

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. S MASALAH UTAMA
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENGLIHATAN
DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA PARANOID
DI RUANG GELATIK RUMAH SAKIT JIWA MENUR
SURABAYA PROVINSI JAWA TIMUR**



Oleh:

SIKHAH AYU DAMAYANTI

NIM 202.0035

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
HANG TUAH SURABAYA**

2023

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. S MASALAH UTAMA
GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENGLIHATAN
DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA PARANOID
DI RUANG GELATIK RUMAH SAKIT JIWA MENUR
SURABAYA PROVINSI JAWA TIMUR**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh:

SIKHAH AYU DAMAYANTI

NIM 202.0035

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
HANG TUAH SURABAYA**

2023

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 27 Februari 2023

SIKHAH AYU DAMAYANTI

NIM. 202.0035

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Sikhah Ayu Damayanti
NIM : 2020035
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. S Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.md. Kep)

Surabaya, 27 Februari 2023

Pembimbing Institusi

Pembimbing Ruangan

Lela Nurlela, S. Kp., M. Kes. Abdul Habib, S. Kep., Ns.

NIP.03021

NIP. 19760515 199703 1 005

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 27 Februari 2023

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Sikhah Ayu Damayanti
NIM : 2020035
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. S Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Senin, 27 Februari 2023

Bertempat di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh **GELAR AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji 1 : Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S. Kp., M.Kes.

NIP. 04015

Penguji 2 : Lela Nurlela, S. Kp., M. Kes.

NIP. 03021

Penguji 3 : Abdul Habib, S. Kep., Ns.

NIP. 19760515 199703 1 005

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D3 Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep., Ns, M.Kes.

NIP. 03007

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 27 Februari 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI Purn Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S. Kp., M. Kes. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya sekaligus penguji ketua yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya serta telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Drg. Vitria Dewi, M. Si. selaku Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

3. Ibu Dya Sustrami, S. Kep., Ns., M. Kes. selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Lela Nurlela, S. Kp., M. Kes. selaku pembimbing institusi Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak Abdul Habib, S. Kep., Ns. selaku pembimbing di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi–materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Ayahku tersayang dan Ibuku tercinta yang telah tulus ikhlas memberikan kasih sayang, cinta, doa, perhatian, dukungan moral dan materil yang telah diberikan selama ini. Terima kasih telah meluangkan segenap waktunya untuk mengasuh, mendidik, membimbing dan mengiringi perjalanan hidup penulis dengan dibarengi alunan doa yang tiada henti agar penulis sukses dalam menggapai cita–cita.
8. Kakakku serta kedua adikku terima kasih atas doa, dukungannya dan hiburan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

9. Penulis ucapkan terima kasih kepada pemilik NIM 202.0011 yang selalu menjadi penyemangat dan tak pernah berhenti mendengar keluh kesah penulis. Penulis bersyukur dan berterima kasih karena selalu menemani hari-hari untuk berbagi suka dan duka bersama penulis.
10. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
11. Pasien Tn. S yang telah bersedia memberikan data dan mau bekerja sama dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 27 Februari 2023

Sikhah Ayu Damayanti
NIM 2020035

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat Penulisan	6
1.5 Metode Penulisan	7
1.5.1 Metode	7
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	7
1.5.3 Sumber Data	7
1.5.4 Studi Kepustakaan	8
1.6 Sistematika Penulisan.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Skizofrenia	10
2.1.1 Definisi Skizofrenia	10
2.1.2 Etiologi Skizofrenia	11
2.1.3 Tanda Dan Gejala Skizofrenia.....	11
2.1.4 Klasifikasi Skizofrenia.....	12
2.1.5 Pengobatan Skizofrenia	14
2.2 Konsep Halusinasi.....	15
2.2.1 Definisi Halusinasi.....	15
2.2.2 Etiologi Halusinasi.....	16
2.2.3 Klasifikasi Halusinasi	18

2.2.4	Tanda Gejala Halusinasi	20
2.2.5	Fase – Fase Halusinasi	21
2.2.6	Rentang Respon Halusinasi	24
2.2.7	Mekanisme Koping Halusinasi	25
2.2.8	Komplikasi.....	25
2.2.9	Penatalaksanaan Medis Halusinasi	26
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi.....	33
2.3.1	Pengkajian.....	33
2.3.2	Pohon Masalah.....	38
2.3.3	Diagnosa Keperawatan	38
2.3.4	Rencana Tindakan	39
2.3.5	Implementasi.....	40
2.3.6	Evaluasi.....	44
2.4	Konsep Komunikasi Terapeutik	44
2.4.1	Definisi Komunikasi Terapeutik.....	44
2.4.2	Fungsi Komunikasi Terapeutik.....	45
2.4.3	Ciri – Ciri Komunikasi Terapeutik	46
2.4.4	Prinsip Komunikasi Terapeutik	48
2.4.5	Teknik Komunikasi Terapeutik	50
2.4.6	Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik.....	54
2.4.7	Tahapan Dan Penerapan Komunikasi Terapeutik	58
2.5	Konsep Stres Adaptasi Dan Mekanisme Koping	60
2.5.1	Definisi Stres	60
2.5.2	Gejala Stres	60
2.5.3	Macam – Macam Stres	61
2.5.4	Tingkatan Stres	62
2.5.5	Sumber Stres	64
2.5.6	Cara Mengendalikan Stres	65
2.5.7	Definisi Adaptasi	66
2.5.8	Macam – Macam Adaptasi	67
2.5.9	Definisi Mekanisme Koping.....	71
2.5.10	Jenis Mekanisme Koping	72
2.5.11	Karakteristik Mekanisme Koping	73
2.5.12	Sumber Mekanisme Koping.....	75

BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	77
3.1 Pengkajian	77
3.1.1 Identitas Klien.....	77
3.1.2 Alasan Masuk	77
3.1.3 Keluhan Utama	78
3.1.4 Faktor Predisposisi.....	78
3.1.5 Pemeriksaan Fisik.....	80
3.1.6 Psikososial	81
3.1.7 Status Mental	84
3.1.8 Kebutuhan Pulang.....	88
3.1.9 Mekanisme Koping.....	91
3.1.10 Masalah Psikososial Dan Lingkungan	91
3.1.11 Pengetahuan Kurang Tentang Penyakit	92
3.1.12 Data Lain.....	92
3.1.13 Aspek Medis	93
3.1.14 Daftar Masalah Keperawatan.....	94
3.1.15 Daftar Diagnosis Keperawatan	95
3.2 Pohon Masalah	96
3.3 Analisa Data	97
3.4 Rencana Keperawatan	99
3.5 Implementasi Keperawatan	103
BAB 4 PEMBAHASAN	111
4.1 Pengkajian	111
4.2 Diagnosa.....	115
4.3 Perencanaan.....	116
4.4 Implementasi	118
4.5 Evaluasi	128
BAB 5 PENUTUP	131
5.1 Kesimpulan.....	131
5.2 Saran.....	135
DAFTAR PUSTAKA	136
Lampiran 1.....	142
Lampiran 2.....	151

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Halusinasi	19
Tabel 2.2 Respon Halusinasi.....	25
Tabel 3.1 Hasil Laboratorium Tn. S	93
Tabel 3.2 Analisa Data.....	97
Tabel 3.3 Rencana Keperawatan.....	99
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan.....	103

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Halusinasi.....	25
Gambar 2.2 Pohon Masalah	38
Gambar 3.1 Genogram Tn.S	81
Gambar 3.2 Pohon Masalah Tn. S	96

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SPTK	142
Lampiran 2 Evaluasi Tanda Gejala Halusinasi	151

DAFTAR SINGKATAN

Tn	: Tuan
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
NIM	: Nomor induk mahasiswa
SWT	: Subhanahuwata'ala
WHO	: World Health Organization
APA	: American Psychiatric Association
RI	: Republik Indonesia
SST	: Social Skill Training
dll	: Dan lain-lain
CPZ	: Cloropromazine
THP	: Trihexphenidyl
mg	: miligram
ekg	: Elektrokardiogram
ECT	: Electroconvulsive therapy
SLKI	: Standar luaran keperawatan indonesia
SIKI	: Standar intervensi keperawatan indonesia
SDKI	: Standar diagnosis keperawatan indonesia
sp	: Strategi pelaksanaan
LAS	: Local adaptation syndrom
GAS	: General adaptation syndrom
rm	: Rekam medis
igd	: Instalasi gawat darurat
Satpol pp	: Satuan polisi pamong praja
tv	: television
Wib	: Waktu indonesia bagian barat
mmHg	: Milimeter Merkuri (Hydrargyrum)
Rr	: Respiratory
C	: Celcius
N	: Nadi
Td	: Tekanan darah
spo	: Saturation pulse oximetry
Tb	: Tinggi badan
Bb	: Berat badan
Cm	: Centimeter
Kg	: Kilogram
Imt	: Indeks massa tubuh
Hal	: Halaman
Bab	: Buang air besar
Bak	: Buang air kecil
Adl	: Activity daily of living
Ds	: Data subyektif
Do	: Data obyektif
Sptk	: Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2018) dalam (Yanti et al., 2020) menyatakan bahwa kesehatan mental adalah ketika seseorang dalam keadaan sehat dan merasa bahagia serta mampu menghadapi tantangan hidup, bersikap positif terhadap dirinya dan orang lain, bisa menerima orang lain sebagaimana mestinya. Namun ketika kondisi perkembangan individu tidak sesuai maka seseorang itu mengalami gangguan mental. Menurut *American Psychiatric Association* (APA) dalam (Yanti et al., 2020) gangguan jiwa adalah sindrom atau pola psikologis perilaku yang secara klinis ada pada individu dan berhubungan dengan kecemasan, kecacatan atau peningkatan risiko yang signifikan menyebabkan hilangnya kemandirian, kecacatan, sakit atau bahkan kehilangan nyawanya.

Gangguan jiwa termasuk masalah kesehatan utama di seluruh dunia. Menurut WHO 2013 menyatakan sebanyak 450 juta orang di seluruh dunia menderita masalah kesehatan mental, diperkirakan 1 dari 4 orang di dunia mengalami kesehatan mental. Menurut Kemenkes RI 2018 jumlah gangguan jiwa di Indonesia sebanyak 7,0/1000 penduduk dan prevalensi tersebut meningkat dibandingkan tahun 2013, prevalensi gangguan jiwa berat seperti skizofrenia sekitar 400.000 orang atau bahkan 1,7/1000 penduduk (Daulay et al., 2021).

Skizofrenia adalah penyakit saraf yang mempengaruhi pemikiran, persepsi, bahasa, emosi dan perilaku sosial pasien (Zainuddin & Hashari, 2019). Menurut data *American Psychiatric Association* terdapat 300.000 pasien skizofrenia di dunia yang mengalami episode akut setiap tahunnya. Angka kematian pasien skizofrenia 8x lebih tinggi dari angka kematian populasi umum. Dari pasien skizofrenia yang mencoba bunuh diri 20-30% dan 10% berhasil selamat. Orang dengan skizofrenia ditandai dengan penarikan diri dari hubungan sosial dan pribadinya, hidup diduniannya sendiri dan halusinasi yang berlebihan. Halusinasi adalah gangguan atau perubahan persepsi dimana penderita mempersepsikan sesuatu yang tidak terjadi, suatu penghayatan yang dialami melalui panca indera tanpa adanya rangsangan atau stimulus yang nyata (Livana et al., 2018).

Menurut (Nurya, 2019) di Rumah Sakit Jiwa Indonesia sekitar 70% halusinasi yang dialami oleh pasien gangguan jiwa adalah halusinasi pendengaran, 20% halusinasi penglihatan dan 10% halusinasi penciuman, rasa dan perabaan. Berdasarkan informasi dari Sekretariat yang ada di Rumah Sakit Jiwa Menur Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur didapatkan hasil kejadian kasus antara November 2022 sampai dengan Januari 2023 sebanyak 2.326 pasien. terdiagnosa skizofrenia sebanyak 317 pasien. 64,5% pasien laki-laki dan 35,5% pasien perempuan. Jumlah pasien di runag Gelatik pada bulan Januari 2023 sebanyak 117 pasien. Salah satu diagnosa medis skiozfrenia dengan masalah utana gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan. Di Jawa Timur halusinasi yang paling banyak terjadi

adalah halusinasi pendengaran sebanyak 70%, halusinasi penglihatan 20% dan halusinasi penciuman, rasa dan perabaan sebanyak 10%.

(Livana et al., 2018) menyatakan efek halusinasi adalah hilangnya kontrol diri yang menyebabkan penderita mengalami kecemasan. Dalam situasi ini pasien bisa melakukan berbagai macam ancaman seperti bunuh diri, membunuh orang bahkan merusak lingkungan sekitar. Upaya yang tepat untuk perawatan yang diperlukan untuk meminimalkan efek halusinasi adalah membantu pasien mengelola halusinasi yang dirasakan. Peran perawat meliputi penerapan standar keperawatan, terapi aktivitas kelompok dan mengedukasi keluarga mengenai perawatan pasien yang mengalami halusinasi. Peran perawat melibatkan penerapan strategi mengatasi halusinasi antara lain strategi implementasi yaitu strategi pelaksanaan. Strategi pelaksanaan meliputi kegiatan mengenali halusinasi, menghardik halusinasi, rutin minum obat, berbicara dengan orang lain saat terjadi halusinasi dan melakukan kegiatan terencana untuk mencegah halusinasi.

Menurut (Sari et al., 2018) kekambuhan dapat memperburuk kondisi pasien gangguan jiwa. Gangguan jiwa juga sering dikaitkan dengan kekambuhan selama pengobatan dan perawatan. Fase pengobatan yang dapat mengembangkan teknik manajemen gejala pencegahan kekambuhan. Diantara banyak jenis pengobatan yang diberikan ada 2 jenis pengobatan yaitu pemberian terapi farmakologis dan nonfarmakologis. Salah satu cara pemberian farmakologis adalah dengan pemberian obat clozapine untuk mengatasi skizofrenia. Neuroleptik digunakan untuk mengobati psikosis misalnya clozapine yang diberikan secara oral dan

intramuskular. Obat penenang misalnya valium atau stesolid diberikan secara intravena. Dan Pengobatan oral untuk psikosis adalah trilupazine (Apriliani & Widiani, 2020). Sementara pengobatan nonfarmakologis salah satunya adalah terapi aktifitas seperti berolahraga. Walaupun banyak bentuk terapi komplementer yang bisa diberikan sebagai ganti terapi aktif yaitu melakukan terapi murotal dengan mendengar ayat suci alquran. Terapi murotal dapat merangsang otak dengan baik dan ketika seorang mendengar ayat suci alquran bisa memberikan reaksi yang rileks, tenang dan menyenangkan. Selain itu pengobatan terapi murotal dapat digunakan sebagai pengobatan stres dan dapat memberikan stimulasi positif pada otak (Zainuddin & Hashari, 2019)

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas didapatkan rumusan masalah sebagai berikut: "Bagaimana Asuhan Keperawatan Jiwa Tn. S Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur?"

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Tn. S Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan Pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa Tn. S Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
2. Perumusan Diagnosa Asuhan Keperawatan Jiwa Tn. S Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
3. Renacana Intervensi Asuhan Keperawatan Jiwa Tn. S Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
4. Mengimplementasi Asuhan Keperawatan Jiwa Tn. S Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
5. Melakukan Evaluasi Asuhan Keperawatan Jiwa Tn. S Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
6. Membuat Dokumentasikan Asuhan Keperawatan Jiwa Tn. S Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan Dengan

Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid Di Ruang Gelatik Rumah Sakit
Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

1.4 Manfaat Penulisan

Sehubungan dengan tujuan dari tugas akhir ini diharapkan memberi manfaat sebagai berikut:

1. Secara akademis, yang merupakan sumbangan untuk ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan jiwa Tn. S masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di ruang gelatik rumah sakit jiwa menur provinsi jawa timur
2. Secara psikologis, tugas ini bermanfaat bagi:
 - a. Bagi pelayanan keperawatan dirumah sakit
Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan jiwa Tn. S masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid dengan baik
 - b. Bagi penulis
Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah asuhan keperawatan jiwa Tn. S masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid
 - c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai ilmu tambahan bagi profesi keperawatan dan memberikan gambaran yang lebih baik tentang asuhan keperawatan jiwa Tn. S masalah utama gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif adalah metode yang mengungkapkan peristiwa gejala yang sedang terjadi meliputi studi psutaka yang mengkaji, mengumpulkan, mengolah data dengan pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah yaitu pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Hasil data yang dikumpulkan selama wawancara dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lainnya.

2. Observasi

Hasil pengamatan yang didapat ketika wawancara berlangsung dan sesuai dengan kondisi pasien

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik yang dapat membantu untuk menunjang dalam menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya

1.5.3 Sumber Data

1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari pasien

2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul kasus dan masalah yang dibahas

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, persembahan, kata pengantar, daftar isi
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:
 - a. BAB 1: Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah
 - b. BAB 2: Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa utama gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan, serta kerangka masalah
 - c. BAB 3: Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

- d. BAB 4: Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan
 - e. BAB 5: Penutup, berisi tentang simpulan dan saran
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan otak kronis, parah dan melumpuhkan yang ditandai dengan delusi, halusinasi, delusi dan perilaku aneh. Skizofrenia adalah gangguan kejiwaan yang mencakup berbagai gangguan perilaku yang parah. Gambaran klinis selalu merupakan gangguan pikiran, yang sering disertai dengan gejala khas seperti halusinasi, delusi, perilaku aneh, dan penurunan kemampuan secara umum (zuraida, 2017).

Skizofrenia adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami perubahan perilaku yang besar, seseorang yang mengalami gangguan ini menjadi tidak sadar diri, berperilaku tidak wajar, menyakiti diri sendiri, menarik diri, tidak mau bersosialisasi, tidak sadar diri, dan seringkali menjadi tidak sadar. dunia fantasi yang penuh dengan ilusi dan halusinasi (Wijayati et al., 2019)

Hasil skizofrenia paranoid dari gangguan neurologis dan kognitif, tetapi orang-orang ini memiliki prognosis yang baik. Namun pada fase aktif gangguan ini, penderita mengalami gangguan jiwa berat dan gejala tersebut dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain. Timbulnya subtype ini biasanya lebih lambat dari bentuk skizofrenia lainnya. Gejala sangat konsisten, seringkali paranoid, dan pasien mungkin atau mungkin tidak menanggapi delusi mereka (Ningnurani et al., 2022)

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Penyebab skizofrenia menurut (Ajar, n.d.) dalam (Nurhalimah, 2016) adalah sebagai berikut:

1. Keturunan

Penelitian menunjukkan bahwa saudara tiri memiliki morbiditas 0,9-1,8%, saudara kandung 7-15%, anak dengan orang tua menderita skizofrenia 40-68%, kembar 2 telur 2-15 kembar 1 telur 61-86%.

2. Metabolisme

Teori ini didasarkan pada fakta bahwa penderita skizofrenia terlihat pucat dan sakit, ekstremitas anggota badan agak membiru, nafsu makan dan berat badan menurun, dan pada penderita pingsan katatonik, konsumsi asam berkurang. Hipotesis ini selanjutnya ditunjukkan dengan pemberian obat halusinogen.

3. Susunan Saraf

Skizofrenia dikaitkan dengan kelainan pada sistem saraf pusat, yaitu diafragma atau korteks, tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin karena perubahan postmortem atau menghasilkan artefak.

2.1.3 Tanda Dan Gejala Skizofrenia

Gejala skizofrenia menurut (Rizal et al., 2021) sebagai berikut :

1. Gejala Primer

a. Gangguan proses pikir

Gangguan proses berpikir (bentuk, tahapan dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan inkoherenasi

b. Gangguan afek emosi

- 1) Terjadi kedangkalan emosi
- 2) Paramimi dan paratimi
- 3) Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai kesamaan
- 4) Emosi berlebihan
- 5) Hilangnya kemampuan untuk menjalin hubungan yang baik

c. Gangguan keinginan

- 1) Terjadi kelemahan kemauan
- 2) Perilaku negatif atas permintaan
- 3) Otomatis yang membuat merasa pikiran yang dipengaruhi oleh orang lain

d. Gangguan psikomotor

- 1) Stupor atau hiperkinesia
- 2) Stereotip
- 3) Katalepsi
- 4) Echolalia

2. Gejala Sekunder

Istilah ini menggambarkan persepsi sensorik palsu yang dapat mempengaruhi panca indera. Halusinasi pendengaran dan visual adalah yang paling umum, sementara halusinasi penciuman, taktil, dan pengecapian juga dapat terjadi.

2.1.4 Klasifikasi Skizofrenia

Menurut (Nashirah et al., 2022) skizofrenia diklasifikasikan menjadi beberapa tipe antara lain:

1. Skizofrenia Paranoid (F20.0)

Kecurigaan yang tidak dikenali, terutama gejala positif. Positif berarti gejala ini biasanya merespons pengobatan medis. Minimal, pasien paranoid atau mengalami halusinasi pendengaran. Orang dengan delusi paranoid terlalu curiga terhadap orang lain. Selain itu, gejala skizofrenia lainnya, seperti bicara tidak teratur, afek dangkal, perilaku katatonik atau tidak teratur, tidak ada atau kurang jelas dibandingkan gejala positif ini.

2. Skizofrenia Hebefrenik (F20.1)

Skizofrenia tidak teratur atau bisa disebut dengan skizofrenia hebefrenik ditandai dengan gejala yang tidak teratur seperti bicara tidak teratur, perilaku yang tidak sesuai, efeknya datar dan kurang bisa mengekspresikan diri

3. Skizofrenia Katatonik (F20.2)

Skizofrenia katatonik, kekakuan motorik, atau kegembiraan katatonik adalah ciri khas skizofrenia jenis ini. Pasien tidak dapat berbicara, bereaksi atau bahkan bergerak. Dalam kasus lain, mereka menunjukkan kegembiraan atau mania yang kuat. Tanda-tanda kegembiraan katatonik termasuk menggelegak atau meronta-ronta. Selain itu, skizofrenia katatonik juga dapat mencakup echolalia dan echopraxia. Hal ini disebabkan oleh karakteristik khusus dari gerakan tak sadar, seperti: postur tubuh yang aneh, meringis, atau gerakan stereotip (misal. gemetar, melambai, menggigit kuku).

4. Skizofrenia Tak Terinci (F 20. 3)

Skizofrenia adalah klasifikasi untuk orang yang tidak sesuai dengan tiga kategori sebelumnya (paranoid, tidak teratur, katatonik). Individu mengalami delusi, halusinasi, disorganisasi, perilaku katatonik, efek datar.

