>Abduse</i> / penganiayaan : Tidak ada	Jelaskan : Pasien tidak ada riwayat penganiayaan
b) <i>Neglect</i> / penelantaran : Tidak ada	Jelaskan : Pasien tidak ditelantarkan oleh keluarganya
c) <i>Bullying</i> / perundungan : Tidak ada	Jelaskan : Pasien tidak ada riwayat <i>bullying</i>
d) Kejadian traumatis : Ada	Jelaskan : Pasien mengatakan teringat pada pacarnya yang putus pada saat SMA

Masalah Keperawatan : -

c. Masalah Sosiobudaya

a) Masalah pendidikan : Tidak ada	Jelaskan : Pasien tidak ada masalah pendidikan
b) Masalah penghasilan / ekonomi : Ada	Jelaskan : Pasien mengatakan tidak bekerja
c) Masalah pekerjaan : Ada	Jelaskan : pasien mengatakan tidak bekerja, jika dirinya sudah sembuh pasien ingin membantu orang tuanya bekerja
d) Konflik budaya : Tidak ada	Jelaskan : Tidak ada masalah
e) Konflik keyakinan / agama : Tidak ada	Jelaskan : Tidak ada konflik keyakinan
f) Kegagalan dalam kegiatan politik : Tidak ada	Jelaskan : Tidak ada kegagalan dalam kegiatan politik
g) Masalah dengan keluarga : Ada	Jelaskan : Pasien mengatakan sekarang tidak bisa membantu orangtua nya bekerja karena masih sakit dan membutuhkan pengobatan
h) Masalah dengan masyarakat : Ada	Jelaskan : Pasien mengatakan sering dihindari oleh masyarakat ketika pasien mencoba bergaul

Masalah Keperawatan : -

4. Faktor Predisposisi (riwayat masalah / kondisi masa lalu yang pernah dialami pasien)

Tabel 4.3 Faktor Predisposisi

a. Masalah Biologis

a) Riwayat penyakit fisik yang lalu	Jelaskan : pasien tidak ada riwayat penyakit fisik
b) Riwayat selama dikandung dan kelahiran (Khusus untuk pasien anak atau terkait)	Jelaskan : pasien mengatakan dulu lahir normal

c) Riwayat pertumbuhan dan perkembangan (khusus pasien anak atau terkait)	Jelaskan : pertumbuhan dan perkembangan pasien normal
d) Riwayat imunisasi (khusus untuk pasien anak)	Jelaskan : pasien mengatakan lupa riwayat imunisasinya
e) Riwayat paparan racun / polutan : Tidak ada	Jelaskan : pasien tidak pernah terpapar racun atau polutan
f) Riwayat status gizi masa lalu : Baik	Jelaskan : pasien tidak ada riwayat kekurangan gizi di masa lalu
g) Riwayat gangguan hormonal : Tidak ada	Jelaskan : tidak ada riwayat gangguan hormonal
h) Riwayat gangguan seksual (aktifitas, fungsi, gangguan, perilaku)	Jelaskan : pasien tidak ada riwayat gangguan seksual
i) Riwayat penggunaan / penyalahgunaan zat : rokok	Jelaskan : pasien mengatakan merokok
j) Riwayat reproduksi (kehamilan, persalinan, jumlah anak) (untuk pasien ibu)	Jelaskan : pasien berjenis kelamin laki – laki
k) Kebiasaan / gaya hidup	Jelaskan : pasien mengatakan semenjak sakit sehari– harinya hanya dirumah, membantu orang tuanya dan terkadang menonton TV

Masalah Keperawatan : -

b. Faktor Psikologis

a) Riwayat gangguan jiwa yang lalu : Ada	Jelaskan : sebelumnya pasien pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Lawang pada Tahun 2020 dan Tahun 2023. Pasien mengatakan dulu dia tidak lolos seleksi sepak bola di Jakarta, kemudian pasien putus asa.
b) Kesan kepribadian : Introvert	Jelaskan: pasien sering melamun dan berbicara sendiri
c) Pertahanan psikologi : kebiasaan koping yang digunakan	Adaptif : bicara dengan orang lain Maladaptif : respon lambat
d) Riwayat kejadian / masalah masa lalu yang tidak menyenangkan (bencana, kekerasan, pelecehan, dll)	Jelaskan : pasien mengatakan pada saat SMA putus sama pacarnya yang sudah berjalan 2 tahun kemudian ibu pasien meninggal

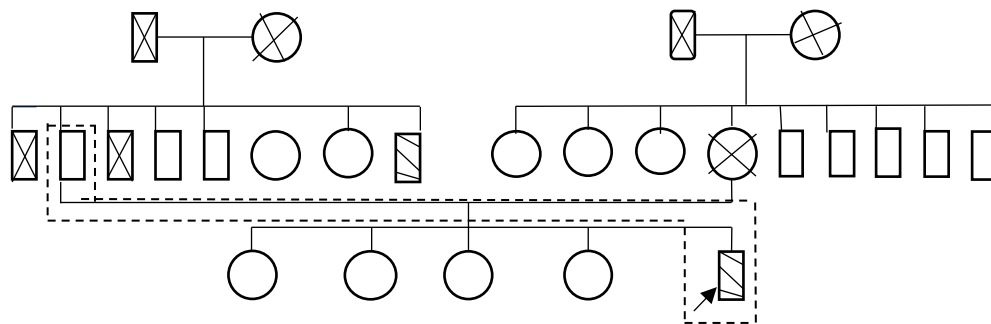
Masalah Keperawatan : -

b. Faktor Sosiobudaya – spiritual

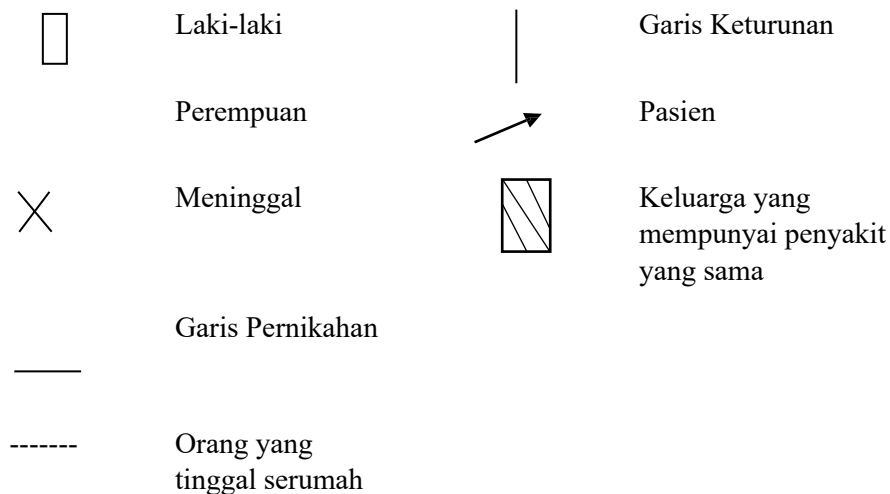
a) Riwayat masalah pendidikan : Tidak ada	Jelaskan : pasien tidak ada masalah pendidikan
b) Riwayat masalah penghasilan ekonomi : Ada	Jelaskan : pasien mengatakan tidak bekerja
c) Riwayat masalah pekerjaan : Ada	Jelaskan : pasien mengatakan jika dirinya sudah sembuh dan pulang mau membantu orang tuanya bekerja
d) Riwayat konflik dengan budaya : Tidak ada	Jelaskan : Tidak ada masalah konflik budaya

e) Riwayat konflik nilai dengan keyakinan / agama yang dianut : Tidak ada	Jelaskan : Tidak ada konflik keyakinan
f) Riwayat keikutsertaan dan masalah dalam kegiatan politik : Tidak ada	Jelaskan : Tidak ada kegagalan dalam kegiatan politik
g) Karakteristik hubungan sosial	Jelaskan: pasien mengatakan dekat dengan ayahnya dan jarang berkumpul dengan masyarakat
h) Peran sosial	Jelaskan : Di keluarga : pasien merupakan seorang anak Di Masyarakat : sebelum sakit peran pasien di masyarakat baik
i) Adakah anggota keluarga yang lain mengalami masalah / gangguan jiwa	Jelaskan: Keluarga lain ada yang mengalami masalah / gangguan jiwa yaitu paman dan kakak sepupunya

GENOGRAM



Keterangan :



Jelaskan : Kakek dan nenek pasien sudah meninggal. Bapak pasien anak kedua sedangkan ibu pasien adalah anak keempat dan sudah meninggal.

Kemudian menikah dan memiliki 5 anak. Pasien adalah anak terakhir dari 5 bersaudara yang berumur 37 tahun, tinggal serumah dengan ayahnya.

Status Psikososial

Tabel 4.4 Status Psikososial

a. Konsep diri (pandangan pasien terhadap dirinya)	
a) Citra tubuh	Pasien mengatakan merasa bangga dengan apa yang dia punya, pasien mengatakan tubuhnya pendek, rambutnya gundul
b) Identitas	Pasien mengatakan adalah seorang laki – laki berumur 37 tahun dan bernama Tn. A, anak ke 5 dari 5 bersaudara
c) Peran	Pasien mengatakan dirinya sebagai anak di keluarganya
d) Ideal diri	Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan ingin segera pulang
e) Harga diri	Pasien merasa malu untuk keluar rumah karena sering dijauhi saat sakit
Masalah Keperawatan : Harga diri rendah	
b. Kecemasan (tanda dan gejala)	
a) Fisiologis	Pasien tidak menunjukkan gejala seperti pusing, keringat dingin
b) Perilaku	Pasien tampak gelisah, mondar mandir, melamun
c) Afektif	Pasien menunjukkan sikap terbuka saat diajak bicara
d) Kognitif	Pasien mampu membaca tulisan dengan baik dan konsentrasi mudah teralihkan
Masalah Keperawatan : Cemas ringan	
c. Respon Kehilangan (tahap respon kehilangan) : Acceptance	
Jelaskan : Pasien menerima keadaannya sekarang	
Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah	
d. Harapan / semangat pasien terhadap kesembuhan / masalah : Penuh harapan (hopefulness)	
Jelaskan : Pasien ingin cepat sembuh dan cepat pulang	
Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah	
e. Distress spiritual	
Jelaskan : Pasien mengatakan beribadah sesuai agama dan keyakinannya	
Masalah keperawatan : Tidak ada masalah	
f. Respon pasca trauma : Perubahan perilaku dan emosi	
Jelaskan : perilaku pasien gelisah dan mondar mandir	
Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah	