2.1.5 Pengobatan Skizofrenia

Pengobatan skizofrenia menurut (Utami, 2020) sebagai berikut:

1. Antipsikotik

a. Antipsikotik generasi pertama

Antipsikotik generasi pertama adalah antipsikotik yang memblokir reseptor dopamin D2. Antipsikotik ini memblokir sekitar 65-80% reseptor D2 di striatum dan saluran dopamin lainnya di otak.

b. Antipsikotik generasi kedua

Antipsikotik generasi kedua ini, seperti risperidone, olanzapine, quetiapine, lurasidone, dan clozapine, memiliki afinitas yang lebih besar terhadap reseptor serotonin daripada reseptor dopamin. Sebagian besar antipsikotik generasi kedua menimbulkan efek samping berupa penambahan berat badan dan metabolisme lipid.

2. Rehabilitasi Psikososial

a. Terapi kognitif

Terapi kognitif sangat meningkatkan fungsi sosial dan memperbaiki beberapa gejala, seperti delusi dan halusinasi. Terapi kognitif lebih aman dan efektif bila diberikan kepada penderita skizofrenia yang tidak mau minum antipsikotik.

b. Sosial Skill Training (SST)

Menunjukkan bahwa SST memiliki potensi untuk meningkatkan fungsi kognitif melalui pengalaman belajar yang meningkatkan memori dan perhatian yang memengaruhi kehidupan sosial. Jurnal penelitian juga menyebutkan bahwa SST meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pasien skizofrenia.

c. Pengobatan Farmakologi

Farmakoterapi, baik antipsikotik oral, merupakan terapi andalan dalam penatalaksanaan skizofrenia. Ini direkomendasikan untuk pasien dengan kepatuhan rendah. Sebanyak 472 peserta yang beralih dari antipsikotik oral (aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone, dan paliperidone extended-release) ke paliperidone sekali selama 1 bulan menunjukkan respon dan tolerabilitas yang baik. Ini memberikan efek terapeutik yang lama dengan memaksimalkan pemberian obat, kontak obat dan jadwal pengobatan

2.2 Konsep Halusinasi

2.2.1 Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah kondisi di mana seseorang mengalami perubahan dalam pola dan jumlah rangsangan yang dimulai secara internal atau eksternal di sekitarnya, pengurangan berlebihan, distorsi, atau respons abnormal terhadap rangsangan apa pun. Halusinasi adalah gangguan pada persepsi indrawi terhadap objek rangsangan dari luar, gangguan persepsi

indrawi ini meliputi seluruh panca indera. Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa dimana klien mengalami perubahan persepsi indrawi dan mempersepsikan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, rasa, raba atau bau. Klien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada. Klien yang menderita masalah kesehatan mental mengalami perubahan orientasi realitas (Utami, 2020).

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering dialami pasien gangguan jiwa, halusinasi sering disamakan dengan skizofrenia. Mayoritas dari semua pasien skizofrenia mengalami halusinasi. Gangguan jiwa lain yang juga disertai halusinasi adalah gangguan bipolar dan delusi. Halusinasi adalah gangguan persepsi di mana klien merasakan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Penerapan panca indera tanpa rangsangan eksternal. Apresiasi dialami melalui pencerapan melalui panca indera tanpa rangsangan dari luar salah persepsi (Andri et al., 2019)

Halusinasi adalah hilangnya penilaian seseorang rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberikan pengamatan atau pendapat tentang lingkungan tanpa objek atau rangsangan yang nyata. Misalnya, klien mendengar suara saat tidak ada yang berbicara (Fabiana Meijon Fadul, 2019)

2.2.2 Etiologi Halusinasi

Faktor penyebab terjadi halusinasi menurut (Utami, 2020) adalah sebagai berikut:

1. Faktor Presdiposisi

a. Faktor genetis

Secara genetik, skizofrenia diturunkan melalui kromosom tertentu. Namun, kromosom mana yang menjadi penentu penyakit ini masih dalam penyelidikan. Kembar identik memiliki peluang untuk mengembangkan skizofrenia

50% jika salah satu dari mereka menderita skizofrenia, sedangkan saudara kandungnya memiliki peluang 15%. Seorang anak dengan satu orang tua penderita skizofrenia memiliki peluang 15% untuk mengalami skizofrenia, sedangkan jika kedua orang tuanya menderita skizofrenia, peluangnya menjadi 35%.

b. Faktor neurobiologis

Orang dengan skizofrenia menderita pengurangan volume otak dan fungsi abnormal. Neurotransmitter, terutama dopamin, serotonin, dan glutamat, juga ditemukan abnormal.

1) Studi neurotransmitter

Hal ini menyebabkan skizofrenia terjadi ketidakseimbangan neurotransmitter. Kelebihan dopamin tidak diimbangi dengan kadar serotonin.

2) Teori virus

Paparan virus influenza selama trimester ketiga kehamilan dapat menjadi faktor predisposisi skizofrenia.

3) Psikologis

Beberapa kondisi psikologis menjadi faktor predisposisi skizofrenia, termasuk anak-anak yang diasuh oleh ibu yang

pemalu, terlalu protektif, dingin dan tidak berperasaan, ketika seorang ayah menjauhkan diri dari putranya.

2. Faktor Presipitasi

- a. Pemrosesan informasi yang berlebihan di sistem saraf, yang menerima dan memproses informasi di talamus dan otak depan
- b. Mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu
- c. Kondisi kesehatan antara lain : pola makan yang buruk, susah tidur, ketidakseimbangan ritme sirkadian, kelelahan, infeksi, obat sistem saraf pusat, aktivitas fisik, hambatan untuk mengakses layanan kesehatan
- d. Lingkungan meliputi: lingkungan yang tidak bersahabat, krisis di rumah, kehilangan kebebasan hidup, perubahan gaya hidup, aktivitas sehari-hari, kesulitan dalam hubungan, isolasi sosial, kurangnya dukungan sosial, tekanan kerja, kurangnya keterampilan kerja, stigma, kemiskinan, ketidakmampuan untuk mencari pekerjaan
- e. Sikap atau perilaku, antara lain: merasa tidak mampu, rendah diri, putus asa, tidak aman, merasa gagal, mengendalikan diri, merasa memiliki terlalu banyak kekuatan, merasa miskin, berperilaku berbeda dari orang lain seusia atau budaya anda, keterampilan sosial yang buruk, perilaku agresif, perawatan yang tidak memadai, kontrol gejala yang tidak memadai

2.2.3 Klasifikasi Halusinasi

Klasifikasi halusinasi dibagi menjadi 5 menurut (Utami, 2020) yaitu :

1. Halusinasi Pendengaran (Audiotorik) 70%

Fitur yang ditandai dengan mendengar suara, terutama suara manusia. Biasanya klien mendengar suara orang berbicara tentang apa yang mereka pikirkan dan menyuruh mereka melakukan sesuatu

2. Halusinasi Penglihatan (Visual) 20%

Ditandai dengan adanya rangsangan visual berupa kedipan lampu, gambar geometris, kartun dan atau panorama besar dan kompleks. Tampilan bisa menyenangkan atau menakutkan

3. Halusinasi Penciuman (Olfactory)

Sifat yang ditandai dengan bau yang tidak sedap, amis dan memuakkan, seperti: darah, urin atau feses. Terkadang baunya menyenangkan, biasanya berhubungan dengan stroke, tumor, kejang, dan demensia.

4. Halusinasi Pengecapan

Ciri-cirinya ditandai dengan mengecap sesuatu yang busuk, keruh dan menjijikan, merasakan rasa darah, air kencing atau feses

5. Halusinasi Perabaan

Fitur ini ditandai dengan adanya rasa sakit atau ketidaknyamanan tanpa rangsangan yang terlihat. Contoh: merasakan sensasi listrik yang berasal dari tanah, benda mati atau orang lain

Tabel 2.1 Klasifikasi Halusinasi

JENIS HALUSINASI	DATA OBJEKTIF	DATA SUBJEKTIF
Halusinasi pendengaran	1. Berbicara dan tertawa sendirian tanpa ada yang bisa diajak bicara 2. Marah tanpa alasan	1. Mendengar suara atau gerakan 2. Dengarkan suara yang mendorong anda untuk berbicara

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Sering mencodongkan telinga ke arah tertentu 4. Sering menutup telinga tanpa sebab 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Mendengar suara yang menyuruh anda melakukan sesuatu yang berbahaya
Halusinasi penglihatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjuk ke arah tertentu 2. Takut pada sesuatu hal, bentuk, rupa atau benda lain 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lihat bayangan, sinar, bentuk aneh, bentuk kartun, lihat hantu ataupun monster
Halusinasi penciuman	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baunya seperti mencium aroma tertentu 2. Terlihat menutup hidungnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencium bau tidak sedap 2. Mencium aroma yang sangat menyengat
Halusinasi pengecapan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sering meludah dan batuk 2. Selalu merasa mual dan muntah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merasakan seperti mengecap darah, urin dan feses
Halusinasi perabaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggaruk permukaan kulitnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatakan ada serangga dikulit dan merasakan sengatan listrik

2.2.4 Tanda Gejala Halusinasi

Beberapa tanda dan gejala perilaku halusinasi termasuk senyum atau tawa yang tidak pantas, gerakan bibir diam, berbicara sendiri, gerakan mata cepat, diam, konsentrasi pada pengalaman sensorik, kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dan kenyataan, kemampuan untuk berkonsentrasi hanya beberapa detik atau menit, kesulitan berhubungan dengan orang lain, tidak mampu mengurus dirinya sendiri, orang lain. Tanda gejala perilaku klien yang terkait dengan halusinasi menurut (Utami, 2020) adalah sebagai berikut :

1. Halusinasi Pendengaran

Mendengar suara/kebisingan, kebanyakan suara kata-kata yang jelas, bahkan berbicara di lantai atas dengan pelanggan percakapan lengkap antara dua orang yang berhalusinasi. Pikiran yang terdengar jelas ada bersama klien mendengar kata suruh pasien melakukan sesuatu terkadang bisa berbahaya.

2. Halusinasi Penglihatan

Penglihatan dirangsang oleh kilatan cahaya, gambar geometris, gambar kartun dan atau panorama besar dan kompleks. Visual bisa menjadi sesuatu yang lucu sesuatu yang menakutkan, seperti monster.

3. Halusinasi Penciuman

Bau, seperti bau darah, urin, feses, biasanya merupakan bau yang tidak sedap. Halusinasi bau tersebut seringkali merupakan akibat dari stroke, tumor, kejang/demensia.

4. Halusinasi Pengecapan

Merasa mengecap suatu rasa seperti rasa darah, urine dan feses

5. Halusinasi Perabaan

Merasa sakit atau tidak nyaman tanpa rangsangan yang jelas Merasakan sengatan listrik yang berasal dari tanah, benda mati atau orang lain.

2.2.5 Fase – Fase Halusinasi

Halusinasi terbagi menjadi beberapa tahap yang akan dilalui klien menurut (Utami, 2020) :

1. Fase Sleep Disorder

Karakteristik :

Klien memiliki banyak masalah, ingin menghindari lingkungan, takut orang lain mengetahui bahwa dirinya memiliki banyak masalah. Masalah menjadi semakin sulit karena berbagai ketegangan menumpuk dan sistem pendukungnya kurang dan pemahaman tentang masalah sangat buruk.

Perilaku :

Klien mengalami kesulitan tidur dan tetap terbiasa bermimpi dan memandang mimpi ini sebagai pemecah masalah.

2. Fase Comforting

Karakteristik :

Klien mengalami emosi yang mendalam seperti ketakutan, kesepian, rasa bersalah, kecemasan dan mencoba untuk fokus pada pikiran yang menyenangkan untuk menghilangkan kecemasan. Klien memahami bahwa ketika rasa takut dapat dikendalikan, pikiran dan pengalaman indrawi berada di bawah kendali.

Perilaku :

Klien terkadang senyum, tertawa, komat-kamit, menggerakkan mata dengan cepat, respon lambat, tenang dan fokus.

3. Fase Condemning

Karakteristik :

Pengalaman sensori yang memuakkan dan menakutkan. Klien mulai kehilangan kendali dan mungkin mencoba menjauhkan diri dari sumber yang dirasakan. Klien mungkin merasa dipermalukan oleh pengalaman indrawi dan ditarik dari orang lain.

Perilaku :

Ditandai dengan peningkatan tanda-tanda sistem syaraf otonom akibat kecemasan otonom seperti, peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah. Perhatian pada lingkungan sekitar berkurang dan kadang dia disibukkan dengan pengalaman sensorik dan kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dari kenyataan.

4. Fase Controlling

Karakteristik :

Klien berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Isi halusinasi menjadi menarik. Klien merasa dipermalukan serta merasa kesepian jika sensori halusinasi berhenti.

Perilaku :

Ditandai dengan peningkatan tanda-tanda sistem syaraf otonom akibat kecemasan otonom seperti peningkatan denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah.

5. Fase Conquering Anxiety

Karakteristik :

Pengalaman sensori menjadi ancaman ketika klien mengikuti perintah halusinasi. Halusinasi berlangsung berjam-jam, sehari-hari tanpa adanya intervensi terapeutik.

Perilaku :

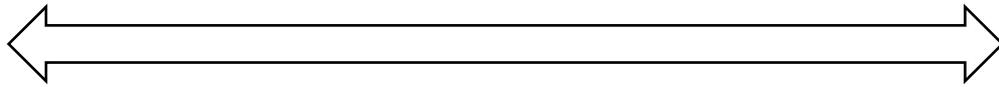
Perilakunya panik, resiko tinggi cedera, bunuh diri, kegelisahan hebat, penarikan diri dan ketidakmampuan untuk menanggapi lingkungan.

2.2.6 Rentang Respon Halusinasi

Ini adalah persepsi yang maladaptif. Ketika klien yang sehat memiliki persepsi yang akurat, mereka dapat mengidentifikasi dan menginterpretasikan rangsangan berdasarkan informasi yang mereka terima melalui panca indera (pendengaran, penglihatan, penciuman, rasa dan sentuhan), klien halusinasi mempersepsikan rangsangan sensorik, meskipun tidak ada pesona. . Di antara kedua respon tersebut terdapat respon individu yang karena alasan tertentu mengalami gangguan persepsi, yaitu salah memahami stimulus yang diterimanya, yang disebut ilusi. pengalaman klien jika interpretasi yang dilakukan terhadap stimulus panca indera tidak sesuai stimulus yang diterimanya. Halusinasi merupakan salah satu respon maladaptif individu dalam bidang respon neurobiologis. Ini adalah respons persepsi terburuk. Ketika individu sehat memiliki persepsi yang akurat, mereka dapat mengenali dan menginterpretasikan rangsangan berdasarkan informasi yang mereka terima melalui panca indera (pendengaran, penglihatan, penciuman, rasa, dan sentuhan). Pasien dengan halusinasi merasakan rangsangan sensorik ketika rangsangan sebenarnya tidak ada (Fabiana Meijon Fadul, 2019)

Di antara dua jawaban ini terletak jawaban dari individu yang entah karena apa mengalami gangguan persepsi, yaitu salah persepsi terhadap stimulus yang diterima, disebut ilusi. Pasien mengalami delusi ketika interpretasi mereka terhadap rangsangan sensorik tidak sesuai dengan rangsangan yang diterima. Menurut (Fabiana Meijon Fadul, 2019) pemilihan jawaban halusinasi dapat dilihat pada gambar di bawah ini :

Gambar 2.1 Rentang Respon Halusinasi



Tabel 2.2 Respon Halusinasi

Respon Adaptif	Respon Biologis	Respon Maladaptif
<ul style="list-style-type: none"> • Pikiran logis • Persepsi akurat • Emosi konsisten • Perilaku sesuai • Hubungan sosial 	<ul style="list-style-type: none"> • Pikiran kadang menyimpang • Ilusi • Reaksi emosional berlebihan dan kurang • Perilaku aneh • Menarik diri 	<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan pikiran • Kesulitan untuk memproses emosi • Ketidakteraturan perilaku • Isolasi sosial

2.2.7 Mekanisme Koping Halusinasi

Mekanisme koping adalah cara individu dalam memecahkan masalah, bereaksi terhadap segala situasi dan berusaha menerima perubahan (Sutinah, 2019). Mekanisme koping yang sering dijumpai digunakan oleh klien yaitu :

1. With Drawal

Klien menarik diri dan sudah asyik dengan lingkungan internal.

2. Proyeksi

Menggambarkan dan menjelaskan persepsi yang membingungkan.

3. Regresi

Terjadi dalam hubungan sehari - hari untuk memproses masalah dan mengeluarkan sejumlah energy dalam mengatasi cemas.

2.2.8 Komplikasi

Halusinasi dapat menjadi penyebab mengapa pasien berperilaku kasar karena suara memberi perintah, sehingga rentan terhadap ketidaksesuaian. Perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia diawali dengan perasaan tidak berharga, ketakutan dan penolakan lingkungan sehingga menyebabkan individu menarik diri dari hubungan dengan orang lain.

Komplikasi yang mungkin dialami klien dengan gangguan sensorik sebagai masalah utama halusinasi, antara lain: risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah dan isolasi sosial (Putri et al., 2021).

2.2.9 Penatalaksanaan Medis Halusinasi

Menurut (Putri et al., 2021) intervensi terapeutik yang membantu klien mengatasi halusinasinya dimulai dengan membangun hubungan saling percaya dengan klien. Hubungan sangat rahasia penting untuk menentukan sebelum pelanggan mengambil tindakan lebih lanjut. Pertama-tama, klien harus dibantu untuk merasa nyaman berbagi pengalaman halusinasi aneh mereka sehingga informasi tentang halusinasi yang dialami klien dapat disebarluaskan. Untuk melakukan ini, pengasuh harus membayangkan, dengan menandatangani kontrak perawatan dengan klien, bahwa pengasuh benar-benar peduli untuk membantu klien. Pengasuh juga harus sabar, menunjukkan penerimaan yang tulus dan secara aktif mendengarkan ekspresi wajah pasien saat dia memberi tahu mereka tentang halusinasi. Hindari menyalahkan atau menertawakan klien, bahkan jika pengalaman halusinasi yang dilaporkan aneh dan menggelikan bagi pengasuh. Pengasuh harus mampu mengendalikan diri untuk tetap terapeutik.

Setelah hubungan saling percaya telah terjalin, langkah selanjutnya dalam terapi adalah membantu klien mengidentifikasi halusinasi (tentang isi delusi, waktu, frekuensi halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi, dan perasaan klien). Setelah klien memahami bahwa halusinasi yang dialaminya merupakan masalah yang harus diatasi, maka klien harus diedukasi tentang cara-cara yang dapat dilakukan dalam mengatasi halusinasi yang terbukti efektif. Prosedur ini dimulai dengan mempertimbangkan pengalaman klien dalam menghadapi halusinasi. Jika klien melakukan beberapa upaya untuk mengatasi halusinasi, pengasuh harus mendiskusikan keefektifan metode ini. Jika cara ini berhasil, dapat digunakan, dan jika metode yang digunakan tidak efektif, pengasuh dapat membantu dengan cara baru.

Menurut (Utami, 2020) ada beberapa cara yang bisa dilatihkan kepada klien untuk mengontrol halusinasi, meliputi :

1. Menghardik halusinasi

Halusinasi disebabkan oleh rangsangan internal. Untuk mengatasinya, klien harus berusaha melawan secara internal terhadap halusinasi yang dialaminya. Klien dilatih untuk berkata, "saya tidak ingin mendengar apapun, saya tidak ingin melihat apapun." ini dianjurkan jika halusinasi terjadi kapan saja. Bantu pasien mengenali halusinasi, jelaskan cara mengontrol halusinasi, ajari pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama yaitu dengan menegur halusinasi

2. Berinteraksi dengan orang lain

Klien didorong untuk meningkatkan keterampilan sosial mereka. Dengan meningkatkan intensitas interaksi sosial mereka, pelanggan dapat meningkatkan pandangan mereka terhadap orang lain. Klien juga mengalami peningkatan rangsangan eksternal ketika berhadapan dengan orang lain. Dua yang mengurangi fokus perhatian klien pada stimulus internal yang menjadi sumber halusinasi. Ajarkan pasien untuk mengelola halusinasinya dengan cara lain, yaitu dengan berbicara dengan orang lain

3. Konsumsi obat secara teratur

Salah satu penyebab terjadinya halusinasi adalah pengaruh ketidakseimbangan neurotransmitter di saraf (dopamin, serotonin). Oleh karena itu, perlu dijelaskan kepada klien cara kerja obat mengatasi halusinasi dan cara minum obat yang benar untuk mencapai tujuan pengobatan secara optimal. Pendidikan pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan materi yang tepat dalam pemberian obat, sehingga klien mengikuti pengobatan secara menyeluruh dan teratur.

Keluarga klien harus dijelaskan bagaimana pasien dengan halusinasi harus ditangani dengan kemampuan keluarga yang terbaik. Ini penting karena dua alasan. Keluarga pertama adalah sistem asal pelanggan. Pengaruh sikap keluarga sangat besar menentukan kesehatan mental klien. Klien mungkin telah mampu mengatasi masalahnya, tetapi jika tidak didukung dengan kuat, klien dapat gagal dan halusinasinya dapat kambuh. Alasan lain: halusinasi, salah satu gejala psikosis, bisa bertahan lama atau kronik bahkan ketika klien kembali ke rumah, mereka

mungkin masih mengalami halusinasi. Dengan mengedukasi keluarga tentang cara penanganan halusinasi, diharapkan keluarga dapat menjadi terapis setelah klien pulang. Instruksikan pasien untuk menggunakan obat secara teratur. Obat-obatan yang biasa digunakan pada pasien halusinasi meliputi:

a. Cloropromazine (Cpz, Largactile) Warna Orange

- Indikasi

Untuk mensupresi gejala – gejala psikosa : agitasi, ansietas, ketegangan, kebingungan, insomnia, halusinasi, waham, dan gejala – gejala lain yang biasanya terdapat pada penderita skizofrenia, manik depresi, gangguan personalitas, psikosa involution, psikosa masa kecil

- Cara pemberian

Untuk kasus psikosa dapat diberikan per oral atau suntikan intramuskuler. Dosis permulaan adalah 25 – 100 mg dan diikuti peningkatan dosis hingga mencapai 300 mg perhari. Dosis ini dipertahankan selama satu minggu. Pemberian dapat dilakukan satu kali pada malam hari atau dapat diberikan tiga kali sehari. Bila gejala psikosa belum hilang, dosis dapat dinaikkan secara perlahan – lahan sampai 600 – 900 mg perhari

- Kontraindikasi

Sebaiknya tidak diberikan kepada klien dengan keadaan koma, keracunan alkohol, barbiturat, atau narkotika, dan penderita yang hipersensitif terhadap derivat fenothiazine.

- Efek samping

Yang sering terjadi misalnya lesu dan mengantuk, hipotensi orthostatik, mulut kering, hidung tersumbat, konstipasi, amenore pada wanita, hiperpireksia atau hipopireksia, gejala ekstrapiramida. Intoksikasinya untuk penderita non psikosa dengan dosis yang tinggi menyebabkan gejala penurunan kesadaran karena depresi susunan syaraf pusat, hipotensi, ekstrapiramidal, agitasi, konvulsi, dan perubahan gambaran irama ekg. Pada penderita psikosa jarang sekali menimbulkan intoksikasi.

b. Haloperidol (Haldol, Serenace) Warna Putih Besar

- Indikasi

Yaitu manifestasi dari gangguan psikotik, sindroma Gilles de la Tourette pada anak – anak dan dewasa maupun pada gangguan perilaku yang berat pada anak – anak.