5. Status Mental

Tabel 4.5 Status Mental

a. Penampilan : Tidak rapi
Jelaskan : Pasien tidak bersisir dan berhias setelah mandi, setelah mandi tidak memakai handuk
b. Kesadaran kualitatif : Tidak berubah
Jelaskan : composmentis, GCS 4 – 5 – 6, orientasi (orang, tempat, waktu) pasien tepat
c. Proses Pikir
a) Arus pikir (pembicaraan) : koheren
Jelaskan : Saat diajak bicara atau ditanya dapat menjawab walaupun tidak secara spontan (bicara sedang / tidak lambat tidak pelan), kalimat/pembicaraan dapat dipahami dengan baik
b) Isi pikir : Obsesif
Jelaskan : pasien sering mendengar suara dan bisikan aneh dari telinganya yang memanggil namanya
c) Bentuk pikir : Realistis
Jelaskan : Saat diajak bicara pembicaraan pasien diulang-ulang
d. Persepsi : Halusinasi
Macam halusinasi : Pendengaran
Isi halusinasi : pasien sering mendengar suara dan bisikan dari telinganya yang memanggil namanya
Respon ketika halusinasi muncul : pasien menutup telinganya
Jelaskan : Pasien sering melamun dan berbicara sendiri, pasien mendengar suara yang selalu mebisiki dan memanggil namanya
e. Afek dan emosi : Labil
Jelaskan : Berubah – ubah, tiba – tiba pasien berbicara sendiri dan terkadang hanya diam dan melamun
f. Aktivitas motorik / psikomotor : Gelisah
Jelaskan : pasien gelisah dan mondar mandir
g. Memori : Baik
Jelaskan : pasien mampu mengingat masa lalunya pernah berusaha mengikuti seleksi sepak bola di Jakarta
h. Tingkat konsentrasi dan berhitung : konsentrasi mudah teralihkan
Jelaskan : Pada saat diajari berhitung konsentrasi pasien mudah teralihkan
i. Kemampuan penilaian : Gangguan ringan
Jelaskan : Pasien mampu mengambil keputusan saat diberi pilihan makan dulu atau gosok gigi dulu, pasien memilih untuk makan dulu
j. Daya tilik diri / insight
Jelaskan : Pasien mengatakan bahwa dirinya sedang sakit jiwa dan membutuhkan pengobatan
k. Interaksi selama wawancara : Kontak mata kurang
Jelaskan : Saat diajak berbicara mata pasien terkadang memperhatikan tempat lain
Masalah Keperawatan : Halusinasi pendengaran

6. Pengkajian Fisik

Tabel 4.6 Pengkajian Fisik

Pemeriksaan Fisik	Pasien
a. Keadaan umum	Keadaan umum cukup
b. Kesadaran	Composmentis, GCS 4 – 5 – 6, orientasi (orang, tempat, waktu) pasien tepat
c. TTV	TD : 120/90mmHg N : 82x/menit S : 36, 5°C RR : 20x/menit
d. TB , BB :	165 cm; 70 kg
e. Keluhan fisik	Tidak ada keluhan fisik
f. Pemeriksaan Fisik	
a) Kepala	Bentuk kepala oval, ubun-ubun menutup sempurna, kulit kepala sawo matang
b) Rambut	Rambut gondul karena setelah dicukur oleh perawat, sebelumnya rambut pasien kusam dan sedikit panjang
c) Mata	2 bola mata lengkap simetris kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sklera putih, pupil isokor, mata bersih, tidak terdapat kotoran pada mata, bisa membedakan warna, kontak mata kurang, mata merah
d) Hidung	Tidak terdapat kotoran, tidak terdapat secret, posisi tulang hidung dan septum nasi tepat ditengah, tidak terdapat pernafasan cuping hidung
e) Leher	Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat pembesaran vena jugularis, suara ucapan jelas
f) Mulut	Mukosa bibir kering
g) Gigi	Tampak caries gigi
h) Genetalia	Tidak dilakukan pengkajian
i) Integumen	Tidak terdapat sianosis, bentuk kuku normal, akral hangat, turgor normal kembali kurang 2 detik, CRT kurang 2 detik, kulit kering
j) Ekstremitas	Ekstremitas kanan kiri lengkap, tidak terdapat kelemahan otot, kekuatan otot 5-5-5
Masalah keperawatan : Tidak ada masalah	

7. Aktivitas sehari – hari

Tabel 4.7 Aktivitas sehari – hari

a. Makan	Mandiri	Frekwensi : 3 x sehari Jenis : Nasi, lauk, sayur, buah, susu pasien makan dengan teratur dan mandiri
b. BAB / BAK	Mandiri	Frekwensi : BAB 1x/hari, BAK 3 – 5x/hari

c. Personal hygiene	Mandiri	Frekwensi : Pasien mengatakan mandi dan keramas 2x sehari dan setelah mandi tidak memakai handuk, menggosok gigi 1x sehari Kualitas : Baik
d. Berpakaian / berhias	Mandiri	Frekwensi ganti : Pasien bisa memakai pakaian sendiri dan pasien mengatakan ganti baju 1x dalam sehari, setelah mandi tidak memakai handuk dan bersisir Kualitas : Cukup
e. Istirahat dan tidur	kurang baik	Lama tidur : 5 – 6 jam / hari Aktivitas sebelum / sesudah tidur : Gelisah, melamun
f. Pemberian obat	Bantuan minimal	
g. Pemeliharaan kesehatan Perawatan lanjutan Sistem pendukung	Ada Ada	
h. Aktivitas di dalam rumah Mempersiapkan makanan Menjaga kerapian rumah Mencuci pakaian Pengaturan keuangan	Tidak Bisa Bisa Tidak	
i. Aktivitas di luar rumah Belanja Transportasi	Tidak Bisa	
Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah		

8. Penilaian Terhadap Stressor / Masalah

Penilaian pasien terhadap masalah yang sedang di hadapi: Tantangan

Jelaskan : Pasien mengatakan masalah yang dihadapi adalah tantangan dan apa yang dialami bisa dibuat pembelajaran. Pasien yakin masalah yang dihadapi adalah takdir.

9. Sumber Koping

Tabel 4.8 Sumber Koping

a. Kemampuan personal	
a) Problem solving skill	Baik
b) Status kesehatan	Baik
c) Sosial skill	Cukup
d) Intelegensia	Rata-rata
e) Pengetahuan tentang Gangguan jiwa Faktor presipitasi	Kurang Cukup

Faktor predisposisi	Cukup
Sistem pendukung Koping	Baik
Obat – obatan	Kurang
Lainnya	Cukup
f) Pandangan hidup yang dimiliki	Realistis, pasien ingin segera sembuh dan pulang membantu orang tuanya
b. Dukungan sosial	
a) Dukungan dari keluarga / kelompok masyarakat	Pasien mengatakan keluarga selalu memberikan semangat kepadanya
b) Jaringan sosial (Perkumpulan, organisasi, asuransi)	Pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan sosial
c. Aset material	
a) Kecukupan penghasilan untuk kebutuhan	Cukup
b) Kekayaan yang dimiliki	Cukup
c) Pelayanan kesehatan	Terjangkau
d. Keyakinan	
a) Keyakinan dan nilai	Pasien meyakini bahwa dia beragama Islam
b) Motivasi	Pasien ingin cepat sembuh agar bisa cepat pulang
c) Orientasi kesehatan	Pasien mengatakan sakit adalah ujian dan takdir dariNya
Masalah Keperawatan: Halusinasi pendengaran	

10. Mekanisme koping / cara penyelesaian masalah

Problem solving

11. Aspek Medik

Diagnosa medis : *Skizofrenia*

Terapi :

Tabel 4.9 Aspek Medik

Selasa, 18 /03/2025	Risperidone 2x2 mg Chlorpromazine 3x 100 mg
Rabu, 19/03/2025	Risperidone 2x2 mg Stelosi 3x5 mg Chlorpromazine 2 x 100 mg
Kamis, 20/03/2025	Risperidone 2x2 mg Stelosi 3x5 mg Chlorpromazine 2 x 100 mg
Jum'at, 21/03/2025	Risperidone 2x2 mg Stelosi 3x5 mg Chlorpromazine 2 x 100 mg
Sabtu, 22/03/2025	Risperidone 2x2 mg Stelosi 3x5 mg Chlorpromazine 2 x 100 mg
Minggu, 11/03/2025	Risperidone 2x2 mg Stelosi 3x5 mg

Chlorpromazine 2 x 100 mg

Pemeriksaan Lab :

Parameter	Nilai	Rujukan
Hemoglobin	16,8 g/dL	13,5-18,0
Lekosit	10,4 103/uL	4,0-10,5
Trombosit	420 103/uL	150-450
Hematokrit	53,0 %	42,0-51,0
Eritrosit	5,76 juta/uL	3,50-4,76
MCV	92,1 fl	78,0-100,0
MCH	29,2 pg	31,0-37,0
MCHC	31,8 g/dL	37,0-54,0
RDW-SD	40,6 fl	37,0-54,0
RDW-CV	12,4 %	11,0-16,0
PDW	15,8 fl	9,0-17,0
MPV	8,5 fl	8,0-11,0

Pemeriksaan diagnostik / penunjang lainnya : -

12. Daftar Masalah Keperawatan

1) Halusinasi Pendengaran

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.10 Analisa Data

No	Data	Masalah
	DS :	Halusinasi Pendengaran
	- Pada saat pengkajian pasien mengatakan gelisah dan sulit tidur sejak kurang lebih 2 hari yang lalu, pasien merasa mendengar bisikan – bisikan yang memanggil namanya	
	- Berdasarkan data dari rekam medis dan keluarga saat dirumah pasien memukul ayahnya karena disuruh mandi dan sholat. Pasien mengatakan mendengar bisikan untuk memukul ayahnya.	

DO :

- Pasien berbicara sendiri
- Pasien sering melamun
- Kontak mata pasien kurang, saat diajak berbicara mata pasien terkadang memperhatikan tempat lain
- Pasien gelisah dan mondar mandir
- TTV

TD : 120/90

mmHg N :

82x/menit

S : 36,5 °C

RR :20x/menit

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

- 1) Halusinasi Pendengaran

4.1.5 Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.11 Perencanaan Keperawatan

Tgl	No DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN KRITEIA STANDART	INTERVENSI	RASIONAL	TT
18/03/2025	1	Halusinasi Pendengaran	Setelah dilakukan 1x pertemuan : TUM : Pasien dapat mengontrol halusinasinya TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya Dengan kriteria hasil: 1. Ekspresi wajah bersahabat 2. Ada kontak mata 3. Mau berjabat tangan 4. Mau berkenalan dan menyebutkan nama 5. Mau mengatakan masalah yang dihadapi	SP 1 Pasien dapat membina hubungan saling percaya 1. Sapa pasien dengan ramah 2. Berjabat tangan dengan pasien 3. Perkenalkan diri dengan sopan 4. Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien 5. Jelaskan tujuan pertemuan 6. Jujur dan menepati janji 7. Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya 8. Beri perhatian kepada pasien dan memperhatikan kebutuhan dasar nya	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar hubungan interaksi selanjutnya	
19/03/2025			Setelah dilakukan 1x pertemuan : TUK 2 : Pasien dapat mengenal halusinasinya Dengan kriteria hasil : 1. Pasien dapat menyebutkan waktu, isi, dan frekuensi timbulnya halusinasi 2. Pasien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya	SP 2 : Pasien dapat mengenal halusinasinya 1. Bantu pasien mengenal halusinasinya 2. Diskusikan dengan pasien situasi yang dapat menimbulkan halusinasi 3. Diskusikan dengan pasien apa yang dirasakan saat terjadi halusinasi 4. Jelaskan cara menghardik halusinasi 5. Peragikan cara menghardik 6. Minta pasien untuk memperagakan	1. Mengenal halusinasi memungkinkan pasien untuk menghindari faktor timbulnya halusinasi 2. Dengan mengetahui waktu, isi dan frekuensi munculnya halusinasi dapat mempermudah tindakan keperawatan 3. Untuk mengidentifikasi pengaruh halusinasi terhadap	

		ulang	pasien 4. Cara untuk membantu memutus halusinasi 5. Mengajarkan pasien agar paham cara menghardik 6. Mengevaluasi pemahaman pasien tentang cara menghardik
20/03/ 2025	Setelah dilakukan 1x pertemuan: TUK 3 : Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain Dengan kriteria hasil : 1. Pasien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasi 2. Pasien dapat menyebutkan cara baru untuk mengontrol halusinasinya	SP 3 : Latih pasien cara mengendalikan halusinasi dengan cara : 1. Diskusi dengan pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain	Upaya untuk mencegah munculnya halusinasi sehingga halusinasi tidak berlanjut
21/03/ 2025	Setelah dilakukan 1x pertemuan : TUK 4 : Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas secara terjadwal Dengan kriteria hasil : 1. Pasien dapat menyebutkan tindakan yang biasanya dilakukan untuk mengendalikan halusinasi 2. Pasien dapat menyebutkan cara	SP 4 : Latih pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara : 1. Jelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi 2. Diskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien 3. Susun jadwal aktivitas sehari - hari sesuai dengan aktivitas yang terlatih (dari bangun pagi sampai tidur malam hari)	Upaya untuk memutus ketika halusinasi muncul, pasien bisa mengalihkan halusinasi dengan aktivitasnya

	baru untuk mengontrol halusinasinya		
22/03/ 2025	Setelah dilakukan 1x pertemuan : TUK 5 : Pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik Dengan kriteria hasil : 1. Pasien dapat menyebutkan Manfaat, dosis dan efek samping obat 2. Pasien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar 3. Pasien dapat memahami akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dokter 4. Pasien dapat menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat	SP 5 : Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat 1. Diskusikan dengan pasien tentang dosis, efek samping dan manfaat minum obat 2. Diskusikan akibat berhenti minum obat tanpa konsultasi dengan dokter 3. Bantu pasien menggunakan obat dengan prinsip 5 benar yaitu benar dosis, benar obat, benar waktu, benar cara, benar pasien	1. Dengan menyebut dosis, efek samping dan manfaat obat diharapkan pasien melaksanakan program pengobatan 2. Menilai kemampuan pasien dalam pengobatannya sendiri 3. Program pengobatan dapat berjalan dengan lancar 4. Dengan mengetahui prinsip penggunaan obat maka kemandirian pasien untuk pengobatan/ minum obat dapat ditingkatkan secara bertahap

4.1.6 Implementasi dan Evaluasi

Tabel 4.12 Implementasi dan Evaluasi

No	Tanggal dan jam	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI
1	18 Maret 2025	SP 1 : Membina hubungan saling percaya 1. Menyapa pasien dengan ramah 2. Berjabat tangan dengan pasien 3. Memperkenalkan diri dengan sopan 4. Menanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien 5. Menjelaskan tujuan pertemuan 6. Jujur dan menepati janji 7. Menunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya 8. Memberi perhatian kepada pasien dan memperhatikan kebutuhan dasar nya 9. Mengukur TTV	S : “Selamat pagi pak” “Pagi mbak” “Oh iya mbak, nama saya Tn. A” “Saya biasanya dipanggil Tn. A” “Saya sudah mandi dan sarapan mbak” “Tadi saya makan dengan telur dan sayur bening” “Boleh mbak, ngobrol disini saja” O : - Pasien kooperatif - Pasien mau berjabat tangan - Pasien mau berkenalan dan menyebutkan namanya - Pasien mau menjawab pertanyaan yang diberikan - Ada kontak mata pasien tetapi kurang - Pasien mau duduk berhadapan dengan perawat - TTV: TD : 120/90 mmHg N : 82 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit A : SP 1 Belum teratasi P : Ulangi SP 1
2	19 Maret 2025	SP 1 : Membina hubungan saling percaya : 1. Menyapa pasien dengan ramah 2. Memperkenalkan diri dengan sopan 3. Menjelaskan tujuan pertemuan 4. Jujur dan menepati janji 5. Menunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya 6. Mengukur TTV	S : “Pagi mbak” “Oh iya mbak, saya Tn. A” “Saya sudah mandi dan sarapan mbak” “Boleh mbak, ngobrol disini saja ya” O : - Pasien kooperatif - Pasien mau berjabat tangan - Pasien mau menjawab pertanyaan yang diberikan - Ada kontak mata pasien tetapi kurang - Pasien mau duduk berhadapan dengan perawat - TTV: TD : 120/70 mmHg N : 90 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit

			A : SP 1 tercapai P : Lanjut ke SP 2
3	20 Maret 2025	SP 2 Pasien dapat mengenal halusinasinya 1. Membantu pasien mengenal halusinasinya 2. Mendiskusikan dengan pasien situasi yang dapat menimbulkan halusinasi 3. Mendiskusikan dengan pasien apa yang dirasakan saat terjadi halusinasi 4. Menjelaskan cara menghardik halusinasi 5. Memperagakan cara menghardik 6. Meminta pasien untuk memperagakan ulang 7. Mengukur TTV	S : “Iya mbak saya masih ingat, mbak Nilam kan” “Iya saya sering mendengar suara yang memanggil nama saya” “Saat saya sendiri mbak munculnya, kadang tidak terkontrol” “Saya kaya orang bingung mbak” “Bagaimana mbak caranya?” “Iya mbak saya mau latihan cara - cara biar suaranya hilang” “Iya mbak, berarti saya harus bilang (kamu tidak nyata, saya tidak mau mendengarmu, pergi pergi, kamu suara palsu” “Iya mbak saya akan mengulanginya jika suara itu muncul” O : - Pasien kooperatif - Ada kontak mata - Pasien dapat menyebutkan waktu, isi halusinasi - Pasien dapat mengungkapkan halusinasinya - TTV TD : 110/80 mmHg N : 89 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit A : SP 2 tercapai P : Lanjut ke SP 3
4	21 Maret 2025	SP 3 Melatih pasien cara mengendalikan halusinasi dengan cara : 1. Mendiskusikan dengan pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 2. Mengukur TTV	S : “Halo mbak” “Masih ingat, mbak Nilam” “Perasaan saya lebih baik dari sebelumnya mbak” “Saya masih mendengar ada yang memanggil nama saya mbak” “Iya mbak saya masih ingat ketika suara itu muncul saya ngomong (kamu tidak nyata, saya tidak mau mendengarmu,pergi pergi, kamu suara palsu” “Saya harus melawan suara-suara itu mbak sekarang, saya ingin sembuh dan pulang” “Gimana cara yang baru mbak?” “Ayo mbak latihan cara-cara lain biar suaranya hilang” “Saya mau mbak latihan cara selanjutnya” “Oalah, berarti saat suara itu muncul saya cepat-cepat ngobrol dengan teman saya mbak”

			“Iya mbak, nanti saya praktekkan ngobrol dengan teman saya jika suaranya muncul lagi” “Jadi sudah ada 2 cara ya mbak, pertama ngomong kamu tidak nyata, saya tidak mau mendengarmu, pergi pergi, kamu suara palsu (menghardik) dan kedua bercakap-cakap/ngobrol dengan teman” O : - Pasien kooperatif - Pasien mampu menyebutkan tindakan/cara untuk mengendalikan halusinasi - mampu mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasinya - TTV TD : 100/80 mmHg N : 87 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit A : SP 3 tercapai P : Lanjut ke SP 4
5	22 Maret 2025	SP 4	Melatih pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara : 1. Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi 2. Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien 3. Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang terlatih (dari bangun pagi sampai tidur malam hari) 4. Mengukur TTV S : “Pagi mbak” “Baik - baik saja” “Saya masih ingat dengan mbaknya, mbak Nilam” “Saya sudah melakukan cara yang mbak ajarkan kemarin” “Suara itu sudah sedikit berkurang mbak” “Banyak mbak kegiatannya kalau pagi disini” “Biasanya mandi, sarapan, gosok gigi, senam, menyanyi” “Oalah kegiatan juga bisa mengontrol halusinasi” “Banyak caranya ya mbak untuk menghilangkan suara-suara itu” “Berarti saya sudah melakukan cara mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari ya mbak” O : - Pasien kooperatif - Pasien mampu mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasi yang sudah diajarkan - Pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari - TTV TD : 110/70mmHg N : 80 x/menit S: 36,1 °C

			RR : 20 x/menit
			A : SP 4 tercapai
			P : Lanjut ke SP 5
6	23 Maret 2025	SP 5 Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat	S : “Halo mbak” “Baik-baik saja mbak” “Sudah saya praktekan semua cara nya mbak” “Cara pertama jika suara muncul ngomong kamu tidak nyata, saya tidak mau mendengarmu, kamu pergi saja (menghardik) dan kedua bercakap-cakap/ngobrol dengan teman, terakhir dengan melakukan aktivitas” “Saya minum obat jika disuruh perawatnya minum mbak” “Saya tidak tahu kalau minum obat itu ada prinsipnya” “Ada 4 cara yaitu dengan menghardik/ngomong kamu tidak nyata, saya tidak mau mendengarmu, pergi pergi, kamu suara palsu (menghardik), bercakap-cakap/ngobrol dengan orang lain, melakukan aktivitas terjadwal dan minum obat secara teratur” “Iya mbak akan saya lakukan semua” O : - Pasien kooperatif - Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara yang sudah diajarkan perawat - Pasien minum obat teratur dengan bantuan perawat - Pasien mampu menyebutkan akibat berhenti minum obat - Pasien belum mampu menyebutkan manfaat, efek samping minum obat - Pasien belum mampu menyebutkan prinsip 5 benar penggunaan obat - TTV TD : 100/65 mmHg N : 85 x/menit S : 35,2 °C RR : 20 x/menit A : SP 5 belum tercapai P : Ulangi SP 5