- Cara pemberian

Dosis oral untuk dewasa 1 – 6 mg sehari yang terbagi menjadi 6 – 15 mg untuk keadaan berat. Dosis parenteral untuk dewasa 2 - 5 mg intramuskuler setiap 1 – 8 jam, tergantung kebutuhan.

- Kontraindikasi

Depresi sistem syaraf pusat atau keadaan koma, penyakit parkinson, hipersensitif terhadap haloperidol.

- Efek samping

Yang sering adalah mengantuk, kaku, tremor, lesu, letih, gelisah, gejala ekstrapiramidal atau pseudoparkinson. Efek samping yang jarang adalah mual, diare, konstipasi, hipersalivasi, hipotensi, gejala gangguan otonomik. Efek samping yang sangat jarang yaitu alergi, reaksi hematologis. Intoksikasinya adalah bila klien memakai dalam dosis melebihi dosis terapeutik dapat timbul kelemahan otot atau kekakuan, tremor, hipotensi, sedasi, koma, depresi pernapasan

c. Trihexyphenidyl (THP, Artane, Tremin) Warna Putih Kecil

- Indikasi

Untuk penatalaksanaan manifestasi psikosa khususnya gejala skizofrenia.

- Cara pemberian

Dosis dan cara pemberian untuk dosis awal sebaiknya rendah (12,5 mg) diberikan tiap 2 minggu. Bila efek samping ringan, dosis ditingkatkan 25 mg dan interval pemberian diperpanjang 3 – 6 mg setiap kali suntikan, tergantung dari respon klien. Bila pemberian melebihi 50 mg sekali suntikan sebaiknya peningkatan perlahan – lahan

- Kontraindikasi

Pada depresi susunan syaraf pusat yang hebat, hipersensitif terhadap fluphenazine atau ada riwayat sensitif terhadap phenotiazine. Intoksikasi biasanya terjadi gejala – gejala sesuai dengan efek samping yang hebat. Pengobatan over dosis ;

hentikan obat berikan terapi simtomatis dan suportif, atasi hipotensi dengan levarteronol hindari menggunakan ephineprine

4. Beraktivitas sesuai jadwal kegiatan yang sudah dibuat

Beraktivitas secara teratur dengan menyusun kegiatan harian. Kebanyakan halusinasi muncul akibat banyaknya waktu luang yang tidak dimanfaatkan dengan baik oleh klien. Klien akhirnya asyik dengan halusinasinya. Untuk itu, klien perlu dilatih menyusun rencana kegiatan dari pagi sejak bangun pagi sampai malam menjelang tidur dengan kegiatan yang bermanfaat. Perawat harus selalu memonitor pelaksanaan kegiatan tersebut sehingga klien betul-betul tidak ada waktu lagi untuk melamun tak terarah. Latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga, yaitu melaksanakan aktivitas terjadwal

Halusinasi adalah salah satu gejala skizofrenia yang paling umum. Sedangkan skizofrenia merupakan salah satu jenis psikosis, tindakan pengendalian dilakukan dengan berbagai pengobatan menurut (Putri et al., 2021) yaitu:

1. Psikofarmakologis

Obat sangat penting dalam mengobati skizofrenia karena obat dapat membantu penderita skizofrenia meminimalkan gejala perilaku kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah. Oleh karena itu, pasien skizofrenia harus mematuhi pengobatan rutin dan ingin melanjutkan pengobatan.

2. Terapi Kejang Listrik

Terapi fisik atau perawatan untuk menginduksi kejang grand mal secara artifisial dengan mengalirkan arus listrik melalui satu atau dua elektroda di pelipis. Jumlah prosedur merupakan rangkaian yang bervariasi dari pasien ke pasien tergantung pada masalah pasien dan respon terapi berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan selama prosedur. Pada pasien skizofrenia biasanya diberikan sebanyak 30 kali. ECT biasanya diberikan tiga kali seminggu, meskipun biasanya diberikan lebih sedikit atau lebih sering. Indikasi untuk penggunaan obat dengan gangguan depresi mayor tidak responsif terhadap pengobatan, gangguan bipolar tidak responsif terhadap pengobatan, dan pasien bunuh diri akut yang sudah lama tidak menerima pertolongan.

3. Psikoterapi

Membantu untuk jangka waktu yang lebih lama juga merupakan bagian penting dari proses terapi. Upaya psikoterapi ini antara lain menanamkan rasa aman dan damai, menciptakan lingkungan terapeutik, mendorong klien untuk mengungkapkan perasaannya, bersikap baik, sopan dan jujur dengan klien.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah proses awal dan dasar utama pekerjaan keperawatan adalah mengumpulkan informasi dan mengartikulasikan kebutuhan atau masalah klien. Data dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Pengelompokan data untuk menilai

kesehatan mental dapat berupa faktor pencetus, menilai stressor, coping resources dan keterampilan yang ada (Putri et al., 2021)

1. Identitas Klien

Termasuk nama, usia, jenis kelamin pasien, waktu dan tanggal pengkajian serta tanggal masuk rumah sakit.

2. Alasan Masuk

Alasan klien datang ke rumah sakit biasanya karena klien sering berbicara sendiri, mendengar atau melihat sesuatu, suka berjalan tanpa tujuan, mengetuk peralatan di rumah, menarik diri

3. Faktor Presipitasi

Klien dengan halusinasi telah diidentifikasi sebagai penyakit menular, penyakit kronis atau kelainan struktur otak, kekerasan dalam rumah tangga atau kegagalan hidup, kemiskinan, aturan atau tuntutan keluarga atau sosial yang sering bertentangan dengan konflik klien-masyarakat.

a. Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respon neurobiologis maladaptif adalah gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak dan abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak, yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

b. Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stres yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stresor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku.

c. Stress sosial dan budaya

Stres dan kecemasan akan meningkat apabila terjadi penurunan stabilitas keluarga, terpisahnya dengan orang terpenting atau disingkirkan dari kelompok.

d. Faktor psikologik

Intensitas kecemasan yang ekstrem dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan mengatasi masalah dapat menimbulkan perkembangan gangguan sensori persepsi halusinasi.

e. Mekanisme koping

Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi pasien dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi : regresi, berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk mengatasi ansietas, yang menyisakan sedikit energi untuk aktivitas sehari-hari. Proyeksi, sebagai upaya untuk menjejalkan kerancuan persepsi dan menarik diri.

f. Sumber koping

Sumber koping individual harus dikaji dengan pemahaman tentang pengaruh gangguan otak pada perilaku. Orang tua harus secara aktif mendidik anak-anak dan dewasa muda tentang keterampilan koping karena mereka biasanya tidak hanya belajar

dari pengamatan. Disumber keluarga dapat pengetahuan tentang penyakit, finansial yang cukup, faktor ketersediaan waktu dan tenaga serta kemampuan untuk memberikan dukungan secara berkesinambungan.

g. Perilaku halusinasi

Batasan karakteristik halusinasi yaitu bicara teratawa sendiri, bersikap seperti mendengar sesuatu, berhenti bicara ditengah – tengah kalimat untuk mendengar sesuatu, disorientasi, pembicaraan kacau dan merusak diri sendiri, orang lain serta lingkungan

4. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi atau faktor yang mendukung terjadinya halusinasi menurut (wijayati et al., 2019) adalah:

a. Faktor biologis

Pada keluarga yang melibatkan anak kembar dan anak yang diadopsi menunjukkan peran genetik pada schizophrenia.kembar identik yang dibesarkan secara terpisah mempunyai angka kejadian schizophrenia lebih tinggi dari pada saudara sekandung yang dibesarkan secara terpisah.

b. Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis akan mengakibatkan stress dan kecemasan yang berakhir dengan gangguan orientasi realita.

c. Faktor sosial budaya

Stress yang menumpuk awitan schizoprenia dan gangguan psikotik lain, tetapi tidak diyakini sebagai penyebab utama gangguan.

- d. Secara umum, klien memiliki masalah kesehatan mental dan kurang berhasil dalam pengobatan, pernah mengalami kekerasan fisik, penolakan dan kekerasan dalam rumah tangga, klien dengan herediter disorientasi serta pernah mengalami trauma masa lalu yang sangat mengganggu

5. Pemeriksaan fisik

Lakukan pemeriksaan fisik dari ujung kepala sampai ujung kaki, catat bila ditemukan keabnormalan dan keluhan pasien

6. Psikososial

a. Genogram

Biasanya terlihat anggota keluarga mengalami masalah kesehatan jiwa, pola komunikasi klien terganggu, baik dalam pengambilan keputusan maupun pola asuh.

b. Konsep diri

Citra diri klien biasanya mengeluhkan kondisi tubuhnya, memiliki bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai, identifikasi diri:

Klien biasanya mengetahui bagaimana mengevaluasi identitasnya, peran klien menyadari peran dirinya sebelum penyakit, dalam perawatan peran klien terganggu, harga diri tidak dievaluasi, harga diri klien berhubungan dengan harga diri rendah penyakit.

c. Hubungan sosial

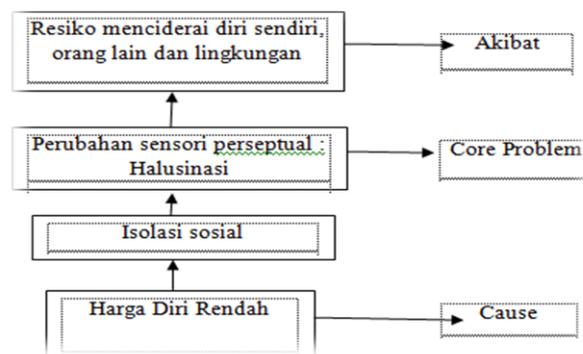
Klien merasa dikucilkan dan kurang mendapat penghargaan dari lingkungan sekitar klien

d. Spiritual

Nilai dan keyakinan biasanya dipandang tidak sesuai dengan agama dan budaya klien gangguan jiwa, yang biasanya melakukan pelayanan klien di rumah ketika pelayanan pasien terganggu atau berlebihan.

2.3.2 Pohon Masalah

Gambar 2.2 Pohon Masalah



2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis medis bertujuan untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga, dan komunitas klien terhadap situasi yang berhubungan dengan gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan sebagai berikut (zuraida, 2017) antara lain:

1. Harga diri rendah (D.0101)
2. Isolasi sosial (D.0121)

3. Resiko perilaku kekerasan (D.0132)
4. Halusinasi
5. Sindrom Pasca Trauma (D.0104)
6. Penyangkalan Tidak Efektif
7. Gangguan Komunikasi verbal (D.0119)
8. Gangguan Memori (D. 0062)
9. Defisit Perawatan Diri (D. 0109)
10. Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan (D.0112)
11. Kesiapan Peningkatan Konsep Diri (D.0089)
12. Defisit Pengetahuan (D.0111)

2.3.4 Rencana Tindakan

Tindakan keperawatan yang diberikan pada klien tidak hanya berfokus pada masalah halusinasi sebagai diagnose penyerta lain. Hal ini dikarenakan tindakan yang dilakukan saling berkontribusi terhadap tujuan akhir yang akan dicapai. Rencana tindakan keperawatan pada klien dengan diagnose gangguan persepsi sensori halusinasi meliputi pemberian tindakan keperawatan berupa terapi generalis individu. Serangkaian tindakan yang dapat diambil digunakan untuk mencapai tujuan tertentu. Rencana perawatan yang digunakan dalam pengaturan kesehatan jiwa disesuaikan dengan standar kesehatan jiwa indonesia. Menurut standar hasil keperawatan indonesia (slki) dan standar intervensi keperawatan indonesia (siki), rencana perawatan untuk pasien halusinasi menurut (zuraida, 2017) adalah :

1. Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
2. Melatih bercakap-cakap dengan orang lain
3. Patuh minum obat secara teratur
4. Menyusun jadwal kegiatan dan dengan aktifitas
5. Terapi kelompok terkait terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi halusinasi

Rencana tindakan pada keluarga pasien antara lain:

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

2.3.5 Implementasi

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata sering pelaksanaan jauh berbeda dengan rencana, hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam

melaksanakan tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisinya (*here and now*). Perawat juga menilai diri sendiri, apakah kemampuan interpersonal, intelektual, tekhnikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan, dinilai kembali apakah aman bagi klien. Setelah semuanya tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan (nashirah et al., 2022).

Adapun pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan strategi pelaksanaan (sp) yang sesuai dengan masing-masing masalah utama. Pada masalah gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran, terdapat 2 jenis sp, yaitu sp klien dan sp keluarga

Sp klien terbagi menjadi sp 1 (membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi halusinasi “jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, perasaan dan respon halusinasi”, mengajarkan cara menghardik, memasukan cara menghardik ke dalam jadwal; sp 2 (mengevaluasi sp 1, mengajarkan cara minum obat secara teratur, memasukan ke dalam jadwal); sp 3 (mengevaluasi sp 1 dan sp 2, menganjurkan klien untuk mencari teman bicara); sp 4 (mengevaluasi sp 1, sp 2, dan sp 3, melakukan kegiatan terjadwal)

Sp keluarga terbagi menjadi sp 1 (membina hubungan saling percaya, mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala helusinasi, jenis halusinasi

yang dialami klien beserta proses terjadinya, menjelaskan cara merawat pasien halusinasi); sp 2 (melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan halusinasi, melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien halusinasi); sp 3 (membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planing), menjelaskan follow up pasien setelah pulang)

Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan klien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta klien yang diharapkan, dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan serta respon klien

Pelaksanaan pekerjaan keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh tenaga keperawatan yang bertujuan untuk membantu klien dari masalah kesehatan yang dihadapinya menuju keadaan kesehatan yang lebih baik, yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (zuraida, 2017).

Tindakan keperawatan untuk pasien halusinasi terbagi 2 yaitu :

1. Tujuan tindakan keperawatan
 - a. Dapat mengenali halusinasi yang dialami
 - b. Dapat mengontrol halusinasi
 - c. Dapat secara teratur konsumsi obat yang diberikan
2. Tindakan keperawatan
 - a. Menghardik halusinasi

Menghardik berhalusinasi adalah upaya untuk berhalusinasi. Halusinasi yang dihasilkan dari penolakan halusinasi. Pasien dilatih untuk mengatakan "tidak" pada halusinasi yang terjadi atau mengabaikannya.

b. Bercakap – cakap dengan orang

Saat klien berbicara dengan orang lain, terjadi distraksi (fokus perhatian pasien berubah dari halusinasi berbicara dengan orang tersebut), sehingga cara yang paling efektif untuk mengatasi halusinasi adalah berbicara dengan orang lain.

c. Melaksanakan aktivitas sesuai jadwal yang dibuat

Anda bisa mengurangi risiko halusinasi dengan aktivitas rutin. Dengan melakukan aktivitas sesuai jadwal, pasien tidak banyak mengalami waktu luang sendirian yang seringkali menimbulkan halusinasi.

d. Konsumsi obat secara teratur

Agar klien dapat mengontrol halusinasinya, klien juga harus dilatih untuk menggunakan narkoba secara teratur sesuai program. Pasien dengan masalah kesehatan mental yang dirawat di rumah sering mengalami putus obat, yang berujung pada kekambuhan. Kegiatan pengobatan agar klien menyetujui penggunaan obat yaitu menjelaskan penggunaan obat, menjelaskan akibat penghentian obat, menjelaskan cara mendapatkan obat/obat, menjelaskan penggunaan obat dengan 5 prinsip yang benar (Baik). obat, benar pasien, benar cara pemberian, benar waktu, benar dosis).

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan, evaluasi dapat dibagi dua jenis yaitu: evaluasi proses atau formatif dilakukan selesai melaksanakan tindakan. Evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan.

Evaluasi keperawatan yang diharapkan pada pasien dengan gangguan sensori persepsi: halusinasi pendengaran adalah: tidak terjadi perilaku kekerasan, klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal halusinasinya, klien dapat mengontrol halusinasinya, klien mendapatkan dukungan dari keluarga dalam mengontrol halusinasinya, klien dapat menggunakan obat dengan baik dan benar.

Fase penilaian adalah perbandingan kesehatan klien yang sistematis dan terencana terhadap tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya yang dilakukan secara berkelanjutan dan melibatkan klien dan profesional kesehatan lainnya. dan mengukur hasil dari proses pengobatan (zuraida, 2017).

2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien.

Komunikasi terapeutik merupakan cara untuk membina hubungan yang terapeutik dimana terjadi penyampaian informasi dan pertukaran perasaan dan pikiran dengan maksud untuk memengaruhi orang lain. Komunikasi terapeutik juga dapat dipersepsikan sebagai proses interaksi antara klien dan perawat yang membantu klien mengatasi stress sementara untuk hidup harmonis dengan orang lain, menyesuaikan dengan sesuatu yang tidak dapat diubah dan mengatasi hambatan psikologis yang menghalangi realisasi diri. Komunikasi terapeutik berbeda dengan komunikasi sosial yaitu pada komunikasi terapeutik selalu terdapat tujuan atau arah yang spesifik untuk komunikasi. Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien dan membina hubungan yang terapeutik antara perawat dan klien (Fasya & Supratman, 2018)

2.4.2 Fungsi Komunikasi Terapeutik

Menurut (Handayani & Armina, 2017) fungsi komunikasi terapeutik adalah untuk mendorong dan menganjurkan kerjasama antara perawat-klien melalui hubungan perawat-klien. Perawat berusaha mengungkapkan perasaan, mengidentifikasi dan mengkaji masalah serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan dalam perawatan. Seorang perawat profesional selalu mengupayakan untuk berperilaku terapeutik, yang berarti bahwa tiap interaksi yang dilakukan menimbulkan dampak terapeutik yang memungkinkan klien untuk tumbuh dan berkembang. Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat

mengambil tindakan yang efektif untuk pasien, membantu mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan diri sendiri. Kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien sangat dipengaruhi oleh kualitas hubungan perawat-klien, bila perawat tidak memperhatikan hal ini, hubungan perawat-klien tersebut bukanlah hubungan yang memberikan dampak terapeutik yang memperoleh kesembuhan klien, tetapi hubungan sosial biasa. Tujuan hubungan terapeutik diarahkan pada pertumbuhan klien, meliputi:

1. Meningkatkan tingkat kemandirian klien melalui proses realisasi diri, penerimaan diri dan rasa hormat terhadap diri sendiri.
2. Identitas diri yang jelas dan rasa integritas yang tinggi.
3. Kemampuan untuk membina hubungan interpersonal yang intim dan saling tergantung dan mencintai.
4. Meningkatkan kesejahteraan klien dengan peningkatan fungsi dan kemampuan memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan personal yang realistik.

2.4.3 Ciri – Ciri Komunikasi Terapeutik

Terdapat tiga hal mendasar yang memberi ciri-ciri komunikasi terapeutik menurut (Fasya & Supratman, 2018) antara lain :

1. Keikhlasan (Genuiness)

Perawat harus menyadari tentang nilai, sikap dan perasaan yang dimiliki terhadap keadaan klien. Perawat yang mampu menunjukkan rasa ikhlasnya mempunyai kesadaran mengenai sikap yang dipunyai

terhadap klien sehingga mampu belajar untuk mengkomunikasikan secara tepat.

2. Empati (Empathy)

Empati merupakan perasaan "pemahaman" dan "penerimaan" perawat terhadap perasaan yang dialami klien dan kemampuan merasakan dunia pribadi klien. Empati merupakan sesuatu yang jujur, sensitif dan tidak dibuat-buat (objektif) didasarkan atas apa yang dialami orang lain. Empati cenderung bergantung pada kesamaan pengalaman diantara orang yang terlibat komunikasi.

3. Kehangatan (Warmth)

Dengan kehangatan, perawat akan mendorong klien untuk mengekspresikan ide-ide dan menuangkannya dalam bentuk perbuatan tanpa rasa takut dimaki atau dikonfrontasi. Suasana yang hangat, permisif dan tanpa adanya ancaman menunjukkan adanya rasa penerimaan perawat terhadap klien. Sehingga klien akan mengekspresikan perasaannya secara lebih mendalam.

4. Kejujuran

Kejujuran sangat penting, karena tanpa adanya kejujuran mustahil bisa terbina hubungan saling percaya. Seseorang akan menaruh rasa percaya pada lawan bila yang terbuka dan mempunyai respons yang tidak dibuat-buat, sebaliknya ia akan berhati-hati pada lawan bicara yang terlalu halus sehingga sering menyembunyikan isi hatinya yang sebenarnya dengan kata-kata atau sikapnya yang tidak jujur. Sangat penting bagi perawat untuk menjaga kejujuran saat

berkomunikasi dengan klien, karena apabila hal tersebut tidak dilakukan maka klien akan menarik diri, merasa dibohongi, membenci perawat atau bisa juga berpura-pura patuh terhadap perawat.

5. Tidak membingungkan

Dalam berkomunikasi dengan klien, perawat sebaiknya menggunakan kata-kata yang mudah dipahami oleh klien dan tidak menggunakan kalimat yang berbelit-belit. Komunikasi nonverbal perawat harus cukup ekspresif dan sesuai dengan verbalnya karena ketidaksesuaian akan menimbulkan kebingungan bagi klien.

6. Bersikap positif

Bersikap positif terhadap apa saja yang dikatakan dan disampaikan lewat komunikasi nonverbal sangat penting baik dalam membina hubungan saling percaya maupun dalam membuat rencana tindakan bersama klien. Bersikap positif ditunjukkan dengan bersikap hangat, penuh perhatian dan penghargaan terhadap klien. Untuk mencapai kehangatan dan ketulusan dalam hubungan yang terapeutik tidak memerlukan kedekatan yang kuat atau ikatan tertentu diantara perawat dan klien akan tetapi penciptaan suasana yang dapat

2.4.4 Prinsip Komunikasi Terapeutik

Menurut (Fasya & Supratman, 2018) tujuan komunikasi terapeutik akan tercapai apabila perawat memiliki prinsip-prinsip atau karakteristik ”*helping relationship*” dalam menerapkan komunikasi terapeutik meliputi:

1. Perawat harus mengenal dirinya sendiri yang berarti menghayati, memahami dirinya sendiri serta nilai yang dianut
2. Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, saling percaya dan saling menghargai.
3. Perawat harus memahami, menghayati nilai yang dianut oleh pasien
4. Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien baik fisik maupun mental.
5. Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien memiliki motivasi untuk mengubah dirinya baik sikap maupun tingkah lakunya sehingga tumbuh makin matang dan dapat memecahkan masalah-masalah yang dihadapi
6. Perawat harus mampu menguasai perasaan sendiri secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi perasaan gembira, sedih, marah, keberhasilan maupun frustrasi
7. Mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensinya.
8. Memahami betul arti empati sebagai tindakan yang terapeutik dan sebaliknya simpati bukan tindakan yang terapeutik
9. Kejujuran dan komunikasi terbuka merupakan dasar dari hubungan terapeutik
10. Mampu berperan sebagai role model agar dapat menunjukkan dan meyakinkan orang lain tentang kesehatan, oleh karena itu perawat perlu mempertahankan suatu keadaan sehat fisik, mental, spiritual dan gaya hidup

11. Disarankan untuk mengekspresikan perasaan yang dianggap mengganggu
12. Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien bebas berkembang tanpa rasa takut
13. Altruisme, mendapatkan kepuasan dengan menolong orang lain secara manusiaw
14. Berpegang pada etika dengan cara berusaha sedapat mungkin keputusan berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia.
15. Bertanggung jawab dalam dua dimensi yaitu tanggung jawab terhadap dirinya atas tindakan yang dilakukan dan tanggung jawab terhadap orang lain

Dengan prinsip-prinsip tersebut di atas, diharapkan perawat akan mampu menggunakan dirinya sendiri secara terapeutik (therapeutic use of self).

2.4.5 Teknik Komunikasi Terapeutik

Menurut (handayani & armina, 2017) teknik komunikasi terapeutik terdiri dari :

1. Mendengarkan (listening)

Mendengarkan merupakan dasar dalam komunikasi yang akan mengetahui perasaan klien. Teknik mendengarkan dengan cara memberi kesempatan klien untuk bicara banyak dan perawat sebagai pendengar aktif. Ellis (1998) menjelaskan bahwa mendengarkan orang lain dengan penuh perhatian akan menunjukkan pada orang lain bahwa apa yang

dikatakannya adalah penting dan dia adalah orang yang penting. Mendengarkan juga menunjukkan pesan "anda bernilai untuk saya" dan "saya tertarik padamu.

2. Pertanyaan terbuka (broad opening)

Memberikan inisiatif kepada klien, mendorong klien untuk menyeleksi topik yang akan dibicarakan. Kegiatan ini bernilai terapeutik apabila klien menunjukkan penerimaan dan nilai dari inisiatif klien dan menjadi non terapeutik apabila perawat mendominasi interaksi dan menolak respon klien.

3. Mengulang (restating)

Merupakan teknik yang dilaksanakan dengan cara mengulang pokok pikiran yang diungkapkan klien, yang berguna untuk menguatkan ungkapan klien dan memberi indikasi perawat untuk mengikuti pembicaraan. Teknik ini bernilai terapeutik ditandai dengan perawat mendengar dan melakukan validasi, mendukung klien dan memberikan respon terhadap apa yang baru saja dikatakan oleh klien.

4. Penerimaan (acceptance)

Penerimaan adalah mendukung dan menerima informasi dengan tingkah laku yang menunjukkan ketertarikan dan tidak menilai. Penerimaan bukan berarti persetujuan. Menunjukkan penerimaan berarti kesediaan mendengar tanpa menunjukkan keraguan atau ketidaksetujuan. Dikarenakan hal tersebut, perawat harus sadar terhadap ekspresi nonverbal. Bagi perawat perlu menghindari memutar mata ke

atas, menggelengkan kepala, mengerutkan atau memandang dengan muka masam pada saat berinteraksi dengan klien.

5. Klarifikasi

Klarifikasi merupakan teknik yang digunakan bila perawat ragu, tidak jelas, tidak mendengar atau klien malu mengemukakan informasi dan perawat mencoba memahami situasi yang digambarkan klien.

6. Refleksi

Refleksi ini dapat berupa refleksi isi dengan cara memvalidasikan apa yang didengar, refleksi perasaan dengan cara memberi respon pada perasaan klien terhadap isi pembicaraan agar klien mengetahui dan menerima perasaannya. Teknik ini akan membantu perawat untuk memelihara pendekatan yang tidak menilai

7. Asertif

Asertif adalah kemampuan dengan cara meyakinkan dan nyaman mengekspresikan pikiran dan perasaan diri dengan tetap menghargai hak orang lain. Tahap-tahap menjadi lebih asertif antara lain menggunakan kata "tidak" sesuai dengan kebutuhan, mengkomunikasikan maksud dengan jelas, mengembangkan kemampuan mendengar, pengungkapan komunikasi disertai dengan bahasa tubuh yang tepat, meningkatkan kepercayaan diri dan gambaran diri dan menerima kritik dengan ramah.

8. Fokus

Cara ini dengan memilih topik yang penting atau yang telah dipilih dengan menjaga pembicaraan tetap menuju tujuan yang lebih spesifik, lebih jelas dan berfokus pada realitas.

9. Membagi persepsi

Merupakan teknik komunikasi dengan cara meminta pendapat klien tentang hal-hal yang dirasakan dan dipikirkan.

10. Identifikasi tema komunikasi

Merupakan teknik dengan mencari latar belakang masalah klien yang muncul dan berguna untuk meningkatkan pengertian dan eksplorasi masalah yang penting.

11. Diam

Diam dilakukan dengan tujuan untuk mengorganisir pemikiran, memproses informasi, menunjukkan bahwa perawat bersedia untuk menunggu respon. Diam tidak dilakukan dalam waktu yang lama karena akan mengakibatkan klien menjadi khawatir. Diam juga dapat diartikan sebagai mengerti atau marah. Diam disini juga menunjukkan kesediaan seseorang untuk menanti orang lain untuk berpikir, meskipun begitu diam yang tidak tepat dapat menyebabkan orang lain merasa cemas.

12. Informing

Menyediakan tambahan informasi dengan tujuan untuk mendapatkan respon lebih lanjut untuk mengambil keputusan. Kurangnya pemberian informasi yang dilakukan saat klien membutuhkan akan mengakibatkan klien tidak percaya. Hal yang tidak

boleh dilakukan adalah menasehati klien pada saat memberikan informasi

13. Memberi humor

Dengan tertawa membantu mengurangi ketegangan dan rasa sakit yang disebabkan oleh stres, dan meningkatkan keberhasilan perawat dalam memberikan dukungan emosional terhadap klien. Humor merangsang produksi catecholamines dan hormon yang menimbulkan perasaan sehat, meningkatkan toleransi terhadap rasa sakit, mengurangi ansietas, memfasilitasi relaksasi pernapasan dan menggunakan humor untuk menutupi rasa takut dan tidak enak atau menutupi ketidakmampuannya untuk berkomunikasi dengan klien. Pemberian humor sebagai hal yang penting dalam komunikasi verbal dikarenakan tertawa mengurangi stres ketegangan dan rasa sakit akibat stres, serta meningkatkan keberhasilan asuhan keperawatan

14. Memberi saran

Teknik yang bertujuan memberi alternatif ide untuk pemecahan masalah. Teknik ini tidak tepat dipakai pada fase kerja dan tidak tepat pada fase awal hubungan.

2.4.6 Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik dapat dipengaruhi beberapa hal menurut (Handayani & Armina, 2017) antara lain :

1. Perkembangan

Perkembangan manusia memengaruhi bentuk komunikasi dalam dua aspek, yaitu tingkat perkembangan tubuh memengaruhi kemampuan untuk menggunakan teknik komunikasi tertentu dan untuk mempersepsikan pesan yang disampaikan. Agar dapat berkomunikasi efektif seorang perawat harus mengerti pengaruh perkembangan usia baik dari sisi bahasa, maupun proses berpikir orang tersebut

2. Persepsi

Persepsi adalah pandangan pribadi seseorang terhadap suatu kejadian atau peristiwa. Persepsi dibentuk oleh harapan atau pengalaman. Perbedaan persepsi dapat mengakibatkan terhambatnya komunikasi.

3. Gender

Laki-laki dan perempuan menunjukkan gaya komunikasi yang berbeda dan memiliki interpretasi yang berbeda terhadap suatu percakapan. Tannen (1990) menyatakan bahwa kaum perempuan menggunakan teknik komunikasi untuk mencari konfirmasi, meminimalkan perbedaan, dan meningkatkan keintiman, sementara kaum laki-laki lebih menunjukkan independensi dan status dalam kelompoknya

4. Nilai

Nilai adalah standar yang memengaruhi perilaku sehingga penting bagi perawat untuk menyadari nilai seseorang. Perawat perlu berusaha mengklarifikasi nilai sehingga dapat membuat keputusan dan interaksi

yang tepat dengan klien. Dalam hubungan profesionalnya diharapkan perawat tidak terpengaruh oleh nilai pribadinya.

5. Latar belakang sosial budaya

Bahasa dan gaya komunikasi akan sangat dipengaruhi oleh faktor budaya. Budaya juga akan membatasi cara bertindak dan komunikasi.

6. Emosi

Emosi merupakan perasaan subyektif terhadap suatu kejadian. Emosi seperti marah, sedih, senang akan memengaruhi perawat dalam berkomunikasi dengan orang lain. Perawat perlu mengkaji emosi klien agar dan keluarganya sehingga mampu memberikan asuhan keperawatan dengan tepat. Selain itu perawat perlu mengevaluasi emosi yang ada pada dirinya agar dalam melakukan asuhan keperawatan tidak terpengaruh oleh emosi bawah sadarnya.

7. Pengetahuan

Tingkat pengetahuan akan memengaruhi komunikasi yang dilakukan. Seseorang dengan tingkat pengetahuan rendah akan sulit merespon pertanyaan yang mengandung bahasa verbal dengan tingkat pengetahuan yang lebih tinggi. Hal tersebut berlaku juga dalam penerapan komunikasi terapeutik di rumah sakit. Hubungan terapeutik akan terjalin dengan baik jika didukung oleh pengetahuan perawat tentang komunikasi terapeutik baik tujuan, manfaat dan proses yang akan dilakukan. Perawat juga perlu mengetahui tingkat pengetahuan klien sehingga perawat dapat berinteraksi dengan baik dan akhirnya

dapat memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada klien secara profesional.

8. Peran dan hubungan

Gaya komunikasi sesuai dengan peran dan hubungan antar orang yang berkomunikasi. Berbeda dengan komunikasi yang terjadi dalam pergaulan bebas komunikasi antar perawat klien terjadi secara formal karena tuntutan profesionalisme.

9. Lingkungan

Lingkungan adalah seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan memengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok. Lingkungan interaksi akan memengaruhi komunikasi efektif. Suasana yang bising, tidak ada privacy yang tepat akan menimbulkan kerancuan, ketegangan dan ketidaknyamanan. Untuk itu perawat perlu menyiapkan lingkungan yang tepat dan nyaman sebelum memulai interaksi dengan pasien.

10. Jarak

Jarak dapat memengaruhi komunikasi. Jarak tertentu menyediakan rasa aman dan kontrol. Untuk itu perawat perlu memperhitungkan jarak yang tetap pada saat melakukan hubungan dengan klien

11. Masa bekerja

Masa bekerja merupakan waktu dimana seseorang mulai bekerja di tempat kerja. Makin lama seseorang bekerja semakin banyak pengalaman yang dimilikinya sehingga akan semakin baik komunikasinya.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa hubungan perawat dan klien yang terapeutik adalah pengalaman belajar dan perbaikan emosi klien. Bagi klien, dalam hal ini perawat memakai dirinya secara terapeutik dan memakai teknik komunikasi agar perilaku klien dapat berubah kearah yang positif seoptimal mungkin. Perawat harus menganalisa dirinya tentang kesadaran dirinya, klarifikasi nilai, perasaan, kemampuan sebagai role model agar dapat berperan secara efektif. Seluruh perilaku dan pesan yang disampaikan baik secara verbal maupun nonverbal bertujuan secara terapeutik untuk klien.

Kemampuan menerapkan teknik komunikasi memerlukan latihan dan kepekaan serta ketajaman, karena komunikasi terjadi dalam dimensi nilai, waktu dan ruang yang turut memengaruhi kepuasan klien.

Keberhasilan komunikasi yang terlihat melalui dampak tercapainya kepuasan klien dalam menerima asuhan keperawatan yang berkaitan dengan komunikasi yang juga merupakan kepuasan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional.

2.4.7 Tahapan Dan Penerapan Komunikasi Terapeutik

Dalam penerapan komunikasi terapeutik ada empat tahap, dimana pada setiap tahap mempunyai tugas yang harus diselesaikan oleh perawat menurut (fasya & supratman, 2018).

1. Fase Pra Interaksi

Prainteraksi dimulai sebelum kontrak pertama dengan klien. Perawat mengumpulkan data tentang klien, mengeksplorasi perasaan,

fantasi dan ketakutan diri dan membuat rencana pertemuan dengan klien.

2. Fase Orientasi

Fase ini dimulai ketika perawat berinteraksi dengan klien untuk pertama kalinya. Hal utama yang perlu dikaji adalah alasan klien meminta pertolongan yang akan memengaruhi terbinanya hubungan perawat dengan pasien.

Dalam memulai hubungan tugas pertama adalah membina rasa percaya, penerimaan dan pengertian komunikasi yang terbuka dan perumusan kontak dengan klien. Pada tahap ini perawat melakukan kegiatan sebagai berikut: memberi salam dan senyum pada klien, melakukan validasi (kognitif, psikomotor, afektif), memperkenalkan nama perawat, menanyakan nama kesukaan klien, menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan, menjelaskan kerahasiaan. Tujuan akhir pada fase ini ialah terbina hubungan saling percaya.

3. Fase Kerja

Pada tahap kerja dalam komunikasi terapeutik, kegiatan yang dilakukan adalah memberi kesempatan pada klien untuk bertanya, menanyakan keluhan utama, memulai kegiatan dengan cara yang baik, melakukan kegiatan sesuai rencana. Perawat memenuhi kebutuhan dan mengembangkan pola-pola adaptif klien. Interaksi yang memuaskan akan menciptakan situasi/suasana yang meningkatkan integritas klien

dengan meminimalisasi ketakutan, ketidakpercayaan, kecemasan dan tekanan pada klien.

4. Fase Terminasi

Pada tahap terminasi dalam komunikasi terapeutik kegiatan yang dilakukan oleh perawat adalah menyimpulkan hasil wawancara, tindak lanjut dengan klien, melakukan kontrak (waktu, tempat dan topik), mengakhiri wawancara dengan cara yang baik.

2.5 Konsep Stres Adaptasi Dan Mekanisme Koping

2.5.1 Definisi Stres

Stres adalah gangguan pada tubuh dan pikiran yang disebabkan oleh perubahan dan tuntutan kehidupan. Stres adalah tuntutan eksternal yang mengenai seseorang misalnya objek dalam lingkungan atau sesuatu stimulus yang secara obyektif adalah berbahaya. Stres juga bias diartikan sebagai tekanan, ketegangan, gangguan yang tidak menyenangkan yang berasal dari luar diri seseorang (Widianti et al., 2017).

2.5.2 Gejala Stres

Beberapa gejala awal yang diakibatkan oleh stres menurut (Jannah, 2020) antara lain :

1. Gejala perilaku

Orang mudah gugup, mudah kecanduan narkoba, marah, depresi, cemas, tenang, perilaku impulsif, merokok, narkoba atau konsumsi alkohol berlebihan, berjalan kaki, kehilangan minat pada penampilan

fisik, menarik atau mengubah rambut, perubahan mendadak dalam perilaku sosial.

2. Gejala emosi

Seseorang mudah bergairah, selalu menyentuh kritik, kemarahan, apatis, rasa bersalah dan frustrasi, dan karena gejala kognitif, orang tersebut mengalami kesulitan membuat keputusan, mengingat, khawatir menyelesaikan tugas dan apatis, lekas marah, gelisah karena hal-hal sepele, kemurungan, perubahan suasana hati, mimpi buruk, kekhawatiran, panik, sering menangis, tidak berdaya, kehilangan kendali, pikiran untuk bunuh diri, pikiran kacau, ketidakmampuan mengambil keputusan.

3. Gejala fisik

Orang tersebut merasa bahwa detak jantung meningkat, berkeringat, mulut kering, pupil menyempit, sakit perut, sakit kepala dan menggigil, sakit kepala, nyeri otot, nyeri punggung, kelemahan, gangguan pencernaan, mual atau muntah, sakit perut, kehilangan nafsu makan atau kelaparan terus-menerus, jantung berdebar, sering buang air kecil, hipertensi, insomnia atau tidur berlebihan, keringat berlebih dan banyak gejala lainnya

2.5.3 Macam – Macam Stres

Menurut (Widianti et al., 2017) stres dibagi menjadi beberapa bagian, antara lain :

1. Tekanan Aktual

Stres yang disebabkan oleh keadaan, misalnya, suhu tinggi atau sangat rendah, keributan, cahaya matahari atau karena aliran listrik.

2. Stres Zat

Tekanan ini disebabkan oleh sintesis seperti obat-obatan, zat beracun, basa korosif, faktor hormonal, atau gas dan pada dasarnya karena dampak dari senyawa zat.

3. Stres Mikrobiologis

Tekanan ini disebabkan oleh mikroorganisme, misalnya, infeksi, organisme mikroskopis atau parasit.

4. Tekanan Fisiologis

Stres yang disebabkan oleh kerja organ yang melemah, termasuk: gangguan struktur tubuh, kapasitas jaringan, organ dan lain-lain

5. Proses Pengembangan Dan Kemajuan Stres

Stres yang disebabkan oleh proses pengembangan dan peningkatan seperti masa remaja, pernikahan dan usia lanjut.

6. Tekanan Mental Dan Gairah

Stres yang disebabkan oleh masalah keadaan mental atau kegagalan keadaan mental untuk berubah, misalnya, hubungan relasional, variabel sosial-sosial atau ketat.

2.5.4 Tingkatan Stres

Menurut (Jannah, 2020) stres seseorang itu tidak sama antara orang yang satu dengan yang lain, walaupun penyebabnya mungkin sama. Seseorang dapat mengalami stres ringan, sedang, atau berat (stres kronis).

Hal ini sangat dipengaruhi oleh tingkat kedewasaan, kematangan emosi, kematangan mental serta kemampuan mengelola dan merespon stres.

Gangguan stres cenderung berkembang secara bertahap, tidak jelas kapan mulainya, dan kita seringkali tidak menyadarinya. Konsekuensi ada enam tingkat antara lain :

1. Tingkat 1

Tahap ini merupakan tingkat stres yang paling ringan dan biasanya disertai dengan perasaan semangat yang membara, penglihatan lebih tajam dari sebelumnya, energi dan merasa sangat gugup, berlebihan dalam menyelesaikan masalah yang tidak seperti biasanya.

2. Tingkat 2

Pada level ini, efek stres yang menyenangkan mulai berkurang dan keluhan muncul karena cadangan energi tidak lagi mencukupi sepanjang hari. Keluhan berulag seperti merasa lelah saat bangun tidur, merasa letih selesai makan siang, saat sore mudah merasa kelelahan, sering terkena penyakit pencernaan, perasaan tegang pada otot punggung dan tengkuk dan tidak bisa santai

3. Tingkat 3

Gangguan pencernaan sangat terasa, ketegangan otot, perasaan tegang yang meningkat, pola tidur terganggu dan seperti merasa pingsan.

4. Tingkat 4

Pada tingkat ini keadaan mulai lebih buruk dengan ciri-ciri terasa sulit bertahan sepanjang hari, kegiatan yang menyenangkan menjadi

membosankan, kehilangan kemampuan untuk peduli pada lingkungan sekitar. Jarang tidur, berpikiran dan berperasaan yang negatif terus, tingkat konsentrasi menurun, perasaan takut tanpa sebab.

5. Tingkat 5

Tingkat ini adalah keadaan yang lebih dalam dengan ciri keletihan yang mendalam, tidak bisa menyelesaikan pekerjaan yang sederhana, sering terkena penyakit maag dan lambung.

6. Tingkat 6

Level ini merupakan level tertinggi yang bersifat darurat dengan ciri jantung berdebar dengan kencang, terasa sesak nafas, badan bergetar dan terasa seperti tidak mempunyai energi untuk menjalankan aktifitas ringan yang sehari-hari dilakukan.

2.5.5 Sumber Stres

Sumber stressor merupakan asal dari penyebab suatu stres yang dapat mempengaruhi sifat dari stressor seperti lingkungan, baik secara fisik, psikososial maupun spiritual. Sumber stresor lingkungan fisik dapat berupa fasilitas-fasilitas seperti air minum, makanan, atau tempat-tempat umum sedangkan lingkungan psikososial dapat berupa suara atau sikap kesehatan atau orang yang ada disekitarnya, sedangkan lingkungan spiritual dapat berupa tempat pelayanan keagamaan seperti fasilitas ibadah atau lainnya (Sutinah, 2019).

Sumber stressor lain adalah diri sendiri yang dapat berupa perubahan fisiologis dalam tubuh, seperti adanya operasi, obat-obatan atau lainnya.

Sedangkan sumber stressor dari pikiran adalah berhubungan dengan penilaian seseorang terhadap status kesehatan yang dialami serta pengaruh terhadap dirinya.

1. Sumber stres didalam diri

Sumber stress dalam diri sendiri pada umumnya dikarenakan konflik yang terjadi antara keinginan dan kenyataan berbeda, dalam hal ini adalah berbagai permasalahan yang terjadi yang tidak sesuai dengan dirinya dan tidak mampu diatasi, maka dapat menimbulkan suatu stress.

2. Sumber stres didalam keluarga

Stres ini bersumber dari masalah keluarga yang ditandai dengan adanya perselisihan masalah keluarga, masalah keuangan serta adanya tujuan yang berbeda diantara keluarga permasalahan ini akan selalu menimbulkan suatu keadaan yang dinamakan stress. Sumber Stres di Dalam Masyarakat dan Lingkungan Sumber stres ini dapat terjadi di lingkungan atau masyarakat pada umumnya, seperti lingkungan pekerjaan, secara umum disebut stress pekerja karena lingkungan fisik, dikarenakan hubungan interpersonal serta kurangnya ada pengakuan dimasyarakat sehingga tidak dapat berkembang.

2.5.6 Cara Mengendalikan Stres

Menurut Modul Stres dan Adaptasi (Kesehatan et al., 2020) Stres dapat menimbulkan masalah yang merugikan individu sehingga diperlukan beberapa cara untuk mengendalikannya. Ada beberapa kiat untuk mengendalikan stres yaitu:

1. Positifkan sikap, keyakinan dan pikiran : bersikaplah fleksibel, rasional, dan adaptif terhadap orang lain, artinya jangan terlebih dahulu menyalahkan orang lain sebelum melakukan introspeksi diri dengan pengendalian internal
2. Kendalikan faktor-faktor penyebab stres dengan cara mengasah: perhatikan diri sendiri, proses interpersonal dan interaktif, serta lingkungan
3. Kembangkan sikap efisien
4. Lakukan relaksasi (tarik nafas dalam)
5. Lakukan visualisasi (angan-angan terarah)

2.5.7 Definisi Adaptasi

Adaptasi adalah suatu penyesuaian pribadi terhadap lingkungan, penyesuaian ini dapat berarti mengubah diri pribadi sesuai dengan keadaan lingkungan, juga dapat berarti mengubah lingkungan sesuai dengan keinginan pribadi (Baharuddin, 2021).