4.1.7 Hasil Analisa Keperawatan

Tabel 4.13 Hasil Analisa Keperawatan

No	ANALISA		
	TEORI	FAKTA	KESENJANGAN
1	PENGKAJIAN		
1) Identitas pasien Sering ditemukan pada usia dini atau muncul pertama kali pada masa pubertas (Mashudi, 2021)	Berdasarkan penelitian pasien bernama Tn. A, umur 37 tahun, jenis kelamin laki-laki, alamat Rt RT.01/RW.04, Panjerejo, Rejotangan, Tulungagung, belum menikah, pasien tidak bekerja, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, tanggal pengkajian 18 Maret 2025 pukul 09.00 WIB, suku bangsa Jawa Indonesia. Pasien mempunyai riwayat gangguan jiwa sejak SMA saat pasien putus dengan pacarnya yang sudah berjalan 2 tahun kemudian ibu pasien meninggal.		Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
2) Riwayat penyakit sekarang Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur (Stuart et al., 2016)	Pada saat pengkajian pasien mengatakan 2 hari yang pasien tidak bisa tidur, mondar mandir, keluyuran, sering melamun dan berbicara sendiri, pasien merasa ada yang memberi bisikan yang memanggil namanya. Alasan masuk pasien mengatakan saat disuruh mandi dan sholat pasien mengamuk dan memukul ayahnya. Selama 1 bulan pasien tidak minum obat karena merasa dirinya sudah sembuh. Pasien pernah dirawat di RSJ Lawang sebanyak 2x		Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
3) Faktor Predisposisi (Trimelia, 2011) a. Adanya riwayat gangguan jiwa sebelumnya	Sebelumnya pasien pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Lawang pada Tahun 2020 dan Tahun 2023. Pasien putus asa karena tidak lolos seleksi sepak bola di Jakarta. Pasien		Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta

	Biasanya pasien pernah mengalami sakit jiwa masa lalu atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (Parwati et al., 2018)	mengatakan gejala yang dirasakan saat MRS sama yaitu tidak bisa tidur, bicara sendiri dan gelisah. Kemudian pasien dibawa keluarganya ke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.	
4)	Riwayat penyakit keluarga Orang tua penderita skizofrenia, salah satu kemungkinan anaknya 7-16% skizofrenia, bila keduanya menderita 40-68%, saudara tiri kemungkinan 0,9-1,8%, saudara kembar 2-15%, saudara kandung 7-15% (Mashudi, 2021)	Rekam medis pasien mengatakan ada anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa yaitu paman dan kakak sepupu pasien	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
5)	Pemeriksaan fisik a. Keadaan umum Kebersihan kurang, muka pucat, sering menguap, berat badan menurun, nafsu makan berkurang dan sulit tidur (Yusuf, 2017).	Saat pengkajian kebersihan pasien kurang, pasien sering menguap karena kurang tidur	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
	b. Keluhan fisik Adakah keluhan fisik yang dirasakan, bila ada keluhan lebih lanjut tentang sistem dan fungsi organ sesuai dengan keluhan yang dirasakan pasien (Keliat, 2010)	Pasien mengatakan tidak ada keluhan	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	c. Pemeriksaan rambut keadaan rambut rontok, keadaan rambut yang kusam (Keliat, 2010)	Rambut gundul karena pasien sudah dicukur oleh perawat, sebelumnya rambut pasien kusam dan sedikit panjang	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	d. Pemeriksaan mata Periksa kebersihan mata terdapat kotoran atau tidaknya, mata gatal, mata merah (Keliat, 2010)	2 bola mata lengkap simetris kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sklera putih, pupil isokor, mata bersih, tidak terdapat kotoran pada mata, bisa membedakan warna, kontak mata kurang, mata merah	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
	e. Pemeriksaan hidung Lihat kebersihan hidung, terdapat kotoran, terdapat secret (keliat, 2010)	Terdapat kotoran, terdapat secret, posisi tulang hidung dan septum nasi tepat ditengah, tidak terdapat pernafasan cuping hidung	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta

f. Pemeriksaan leher Lihat adanya kotoran atau tidak, lengket (Keliat, 2010)	Leher lengket terdapat daki, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat pembesaran vena jugularis, suara ucapan jelas, kebersihan cukup	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
g. Pemeriksaan mulut Lihat keadaan mukosa seringkali bibir kering, bibir pecah-pecah, lihat kelembaban dan kebersihannya (Keliat, 2010).	Mukosa bibir kering	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
h. Pemeriksaan integumen Lihat kebersihan pada pasien dengan gangguan jiwa biasanya kulit kering, adakah lesi, warna kulit, dan pertumbuhan bulu (Keliat, 2010).	Tidak terdapat sianosis, bentuk kuku normal, akral hangat, turgor normal kembali kurang 2 detik, CRT kurang 2 detik, kulit kering	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
i. Pemeriksaan ekstremitas Kelengkapan, ada tidaknya kelemahan (Keliat, 2010)	Ekstremitas kanan kiri lengkap, tidak terdapat kelemahan otot, kekuatan otot 5-5-5	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
j. Pemeriksaan Gigi Lihat adakah karang gigi, adakah caries gigi (Keliat, 2010)	Terdapat caries gigi pada pasien	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
6) Pengkajian psikososial (Keliat, 2013)		Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
a. Konsep diri		
a) Citra tubuh Persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan yang tidak disukai	Pasien mengatakan merasa bangga dengan apa yang dia punya. Pasien mengatakan tubuhnya pendek, rambutnya gundul	
b) Identitas diri Persepsi tentang status dan posisi pasien sebelum dirawat, kepuasan pasien terhadap status/posisi tersebut, kepuasan pasien sebagai perempuan atau laki-laki	Pasien mengatakan adalah seorang laki – laki berumur 37 tahun dan bernama Tn. A , anak ke 4 dari 5 bersaudara. Pasien mengatakan sebelum sakit pasien masih sering bekerja dan senang akan pekerjaannya.	
c) Peran Peran yang diembannya dalam keluarga, kelompok, masyarakat dan bagaimana	Peran sebagai anak di keluarganya	

kemampuan pasien dalam melaksanakan tugas/peran tersebut			
d) Ideal diri	Harapan pasien terhadap tubuhnya, peran/ugas, harapan terhadap lingkungannya	Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan ingin segera pulang,	
e) Harga diri	Persepsi pasien terhadap dirinya dalam berhubungan dengan orang lain sesuai dengan kondisinya dan bagaimana penilaian/penghargaan orang lain terhadap diri dan lingkungan	Pasien merasa malu untuk keluar rumah karena masyarakat selalu menghindar ketika pasien ingin bergaul.	
b. Hubungan sosial	Pasien cenderung menarik diri dari lingkungan pergaulan, suka melamun, betdiam diri (Mashudi, 2021)	Pasien suka melamun, pasien mengatakan dekat dengan ayahnya, pasien jarang berkumpul dengan masyarakat	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
c. Spiritual	Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah	Pasien meyakini bahwa dia beragama Islam	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
7) Status mental			
a. Penampilan	Tidak rapi, penggunaan pakaian dan cara berpakaian tidak sesuai dengan situasi dan kondisi (Keliat, 2010)	Pasien gundul, pasien tidak berhias setelah mandi, setelah mandi tidak memakai handuk Cara berpakaian pasien kurang rapi, pasien selalu menggunakan celana yang sedikit melorot	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
b. Kesadaran	Pasien bingung, kacau, gangguan orientasi (Keliat, 2010)	Pasien tampak bingung, kesadaran composmentis, GCS 4 – 5 – 6, orientasi (orang, tempat, waktu) pasien tepat	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
c. Proses pikir	Pasien mengalami <i>blocking</i> (pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilaksanakan kembali), preverasi (pembicaraan yang diulang-ulang) (Keliat, 2010)	Saat diajak bicara atau ditanya dapat menjawab walaupun tidak secara spontan (bicara sedang / tidak lambat tidak pelan), kalimat/pembicaraan dapat dipahami dengan baik. Saat diajak bicara pembicaraan pasien diulang-ulang	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
d. Persepsi		Pasien sering melamun dan berbicara sendiri, pasien	Tidak ada kesenjangan antara teori

Pasien dengan gangguan jiwa sering mendapatkan sebuah persepsi halusinasi. Persepsi halusinasi ada berbagai macam jenis seperti halusinasi dengar, penglihatan, perabaan, pengecap, penciuman (Keliat, 2010)	mendengar suara yang selalu membisiki dan memanggil namanya	dengan fakta
e. Afek dan emosi Pasien dengan halusinasi dengar terlihat datar, tumpul, labil, dan tidak sesuai (Keliat, 2010)	Labil : Berubah– ubah, tiba– tiba pasien berbicara sendiri dan terkadang hanya diam dan melamun	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
f. Aktivitas motorik Pada pasien dengan gangguan halusinasi dengar terlihat lebih lesu dan penurunan produktivitas, gelisah, mondar mandir (Keliat, 2010)	Pasien gelisah dan mondar mandir	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
g. Memori Pada pasien dengan gangguan jiwa sangat kesulitan dalam proses mengingat (Keliat, 2010)	Pasien mampu mengingat masa lalunya pernah mengikuti seleksi sepak bola di Jakarta dan gagal tetapi, saat ditanya Tahun kapan terjadi pasien lupa	Ada kesenjangan antara teori dengan fakta
h. Tingkat konsentrasi dan berhitung Mudah teralihkan, tidak mampu berkonsentrasi, kurang mampu berhitung (Keliat, 2010)	Pada saat diajari berhitung konsentrasi pasien mudah teralihkan	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
i. Kemampuan penilaian Tidak mampu mengambil keputusan yang sederhana (Keliat, 2010)	Pasien mampu mengambil keputusan saat diberi pilihan makan dulu atau gosok gigi dulu, pasien memilih untuk makan dulu	Ada kesenjangan antara teori dengan fakta
j. Daya tilik diri Meningkari penyakit yang dideritanya dan merasa tidak perlu pengobatan, pada pasien gangguan halusinasi dengar akan ditemukan ungkapan yang menyalahkan hal-hal diluar dirinya (Keliat, 2010)	Pasien mengatakan bahwa dirinya sedang sakit jiwa dan membutuhkan pengobatan	Ada kesenjangan antara teori dengan fakta
k. Interaksi selama wawancara Tidak kooperatif, mudah tersinggung,	Saat diajak berbicara mata pasien terkadang memperhatikan tempat lain, pasien kurang kooperatif	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta

menunjukkan ansietas selama interaksi (Keliat, 2010)		
8) Kebutuhan perawatan diri (Trimelia, 2011)	Di RS pasien makan sendiri dengan frekuensi :3x sehari, jenis: nasi, lauk, sayur, buah, susu terkadang pasien makan dengan teratur dan mandiri	Ada kesenjangan antara teori dengan fakta
a. Makan Penurunan minat dalam memenuhi kebutuhan pada pasien gangguan jiwa akan mengakibatkan pola makan tidak teratur dan memakan apa yang didapatkannya.		
b. BAB/BAK Pada permulaan, penderita kurang memperhatikan diri dan keluarganya, makin mundur dalam pekerjaan akibat kemunduran kemauan. Minat untuk memenuhi kebutuhannya sendiri sangat menurun dalam hal makan, BAB/BAK, mandi, berpakaian dan beristirahat (Kusumawati and Hartono, 2010).	Frekwensi : BAB 1x/hari, BAK 3 – 5x/hari selalu, pasien mandi saat disuruh perawat Saat di rumah pasien jarang mandi dan sholat	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
c. Personal hygiene Terjadi penurunan minat dalam memenuhi kebutuhan <i>personal hygiene</i> .	Frekwensi : Pasien mengatakan mandi dan keramas 2x Sehari dan setelah mandi tidak memakai handuk, menggosok gigi 1x sehari, pasien tidak mandi jika tidak disuruh	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
d. Berpakain dan berhias Pasien gangguan jiwa kebanyakan kurang rapi dan tidak memperhatikan cara berpakaian dan berhias	Pasien bisa memakai pakaian sendiri dan pasien mengatakan ganti baju 1x dalam sehari, setelah mandi tidak memakai handuk. Cara berpakaian pasien kurang rapi, pasien selalu menggunakan celana yang sedikit melorot	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
e. Istirahat dan tidur Terjadi penurunan dalam produktivitas sehingga menyebabkan pasien gangguan jiwa biasanya tidur sewaktu-waktu	Lama tidur : 5 – 6 jam / hari Aktivitas sebelum / sesudah tidur : Gelisah, melamun Pasien jam 8 pagi sudah merasa ngantuk, tetapi karena masih terdapat aktivitas tidur pasien terganggu.	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
f. Pemberian obat Pasien dengan gangguan jiwa dalam pemberian obat harus dalam perhatian dan pengawasan.	Rutin dengan bantuan perawat, pasien mengatakan ingin sembuh dan segera pulang	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Dapat disimpulkan bahwa diagnosa keperawatan yang muncul dari pengkajian yaitu : Halusinasi Pendengaran (Yusuf, Fitryasari & Nihayati, 2015)

Halusinasi pendengaran ditandai dengan :

DS :

- Pada saat pengkajian pasien mengatakan gelisah dan sulit tidur sejak kurang lebih 2 hari yang lalu, pasien merasa mendengar bisikan –bisikan yang memanggil namanya
- Berdasarkan data dari rekam medis dan keluarga saat dirumah pasien memukul ayahnya karena disuruh mandi dan sholat. Pasien mengatakan mendengar bisikan untuk memukul ayahnya.

-

DO :

- Pasien berbicara sendiri
- Pasien sering melamun
- Kontak mata pasien kurang, saat diajak berbicara mata pasien terkadang memperhatikan tempat lain
- Pasien gelisah dan mondar mandir
- TTV
 TD : 120/90 mmHg
 N : 82x/menit
 S : 36,5 °C
 RR :20x/menit

INTERVENSI KEPERAWATAN

SP untuk pasien :

- a. Pasien dapat membina hubungan saling percaya (SP 1)
- b. Pasien dapat mengenal halusinasinya (SP 2)
- c. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan

SP untuk pasien :

- a. Pasien dapat membina hubungan saling percaya (SP 1)
- b. Pasien dapat mengenal halusinasinya (SP 2)
- c. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap-

Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta

bercakap-cakap (SP 3) d. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal (SP 4) e. Pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik (SP 5)		cakap (SP 3) d. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal (SP 4) e. Pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik (SP 5)
PELAKSANAAN EVALUASI		
TEORI	FAKTA	KESENJANGAN
Evaluasi merupakan tahap dimana proses keperawatan menyangkut pengumpulan data obyektif dan subyektif yang dapat menunjukkan masalah apa yang terselesaikan, apa yang perlu dikaji dan direncanakan, dilaksanakan dan dinilai apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, sebagian tercapai atau timbul masalah baru (Wahid, 2013)	Dalam penelitian saat dilakukan evaluasi oleh peneliti selama 6 hari pada setiap strategi pelaksanaan (SP) pasien bisa membina hubungan saling percaya, bisa mengenal halusiansi, dapat mengontrol halusinasi, dan dapat memanfaatkan obat dengan baik. Evaluasi pada penelitian ini menggunakan pendekatan SOAP.	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta

4.2 Pembahasan

Berdasarkan dari penelitian yang dilaksanakan pada tanggal 26 Februari 2025 - 12 Maret 2025 dengan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien *Skizofrenia* dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran di Ruang Nusa Indah RSUD dr.Soedomo Trenggalek, dengan partisipan Tn. A didapatkan sebagai berikut :

4.2.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta sebagai berikut :

1) Status mental

a) Memori

Dari hasil pengkajian didapatkan data yaitu pasien mampu mengingat masa lalunya yaitu pernah tidak lolos seleksi sepak bola di Jakarta.

Menurut teori pasien *skizofrenia* halusinasi dengar biasanya pasien kesulitan dalam proses mengingat yaitu tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan, tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir, tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi, dan pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukkan cerita tidak benar untuk menuju gangguan daya ingat (Keliat, A, B, 2010).

Peneliti berasumsi bahwa pasien cenderung mengingat hal-hal yang membuat pasien kecewa. Kemampuan memori pasien

dapat dilihat dengan rutin tidaknya pasien mengikuti TAK yang diberikan oleh perawat dan berkomunikasi dengan pasien lain.

b) Kemampuan penilaian

Dari hasil pengkajian didapatkan data yaitu pasien mampu mengambil keputusan saat diberi pilihan makan dulu atau gosok gigi dulu, pasien memilih untuk makan dulu.

Menurut teori pasien skizofrenia halusinasi dengar tidak dapat mengambil keputusan yang sederhana walaupun dengan bantuan orang lain (Keliat, 2010).

Peneliti berasumsi bahwa ada kesenjangan antara teori dan fakta. Kemampuan pasien dalam mengambil keputusan dipengaruhi oleh keinginan yang kuat dari pasien, selain itu peran perawat dalam melatih pasien untuk mengambil keputusan sekecil apapun itu dalam hal kebaikan pasien.

c) Daya tilik diri

Dari hasil pengkajian didapatkan data yaitu pasien mengatakan bahwa dirinya sedang sakit jiwa dan membutuhkan pengobatan supaya cepat sembuh.

Menurut teori pasien *skizofrenia* dengan halusinasi pendengaran sering mengingkari penyakit yang dideritanya dan merasa tidak perlu pengobatan, menyalahkan hal hal diluar dirinya (Keliat, 2010).

Peneliti berasumsi bahwa ada kesenjangan antara teori dan fakta. Hal ini dikarenakan pasien sudah mendapatkan perawatan

sehingga sadar apabila pasien sakit memerlukan pengobatan supaya cepat sembuh. Dan juga dorongan kemauan dari pasien untuk sembuh dan ingin membantu orangtuanya disawah lagi.

2) Kebutuhan perawatan diri

a) Makan

Dari hasil pengkajian didapatkan data yaitu Di RS pasien makan sendiri dengan frekuensi :3x sehari, jenis: nasi, lauk, sayur, buah, susu, pasien makan dengan teratur dan mandiri

Menurut teori penurunan minat dalam memenuhi kebutuhan pada pasien gangguan jiwa akan mengakibatkan pola makan tidak teratur dan memakan apa yang didupatkannya (Trimelia, 2011).

Peneliti berasumsi bahwa ada kesenjangan antara teori dan fakta. Hal tersebut karena pasien di RS dimana semua kebutuhannya dipenuhi oleh rumah sakit dan juga pemenuhan nutrisi (makan) dibantu oleh perawat sehingga pasien gangguan jiwa di rumah sakit mendapatkan perhatian dan pengawasan oleh perawat.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Dalam perumusan diagnosa diperoleh fakta bahwa diagnosa yang terdapat pada pasien yaitu halusinasi pendengaran. Halusinasi pendengaran ditandai dengan :

DS : Pada saat pengkajian pasien mengatakan gelisah dan sulit tidur sejak kurang lebih 2 hari yang lalu, pasien merasa mendengar bisikan – bisikan yang memanggil namanya. Berdasarkan data dari rekam medis dan keluarga saat dirumah pasien memukul ayahnya karena disuruh mandi dan sholat. Pasien mengatakan mendengar bisikan untuk memukul ayahnya.

DO : pasien berbicara sendiri, pasien sering melamun, kontak mata pasien kurang, saat diajak berbicara mata pasien terkadang memperhatikan tempat lain, pasien gelisah dan mondar mandir, TTV : TD : 120/90 mmHg, N : 82x/menit, S : 36,5 °C, RR : 20x/menit.

Dari pohon masalah pada teori dapat disimpulkan bahwa diagnosa keperawatan yang muncul adalah Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran (Yusuf, dkk, 2015).

Peneliti berasumsi bahwa diagnosa keperawatan yang telah diambil berdasarkan hasil pengkajian kepada pasien. Diagnosa keperawatan yang muncul sesuai dengan teori dan fakta, meskipun ada beberapa data pengkajian yang tidak sama dengan teori.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Dalam menyusun intervensi diperoleh fakta bahwa intervensi dilakukan setelah menemukan diagnosa yang muncul dan digunakan untuk merencanakan tindakan yang akan dilakukan.

Menurut teori intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori-teori yang telah ada, intervensi diambil dari sumber buku Kelliat (2013).

Peneliti berasumsi bahwa penyusunan intervensi yang telah dilakukan sudah sesuai antara fakta dan teori.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan pada tanggal 26 Februari 2025 - 12 Maret 2025.

Pada tahap pelaksanaan merupakan kelanjutan dari rencana keperawatan yang telah ditetapkan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal, pelaksanaan adalah wujud dari tujuan keperawatan pada tahap perencanaan (Wahid, 2013).

Peneliti berasumsi bahwa terdapat kesesuaian antara teori dan fakta bahwa implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi, tetapi tidak semua intervensi dapat diimplementasikan pada pasien karena menyesuaikan keadaan pasien. Dalam implementasi keperawatan pada pasien menggunakan SP 1 : membina hubungan saling percaya, SP 2 : pasien dapat mengenal halusinasi, SP 3 : pasien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap- cakap dengan orang lain, SP 4 : pasien dapat mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal, SP 5 : pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik. Selama penelitian

kepada pasien dilakukan 5 SP dalam waktu 6 hari akan tetapi, SP-5 belum tercapai.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Dalam penelitian saat dilakukan evaluasi oleh peneliti selama 6 hari pada tiap strategi pelaksanaan (SP) pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengenal halusinasi, pasien dapat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas terjadwal, dan pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik. Dalam penelitian ini penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP.

Evaluasi merupakan tahap dimana proses keperawatan menyangkut pengumpulan data obyektif dan subyektif yang dapat menunjukkan masalah apa yang terselesaikan, apa yang perlu dikaji dan direncanakan, dilaksanakan dan dinilai apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, sebagian tercapai atau timbul masalah baru (Wahid, 2013).

Peneliti berasumsi bahwa teori dan fakta sudah sesuai, evaluasi saat melakukan penelitian digunakan untuk mengobservasi perkembangan pasien dan melanjutkan tindakan keperawatan pasien.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan terhadap Tn. A dengan diagnosa *skizofrenia* dengan gangguan persepsi sensori pendengaran di ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek selama 6 hari pada 12 Maret – 18 Maret Tahun 2025.

5.1.1 Pengkajian

Pada tahap pengkajian, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta. Tanda- tanda yang ditunjukkan oleh pasien yaitu pasien mengatakan gelisah dan sulit tidur sejak 2 hari yang lalu, pasien merasa mendengar bisikan-bisikan yang memanggil namanya. Sedangkan berdasarkan data dari rekam medis dan keluarga saat dirumah pasien memukul ayahnya karena disuruh mandi dan sholat. Pasien mengatakan mendengar bisikan untuk memukul ayahnya.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Pada diagnosa keperawatan, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus ini adalah halusinasi pendengaran.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan, kemudian peneliti menyusun intervensi keperawatan berdasarkan teori dari studi keperawatan dan referensi yang ada sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi yang telah disusun. Intervensi yang telah disusun tidak semuanya diimplementasikan karena pasien hanya mampu mencapai SP-4. Implementasi dilakukan dengan menyesuaikan kebutuhan dan kondisi pasien, sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.

5.1.5 Evaluasi

Pada diagnosa yang muncul, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta yaitu setelah dilakukan evaluasi selama 6 hari didapatkan hasil bahwa, pasien mampu membina hubungan saling percaya, mengontrol halusinasi dengan menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas terjadwal, saat dirumah sakit pasien minum obat secara rutin dengan bantuan perawat. Pasien kooperatif mampu mencapai SP 1 sampai SP 4 dengan baik.

5.1.6 Analisis Asuhan Keperawatan

Pada bagian pembahasan antara fakta dan teori hasil, terdapat 4 kesenjangan antara lain memori, kemampuan penilaian, daya tilik diri dan makan.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menambah informasi tentang *Skizofrenia* dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran dan meningkatkan mutu pelayanan pendidikan khususnya Kampus V Trenggalek pada masa mendatang.

5.2.2 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menambah pengalaman serta melatih diri dalam memecahkan suatu permasalahan dalam metode ilmiah sesuai dengan pengetahuan yang telah diperoleh peneliti.

5.2.3 Bagi Klien

Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan masukan serta motivasi untuk kesembuhan klien pada *Skizofrenia* dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran.

5.2.4 Bagi Lahan Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan yang dibutuhkan untuk memecahkan masalah.

5.2.5 Bagi Peneliti Yang Akan Datang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan yang dibutuhkan untuk memecahkan masalah.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin, N.M. and Wahyuningsih. (2020), “Penerapan Strategi Pelaksanaan (Sp) 2 Pada Klien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran”, *Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan*, Vol. 4 No. 2, pp. 133–140, doi: 10.33655/mak.v4i2.98.
- Amanda, S. (2021), *Meteorologi Penelitian : Method of Successive Interval (MSI)*, Vol. 1.
- Azizah, L.M., Zainuri, I. and Akbar, A. (2016), *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa.*, Jakarta: Cv Trans Info Media.
- Elvira, S.D. (2013), *Buku Ajar Psikiatri. Edisi Ke-2.*, Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Erlina, Soewadi and Pramono, D. (2010), *Faktor-Faktor Yang Berperan Terhadap Timbulnya Skizofrenia Pada Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang Sumatera Barat. Berita Kedokteran Masyarakat*, Berita Kedokteran Masyarakat.
- Erlinafsiah, S. (2010), *Modal Perawat Dalam Praktik Keperawatan Jiwa.*, Medika Sumba.
- Fitria, N. (2012), *Prinsip Dasar Dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan Dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP Dan SP).*, Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Hawari, D. (2012), *Skizofrenia: Pendekatan Holistik (BPSS) Bio-Psiko Sosial Spiritual Edisi 3.*, Jakarta. Fakultas Kedokteran UI.
- Ibrahim, A.S. (2011), *Skizofrenia Splitting Personality.*, Tangerang. Jelajah Nusa.
- Keliat, B. (2012), *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*, Jakarta : EGC.
- Keliat, B.A. (2019), “Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa”.
- Keliat, B.A. and Akemat, B. (2009), “Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa”, Jakarta : Bina Rupa Aksara.
- Keliat, Sk.M.A.S.B.A. and Akemat, S.K.M.K. (2014), “Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa”.
- Kemenkes. (2021), *Profil Kesehatan Indonesia 2021, Pusdatin.Kemenkes.Go.Id.*
- Kusumawati and Hartono. (2010), *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*, Jakarta : Salemba Medika.
- Laura. (2010), “The Effect of Islamic Spiritual Mindfulness Therapy on the Drugs Adherence of Skizofrenia Patients through SI-POS Android Application”,

- International Journal of Grid and Distributed Computing*, Vol. 14 No. 1, pp. 305–312.
- Mashudi, S. (2021), *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Skizofrenia.*, Medika Sumba.
- Modiska, F.F. (2019), “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Skizofrenia Simplek Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Studi Di ruang Kenari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya”, *Karya Tulis Ilmiah*, Vol. 4 No. 1, p. 97.
- Nuraenah, Mustikasari, Susanti, putri eka and Yossie. (2014), “Hubungan Dukungan Keluarga dan Beban Keluarga dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur 2012”, *Jurnal Keperawatan Jiwa*, Vol. 2 No. 1, pp. 41–50.
- Nursalam. (2008), *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Parwati, I.G., Dewi, P.D. and Saputra, I.M. (2018), *Asuhan Keperawatan Perilaku Kesehatan*, Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Patricia, G.O., Wanifred, Z.K. and Karen, A.B. (2014), *Keperawatan Kesehatan Jiwa Psikiatri Teori Dan Praktek.*, Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Rhoad, J. (2011), *Clinical Consult For Psychiatric Mental Health Care.*, New York: Springer Ublishing Company.
- Riskesdas. (2018), “Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018”, *Kementrian Kesehatan RI*, Vol. 53 No. 9, pp. 1689–1699.
- Setiadi. (2013), *Konsep Dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan Edisi 2, Graha Ilmu.*
- Stuart, G.W., Keliat, B. and Pasaribu, J. (2016), *Prinsip Dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Elsevier Health Sciences.
- Towsend. (2002), “Pengaruh Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) Stimulasi Persepsi Sessi 1-3 Terhadap Kemampuan Mengendalikan Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia Hebefrenik”, *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, Vol. 1 No. 1, pp. 70–76.
- Trimelia. (2011), *Asuhan Keperawatan Klien Halusinasi.*, Jakarta : TIM.
- Trisno, C.F. (2012), *Asuhan Keperawatan Pada Sdr . Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Di Ruang Maespati Rumah Sakit Jiwa Daerah SUrakarta.*
- Yosep, I. and Sutini, T. (2014), “Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing”.

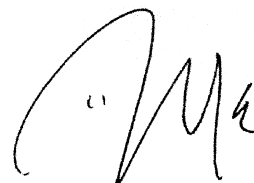
- Yoseph, M. (2010), “Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing”, Bumi Aksara Group.
- Yulianty, M.D., Cahaya, N. and Srikartika, V.M. (2017), “Studi Penggunaan Antipsikotik dan Efek Samping pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Kalimantan Selatan”, *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*, Vol. 3 No. 2, pp. 153-164.
- Yusuf, A. (2015), *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*.
- Yusuf, M. (2017), *Metode Penelitian : Kuantitatif, Kualitatif Dan Penelitian Gabungan*.
- Zahnia, S. and Sumekar, D.W. (2016), “Kajian Epidemiologis Skizofrenia”, *Medical Journal of Lampung University*, Vol. 5 No. 4, pp. 160-166.

*Lampiran 1***LEMBAR INFORMED CONSENT**

Nama saya Nilam Ayu Cahyaning Rati. Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek Program Studi D-III Keperawatan Trenggalek mengharapkan partisipasi saudara sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di Ruang Nusa Indah RSUD Dr. Soedomo Trenggalek”**, dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang saudara rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas serta informasi yang klien berikan hanya akan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa pasien telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Tanda Tangan



(.....)

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah saya membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek yang bernama Nilam Ayu Cahyaning Rati yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Skizofrenia Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di Ruang Nusa Indah RSUD Dr. Soedomo Trenggalek”**, saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menandatangani surat perjanjian ini

Trenggalek, 18 Maret 2025



(.....)

Lampiran 3



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDOMO
 Jl. Dr. Soetomo No. 02 Telp. (0355) 793110
 Email : rsuddrsoedomo_trenggalek@yahoo.co.id
 TRENGGALEK 66312

SURAT KETERANGAN

Nomor : 400.7.22.1/ **195** /406.010.001/18.00/2025

Yang bertandatangan di bawah ini Direktur RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek:

Nama	: dr. MOKH. ROFIQ HINDIONO, M.M.R.S.
NIP	: 196710302002121002
Pangkat/Gol. Ruang	: Pembina Tk. I (IV/b)
Jabatan	: Direktur
Unit Kerja	: RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek

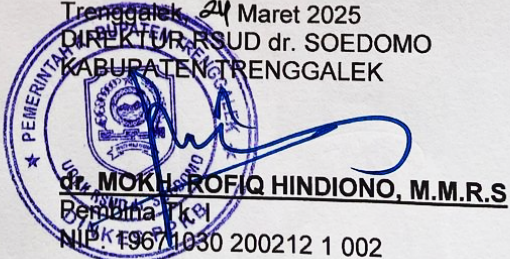
Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa nama yang tercantum di bawah ini:

Nama	: NILAM AYU CAHYANING RATI
NIM	: P17240224078
Program Studi	: D-III Keperawatan Trenggalek
Institusi Pendidikan	: Poltekkes Kemenkes Malang

sehubungan dengan pendidikan yang sedang dijalannya, benar-benar telah melaksanakan Praktik Klinik Keperawatan Medical Bedah, Keperawatan Anak, Keperawatan Maternitas, Keperawatan Jiwa, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik dan Keperawatan Kegawatdaruratan di RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek, terhitung mulai tanggal 10 Februari 2025 s.d 12 April 2025.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Trenggalek, **24** Maret 2025
DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
KABUPATEN TRENGGALEK



dr. MOKH. ROFIQ HINDIONO, M.M.R.S
 Pembina Tk I
 NIP. 19671030 200212 1 002

Lampiran 4



Kemenkes
Poltekkes Malang

Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
Politeknik Kesehatan Malang
Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

Trenggalek, 24 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/108/2025

Lamp. : 1 (satu) bendel

Perihal : Surat Mencari Data dan Ijin Melaksanakan Penelitian (Studi Kasus)

K e p a d a :

Yth.Sdr. Direktur RSUD Dr Soedomo
Kabupaten Trenggalek
di –

TRENGGALEK

Sehubungan dengan tugas akhir bagi mahasiswa tingkat III Poltekkes Kemenkes Malang Prodi D3 – Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek diwajibkan untuk membuat Studi Kasus, maka mohon diperkenankan mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : NILAM AYU CAHYANING RATI

NIM : P17240224078

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien *Skizofrenia* Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, Februari s/d April 2025 sesuai proposal terlampir.