Adaptasi adalah suatu usaha atau perilaku penyesuaian diri yang tujuannya untuk mengatasi kesulitan dan hambatan, penyesuaian diri ini berupa perubahan anatomi, psikologi, dan fisiologi dalam diri seseorang yang terjadi sebagai reaksi terhadap stress (Amidos, 2018).

Berdasarkan dua pengertian di atas dapat penulis simpulkan bahwa adaptasi itu merupakan suatu pertahanan yang didapat sejak lahir atau diperoleh karena belajar dari pengalaman untuk mengatasi suatu masalah, seperti secara individu atau kelompok itu dituntut beradaptasi ketika

memasuki suatu lingkungan baru contohnya dalam keluarga, suatu perusahaan, bangsa, dan lingkungan sekitarnya.

2.5.8 Macam – Macam Adaptasi

Adaptasi ini suatu proses penyesuaian tubuh secara alamiah atau secara fisiologis untuk mempertahankan keseimbangan dari berbagai faktor yang menimbulkan atau mempengaruhi keadaan menjadi tidak seimbang, contohnya seperti masuknya kuman penyakit, maka secara fisiologis tubuh berusaha untuk mempertahankan baik dari pintu masuknya kuman atau sudah masuknya kuman dalam tubuh (Baharuddin, 2021).

Proses adaptasi ini dapat dibedakan menjadi beberapa macam antara lain :

1. Adaptasi secara fisiologis

a. Las (local adaptation syndrom)

Apabila kejadian atau proses adaptasi bersifat lokal, seperti ketika daerah tubuh atau kulit terkena infeksi, maka akan terjadi daerah sekitar kulit tersebut kemerahan, bengkak, nyeri, panas dan lain-lain yang sifatnya lokal pada daerah sekitar yang terkena

b. Gas (general adaptation syndrom)

Bila reaksi lokal tidak dapat diatasi maka menyebabkan gangguan secara sistemik tubuh akan melakukan proses penyesuaian seperti panas seluruh tubuh, berkeringat dan lain-lain.

GAS diuraikan dalam tiga tahapan berikut :

1) Tahap alarm

Melibatkan pengerahan mekanisme pertahanan dari tubuh dan pikiran untuk menghadapi stressor seperti pengaktifan hormon yang berakibat meningkatnya volume darah dan akhirnya menyiapkan individu untuk bereaksi. Aktifitas hormonal yang luas ini menyiapkan individu untuk melakukan respons melawan atau menghindar. Respons ini bisa berlangsung dari menit sampai jam. Bila stresor menetap maka individu akan masuk kedalam fase resistensi.

2) Tahap resistensi (melawan)

Individu mencoba berbagai macam mekanisme penanggulangan psikologis dan pemecahan masalah serta mengatur strategi. Tubuh berusaha menyeimbangkan kondisi fisiologis sebelumnya kepada keadaan normal dan tubuh mencoba mengatasi faktor-faktor penyebab stres. Bila teratasi, gejala stres menurun atau normal. Bila gagal maka individu tersebut akan jatuh pada tahapan terakhir yaitu fase kelelahan atau kehabisan tenaga.

3) Tahap akhir (kelelahan)

Merupakan fase perpanjangan stres yang belum dapat tertanggulangi pada fase sebelumnya. Tahap ini cadangan energi telah menipis atau habis, akibatnya tubuh tidak mampu lagi menghadapi stres. Ketidakmampuan tubuh untuk mempertahankan diri terhadap stresor inilah yang akan berdampak pada kematian individu tersebut.

2. Adaptasi psikologis

Merupakan proses penyesuaian secara psikologis akibat stressor yang ada, dengan cara memberikan mekanisme pertahanan diri dengan harapan dapat melindungi atau bertahan dari serangan-serangan atau hal-hal yang tidak menyenangkan. Dalam proses adaptasi secara psikologis terdapat dua cara untuk mempertahankan diri dari berbagai stressor yaitu:

a. Reaksi berorientasi pada tugas

Reaksi ini merupakan koping yang digunakan dalam mengatasi masalah dengan berorientasi pada proses penyelesaian masalah, meliputi afektif (perasaan), kognitif (pengetahuan), psikomotor (keterampilan).

b. Reaksi berorientasi pada ego

Reaksi ini dikenal dengan mekanisme pertahanan diri secara psikologis agar tidak mengganggu psikologis yang lebih dalam. Diantara mekanisme pertahanan diri yang dapat digunakan untuk melakukan proses adaptasi psikologis antara lain:

1) Rasionalisasi

Memberi keterangan bahwa sikap tingkah lakunya menurut alasan yang seolah-olah rasional, sehingga tidak menjatuhkan harga dirinya. Misalnya, seorang mahasiswa yang menyalahkan cara mengajar dosennya ketika ditanyakan oleh orang tuanya mengapa nilai semesternya buruk.

2) Displacement

Mengalihkan emosi, arti simbolik, fantasi dari sumber yang sebenarnya (benda, orang, atau keadaan) kepada orang lain, benda atau keadaan lain. Misalnya, seorang pria bertengkar dengan pacarnya dan sepulangnya ke rumah marah-marah pada adiknya

3) Kompensasi

Menutupi kelemahan dengan menonjolkan kemampuannya atau kelebihanannya

4) Proyeksi

Hal ini berlawanan dengan intropeksi, dimana menyalahkan orang lain atas kelalaian dan kesalahan-kesalahan atau kekurangan diri sendiri.

5) Represi

Penyingkiran unsur psikis (suatu afek, pemikiran, motif, konflik) sehingga menjadi tidak sadar dilupakan/ tidak dapat diingat lagi. Represi membantu individu mengontrol impuls-impuls berbahaya, seperti contohnya suatu pengalaman traumatis menjadi terlupakan

6) Denial

Menolak untuk menerima atau menghadapi kenyataan yang tidak enak. Misalnya, seorang gadis yang telah putus dengan pacarnya menghindarkan diri dari pembicaraan mengenai pacar, perkawinan atau kebahagiaan

3. Adaptasi sosial budaya

Merupakan cara untuk mengadakan perubahan dengan melakukan proses penyesuaian perilaku yang sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat, berkumpul dengan masyarakat dalam kegiatan kemasyarakatan.

4. Adaptasi spiritual

Proses penyesuaian diri dengan melakukan perubahan perilaku yang didasarkan pada keyakinan atau kepercayaan yang dimiliki sesuai dengan agama yang dianutnya. Apabila mengalami stres, maka seseorang akan giat melakukan ibadah seperti rajin melakukan ibadah

2.5.9 Definisi Mekanisme Koping

Mekanisme koping merupakan sebuah cara atau usaha yang biasa digunakan oleh individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi berbagai perubahan dalam kehidupan sehari-hari dan situasi yang mengancam atau mengganggu baik secara kognitif maupun perilaku. Koping bisa dikatakan juga sebagai proses individu dalam mengelola ketidakseimbangan antara tuntutan dan kemampuan individu berada dalam situasi yang penuh tekanan, maka individu tersebut akan mengambil sebuah tindakan untuk mengatasi rasa stress yang dialaminya (Sutinah, 2019).

Mekanisme koping dapat diartikan sebagai suatu proses yang disertai sebuah usaha mengubah perilaku secara konstan untuk mengendalikan tuntutan dan tekanan yang membebani serta melampaui kemampuan ketahanan individu. Koping sangat fleksibel terutama apabila seseorang berhadapan dengan situasi atau keadaan yang menyebabkan

individu tersebut mengambil tindakan untuk mengatasi rasa stres dengan cara modifikasi strategi yang sesuai (Kitu et al., 2019).

2.5.10 Jenis Mekanisme Koping

Menurut (Pulungan & Elisabhet, 2022) koping dapat memiliki dua fungsi yaitu dapat berupa berfokus pada suatu titik permasalahan serta melakukan regulasi emosi dalam merespons masalah, yaitu sebagai berikut:

1. Mekanisme koping berpusat pada masalah (Problem Focus Coping)

Mekanisme koping yang berpusat pada masalah ini diarahkan untuk mengurangi tuntutan situasi yang mengurangi stress atau mengembangkan sumber daya untuk mengatasinya. Mekanisme koping ini bertujuan untuk menghadapi tuntutan secara sadar, realistik, subjektif, objektif, dan rasional. aspek yang berhubungan dengan mekanisme koping yang berpusat pada masalah sebagai berikut:

- a. Seeking Informational Support, yaitu berusaha untuk mencari atau mendapatkan informasi dari orang lain baik teman maupun dosen atau guru yang berada dilingkungan sekitar
- b. Confrontative Coping, merupakan suatu usaha untuk mengubah keadaan atau masalah secara agresif, menggambarkan tingkat kemarahan serta pengambilan resiko. Mekanisme koping ini dapat konstruktif apabila mengarah pada pemecahan masalah, tetapi juga dapat destruktif apabila perasaan stres diarahkan pada hal yang agresif dan negatif

- c. Planful Problem Solving, ialah suatu bentuk menganalisa situasi yang menimbulkan masalah kemudian berusaha untuk mencari solusi secara langsung dalam menghadapi masalah.
2. Mekanisme koping berpusat pada emosi (Emotional Focused Coping)
Usaha mengatasi stres dengan mengatur respon emosional dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang ditimbulkan oleh suatu yang dianggap penuh tekanan. Emotional Focused Coping ditunjukkan mengatur respon emosional terhadap situasi stres yang digunakan :
 - a. Self-control : Usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan
 - b. Seeking social emotional support : Yaitu suatu tindakan mencari dukungan baik secara emosional maupun sosial kepada orang lain
 - c. Disantizing : Merupakan suatu usaha yang dilakukan individu agar tidak terlibat dalam permasalahan, dan menciptakan pandangan yang positif.
 - d. Positive reappraisal : Usaha mencari makna positif dari permasalahan dengan berfokus pada pengembangan diri, biasanya bersifat religius.
 - e. Escape avoidance : Usaha untuk mengatasi situasi menekan dengan lari dari situasi tersebut dan menghindari dengan beralih pada hal lain seperti makan, minum, dan merokok.
 - f. Accepting responsibility : Yaitu menerima dan menjalankan masalah yang dihadapinya seiring berjalan waktu memikirkan solusi dari masalah tersebut.

2.5.11 Karakteristik Mekanisme Koping

Menurut (Kitu et al., 2019) rentang respon mekanisme koping dapat digambarkan sebagai berikut :

1. Koping konstruktif (adaptif)

Merupakan suatu kejadian dimana individu dapat melakukan koping baik serta cukup sehingga dapat mengatur berbagai tugas mempertahankan hubungan dengan orang lain, mempertahankan konsep diri dan mempertahankan emosi serta pengaturan terhadap respon stres. Koping yang cukup artinya individu itu mampu melakukan manajemen tingkah laku terhadap pemecah masalah yang paling sederhana dan realistis yang berfungsi untuk bisa membebaskan diri dari masalah yang sedang dihadapinya.

Adapun karakteristik mekanisme koping adaptif sebagai berikut :

- a. Dapat menceritakan secara verbal tentang perasaan
- b. Mengembangkan tujuan yang realistis
- c. Dapat mengidentifikasi sumber koping
- d. Dapat mengembangkan mekanisme koping yang efektif
- e. Mengidentifikasi alternatif strategi
- f. Memilih strategi yang tepat
- g. Menerima dukungan

2. Koping Destruktif (maladaptif)

Mekanisme koping maladaptif adalah suatu keadaan dimana individu melakukan koping yang kurang sehingga mengalami keadaan yang berisiko tinggi atau suatu ketidakmampuan untuk mengatasi stressor. Koping maladaptif atau koping yang kurang menandakan

bahwa individu mengalami kesulitan dalam beradaptasi terhadap lingkungan maupun situasi yang sangat menekan. Karakteristik koping maladaptif, sebagai berikut :

- a. Menyatakan tidak mampu
- b. Tidak mampu menyelesaikan masalah secara efektif
- c. Perasaan lemas, takut, irritable, tegang, gangguan fisiologis, adanya stres kehidupan.
- d. Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar

2.5.12 Sumber Mekanisme Koping

Sumber koping merupakan pilihan-pilihan atau strategi yang membantu seseorang menentukan apa yang dapat dilakukan dan apa yang berisiko, menurut Stuart dalam jurnal (Pulungan & Elisabhet, 2022) sumber koping individu terdiri dari dua jenis sumber yaitu sumber koping internal dan eksternal, sebagai berikut :

1. Sumber koping internal

Sumber koping internal berasal dari pengetahuan, keterampilan seseorang, komitmen dan tujuan hidup, kepercayaan diri, kepercayaan agama, serta kontrol diri. Karakteristik kepribadian seseorang yang tersusun atas kontrol diri, komitmen dan tantangan merupakan sumber mekanisme koping yang tangguh. Individu yang memiliki pribadi tangguh menerima stressor sebagai sesuatu yang dapat diubah maupun dianggap sebagai suatu tantangan

2. Sumber koping eksternal

Dukungan sosial merupakan sumber koping eksternal yang utama. Dukungan sosial ini sebagai rasa memiliki informasi terhadap seseorang atau lebih. Hal ini menyebabkan seseorang merasa bahwa dirinya dianggap atau dihargai sehingga disebut sebagai dukungan harga diri. Dukungan sosial dapat meningkatkan kepribadian mandiri dan tidak menyebabkan ketergantungan terhadap individu yang lainnya.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan gangguan persepsi sensori halusinasi, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 24 januari 2023 sampai dengan 27 januari 2023 dengan data pengkajian di ruang gelatik pada tanggal 24 januari 2023 pukul 08.00 wib. Anamnesa diperoleh dari hasil pengkajian pada pasien dan file rm nomor register 02-93-xx dengan data sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Klien

Pasien bernama tn. S dengan rm 02-93-xx pasien laki-laki berusia 37 tahun beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa jawa, pasien lahir dan besar di surabaya, pendidikan terakhir pasien adalah sma, pasien bekerja sebagai buruh petani. Pasien tinggal bersama mertua, istri dan juga anaknya di tuban jawa timur. Pasien merupakan anak ke 2 dari 2 bersaudara. Pasien mempunyai 1 anak perempuan.

3.1.2 Alasan Masuk

Pada tanggal 10 januari 2023 pasien dibawa keluarganya ke igd rumah sakit jiwa menur surabaya dengan memanggil satpol pp, pasien berontak dan memukul salah satu anggota satpol pp karena pasien marah-marah, pasien merusak barang dan juga membakar bantal guling yang ada dikamarnya. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien marah dan

mengamuk karena pasien merasa dirinya tidak dilayani dengan baik oleh istrinya. istri pasien ketakutan dengan sikap pasien yang mengamuk hingga membakar tempat tidurnya.

Pada pukul 15.20 wib pasien tiba di igd rumah sakit jiwa menur, disana pasien dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil td 130/90 mmhg, nadi 99x/menit, suhu 36,5°C, pernafasan 20x/menit dan spo 100%. Pasien dilakukan pengambilan sampel swab, pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan foto torax. Pasien diberikan terapi benzodiazepin dan antidepresan. Pada pukul 19.00 wib pasien dipindahkan ke ruang gelatik kamar 1 untuk dilakukan rawat inap disana. Pasien diberi seragam gelatik dan juga gelang identitas.

3.1.3 Keluhan Utama

Pada tanggal 24 januari 2023 dilakukan pengkajian bersama pasien, saat dikaji pasien mengatakan bahwa saat bangun tidur kemudian membuka mata pasien selalu ketakutan dan merasa pusing karena melihat orang-orang yang ada disitu dengan posisi terbalik (kepala dibawah dan kaki diatas). Untuk menghindari pandangan yang seperti itu pasien langsung memejamkan mata sebentar kemudian mengalihkan pandangannya. Pasien dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil tekanan darah 124/88 mmhg, nadi 95x/menit, suhu 36,4°C, pernafasan 20x/menit, spo 100%, tb 75cm dan bb 75kg. Pasien terlihat komat-kamit sendiri, pasien tampak gelisah dan cemas, pembicaraan pasien kadang ngelantur.

3.1.4 Faktor Predisposisi

1. Riwayat gangguan dimasa lalu

Pasien sudah 2x dirawat di Rumah Sakit. Pasien mengatakan “saya pernah dibawa kesini, dulu saya dirawat inap ruang kenari karena saya positif covid-19 saya dipindahkan ke ruang rawat inap wijaya kusuma untuk isolasi disana”

2. Riwayat pengobatan sebelumnya

Berdasarkan hasil yang didapat di rekam medis pengobatan pasien sebelumnya kurang berhasil karena pasien tidak rutin meminum obatnya.

3. Pengalaman pasien

Pasien pernah melakukan tindakan kriminal. Pasien mengatakan “saya dulu pecandu obat-obatan dan juga alkohol, saya sering mabuk-mabukkan juga. Saya pernah mencuri uang tetangga karena tidak punya uang untuk membeli alkohol dan juga rokok”

➤ **Masalah keperawatan :**

Resiko kekambuhan berulang

4. Pasien mengatakan “tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa”

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan dirinya pernah dipukulin tetangganya karena kasus pencurian uang.

Pasien mengatakn saat ditangkap satpol pp dirinya berontak dan memukul salah satu anggota satpol pp, terlihat marah, matanya melotot

dan mengepalkan tangannya jika berbicara tentang dirinya yang ditangkap satpol pp dan dikirim ke rumah sakit jiwa menur.

➤ **Masalah keperawatan :**

Respon pasca trauma

Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain (sdki hal 312, d.0146)

3.1.5 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda vital

- Td : 124/88 mmhg
- Nadi : 95x/menit
- Suhu : 36,4°c
- Rr : 20x/menit
- Spo : 100%

2. Pengukuran

- Tb : 175 cm
- Bb : 75 kg
- Imt : $75 : (1,75 \times 1,75) = 24,5$ (normal 18,5 – 24,9)

3. Keluhan fisik

Pasien tidak mengeluh adanya sakit pada fisiknya. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 24 januari 2023 pasien dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil td 124/88 mmhg, nadi 95x/menit, s 36,4°c, rr 20x/menit, spo 100%, tb 175 cm, bb 75 kg.

➤ **Masalah keperawatan :**

Tidak ada masalah keperawatan

3.1.6 Psikososial

1. Genogram

Pasien tinggal dirumah bersama mertua, istri dan anaknya. Orang tua pasien keduanya sudah meninggal, pasien mempunyai saudara perempuan, pasien anak ke 2 dari 2 bersaudara sedangkan istri pasien merupakan anak tunggal. Pasien dan istrinya mempunyai 1 anak perempuan.

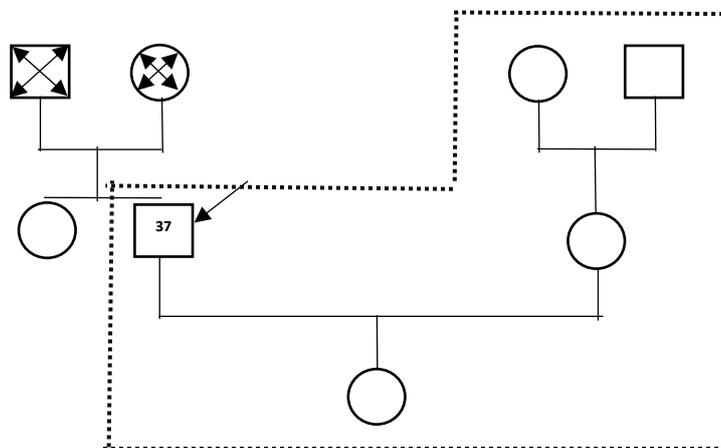
➤ **Masalah keperawatan :**

Tidak ada masalah keperawatan

➤ **Masalah keperawatan :**

Tidak ada masalah keperawatan

Gambar 3.1 Genogram Tn.S



Keterangan :

- : Perempuan
- : Laki-laki
- X : Meninggal
- ↙ : Pasien usia 37 tahun

..... : Tinggal serumah

2. Konsep diri

a. Gambaran diri :

Pasien bangga dengan tubuhnya sendiri. Pasien mengatakan bahwa tubuhnya adalah hal yang paling disukai pasien.

b. Identitas :

Pasien dapat menyebutkan identitas dirinya (nama, alamat, hobi). Pasien mengatakan setiap harinya sebagai buruh petani, pasien sudah menikah dan mempunyai 1 anak perempuan.

Pasien laki-laki usia 37 tahun, sudah menikah dan mempunyai 1 anak perempuan, tinggal bersama mertua, istri dan anaknya. Sekarang menjadi pasien di ruang gelatik.

c. Peran :

Pasien mengatakan merasa gagal menjalankan perannya sebagai seorang ayah dari anak perempuannya dan suami bagi istrinya karena tidka bisa memenuhi kebutuhan anak dan istrinya.

d. Ideal diri :

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dengan rajin minum obat agar bisa pulang yang kemudian pasien bisa bekerja lagi sebagai buruh tani agar bisa menghasilkan uang untuk memenuhi kebutuhan keluarganya.

e. Harga diri :

Pasien mengatakan dirinya merasa tidak berguna sebagai seorang suami karena tidak bekerja lagi.

➤ **Masalah keperawatan :**

Harga diri rendah situasional (sdki hal 194, d.0087)

3. Hubungan sosial

a. Orang yang berarti

Menurut pasien orang yang berarti bagi pasien adalah istri dan anaknya karena mereka yang sangat mendukung dan peduli pada pasien.

b. Peran dalam kegiatan kelompok / masyarakat

Pasien aktif saat ada kegiatan seperti senam pagi diruangan, pasien tidak ada interaksi sosial dan pasien cenderung menyendiri di kamarnya.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien tidak bisa memulai pembicaraan dan hanya diam saja karena pasien tidak tahu harus berbuat

➤ **Masalah keperawatan :**

Gangguan interaksi sosial (sdki hal 262, d.0118)

4. Spiritual

a. Nilai keyakinan

Pasien beragama islam dan yakin dengan kepercayaannya, pasien mengatakan hafal doa sholat dan surat – surat pendek.

b. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan selama dirawat di ruang gelatik tidak pernah melakukan ibadah sholat karena tidak ada sarung dan sajadah.