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



Ns.Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes

TEMBUSAN disampaikan kepada :

Yth. 1. Sdr. Kasi. Pelayanan Keperawatan.
2. Sdr. Karu. Nusa Indah
3. Peneliti.

Lampiran 5

PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

TEMPAT DIRAWAT : _____ TANGGAL DIRAWAT: _____

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : _____ (L / P) Tanggal Pengkajian : _____
 Umur : _____ RM No. : _____
 Alamat : _____ Pekerjaan : _____
 Suku bangsa : _____ Agama : _____
 Pendidikan: _____ Informan : _____

II. ALASAN MASUK

Keluhan utama (gejala / perubahan perilaku yang menyebabkan klien dirawat)

III. STRESSOR PRESIPITASI (Masalah / kejadian yang dialami klien saat ini sehingga klien dirawat)

1. Masalah Biologis

- Penyakit fisik sekarang (alergi, trauma, infeksi, keganasan, degenerative, genetik, bawaan, pertumbuhan, dll)

☐ Tidak ada
☐ Ada ☐ akut ☐ kronis ☐ terminal

Jelaskan : _____

- Penyalahgunaan/ketergantungan zat

☐ Tidak ☐ Ya
☐ kafein ☐ Rokok ☐ Alkohol ☐ obat-obatan

Jelaskan : _____

- Terpapar racun/polutan

☐ Tidak ☐ ya, jelaskan _____

- Masalah seksual (aktifitas, fungsi, gangguan, perilaku)

☐ Tidak ☐ ya jelaskan _____

- Gangguan tidur

☐ Tidak ☐ ya, Jelaskan : _____

- Gangguan makan/nutrisi

☐ Tidak ☐ ya, Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan _____

2. Masalah Psikologis

- Abuse/Penganiayaan

☐ Tidak ada ☐ ada Jelaskan _____
☐ ☐

	Pelaku	Korban	Saksi
Aniaya fisik			
Aniaya seksual			
Aniaya emosional			
Tindakan Kriminal			

- Neglect/penelantaran

☐ Tidak ada ☐ ada Jelaskan _____

- Bullying/perundungan

☐ Tidak ada ☐ ada Jelaskan _____

- Kejadian traumatis

☐ Tidak ada ☐ ada Jelaskan _____

Masalah Keperawatan _____

3. Masalah Sosiobudaya

- Masalah Pendidikan:

☐ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan _____

- Masalah Penghasilan/ekonomi

☐ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan _____

- Masalah Pekerjaan :

☐ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan _____

- Konflik Budaya :

☐ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan _____

- Konflik Keyakinan/agama :

☐ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan _____

- Kegagalan dalam kegiatan politik :

☐ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan _____

- Masalah dengan keluarga

☐ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan _____

- Masalah dengan masyarakat

☐ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan _____

Masalah Keperawatan _____

IV. FAKTOR PREDISPOSISI (Riwayat masalah/kondisi masa lalu yang pernah dialami klien)

1. Riwayat biologis

- Riwayat penyakit fisik yang lalu

- Riwayat selama di kandungan dan kelahiran (khusus untuk klien anak atau terkait)

- Riwayat pertumbuhan dan perkembangan (khusus untuk klien anak atau terkait)

- Riwayat imunisasi (khusus untuk klien anak)

☐ lengkap ☐ tidak lengkap, Jelaskan : _____

- Riwayat paparan racun,/polutan

☐ Tidak ada ☐ Ya, Jelaskan _____

- Riwayat status gizi masa lalu

☐ baik ☐ cukup ☐ kurang

Jelaskan : _____

- Riwayat gangguan hormonal

☐ Tidak ada ☐ ada sebutkan _____

- Riwayat gangguan seksual (aktifitas, fungsi, gangguan, perilaku)

Jelaskan : _____

- Riwayat penggunaan/penyalahgunaan zat

☐ Tidak ada ☐ Ya
☐ kafein ☐ rokok ☐ Alkohol ☐ obat-obatan

Jelaskan : _____

- Riwayat reproduksi (kehamilan, persalinan, jumlah anak) (untuk klien ibu)

Jelaskan : _____

- Kebiasaan/Gaya hidup

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan _____

2. Faktor Psikologis

- Riwayat gangguan jiwa yang lalu

☐ Tidak ada ☐ ada

Jelaskan (Waktu/lama, gejala, & penanganannya) _____

- Kesan kepribadian

☐ extrovert ☐ Introvert ☐ Gangguan kepribadian

Jelaskan : _____

- Pertahanan psikologi : Kebiasaan koping yang digunakan

Adaptif

☐	Bicara dengan orang lain
☐	Menyelesaikan masalah
☐	Negosiasi
☐	Aktivitas konstruktif
☐	Olah raga
☐	Lainnya

Maladaptif

☐	Penyalahgunaan zat
☐	Reaksi lambat / berlebih
☐	Bekerja berlebihan
☐	Menghindar
☐	Mencederai diri
☐	Lainnya

Jelaskan : _____

- Riwayat kejadian/masalah masa lalu yang tidak menyenangkan (bencana, kekerasan, pelecehan, dll)

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

3. Faktor Sosiobudaya-spiritual

- Riwayat masalah Pendidikan

☐ tidak ☐ Ada, jelaskan _____

- Riwayat masalah penghasilan/ekonomi

☐ tidak ☐ Ada, jelaskan _____

- Riwayat masalah pekerjaan

☐ tidak ☐ Ada, jelaskan _____

- Riwayat konflik dengan nilai budaya

☐ tidak ☐ Ada, jelaskan _____

- Riwayat konflik nilai dengan keyakinan/agama yang dianut

☐ tidak ☐ Ada, jelaskan _____

- Riwayat keikutsertaan dan masalah dalam kegiatan politik

☐ tidak ☐ Ada, jelaskan _____

- Karakteristik hubungan sosial

Dengan Keluarga _____

Dengan Masyarakat _____

- Peran sosial :

Di Keluarga _____

Di Masyarakat _____

- Adakah anggota keluarga yang lain mengalami masalah/gangguan jiwa

Jelaskan : _____

Genogram (minimal tiga generasi)

Jelaskan: _____

Masalah Keperawatan : _____

V. STATUS PSIKOSOSIAL (untuk klien dengan masalah psikososial)

1. Konsep diri (pandangan klien terhadap dirinya)

a. Citra tubuh _____

b. Identitas _____

c. Peran _____

d. Ideal diri _____

e. Harga diri _____

Masalah Keperawatan : _____

2. Kecemasan (tanda dan gejala)

a. Fisiologis _____

b. Perilaku _____

c. Afektif _____

d. Kognitif _____

Masalah Keperawatan : (cemas ringan, sedang, berat, panik)

3. Respon Kehilangan (tahap dan respon kehilangan)

- | | |
|--------------------------|------------|
| ☐ | Denial |
| ☐ | Anger |
| ☐ | Bargaining |
| ☐ | Depresi |
| ☐ | Acceptance |

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

4. Harapan/semangat klien terhadap kesembuhan/masalah

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| ☐ | Penuh harapan |
| ☐ | Perasaan putusasa |
| ☐ | Perasaan tidakberdaya |

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

5. Distress spiritual :

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | Kebingunan terhadap suatu keyakinan yang dianut |
| ☐ | Sering mempertanyakan makna kehidupan, kematian, dan penderitaan |
| ☐ | Mempertanyakan kebenaran suatu keyakinan |
| ☐ | Tampak keputusan menjalankan keyakinan |
| ☐ | Tidak melakukan ritual keagamaan yang biasa dilakukan |
| ☐ | Perasaan ambivalen (ragu) terhadap keyakinannya |
| ☐ | Merasakan perasaan kekosongan nilai spiritual |
| ☐ | Mengekspresikan perhatian, marah, dendam, ketakutan, penderitaan terhadap kematian |
| ☐ | Meminta bantuan spiritual adanya gangguan dalam keyakinan |

Masalah Keperawatan : _____

6. Respon pasca trauma :

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | Sering teringat pada peristiwa traumatis |
| ☐ | Kecenderungan untuk mengelak bercerita terhadap peristiwa traumatis |
| ☐ | Pemikiran dan perasaan negative pada diri atau orang lain |
| ☐ | Perubahan perilaku dan emosi |

Masalah Keperawatan : _____

VI. STATUS MENTAL (untuk klien dengan gangguan jiwa)

1. Penampilan

☐

Tidak rapi

☐

Penggunaan pakaian
tidak sesuai

☐

Cara berpakaian tidak
seperti biasanya

Jelaskan : _____

2. Kesadaran kualitatif

☐

Tidak berubah

☐

berubah

☐

Meninggi

☐

berkabut

☐

Menurun

☐

Disosiasi

Jelaskan : _____

3. Disorientasi :

☐

Waktu

☐

Tempat

☐

Orang

Jelaskan : _____

4. Proses Pikir

• Arus Pikir

☐

Koheren

☐

Relevan

☐

asosiasi longgar

☐

Inkoheren

☐

irelevansi

☐

perseverasi

☐

Flight of ideas

☐

Blocking

☐

logorea

☐

Tangensial

☐

Sirkumstansiality

☐

Bicara cepat

☐

Neologisme

☐

Bicara lambat

☐

Assosiasi bunyi

☐

Main kata-kata

☐

Afasi

Jelaskan : _____

• Isi Pikir

☐

Wajar

☐

ekstasi

☐

fantasi

☐

Ide aneh

☐

pesimisme

☐

Pikiran magis

☐

Bunuh diri

☐

Ideas of reference

☐

Rendah diri

☐

Alienasi

☐

Isolasi

☐

Fobia sebutkan :