➤ **Masalah keperawatan**

Tidak ada masalah keperawatan

3.1.7 Status Mental

1. Penampilan

Badan pasien terlihat bersih, memakai seragam gelatik, rambutnya pendek, kulit kepala bersih, memakai sandal, gigi dan kuku pasien kotor

➤ **Masalah keperawatan**

Defisit perawatan diri (sdki hal 240, d.0109)

2. Pembicaraan

Pada saat wawancara pembicaraan pasien lambat dan pelan, saat ditanya pasien mampu menjawab pertanyaan, pembicaraan pasien ngelantur dan berbicara yang tidak ada hubungannya

➤ **Masalah keperawatan**

Gangguan komunikasi verbal (sdki hal 264, d.0119)

3. Aktivitas motorik

Pada saat wawancara pasien terlihat lebih senang menyendiri dan hanya tiduran dikasurnya

➤ **Masalah keperawatan**

Isolasi sosial (sdki hal 268, d.0121)

4. Alam perasaan

Pada saat wawancara pasien terlihat sedih jika menceritakan keluarganya karena merindukan istri dan anaknya, jika diberi lelucon pasien tertawa dan tersenyum lebar

➤ **Masalah keperawatan**

Tidak ada masalah keperawatan

5. Afek

Pasien dapat menyesuaikan ekspresi, pasien terlihat bangga saat menceritakan pekerjaannya, pasien terlihat marah saat menceritakan dirinya ditangkap satpol pp, pasien terlihat sedih jika menceritakan keluarganya karena merindukan istri dan anaknya, jika diberi lelucon pasien tertawa dan tersenyum lebar

➤ **Masalah keperawatan**

Tidak ada masalah keperawatan

6. Interaksi selama wawancara

Pada saat wawancara pasien selalu menjawab pertanyaan namun pasien kurang bisa mempertahankan kontak mata, pasien mampu mempertahankan pendapat dan jawabannya

➤ **Masalah keperawatan**

Tidak ada masalah keperawatan

7. Persepsi halusinasi

Pada saat wawancara pasien mengatakan selalu melihat orang dengan posisi terbalik, pasien mengatakan biasanya melihat itu terjadi setiap bangun tidur dengan frekuensi 1-2 kali dalam 2 menit, situasi ini terjadi saat pasien sedang menyendiri dan melamun. Respon pasien

terhadap penglihatannya sering diacuhkan oleh pasien karena pasien merasa ketakutan. Pasien juga mengatakan tidak tahu cara menghentikan hal tersebut.

➤ **Masalah keperawatan**

Gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan (sdki hal 190, d.0085)

8. Proses pikir

Pada saat wawancara proses pikir pasien blocking, saat ditanya pasien dapat menjawab pertanyaan kemudian pasien berhenti dan menjawab tapi isi jawaban tidak nyambung dan ngelantur

➤ **Masalah keperawatan**

Gangguan proses pikir

9. Isi pikir

Pasien mengatakan bahwa saat bangun tidur kemudian membuka mata pasien selalu ketakutan dan merasa pusing karena melihat orang-orang yang ada disitu dengan posisi terbalik (kepala dibawah dan kaki diatas). Untuk menghindari pandangan yang seperti itu pasien langsung memejamkan mata sebentar kemudian mengalihkan pandangannya.

➤ **Masalah keperawatan**

Gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan (sdki hal 190, d.0085)

10. Disorientasi

Pada saat wawancara pasien disorientasi waktu, pasien terlihat bingung dan tidak bisa menjawab jika ditanya mengenai jam berapa, tanggal berapa, tahun berapa

➤ **Masalah keperawatan**

Gangguan disorientasi waktu

11. Memori

Pada saat wawancara pasien mengalami gangguan daya ingat, pasien tidak ingat umurnya sendiri, pasien tidak ingat tanggal pernikahan, pasien tidak ingat kapan anaknya lahir.

➤ **Masalah keperawatan**

Gangguan memori (skdi hal 142, d.0062)

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pada saat wawancara pasien mudah beralih dan tidak mampu berkonsentrasi, pasien menjawab dengan salah saat diberi soal hitung-hitungan ($8+9-7:1 \times 0$), jika diberi pertanyaan pasien kadang menjawab dengan ngelantur dan tidak sesuai pertanyaan.

➤ **Masalah keperawatan**

Gangguan memori (skdi hal 142, d.0062)

13. Kemampuan penilaian

Pada saat wawancara saat diberi pilihan antara duluan mana telur apa ayam pasien menjawab telur duluan karena pasien suka dengan telur.

➤ **Masalah keperawatan**

Tidak ada masalah keperawatan

14. Daya tilik diri

Pada saat wawancara pasien sadar bahwa dirinya sedang dirawat di rumah sakit jiwa, pasien mengingkari penyakit yang diderita karena merasa dirinya tidak sedang mengalami gangguan jiwa dan hanya sakit pegel linu sehingga dirawat disini.

➤ **Masalah keperawatan**

Penyangkalan tidak efektif (sdki hal 214, d.0098)

3.1.8 Kebutuhan Pulang

1. Kemampuan pasien memenuhi / menyediakan kebutuhan

Pada saat wawancara pasien tidak mampu memenuhi atau menyediakan kebutuhan seperti makanan, keamanan, pakaian, transportasi, tempat tinggal, perawatan kesehatan dan uang karena pasien saat ini belum bisa bekerja. Pada saat dikaji pasien juga mengetahui setelah pulang dari rumah sakit jiwa menur harus selalu teratur minum obat.

➤ **Masalah keperawatan**

Tidak ada masalah keperawatan

2. Kegiatan hidup sehari – hari

a. Perawatan diri

Pada saat wawancara pasien terlihat bersih, pasien mengatakan bahwa pasien selalu mandi, makan, bab atau bak dan ganti pakaian dilakukan secara mandiri. Pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri

➤ **Masalah keperawatan**

Tidak ada masalah keperawatan

b. Nutrisi

- 1) Apakah anda puas dengan pola makan? Ya
- 2) Apakah anda makan memisahkan diri? Tidak
- 3) Frekuensi makan : 3 x sehari
- 4) Frekuensi udapan : 2 x sehari
- 5) Nafsu makan : meningkat
- 6) Bb terendah : 73 kg
- 7) Bb tertinggi : 75 kg
- 8) Diet khusus : tidak

Pasien menghabiskan satu porsi makananya dan tidak ada masalah dengan nutrisi

➤ **Masalah keperawatan**

Tidak ada masalah keperawatan

c. Tidur

- 1) Apakah ada masalah? Tidak
- 2) Apakah merasa segar setelah bangun tidur? Iya
- 3) Apakah kebiasaan tidur siang? Iya
- 4) Apa yang menolong anda untuk tidur? Membayangkan hal indah
- 5) Waktu tidur malam : 20.00 wib
- 6) Waktu bangun : 03.30 wib

Hasil pengkajian saat ini tidak ada masalah selama tidur. Pasien merasa segar setelah bangun tidur. Saat tidur malam pasien mengatakan bahwa dirinya tidur jam 20.00 wib sampai dengan jam

03.30 wib. Dan pada saat tidur siang pasien mengatakan dari jam 12.30 wib sampai dengan 15.00 wib.

➤ **Masalah keperawatan**

Tidak ada masalah keperawatan

3. Kemampuan klien dalam pemenuhan adl

- 1) Mengantisipasi kebutuhan sendiri ? Iya
- 2) Membuat keputusan sendiri ? Iya
- 3) Mengatur penggunaan obat ? Iya
- 4) Melakukan pemeriksaan kesehatan ? Tidak

Pasien mampu mengantisipasi kebutuhannya sendiri dan mampu membuat keputusan berdasarkan keinginannya sendiri. Pasien terlihat mampu mengatur penggunaan obat dan pasien terlihat belum mampu melakukan pemeriksaan kesehatannya.

➤ **Masalah keperawatan**

Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan (sdki hal 249, d.0112)

4. Sistem pendukung

Pasien mengatakan bahwa keluarganya paling berarti dalam hidupnya terkhusus istri dan anaknya yang selalu mendukung kesembuhan pasien.

➤ **Masalah keperawatan**

Tidak ada masalah keperawatan

5. Apakah pasien menikmati kegiatan yang menghasilkan

Pasien mengatakan dirinya sangat menikmati kegiatan yang ada di gelatik, pasien juga mengatakan bahwa dirinya sebagai buruh petani yang merawat sawahnya.

➤ **Masalah keperawatan**

Tidak ada masalah keperawatan

3.1.9 Mekanisme Koping

Pada saat wawancara pasien mampu bicara dengan orang lain, jika diberi pilihan pasien mampu menyelesaikan masalah, tapi pasien mengatakan tidak bisa menemukan cara untuk menyelesaikan masalah yang sudah dialami.

➤ **Masalah keperawatan**

Ketidakefektifan koping individual

3.1.10 Masalah Psikososial Dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik pasien mengatakan bahwa dirinya sangat mendapat banyak dukungan dari berbagai pihak
2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik pasien selalu bersama temannya, berdasarkan hasil observasi pasien terlihat tidak pernah menyendiri
3. Masalah dengan pendidikan, spesifik pendidikan terakhir pasien sma, pasien tidak mau melanjutkan pendidikan karena ingin bekerja dan menghasilkan uang

4. Masalah dengan pekerjaan, spesifik saat ini pasien tidak bekerja karena masih sakit, selama dirumah sakit jiwa menurut pasien melakukan aktivitas seperti menyapu
5. Masalah dengan perumahan, spesifik pasien mengatakan dirinya tinggal di rumah yang besar yang ada di tuban jawa timur, saat ini pasien tinggal di ruang gelatik dengan keadaan kamar yang luas
6. Masalah ekonomi, spesifik pasien mengatakan berasal dari keluarga yang sederhana yang kesehariannya merawat sawah
7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik pasien mengatakan tidak pernah pergi ke fasilitas kesehatan yang ada didekat rumahnya dan saat ini pasien tinggal di rumah sakit jiwa menurut yang setiap hari melakukan pemeriksaan kesehatan.

➤ **Masalah keperawatan**

Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan (sdki hal 249, d.0112)

3.1.11 Pengetahuan Kurang Tentang Penyakit

Pada saat wawancara pasien mengatakan tidak tahu tentang penyakit jiwa yang dialaminya, pasien juga tidak tahu faktor pencetus penyakitnya, pasien mengetahui jika dirinya setiap hari mengkonsumsi obat tapi tidak tahu manfaat obat tersebut.

➤ **Masalah keperawatan**

Defisit pengetahuan (sdki hal 246, d.0111)

3.1.12 Data Lain

1. Pada tanggal 10 januari 2023 pasien dilakukan pemeriksaan swab antigen dengan hasil (-)
2. Pada tanggal 10 januari 2023 pasien dilakukan pemeriksaan darah lengkap dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium Tn. S

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
Hematologi Darah lengkap		
Leukosit	6,30 ($10^3/\mu\text{l}$)	4,00-10,00
Eritrosit	5,00 ($10^6/\mu\text{l}$)	4,00-5,50
Hemoglobin	15,5 g/dl	13-17
Hematokrit	46,2 %	40,0-54,0
Trombosit	212 ($10^3/\mu\text{l}$)	150-450
Neutrofil%	3,65 %	2,00-7,00
Limfosit%	2,46 %	20,0-40,0
Swab Rapid Antigen	(-)	

3. Pada tanggal 10 jnauari 2023 pasien dilakukan pemeriksaan foto torax dengan hasil sebagai berikut:

Hasil foto thorax

- Cor : besar dann bentuk normal
- Pulmo : tidak nampak infiltrat
- Bronchovaskuler pattern normal
- Kedua sinus phrenico-costalis tajam
- Tulang-tulang dinding thorax, costae normal
- Kesan : foto thorax normal

3.1.13 Aspek Medis

A. Diagnosa medik

F20.0 paranoid schizophrenia dengan masalah utama gangguan persepsi sensoris : halusinasi penglihatan

B. Terapi medik

1. Chlorpromazine 25 mg (malam, 1 tablet)

Termasuk golongan obat antipsikotik, untuk mengatasi gejala psikosis seperti halusinasi dan skizofrenia

Efek sampingnya mengantuk dan pandangan menjadi kabur

2. Risperidone 3 mg (2 x sehari 1 tablet, pagi dan malam)

Termasuk golongan obat antipsikotik, untuk mengatasi gejala skizofrenia dan bipolar

Efek sampingnya pusing, konstipasi, kelelahan, mual dan muntah

3. Trihexyphenidyl 2 mg (2 x 1 tablet)

Termasuk golongan obat kategori psikotropika, digunakan sebagai obat penenang.

Efek sampingnya pusing, konstipasi, kelelahan, mual dan muntah

3.1.14 Daftar Masalah Keperawatan

1. Resiko kekambuhan berulang
2. Respon pasca trauma
3. Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain (sdki hal 312, d.0146)
4. Harga diri rendah situasional (sdki hal 194, d.0087)
5. Gangguan interaksi sosial (sdki hal 262, d.0118)
6. Defisit perawatan diri (sdki hal 240, d.0109)
7. Gangguan komunikasi verbal (sdki hal 264, d.0119)
8. Isolasi sosial (sdki hal 268, d.0121)

9. Gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan (sdki hal 190, d.0085)
10. Gangguan proses pikir
11. Gangguan disorientasi waktu
12. Gangguan memori (skdi hal 142, d.0062)
13. Penyangkalan tidak efektif (sdki hal 214, d.0098)
14. Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan (sdki hal 249, d.0112)
15. Ketidakefektifan coping individual
16. Defisit pengetahuan (sdki hal 246, d.0111)

3.1.15 Daftar Diagnosis Keperawatan

berdasarkan hasil pengkajian dirumuskan bahwa diagnosis utama keperawatan adalah :

1. Gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan (sdki hal 190, d.0085)
2. Isolasi sosial (sdki hal 268, d.0121)
3. Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain (sdki hal 312, d.0146)

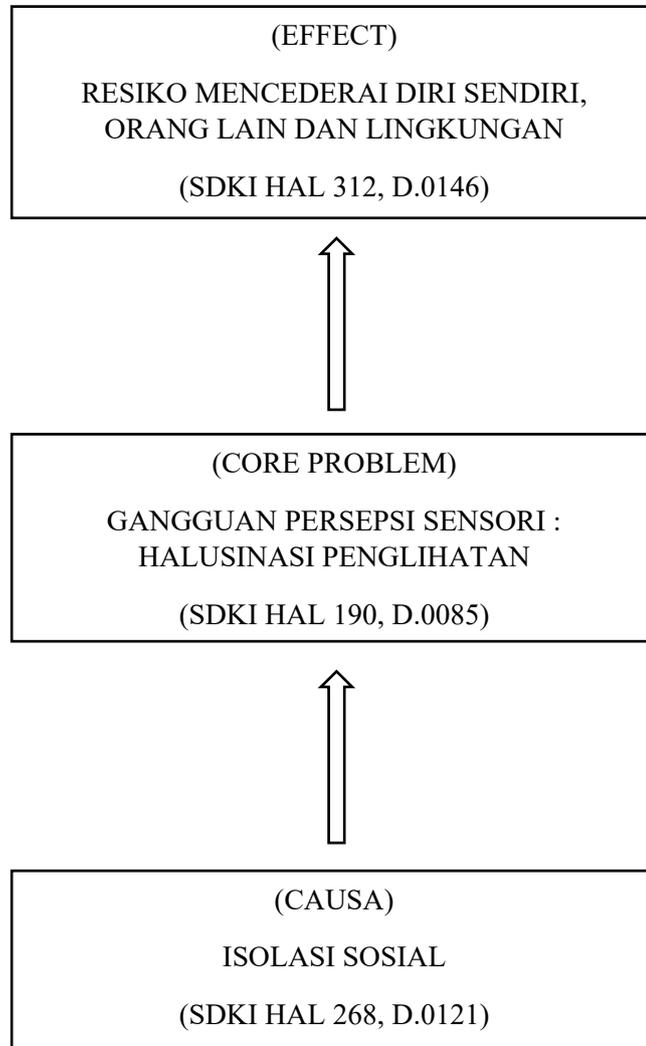
Surabaya, 24 Januari 2023

Sikhah Ayu Damayanti

Nim. 202.0035

3.2 Pohon Masalah

Gambar 3.2 Pohon Masalah Tn. S



3.3 Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data

No	Tanggal	Analisa Data	Masalah	TTD
1	Selasa 24-01-2023	<p>Pasien mengatakan bahwa saat bangun tidur kemudian membuka mata pasien selalu ketakutan dan merasa pusing karena melihat orang-orang yang ada disitu dengan posisi terbalik (kepala dibawah dan kaki diatas). Untuk menghindari pandangan yang seperti itu pasien langsung memejamkan mata sebentar kemudian mengalihkan pandangannya.</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan “saat bangun tidur kemudian membuka mata saya selalu ketakutan dan merasa pusing karena melihat orang-orang yang ada disitu dengan posisi terbalik (kepala dibawah dan kaki diatas) <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersikap seolah melihat sesuatu - Berbicara sendiri - Tertawa sendiri 	<p>Gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan (Sdki Hal 190, D.0085)</p>	
2	Selasa 24-01-2023	<p>Pada saat wawancara pasien terlihat gelisah, pasien terlihat tenang, diam saja terkadang pasien menyendiri berbaring di tempat tidur.</p> <p>Pada saat wawancara pasien terlihat lebih senang menyendiri dan hanya tiduran dikasurnya. pasien tidak ada interaksi sosial dan pasien cenderung menyendiri di kamarnya. Pasien tidak</p>	<p>Isolasi sosial (Sdki Hal 268, D.0121)</p>	

No	Tanggal	Analisa Data	Masalah	TTD
		<p>bisa memulai pembicaraan dan hanya diam saja karena pasien tidak tahu harus berbua</p> <p>Ds : - Pasien mengatakan tidak bisa memulai pembicaraan dan hanya diam saja karena pasien tidak tahu harus berbuat apa</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat menarik diri tidak berminat berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan - Tidak ada kontak mata 		
3	Selasa 24-01-2023	<p>Pasien dibawa keluarganya ke igd rumah sakit jiwa menur surabaya dengan memanggil satpol pp pasien berontak dan memukul salah satu anggota satpol pp, pasien marah-marah, pasien merusak barang dan juga membakar bantal guling yang ada dikamarnya. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien marah dan mengamuk karena kehabisan rokok dan tidak dibuatkan kopi istrinya. Mertua dan istri pasien ketakutan dengan sikap pasien yang mengamuk hingga membakar tempat tidurnya</p> <p>Ds : - pasien mengatakan pernah memukul orang lain</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - muka tegang dan mata melotot 	<p>Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Sdki Hal 312, D.0146)</p>	

3.4 Rencana Keperawatan

Tabel 3.3 Rencana Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa	Kriteria hasil	Tindakan keperawatan	Rasional
1	Rabu 25 januari 2023	Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan (Sdki Hal 190, D.0085)	<p>Kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu menyebutkan penyebab halusinasi 2. Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan, jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respon 3. Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi 4. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat <p>Psikomotor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu melawan halusinasi dengan cara menghardik 2. Mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek 3. Mengalihkan halusinasi dengan teknik distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas 	<p>Bina hubungan dengan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sapa pasien dengan ramah baik dengan verbal ataupun non verbal 2. Perkenalkan diri perawat dengan sopan 3. Jelaskan maksud dan tujuan interaksi 4. Jelaskan kontrak waktu yang akan dibuat 5. Beri rasa aman dan sikap empati 6. Lakukan kontak singkat tapi sering <p>Sp 1 pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi halusinasi dengan diskusi isi, frekuensi, waktu, perasaan dan respon 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien dapat mempercayai orang lain 2. Dapat berfikir bahwa halusinasinya tidak nyata 3. Pasien dapat secara bertahap untuk menghilangkan halusinasi dengan bercakap 4. Pasien mampu secara mandiri minum obat secara teratur 5. Pasien mampu mengalihkan dan mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas yang terjadwal

No	Tanggal	Diagnosa	Kriteria hasil	Tindakan keperawatan	Rasional
			<p>4. Mampu minum obat secara tepat waktu</p> <p>Afektif</p> <p>1. Mampu merasakan manfaat cara mengatasi halusinasi</p> <p>2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan</p>	<p>2. Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik</p> <p>3. Latih cara mengontrol halusinasi dengan minum obat secara teratur</p> <p>4. Mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan yang terjadwal</p>	
2	Kamis 26 januari 2023	Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan (Sdki Hal 190, D.0085)	<p>Kognitif</p> <p>1. Mampu menyebutkan penyebab halusinasi</p> <p>2. Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan, jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respon</p> <p>3. Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi</p> <p>4. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat</p> <p>Psikomotor</p> <p>1. Mampu melawan halusinasi dengan cara menghardik</p> <p>2. Mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek</p>	<p>Bina hubungan dengan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik :</p> <p>1. Sapa pasien dengan ramah baik dengan verbal ataupun non verbal</p> <p>2. Perkenalkan diri perawat dengan sopan</p> <p>3. Jelaskan maksud dan tujuan interaksi</p> <p>4. Jelaskan kontrak waktu yang akan dibuat</p> <p>5. Beri rasa aman dan sikap empati</p> <p>6. Lakukan kontak singkat tapi sering sehingga membuat pasien selalu ingat dan tidak pernah lupa dengan perawat</p>	<p>1. Agar pasien dapat mempercayai orang lain</p> <p>2. Dapat berfikir bahwa halusinasinya tidak nyata</p> <p>3. Pasien dapat secara bertahap untuk menghilangkan halusinasi dengan bercakap</p> <p>4. Pasien mampu secara mandiri minum obat secara teratur</p> <p>5. Pasien mampu mengalihkan dan mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas yang terjadwal</p>

No	Tanggal	Diagnosa	Kriteria hasil	Tindakan keperawatan	Rasional
			3. Mengalihkan halusinasi dengan teknik distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas 4. Mampu minum obat secara tepat waktu Afektif 1. Mampu merasakan manfaat cara mengatasi halusinasi 2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan	Sp 2 pasien 1. Evaluasi kegiatan menghardik dan beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap dengan orang lain jika halusinasi itu muncul 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik kemudian minum obat dan bercakap	
3	Jumat 27 januari 2023	Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan (Sdki Hal 190, D.0085)	Kognitif 1. Mampu menyebutkan penyebab halusinasi 2. Menyebutkan karakteristik halusinasi yang dirasakan, jenis, isi, frekuensi, durasi, waktu, situasi yang menyebabkan dan respon 3. Menyebutkan cara yang selama ini digunakan untuk mengendalikan halusinasi 4. Menyebutkan cara mengendalikan halusinasi yang tepat Psikomotor 1. Mampu melawan halusinasi dengan cara menghardik	Bina hubungan dengan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik : 1. Sapa pasien dengan ramah baik dengan verbal ataupun non verbal 2. Perkenalkan diri perawat dengan sopan 3. Jelaskan maksud dan tujuan interaksi 4. Jelaskan kontrak waktu yang akan dibuat 5. Beri rasa aman dan sikap empati 6. Lakukan kontak singkat tapi sering Sp 3 pasien	1. Agar pasien dapat mempercayai orang lain 2. Dapat berfikir bahwa halusinasinya tidak nyata 3. Pasien dapat secara bertahap untuk menghilangkan halusinasi dengan bercakap 4. Pasien mampu secara mandiri minum obat secara teratur 5. Pasien mampu mengalihkan dan mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas yang terjadwal

No	Tanggal	Diagnosa	Kriteria hasil	Tindakan keperawatan	Rasional
			2. Mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek 3. Mengalihkan halusinasi dengan teknik distraksi yaitu bercakap-cakap dan melakukan aktivitas 4. Mampu minum obat secara tepat waktu Afektif 1. Mampu merasakan manfaat cara mengatasi halusinasi 2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan	1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat 3. Jelaskan pentingnya penggunaan obat 4. Jelaskan akibat jika putus obat 5. Latih cara mengontrol dengan bercakap dan masukkan pada jadwal kegiatan	

3.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD
Rabu 25 Januari 2023	Gangguan persepsi sensoris : halusinasi penglihatan (Sdki Hal 190, D.0085)	<p>08.30 wib Bina hubungan dengan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ “selamat pagi, boleh saya memperkenalkan diri? Saya sikhah, boleh bapak panggil sika. Kalau boleh saya tau nama bapak siapa? Dan lebih senang dipanggil apa?” ✓ “bagaimana perasaan bapak hari ini? Bagaimana tidurnya tadi malam? Ada keluhan tidak?” ✓ “apakah bapak tidak keberatan untuk ngobrol dengan saya? Bagaimana kalau kita ngobrol tentang bayangan manusia posisi terbalik dan sesuatu yang selama ini bapak lihat?” ✓ “berapa lama kira-kira kita bisa ngobrol? Bapak maunya berapa menit? Bagaimana kalau 15 menit? Bapak bisa?” ✓ “di mana kita akan bincang-bincang? Bagaimana kalau di kursi depan itu?” <p>08.40 wib Sp 1 pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi halusinasi dengan diskusi isi, frekuensi, waktu, perasaan dan respon <ul style="list-style-type: none"> ✓ “apakah bapak melihat orang dengan posisi terbalik?” 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih melihat orang dengan posisi terbalik <p>O :</p> <p>Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif dan antusias - Pasien terlihat senang <p>Kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menyebutkan hal-hal apa saja yang telah pasien alami - Pasien mampu menyebutkan jenis halusinasi - Pasien mampu menyebutkan isi halusinasi - Pasien mampu menyebutkan waktu halusinasi - Pasien mampu menyebutkan frekuensi halusinasi - Pasien mampu menyebutkan situasi yang menimbulkan halusinasi 	

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD
		<p>2. Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“bagaimana kalau kita belajar cara untuk mencegah bayangan manusia dengan posisi terbalik agar tidak muncul?”</i> ✓ <i>“bapak ada empat cara untuk mencegah bayangan manusia posisi terbalik itu muncul.”</i> ✓ <i>“pertama, dengan menghardik bayangan manusia posisi terbalik tersebut.”</i> ✓ <i>“kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.”</i> ✓ <i>“ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal.”</i> ✓ <i>“keempat, minum obat dengan teratur.”</i> ✓ <i>“saat bayangan manusia posisi terbalik itu muncul, langsung bapak bilang dalam hati, “pergi saya tidak mau lihat ... saya tidak mau lihat. Kamu bayangan manusia posisi terbalik palsu. Begitu diulang-ulang sampai bayangan itu tidak terlihat lagi.”</i> ✓ <i>“coba bapak peragakan! Bapak belum bisa ya. Baik tidak apa-apa”</i> ✓ <i>“bagaimana perasaan bapak dengan obrolan kita tadi? Bapak merasa senang tidak dengan latihan tadi?”</i> ✓ <i>“setelah kita ngobrol panjang lebar, sekarang coba bapak simpulkan pembicaraan kita tadi.”</i> ✓ <i>“karena bapak belum bisa mempraktekkan bagaimana cara menghardik besok kita coba lagi</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Mampu menyebutkan perilaku saat halusinasi muncul - Pasien melihat bayangan - Mampu menghardik halusinasi - Mampu bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi itu muncul - Tidak dapat memfokuskan pikiran <p>Psikomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu dan mengikuti apa yang sudah perawat ajarkan - Pasien terlihat bicara sendiri - Pasien terlihat tertawa sendiri - Pasien terlihat komat-kamit <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sp 1 pasien teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimalkan sp 1, lanjutkan sp 2 pasien 	

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD
		<p><i>ya! Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya?"</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>"bapak, bagaimana kalau besok kita ngobrol lagi tentang caranya menghardik saat bayangan itu muncul?"</i> ✓ <i>"kira-kira waktunya kapan ya? Bagaimana kalau hari kamis jam 08.30 wib, bisa?"</i> ✓ <i>"kira-kira tempat yang enak buat kia ngobrol besok dimana ya? Sampai jumpa besok"</i> <p>Menurut informasi perawat ruang gelatik sore (14.00—21.00 wib)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak tenang 2. Adl mandiri 3. Porsi makan sore 18.00 habis 1 porsi 4. Tidak ada tanda alergi makan <p>(21.00-07.00 wib)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidur dan bangun jam 05.30 wib 2. Pasien tidur pulas 3. ADL mandiri 4. Porsi makan pagi 1 porsi 5. Terapi obat risperidone 2mg (2x1 tablet), trihexypenidil 2mg (1x1 tablet) clozapine 25mg (1x1 tablet) 		
Kamis 26 januari 2023	Gangguan persepsi sensoris : halusinasi penglihatan (Sdki Hal 190, D.0085)	<p>08.30 wib</p> <p>Bina hubungan dengan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>"selamat pagi, bapak masih ingat dengan saya? Bapak sudah mandi belum? Apakah bapak sudah makan? Makanannya habis tidak?"</i> 	S : - Pasien mengatakan sudah mencoba ngobrol dengan temannya untuk mengalihkan perhatian halusinasinya	

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD
		<p>✓ “bagaimana perasaan bapak hari ini? Kemarin kita sudah berdiskusi tentang halusinasi, apakah bapak bisa menjelaskan kepada saya tentang isi bayangan yang bapak lihat dan apakah bapak bisa mempraktekkan cara mengontrol halusinasi yang pertama yaitu dengan menghardik?”</p> <p>✓ “sesuai dengan kontrak kita kemarin, kita akan berbincang-bincang disini mengenai cara-cara mengontrol bayangan yang sering bapak lihat dulu agar bayangan itu tidak muncul lagi dengan cara yang kedua yaitu bercakap-cakap dengan orang lain.</p> <p>✓ “berapa lama kira-kira kita bisa ngobrol? Bapak maunya berapa menit? Bagaimana kalau 15 menit? Bapak bisa?”</p> <p>✓ “di mana kita akan bincang-bincang? Bagaimana kalau di sini lagi?”</p> <p>08.40 wib Sp 2 pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menghardik dan beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap dengan orang lain jika halusinasi itu muncul 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik kemudian minum obat dan bercakap <p>✓ “kalau bapak melihat bayangan yang kata bapak kemarin mengganggu. Apa yang bapak lakukan pada saat itu? Apa yang telah saya ajarkan kemarin apakah sudah dilakukan?”</p> <p>✓ “cara yang kedua adalah bapak langsung</p>	<p>O :</p> <p>Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif dan antusias <p>Kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menyebutkan hal-hal apa saja yang telah pasien alami - Pasien mampu menyebutkan jenis halusinasi - Pasien mampu menyebutkan isi halusinasi - Pasien mampu menyebutkan waktu halusinasi - Pasien mampu menyebutkan frekuensi halusinasi - Pasien mampu menyebutkan situasi yang menimbulkan halusinasi - Mampu menyebutkan perilaku saat halusinasi muncul - Mampu menghardik halusinasi - Mampu bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi itu muncul - Mampu menggunakan obat secara teratur <p>Psikomotor</p>	

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD
		<p><i>pergi ke perawat. Katakan pada perawat bahwa bapak melihat bayangan. Nanti perawat akan mengajak bapak mengobrol sehingga bayangan itu hilang dengan sendirinya.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“tidak terasa kita sudah berbincang-bincang lama. Saya senang sekali bapak mau berbincang-bincang denagan saya. Bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang-bincang?”</i> ✓ <i>“jadi seperti yang bapak katakan tadi, cara yang bapak pilih untuk mengontrol halusinasinya adalah bercakap – cakap dengan orang lain</i> ✓ <i>“nanti kalau bayangan itu terlihat lagi, bapak terus praktekkkan cara yang telah saya ajarkan agar bayangan tersebut tidak menguasai pikiran bapak.”</i> ✓ <i>“bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang lagi tentang cara mengontrol halusinasi dengan cara yang ketiga yaitu menyibukkan diri dengan kegiatan yang bermanfaat.”</i> ✓ <i>“kira-kira waktunya kapan ya? Bagaimana kalau hari besok jam 08.30 wib, bisa?”</i> ✓ <i>“kira-kira tempat yang enak buat kita ngobrol besok dimana ya?Sampai jumpa”</i> <p>Menurut informasi perawat ruang gelatik sore</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu dan mengikuti apa yang sudah perawat ajarkan - Pasien terlihat sedang mengobrol dengan teman kamarnya <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sp 2 pasien teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimalkan sp 2, lanjutkan sp 3 pasien 	

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD
		<p>(14.00—21.00 wib)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak tenang 2. Adl mandiri 3. Porsi makan sore 18.00 habis 1 porsi 4. Tidak ada tanda alergi makan <p>(21.00-07.00 wib)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidur dan bangun jam 05.30 wib 2. Pasien tidur pulas 3. Porsi makan pagi: 1 porsi 4. Terapi obat risperidone 2mg (2x1 tablet), trihexypenidil 2mg (1x1 tablet) clozapine 25mg (1x1 tablet) 		
<p>Jumat 27 Januari 2023</p>	<p>Gangguan persepsi sensoris : halusinasi penglihatan (Sdki Hal 190, D.0085)</p>	<p>08.30 wib</p> <p>Bina hubungan dengan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“selamat pagi, bapak masih ingat dengan saya? Bapak sudah mandi belum? Apakah bapak sudah makan? Makanannya habis tidak?”</i> ✓ <i>“bagaimana perasaan bapak hari ini? Kemarin kita sudah berdiskusi tentang halusinasi, apakah bapak bisa menjelaskan kepada saya tentang isi bayangan yang bapak lihat dan apakah bapak bisa mempraktekkan cara mengontrol halusinasi yang pertama yaitu dengan menghardik?”</i> ✓ <i>“sesuai dengan kontrak kita kemarin, kita akan berbincang-bincang disini mengenai cara-cara mengontrol bayangan yang sering bapak lihat dulu agar bayangan itu tidak muncul lagi dengan cara yang ketiga yaitu minum obat teratur.</i> 	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sudah melakukan jadwal yang sudah dibuat dan pasien mengatakan sudah minum obat secara teratur</p> <p>O :</p> <p>Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif dan antusias <p>Kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menyebutkan hal-hal apa saja yang telah pasien alami - Pasien mampu menyebutkan jenis halusinasi - Pasien mampu menyebutkan isi halusinasi 	

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD
		<p>✓ <i>“berapa lama kira-kira kita bisa ngobrol? Bapak maunya berapa menit? Bagaimana kalau 15 menit? Bapak bisa?”</i></p> <p>✓ <i>“di mana kita akan bincang-bincang? Bagaimana kalau di sini lagi?”</i></p> <p>08.40 wib Sp 3 pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat 3. Jelaskan pentingnya penggunaan obat 4. Jelaskan akibat jika putus obat <p>✓ <i>“kalau bapak melihat bayangan yang kata bapak kemarin mengganggu dan membuat bapak kangen. Apa yang bapak lakukan pada saat itu? Apa yang telah saya ajarkan kemarin apakah sudah dilakukan?”</i></p> <p>✓ <i>“cara yang ketiga adalah bapak rutin konsumsi obat secara teratur” konsumsi obat itu sangat penting untuk proses kesembuhan bapak jadi jika bapak tidak rutin konsumsi obat ya akibatnya nanti bisa bertambah parah pak” bagaimana apakah bapak memahami apa yang saya ajarkan ini?”</i></p> <p>✓ <i>“tidak terasa kita sudah berbincang-bincang lama. Saya senang sekali bapak mau berbincang-bincang dengan saya. Bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang-bincang?”</i></p> <p>✓ <i>“jadi seperti yang bapak katakan tadi, cara yang bapak pilih untuk mengontrol halusinasinya adalah konsumsi obat secara teratur”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menyebutkan waktu halusinasi - Pasien mampu menyebutkan frekuensi halusinasi - Pasien mampu menyebutkan situasi yang menimbulkan halusinasi - Mampu menyebutkan perilaku saat halusinasi muncul - Mampu bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi itu muncul - Mampu menggunakan obat secara teratur - Melakukan kegiatan terjadwal untuk mengontrol halusinasi <p>Psikomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu dan mengikuti apa yang sudah perawat ajarkan - Pasien masih bingung dengan manfaat setiap obat yang sudah diminumnya - Pasien terlihat meminum obatnya dan terlihat melakukan aktivitas sesuai jadwal yang sudah dibuat <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sp 3 pasien teratasi sebagian 	

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD
		<p>✓ <i>“nanti kalau bayangan itu terlihat lagi, bapak terus praktekan cara yang telah saya ajarkan agar bayangan tersebut tidak menguasai pikiran bapak.”</i></p> <p>✓ <i>“bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang lagi tentang cara mengontrol halusinasi dengan cara yang keempat yaitu menyibukkan diri dengan kegiatan yang bermanfaat.”</i></p> <p>✓ <i>“kira-kira waktunya kapan ya? Bagaimana kalau hari besok jam 10.00 wib, bisa?”</i></p> <p>✓ <i>“kira-kira tempat yang enak buat kita ngobrol besok di mana ya? Sampai jumpa besok.</i></p> <p>Menurut informasi perawat ruang gelatik sore (14.00—21.00 wib)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak tenang 2. Adl mandiri 3. Porsi makan sore 18.00 habis 1 porsi 4. Tidak ada tanda alergi makan <p>(21.00-07.00 wib)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidur dan bangun jam 05.30 wib 2. Pasien tidur pulas 3. Adl mandiri 4. Porsi makan pagi: 1 porsi 5. Terapi obat risperidone 2mg (2x1 tablet), trihexypenidil 2mg (1x1 tablet) clozapine 25mg (1x1 tablet) 	<p>P :</p> <p>- Intervensi dihentikan</p>	

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan jiwa pada tn. S dengan masalah utama gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan dengan diagnosa medis paranoid skizofrenia di ruang gelatik rumah sakit jiwa menur surabaya provinsi jawa timur yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis melakukan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu memperlakukan pasien sedemikian rupa hingga pasien dapat memahami, terbuka dan kooperatif.

Hasil yang didapatkan saat melakukan wawancara pada pasien Rumah Sakit Jiwa Menur Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur didapatkan hasil guna mendapatkan mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan gangguan persepsi sensori halusinasi, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 24 januari 2023 sampai dengan 27 januari 2023 dengan data pengkajian di ruang gelatik pada tanggal 24 januari 2023 pukul 08.00 wib. Anamnesa diperoleh dari hasil pengkajian pada pasien dan file rm nomor register 02-93-xx.

Pasien bernama tn. S dengan rm 02-93-xx pasien laki-laki berusia 37 tahun beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa jawa, pasien lahir dan besar di Surabaya, pendidikan terakhir pasien adalah sma, pasien bekerja sebagai buruh petani. Pasien tinggal bersama mertua, istri dan juga anaknya di tuban jawa timur. Pasien merupakan anak ke 2 dari 2 bersaudara. Pasien mempunyai 1 anak perempuan.

Pada tanggal 10 januari 2023 pasien dibawa keluarganya ke igd rumah sakit jiwa menur surabaya dengan memanggil satpol pp, pasien berontak dan memukul salah satu anggota satpol pp karena pasien marah-marah, pasien merusak barang dan juga membakar bantal guling yang ada dikamarnya. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien marah dan mengamuk karena pasien merasa dirinya tidak dilayani dengan baik oleh istrinya. istri pasien ketakutan dengan sikap pasien yang mengamuk hingga membakar tempat tidurnya. Pada pukul 15.20 wib pasien tiba di igd rumah sakit jiwa menur, disana pasien dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil td 130/90 mmhg, nadi 99x/menit, suhu 36,5°C, pernafasan 20x/menit dan spo 100%. Pasien dilakukan pengambilan sampel swab, pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan foto torax. Pasien diberikan terapi benzodiazepin dan antidepresan. Pada pukul 19.00 wib pasien dipindahkan ke ruang gelatik kamar 1 untuk dilakukan rawat inap disana. Pasien diberi seragam gelatik dan juga gelang identitas. Pada saat wawancara pasien lebih suka menyendiri dan enggan melakukan aktifitas.

Tanda gejala pada penyakit halusinasi dapat menyebabkan kecacatan bagi penderita skizofrenia. Gejala skizofrenia dapat dibagi

menjadi 2 bagian yaitu gejala negatif dan gejala positif. Gejala negatif termasuk penarikan diri, kekurangan bahkan kehilangan keinginan untuk melakukan aktifitas. Gejala positif termasuk halusinasi, delusi, pemikiran bingung dan perilaku aneh. Di antara gejala ini halusinasi adalah salah satu gejala utama psikosis skizofrenia. Halusinasi dapat menyebabkan panca indera dan tubuh terpengaruhi (Emulyani & Herlambang, 2020). Perilaku pasien dengan halusinasi antara lain:

1. Bicara sendiri
2. Tertawa sendiri
3. Gangguan memori
4. Disorientasi
5. Kurang mampu merawat diri
6. Menarik diri

Perilaku pasien tersebut sesuai dalam studi kasus yang dapat disimpulkan dan terdapat kesenjangan yang sesuai literatur menurut (Emulyani & Herlambang, 2020) antara lain:

1. Bicara sendiri

Pada saat wawancara pembicaraan pasien lambat dan pelan, saat ditanya pasien mampu menjawab pertanyaan, pembicaraan pasien ngelantur dan berbicara yang tidak ada hubungannya

2. Gangguan memori

Pada saat wawancara pasien mengalami gangguan daya ingat, pasien tidak ingat umurnya sendiri, pasien tidak ingat tanggal pernikahan, pasien tidak ingat kapan anaknya lahir

3. Disorientasi

Pada saat wawancara pasien disorientasi waktu, pasien terlihat bingung dan tidak bisa menjawab jika ditanya mengenai jam berapa, tanggal berapa, tahun berapa

4. Kurang mampu merawat diri

Pada saat wawancara badan pasien terlihat bersih, memakai seragam gelatik, rambutnya pendek, kulit kepala bersih, memakai sandal, gigi dan kuku pasien kotor

5. Menarik diri

Pada saat wawancara pasien terlihat lebih senang menyendiri dan hanya tiduran dikasurnya. Pada saat wawancara pasien terlihat gelisah, pasien terlihat tenang, diam saja terkadang pasien menyendiri berbaring di tempat tidur. Pada saat wawancara pasien terlihat lebih senang menyendiri dan hanya tiduran dikasurnya. pasien tidak ada interaksi sosial dan pasien cenderung menyendiri di kamarnya. Pasien tidak bisa memulai pembicaraan dan hanya diam saja karena pasien tidak tahu harus berbuat apa.

Menurut asumsi dari penulis pasien dapat mengenali halusinasinya tapi belum dapat menerapkan strategi pelaksanaan dengan cara menghardik, bercakap dengan orang lain, minum obat secara rutin dan melakukan aktifitas terjadwal. Berdasarkan data yang diperoleh terdapat kesenjangan

antara tinjauan kasus dan tinjauan teori. Terlihat bahwa pasien halusinasi tidak selalu sama dengan tinjauan teori. Selama studi kasus, diketahui bahwa pasien mampu mengenali halusinasinya.

4.2 Diagnosa

Berdasarkan hasil pengakajian pada tinjauan kasus didapatkan data fokus pasien Pada saat wawancara pasien mengatakan selalu melihat orang dengan posisi terbalik, pasien mengatakan biasanya melihat itu terjadi setiap bangun tidur dengan frekuensi 1-2 kali dalam 2 menit, situasi ini terjadi saat pasien sedang menyendiri dan melamun. Respon pasien terhadap penglihatannya sering diacuhkan oleh pasien karena pasien merasa ketakutan sehingga munculah diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan. Hal ini sesuai dengan teori (Muharram & Kahija, 2020) bahwa apresiasi yang dialami pasien melalui pencerapan melalui panca indera tanpa rangsangan dari luar salah persepsi.

Berdasarkan data yang didapatkan, penulis mengambil masalah utama keperawatan gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan (scki hal 190, d.0095) disebabkan pasien sering melihat bentuk orang dengan posisi terbalik. Hal ini dikarenakan adanya faktor pendukung yang muncul sebagai masalah keperawatan. Maka dari itu penulis memutuskan mengangkat 1 diagnosa keperawatan utama gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan disebabkan gangguan ini muncul lebih kompleks. Penegakan diagnosa ini mendapat kesenjangan dalam masalah keperawatan yaitu tinjauan pustaka yang terdapat 3 pohon masalah yaitu isolasi sosial,

gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan dan resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan namun pada tinjauan pustaka berbeda lagi melainkan masalah keperawatan gangguan konsep diri: harga diri rendah.

4.3 Perencanaan

Berdasarkan informasi dari tinjauan literatur (Togala, 2021) rencana perawatan pasien bukan untuk mendukung atau membalikkan halusinasi pasien, melatih pasien untuk melawan halusinasi melalui teguran, ketidaktahuan, untuk menghentikan halusinasi. untuk memerintah dengan berbicara, membawa. Libatkan dan ajarkan pasien secara teratur tentang cara minum obat sesuai dengan 8 prinsip benar, diskusikan manfaat yang diperoleh dari latihan pengendalian halusinasi, dan pujilah pasien ketika mereka dapat melakukan latihan pengendalian halusinasi. Seperti ditunjukkan dalam laporan kasus, tujuan pengobatan SP 1 adalah untuk membangun hubungan interpersonal yang saling percaya, mengenali halusinasi (jenis, waktu, frekuensi, isi, durasi, situasi, respons), mengajarkan kontrol halusinasi melalui teguran, mendorong pasien untuk berubah. tindakan mereka untuk memahami, SP 2 menilai jadwal aktivitas harian, melatih pasien mengelola halusinasi melalui berbicara, menyarankan inklusi dalam aktivitas sehari-hari, SP 3 menilai jadwal aktivitas harian, melatih pasien mengelola halusinasi melalui aktivitas yang biasa dilakukan, menyarankan inklusi rutin harian, SP 4 menanyakan pengobatan sebelumnya, menjelaskan obat, mendidik pasien untuk minum obat secara teratur, termasuk dalam rutinitas sehari-hari. Setelah

berinteraksi dengan pasien atau membantu mereka mengatasi halusinasinya, diharapkan pasien dapat berlatih menolak halusinasi, berbicara dengan orang lain, melakukan aktivitas rutin sesuai jadwal, dan minum obat secara teratur.