☐

Preokupasi

☐

Obsesif

☐

Waham : sebutkan jenisnya

Agama

☐

Somatik/hipokondrik

☐

Kebesaran

☐

Curiga

Nihilistik

☐

Sisip pikir

☐

Siar pikir

☐

Kontrol pikir

☐ kejaran

☐ Dosa

Jelaskan : _____

• Bentuk Pikir

☐ realistik

☐ nonrealistik

☐ autistik

☐ logik

☐ nonlogik

☐

Jelaskan : _____

7. Persepsi

☐ Halusinasi

☐ Ilusi

Macam Halusinasi

☐ Pendengaran

☐ Penglihatan

☐ Perabaan

☐ Pengecapan

☐ Pembauan

☐

Jelaskan : _____

8. Afek dan Emosi

Afek

☐ adekuat

☐ datar

☐ labil

☐ inadekuat

☐ tumpul

☐ Ambivalensi

Emosi

☐ Euforia

☐ Cemas

☐ Anhedonia

☐ Sedih

☐ Marah

☐ Apatis

☐ Alienasi

☐
☐

Jelaskan : _____

9. Aktivitas Motorik/Psikomotor

Kelambatan :

☐ Hipokinesa

☐ Sub stupor katatonik

☐ Hipoaktivitas

☐ Flexibilitas serea

☐ Katalepsi

☐ Katapleksi

Jelaskan : _____

Peningkatan

☐ Hiperkinesa

☐ Hiperaktivitas

☐ Gaduh gelisah

☐ Kompulsif

☐ Tik

☐ Grimase

☐ Tremor

☐ gagap

☐ stereotipi
☐ Rigid

☐ mannarism
☐ automatism

☐ Echolalia
☐ Negativism

☐ echopraxia
☐ Reaksi konversi

Jelaskan : _____

10. Memori

☐ Baik

☐ Gangguan daya ingat jangka pendek

☐ Gangguan daya ingat saat ini

☐ Gangguan daya ingat jangka panjang

☐ Amnesia: 1. retrograde 2. anterograde 3. total

☐ Paramnesia: 1. dejavu, 2. jamaisvu. 3. Konfabulasi 4. Fausse reconnaissance

☐ Hiperamnesia

Jelaskan : _____

11. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

☐ Mudah beralih

☐ Tidak mampu
berkonsentrasi

☐ Tidak mampu berhitung
sederhana

Jelaskan : _____

12. Kemampuan Penilaian

☐ Gangguan ringan

☐ Gangguan bermakna

Jelaskan : _____

13. Daya tilik diri /insight

☐ Mengingkari penyakit yang diderita

☐ Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : _____

14. Interaksi selama wawancara

☐ Bermusuhan

☐ Tidak kooperatif

☐ Mudah tersinggung

☐ Kontak mata kurang

☐ Defensif

☐ Curiga

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

VII. PENGKAJIAN FISIK

1. Keadaan umum : _____

2. Kesadaran neurologis

☐ Compos mentis

☐ Apati/sedasi

☐ somnolensia

☐ Stupor

☐ subkoma

☐ koma

3. Tanda vital : TD : _____ N : _____ S : _____ P : _____
4. Tinggi Badan/Berat Badan TB : _____ BB : _____ ☐ Turun ☐ Naik
5. Keluhan fisik : ☐ Tidak ada ☐ ada
Jelaskan : _____
6. Pemeriksaan fisik :
- Kepala _____
 - Leher _____
 - Thorax _____
 - Abdomen _____
 - Genetalia _____
 - Integumen _____
 - Ektremitas _____
 - Fungsi neurologis _____

Masalah Keperawatan : _____

VIII. AKTIFITAS SEHARI-HARI

1. Makan

Frekwensi _____ jenis _____ Kesukaan _____

☐ mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan Sebagian ☐ Bantuan total

2. BAB / BAK

Frekwensi _____ keluhan _____

☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan Sebagian ☐ Bantuan total

Personal Hygiene

Frekwensi _____ kualitas _____

☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan Sebagian ☐ Bantuan total

3. Berpakaian / berhias

Frekwensi ganti _____ kualitas _____

☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan Sebagian ☐ Bantuan total

4. Istirahat dan tidur

Lama Tidur _____

Aktivitas sebelum / sesudah tidur _____

Kualitas tidur

☐ Baik ☐ Tidak baik

5. Pemberian obat

☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan Sebagian ☐ Bantuan total

6. Pemeliharaan Kesehatan

	ada	Tidak
Perawatan lanjutan	☐	☐
Sistem pendukung	☐	☐

7. Aktivitas di dalam rumah

	Bisa	Tidak
Mempersiapkan makanan	☐	☐
Menjaga kerapian rumah	☐	☐
Mencuci pakaian	☐	☐
Pengaturan keuangan	☐	☐

8. Aktivitas di luar rumah

	Bisa	Tidak
Belanja	☐	☐
Transportasi	☐	☐
Lain-lain _____	☐	☐

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____**IX. PENILAIAN TERHADAP STRESSOR/MASALAH**

Penilaian klien terhadap masalah yang sedang dihadapi

☐ Tantangan ☐ Ancaman ☐ Bahaya

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____**X. SUMBER KOPING**

1. Kemampuan personal

- Problem solving skill

☐ baik ☐ kurang

- Status Kesehatan

☐ baik ☐ cukup ☐ Kurang

- Sosial skill

☐ baik ☐ cukup ☐ Kurang

- Intelegensia

☐ Geni/superior ☐ Rata-rata ☐ perbatasan ☐ Reterdasi Mental

- Pengetahuan tentang

☐	Gangguan jiwa	☐	baik	☐	cukup	☐	Kurang
☐	Faktor presipitasi	☐	baik	☐	cukup	☐	Kurang
☐	Faktor predisposisi	☐	baik	☐	cukup	☐	Kurang
☐	Sistem pendukung	☐	baik	☐	cukup	☐	Kurang
☐	Koping	☐	baik	☐	cukup	☐	Kurang
☐	Obat-obatan	☐	baik	☐	cukup	☐	Kurang
☐	Lainnya :	☐	baik	☐	cukup	☐	Kurang

- Pandangan hidup yang dimiliki

☐ Realistis

☐ Tidak realistis

Jelaskan : _____

2. Dukungan sosial

- Dukungan dari keluarga/kelompok/masyarakat

- Jaringan sosial (perkumpulan, organisasi, asuransi)

3. Aset material

- Kecukupan penghasilan untuk kebutuhan

☐ Kurang

☐ cukup

☐ lebih

- kekayaan yang dimiliki

☐ Tidak cukup

☐ cukup

- Pelayanan kesehatan :

☐ Terjangkau

☐ Tidak terjangkau

☐ Tidak ada

4. Keyakinan

- Keyakinan dan nilai _____
- Motivasi _____
- Orientasi kesehatan _____

Masalah Keperawatan : _____

XI. MEKANISME KOPING/CARA PENYELESAIAN MASALAH

☐	Menggunakan defense mekanisme, sebutkan _____
☐	Lari dari stressor
☐	Mengabaikan masalah
☐	Mencari Informasi
☐	Mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap permasalahan
☐	Membandingkan kemampuan diri dengan orang lain
☐	Problem sloving

Masalah Keperawatan : _____

XII. ASPEK MEDIK

Diagnosa medis _____

Terapi _____

Pemeriksaan Lab:

Darah _____

urine _____

faces _____

Pemeriksaan diagnostik / penunjang lainnya

XIII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

XIV. ANALISA DATA

NO	DATA	MASALAH

XV. POHON MASALAH

XVI. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Mahasiswa,

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN
(berdasarkan prioritas)

Ruang :

Nama Pasien :

No. Register :

No. DX	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

NAMA KLIEN:

NO. REG :

TGL	NO DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN KRITERIA STANDART	INTERVENSI	RASIONAL	TT

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : _____ Ruangan : _____ RM No. : _____

NO Dx	Tanggal & jam	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI

Lampiran 4

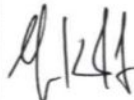


Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

📍 Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
☎ (0341) 566075
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Nilam Ayu Cahyaning Rati
NIM : P17240224078
Pembimbing : Ns. Elok Yulidaningsih, S. Kep., M. Kep
Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien Skizofrenia dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	07-01-2025	1. Konsep askep dibenahi 2. Tabel font disesuaikan 3. Tambahkan batasan istilah	
2.	08-01-2025	1. Setiap kalimat yang disampaikan harusnya ada sumber literturnya 2. Masih banyak redaksi yang belum sesuai 3. Batasan istilah belum sesuai isi, silahkan pahami penjelasannya 4. Proses pulta 1 saja isi saja penulisannya tetapi yang terperinci	
3.	10-01-2025	Konsep askep dibenahi sesuai dengan konsep dari literatur	

4.	15-01-2025	Literatur dalam penulisan diperbaiki	
5.	17-01-2025	1. Acc sempro 2. Lengkapi kata pengantar, daftar isi 3. Saat ujian bawa literatur yang dipakai di konsep askep	
6.	05-02-2025	1. Tambahkan rentang halusinasi dan pohon masalah 2. Batasan istilah tambahkan px kooperatif	
7.	18-02-2025	Acc Penelitian	
8.	24-03-2025	1. Dilanjutkan ke Bab selanjutnya 2. Lampirkan surat izin penelitian	
9.	10-04-2025	Perlu dianalisis ulang pembahasannya	
10.	16-04-2025	Kesimpulan pengkajian tidak perlu dituangkan	
11.	25-04-2025	Penambahan di pembahasan sesuai hasil analisis	
12.	28-04-2025	Acc Semhas	

13	09-05-2025	Revisi semhas tanbahkan diagnosa halusinasi dari buku	M/24
14	13-05-2025	Acc	9/24

Lampiran 4



Kementerian Kesehatan

Poltekkes Malang

Jalan Besar Ijen 77C

Malang, Jawa Timur 65112

(0341) 566075

<https://poltekkes-malang.ac.id>**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Nilam Ayu Cahyaning Rati
 NIM : P17240224078
 Pembimbing : Ns. Ixora S. Kep., M. Kep
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Persepsi Sensori Pendengaran Di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	05-02-2025	- Revisi sempro - Tambahkan pohon masalah	<i>Hes</i>
2.	11-02-2025	Revisi bab 1 latar belakang	<i>Hes</i>
3.	18-02-2025	Acc	<i>Hes</i>
4.	06-05-2025	- Revisi semhas - Revisi abstrak - Tanggal penelitian samakan pada Bab 3 - Kesimpulan menjawab tujuan khusus	<i>Hes</i>
5.	07-05-2025	Acc	<i>Hes</i>