Menurut data tinjauan literatur (Kitu et al., 2019) rencana perawatan keluarga terdiri dari pemeriksaan masalah pasien yang dialami keluarga selama perawatan pasien. Kemudian, jelaskan pengertian, tanda dan gejala, serta proses halusinasi yang dialami pasien, diskusikan penanganan halusinasi dan putuskan cara penanganannya sesuai dengan kondisi pasien. Mendidik keluarga tentang cara mengelola halusinasi dengan menghindari situasi yang menyebabkan halusinasi, membimbing pasien tentang cara mengontrol halusinasi berdasarkan apa yang telah diajarkan pengasuh kepada pasien, melibatkan semua anggota keluarga secara bergiliran Bergabung dalam percakapan, mendorong pasien untuk melakukan latihan, dan pujilah mereka atas kemampuan mereka untuk berhasil. Jelaskan tanda dan gejala halusinasi yang memerlukan rujukan segera, yaitu konten halusinasi yang mendikte kekerasan dan tindak lanjut medis secara teratur.

Dalam rencana kerja keperawatan antara penelitian literatur dan studi kasus, terdapat kecenderungan untuk menggunakan kriteria outcome terkait pencapaian tujuan dalam perencanaan. Dalam diskusi kasus, tujuan digunakan secara rasional dalam desain, karena penulis ingin mencoba membuat pasien mandiri dalam implementasinya. Memberikan asuhan dengan meningkatkan pengetahuan kognitif, keterampilan pemecahan masalah (afektif), dan perubahan perilaku pasien (psikomotorik), terdapat

kesamaan rencana asuhan rasional yang disajikan antara literature review dan case review, sehingga rasional masih relevan dengan kondisi pasien. tujuan dan kriteria terkait yang harus ditetapkan. Dalam praktek keperawatan jiwa harus menggunakan komunikasi terapeutik yang artinya perawat harus menjaga hubungan saling percaya dengan pasien.

Menurut asumsi penulis, pasien dapat mengenali halusinasinya tetapi tidak dapat menggunakan strategi koping seperti marah, berbicara dengan orang lain, melakukan aktivitas yang direncanakan, dan minum obat secara teratur. Catatan tersebut menyatakan bahwa pasien mengalami MRS pada 10 Januari 2023 dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya sedangkan penulis melakukan pemeriksaan pada pasien pada 24 Januari 2023. Penulis berasumsi bahwa pasien telah diberitahu tentang halusinasinya sebelumnya, tetapi pasien masih belum dapat menerapkan strategi intervensi yang diberikan.

Berdasarkan data yang diperoleh terdapat kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan teori, terlihat bahwa pasien halusinasi tidak selalu sama dengan tinjauan teori. Selama diskusi kasus, diketahui bahwa pasien mampu mengenali halusinasinya

4.4 Implementasi

Kegiatan keperawatan disesuaikan dengan teori (Livana et al., 2018) pada saat melakukan pekerjaan keperawatan dibuat kesepakatan atau pertemuan dengan pasien terlebih dahulu yang isinya menjelaskan apa yang akan dilakukan dan peran apa yang diharapkan pasien. Kemudian catat

setiap tindakan yang dilakukan berdasarkan respon pasien tetapi rencana tindakan berdasarkan respon pasien tetapi rencana tindakan menggunakan tujuan umum dan tujuan khusus menggunakan Strategi dilaksanakan berdasarkan standar perawatan.

Pelaksanaan pekerjaan keperawatan pada pasien disesuaikan dengan rencana kerja keperawatan yang telah dibuat sebelumnya, pada saat diskusi kasus tentang perencanaan pelaksanaan tindakan keperawatan ditetapkan empat strategi pelaksanaan pekerjaan keperawatan.

Pasien SP 1, menjalin hubungan saling percaya, membantu pasien mengenal halusinasinya (mengenali sifat, isi, waktu, frekuensi halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi, reaksi saat halusinasi terjadi), menjelaskan bagaimana seseorang berhalusinasi dengan menghardik, dan acuh tak acuh terhadap halusinasi.

Pasien SP 2, pelatihan untuk mengelola halusinasi melalui interaksi manusia, mendorong klien untuk memasukkan interaksi ke dalam rutinitas sehari-hari.

Pasien SP 3, menilai jadwal aktivitas harian, mendidik pasien untuk mengelola halusinasi melalui aktivitas (klien biasanya melakukan aktivitas), mendorong pasien untuk memasukkan aktivitas harian ke dalam jadwal aktivitas harian.

Pasien SP 4, Kaji jadwal aktivitas harian, Berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur, Dorong pasien untuk

memasukkan penggunaan obat secara teratur ke dalam jadwal aktivitas harian.

Pada tanggal 25 Januari 2023 pukul 08.30 wib dilakukan bina hubungan dan pemberian sp 1 pada pasien dengan hasil wawancara respon verbal pasien dapat menyebutkan namanya sebagai Tn. S dan merespon salam dari penulis "*pagi mbak, nama saya s*". Penulis menanyakan tentang penyebab gangguan sensorik: halusinasi penglihatan pada pasien dan kemudian pasien menjelaskan bahwa pasien mengatakan bahwa Tn. s melihat bayangan saat bangun tidur "*saya setiap bangun tidur kemudian membuka mata saya selalu ketakutan dan merasa pusing karena melihat orang-orang yang ada disitu dengan posisi terbalik (kepala dibawah dan kaki diatas). itu terjadi setiap saya bangun tidur dan terjadi 1-2 kali sehari*". Untuk menghindari pandangan yang seperti itu pasien langsung memejamkan mata sebentar kemudian mengalihkan pandangannya. Hasil observasi menunjukkan bahwa pasien mampu mengenali halusinasinya, penulis mengajarkan cara untuk menghardik halusinasi agar bisa mengontrol halusinasi tersebut dengan cara "*saat bayangan itu muncul bapak bisa langsung bilang pergi kamu jangan dekati aku pergi aku tidak mau melihatmu lagi, jangan ganggu aku, pergi sana!*". Pasien kooperatif dan mampu mempraktikkan bagaimana cara menghardik halusinasi dan bersikap cuek terhadap halusinasinya dengan mengatakan "*saya tidak mau lihat, pergi sana pergi!!*". Pada hasil evaluasi tanda gejala dan kemampuan pasien didapatkan kemampuan kognitif hasil pasein masih melihat adanya bayangan, pasien tidak dapat memfokuskan pikirannya, pasien mudah lupa.

Pada kemampuan afektif pasien terlihat senang, pasien masih terlihat menyendiri dan suka melamun. Pada kemampuan perilaku pasien nampak bicara sendiri, tertawa sendiri, komat-kamit, kurang mampu merawat diri dan masih suka menarik diri dari lingkungannya. Pada kemampuan sosial pasien tidak tertarik dengan kegiatan sehari-hari, pasien tidak mampu berkomunikasi secara spontan, pasien terlihat cuek dengan lingkungan sekitar, pasien tidak dapat mempertahankan pembicaraan dan kontak mata. Pasien dapat mengerti jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang bisa menyebabkan timbulnya halusinasi pasien, respon pasien pada halusinasi, pasien mampu menghardik halusinasi. Pasien mengerti serta bisa menyebutkan apa yang sudah dipelajari dalam latihan yang diberikan. Pasien cukup kooperatif dan mampu melaksanakan apa yang dilatih oleh perawat.

Asumsi penulis saat dilakukan tindakan sp 1 ditemukan hambatan pasien belum mampu memulai percakapan, kontak mata cukup baik meskipun terkadang menunjukkan tatapan mengalihkan pandangan karena masih baru pertama kali bertemu dengan penulis, namun pasien mampu kooperatif dalam menjawab pertanyaan, pasien dan penulis perlu membina hubungan secara intens kembali. Kemudian untuk praktik latihan cara mengontrol halusinasi yang diajarkan pasien sudah bisa mengenali halusinasinya dan dapat melakukan cara menghardik dengan benar, pasien akan menggunakan cara tersebut saat pasien mendengarkan suara-suara namun terkadang pasien bersikap cuek "*saya bingung mbak, kadang saya cuekin sampai hilang sendiri mbak*". Penulis berasumsi jika pasien telah

diberikan edukasi sebelumnya mengenai cara mengenali halusinasi dan cara menghardik halusinasi. Pada tinjauan kasus dan tinjauan pustaka (Tiyani et al., 2021) dalam SP 1 terdapat kesenjangan dimana pasien belum mampu membina hubungan saling

Mengulangi kegiatan sebelumnya yaitu membina hubungan saling percaya serta mengerti jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang bisa menyebabkan timbulnya halusinasi pasien, respon pasien pada halusinasi, pasien mampu menghardik halusinasi. Pemberian SP 2 pada tanggal 26 Januari 2023 pukul 08.30 WIB dengan kaji jadwal aktivitas harian, latih pasien untuk mengatasi halusinasi berbicara dengan orang lain, dorong pasien untuk memasukkannya ke dalam jadwal aktivitas harian dengan cara *“iya mbak nanti saya coba lagi”*. Saat melakukan SP 2, penulis melihat pasien sendirian di tempat tidurnya. Pasien dapat mengontrol dan mempraktikkan halusinasinya dengan berbicara bersama temannya dan melibatkan mereka dalam kehidupan sehari-hari *“tadi saya pengen nyoba mbak tapi saya tidak tau mulai bicara apa”*. Pada hasil evaluasi tanda gejala dan kemampuan pasien didapatkan kemampuan kognitif hasil pasien masih melihat adanya bayangan, pasien tidak dapat memfokuskan pikirannya. Pada kemampuan afektif pasien terlihat senang, pasien masih terlihat menyendiri dan suka melamun. Pada kemampuan perilaku pasien nampak bicara sendiri, tertawa sendiri, komat-kamit, kurang mampu merawat diri dan masih suka menarik diri dari lingkungannya. Pada kemampuan sosial pasien tidak tertarik dengan kegiatan sehari-hari, pasien tidak mampu berkomunikasi secara spontan, pasien terlihat cuek dengan lingkungan

sekitar, pasien tidak dapat mempertahankan pembicaraan dan kontak mata. Pasien dapat mengerti jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang bisa menyebabkan timbulnya halusinasi pasien, respon pasien pada halusinasi, pasien mampu menghardik halusinasi. Pasien mengerti serta bisa menyebutkan apa yang sudah dipelajari dalam latihan yang diberikan. Pasien cukup kooperatif dan mampu melaksanakan apa yang dilatih oleh perawat. Pada saat pasien diarahkan untuk mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain tetapi pasien memilih untuk diam di kasurnya saja karena tidak bisa memulai pembicaraan. Secara obyektif, pasien tidak dapat mengontrol halusinasinya dengan berbicara dengan orang lain, tetapi pasien bersedia menjadikan percakapan tersebut sebagai bagian dari rutinitas sehari-hari. Pada SP 2 terlihat sudah berhasil untuk berlatih mengendalikan halusinasinya dengan berbicara dengan orang lain, dan pasien telah memasukkan aktivitas ke dalam rutinitas hariannya untuk mengurangi frekuensi halusinasi yang dialaminya.

Penulis berasumsi bahwa di SP 2 pasien tidak dapat berlatih berbicara dengan baik dengan orang lain, pasien lebih suka tidur daripada berbicara dengan orang lain, tetapi pasien ingin memasukkan kegiatan percakapan ke dalam rutinitas sehari-hari untuk didemonstrasikan. *“iya mbak, nanti saya coba, tapi tidur lebih enak mbak”* Pada prosedur SP 2, pasien menjaga kontak mata dengan baik, pasien kooperatif dalam menjawab pertanyaan, pasien tidak bisa berlatih berinteraksi dengan orang lain kasus laporan tidak menemukan hambatan dan pencarian tinjauan (M Dasril Samura, 2019). Pada SP 2 terdapat kesenjangan dimana pasien dapat

berlatih mengendalikan halusinasi dengan berbicara dengan orang lain dan pasien telah memasukkan aktivitas tersebut ke dalam rutinitas sehari-hari untuk mengurangi frekuensi halusinasi yang dialaminya.

Mengulangi kegiatan sebelumnya yaitu membina hubungan saling percaya serta mengerti jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang bisa menyebabkan timbulnya halusinasi pasien, respon pasien pada halusinasi, pasien mampu menghardik halusinasi dan pasien belum mampu mempraktikkan kegiatan mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap bersama orang lain. Saat penulis menyelesaikan SP 2, dia melihat pasien mulai berbicara dengan teman sekamarnya. Pasien dapat mengontrol halusinasinya dengan berbicara dengan orang lain dan memasukkannya ke dalam kehidupan sehari-hari pasien, pasien dapat melakukan percakapan dengan orang lain dan memasukkannya ke dalam rencana tindakan sehari-hari. Pemberian intervensi SP 3 pasien pada tanggal 27 Januari 2023 pukul 08.30 WIB dilanjutkan dengan prosedur SP 3 yang terdiri dari menilai jadwal kegiatan sehari-hari, mengajarkan pasien untuk mengelola halusinasinya dengan berbicara dengan orang lain, dan memasukkan jadwal dari aktivitas sehari-hari. Intervensi SP 3 yang terdiri dari mengevaluasi jadwal kegiatan sehari-hari, mendidik pasien untuk memasukkan kegiatan sehari-hari ke dalam jadwal pasien, dan mendorong pasien untuk memasukkannya ke dalam jadwal harian. Pasien memberi tahu perawat apa yang dia lakukan ketika dia bangun dan membereskan tempat tidur lalu mandi "*saya setiap pagi selalu mengikuti senam mbak, bangun pagi setelah itu mandi, makan dan tidur mbak*". Secara obyektif pasien tampak

bersemangat untuk membicarakan aktivitas dan pasien tampak tenang, kontak mata pasien baik, pasien dapat melakukan kontak mata saat berbicara dengan orang lain, pasien biasanya menonton tv bersama teman-temannya di ruang tamu. Pada hasil evaluasi tanda gejala dan kemampuan pasien didapatkan kemampuan kognitif hasil pasien masih melihat adanya bayangan, pasien tidak dapat memfokuskan pikirannya, pasien mudah lupa. Pada kemampuan afektif pasien terlihat senang, pasien masih terlihat menyendiri dan suka melamun. Pada kemampuan perilaku pasien nampak bicara sendiri, tertawa sendiri, komat-kamit, kurang mampu merawat diri dan masih suka menarik diri dari lingkungannya. Pada kemampuan sosial pasien tidak tertarik dengan kegiatan sehari-hari, pasien tidak mampu berkomunikasi secara spontan, pasien terlihat cuek dengan lingkungan sekitar, pasien tidak dapat mempertahankan pembicaraan dan kontak mata. Pasien dapat mengerti jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang bisa menyebabkan timbulnya halusinasi pasien, respon pasien pada halusinasi, pasien mampu menghardik halusinasi. Pasien mengerti serta bisa menyebutkan apa yang sudah dipelajari dalam latihan yang diberikan. Pasien cukup kooperatif dan mampu melaksanakan apa yang dilatih oleh perawat. Pasien siap memasukkannya ke dalam rutinitas sehari-hari.

Pada tinjauan kasus tidak ditemukan kendala serta tidak ada kesenjangan pada SP 3 karena pasien mampu menjalin hubungan saling percaya, pasien mampu melakukan kontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terencana yang biasa dilakukan pasien dan bersedia memasukkan jadwal harian ke dalam aktivitasnya sehingga halusinasi pasien berkurang,

pasien juga bisa menyebut semua aktivitas dilakukan. Pasien mulai membersihkan tempat tidur, berolahraga, menonton tv dan berolahraga di ruangan. Kemudian penulis latih cara minum obat yang benar, reaksi pasien adalah berkonsentrasi dan mendengarkan dengan seksama. Kemudian penulis menganjurkan untuk mengkonsumsi obat tersebut secara rutin dalam kesehariannya, pasien mengatakan mengkonsumsi obat secara teratur dan tepat waktu agar cepat sembuh, pasien juga mengatakan bahwa ketika suara kembali, pasien dengan orang lain berbicara sehingga suara menghilang. Dengan cara yang keempat ini diharapkan pasien dapat rutin minum obat baik di rumah sakit maupun di rumah, penulis berharap agar pasien tetap melakukan kontrol rutin saat pasien keluar dari rumah sakit.

Menurut asumsi penulis pada SP 3, pasien mampu mengevaluasi jahariannya dan dapat melakukan aktivitas terjadwal sesuai dari pernyataan pasien mengatakan bahwa setiap ada kegiatan senam pasien akan selalu mengikuti tetapi jika tidak ada pasien akan menonton TV agar pasien melakukan aktivitas dan terhindar dari suara- suara yang muncul, dan pasien bersedia memasukkan kedalam jadwal harian *“iya mbak kegiatan tersebut akan saya lakukan tapi jika sedang tidak menonton TV saya biasanya lari- lari didalam kamar”*, secara objektif pasien tampak antusias dalam menceritakan kegiatan kesehariannya. Pasien mampu membina hubungan saling percaya, pasien kooperatif dan kontak mata baik. Saat diberi salam pasien dapat menjawab dengan baik dan pasien mengenali penulis *“selamat pagi mbak sika, kabar saya baik hari ini”*, kemudian pasien dapat mengevaluasi semua kegiatan yang telah diberikan *“iya mbak masih ingat,*

yang pertama dengan bersikap cuek dan mengusir suaranya “pergi kamu itu palsu”, terus yang kedua dengan bercakap-cakap bersama orang lain”, Dengan dilakukan cara yang ketiga ini penulis berharap pasien bisa memasukan kegiatannya dalam jadwal hariannya dan penulis juga berharap pasien juga tidak mendengarkan suara suara setelah dilakukan kegiatan.

Mengulangi jadwal kegiatan harian pasien, memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur, menganjurkan pasien memasukan kedalam kegiatan harian. Ketika dilakukan wawancara respon verbal pasien mengatakan *“saya meminum obat secara teratur yang berwarna kuning ada 2 mbak, habis minum obat saya biasanya ngantuk”*. Pasien mampu menyebutkan tindakan yang sudah diajarkan saat evaluasi *“sudah ada 3 mbak, yang pertama cuek dan menghardik, kedua bercakap-cakap dengan orang lain, ketiga melakukan aktivitas terjadwal mbak”* kemudian penulis memberikan edukasi mengenai minum obat dengan benar, respon pasien yaitu fokus dan mendengarkan dengan seksama. Selanjutnya penulis menganjurkan pasien untuk minum obat teratur pada jadwal kegiatan hariannya, pasien mengatakan bahwa akan minum obat teratur juga tepat waktu supaya lekas sembuh, pasien juga mengatakan jika suaranya muncul pasien akan ngobrol dengan orang lain supaya suara itu hilang

Dalam SP keluarga, ada kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan teoritis, yaitu. penulis tidak memberikan SP kepada keluarga karena kendala yang penulis hadapi yaitu. selama evaluasi dan

implementasi intervensi medis, keluarga pasien tidak bisa mengunjungi pasien di Rumah Sakit Menur Surabaya

4.5 Evaluasi

Dalam tinjauan teoritis, evaluasi adalah proses tingkat tinggi yang mengevaluasi dampak pekerjaan keperawatan pada pasien. Evaluasi didasarkan pada reaksi klien terhadap perawatan yang dilakukan. Evaluasi kasus dapat digunakan untuk evaluasi, karena dapat mengetahui secara langsung kondisi dan permasalahan pasien setiap harinya saat pasien dirawat di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Evaluasi menggunakan format SOAP untuk memonitor respon pasien terhadap prosedur pengobatan yang dilakukan.

Saat pemberian SP 1 tanggal 25 Januari 2023 ditentukan pasien tidak bisa menjalin hubungan saling percaya, karena pasien tidak bisa memulai percakapan, kontak mata. cukup kecil, meskipun kadang-kadang dia memalingkan muka karena baru pertama kali bertemu dengan penulis, tetapi pasien dapat menjawab pertanyaan karena penulis dan pasien baru saja bertemu, ada sedikit rasa malu dari pasien ke pasien. Selain itu pada poin kedua, pasien memahami sifat, isi, waktu, frekuensi dan situasi yang dapat menyebabkan halusinasi pasien, reaksi pasien terhadap halusinasi, pasien dapat menyalahkan halusinasi tersebut. Pasien mengerti dan dapat menyebutkan apa yang dipelajarinya dalam latihan yang diberikan. Pasien sangat kooperatif dan mampu melakukan apa yang telah dilatih oleh perawat.

Evaluasi selanjutnya pada tanggal 26 Januari 2023 tercatat pasien mampu mengevaluasi rencana tindakan harian yang diberikan kepada pasien, pasien mampu membangun kepercayaan diri. hubungan seperti yang ditunjukkan. ketika pasien dapat melakukan kontak mata yang baik tetapi pasien tidak dapat mengontrol halusinasi dengan berbicara dengan orang lain tetapi pasien dapat berpartisipasi dalam rutinitas sehari-hari sehubungan dengan aktivitas spesifik lainnya. Pasien sangat kooperatif dan mampu mempraktekkan apa yang diajarkan perawat, sikap pasien lebih terbuka dibandingkan saat janji sehari sebelumnya.

Penilaian pada hari berikutnya pada tanggal 27 Januari 2023 pasien mencapai SP 3 yaitu menganalisa jadwal aktivitas harian pasien, pasien dapat mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari seperti membersihkan tempat tidur, senam, menonton tv, pasien dapat memasukkannya ke dalam jadwal harian. Pasien kooperatif dan mampu mempraktekkan hal-hal yang diajarkan perawat, pasien mampu mengembangkan hubungan saling percaya dengan penulis. pasien mampu menjalin hubungan saling percaya, pasien dapat memulai percakapan, namun pasien tidak dapat mengontrol halusinasinya dengan mengenali pengobatan yang diterima, pasien tidak dapat menyebutkan obat yang diminumnya. Selain itu, pasien mampu minum obat secara teratur dan bersedia memasukkannya ke dalam jadwal aktivitas pasien. pasien mampu menjalin hubungan saling percaya, dapat memulai percakapan, dapat mengontrol halusinasinya dengan mengenali obat yang diminumnya, pasien juga mampu menyebutkan obat yang diminumnya. Selain itu, pasien dapat

meminum obat secara teratur dan kemudian siap memasukkannya ke dalam jadwal aktivitas pasien.

Pada strategi implementasi (SP) keluarga tidak dapat dilaksanakan karena keluarga pasien tidak sempat menjenguk pasien di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada saat evaluasi dan pelaksanaan tindakan pengobatan.

Hasil pemeriksaan pasien Tn. S dilakukan dan perawat menangani masalah utama gangguan sensorik: halusinasi penglihatan selama 4 hari dan masalah teratasi. Pada asesmen kooperatif kognitif, afektif, dan psikomotor SP 1 pasien dapat mengenali halusinasinya, pasien dapat menghardik, dan pasien dapat acuh tak acuh terhadap halusinasinya. Penilaian SP 2 Pasien dapat berkomunikasi dengan orang lain dan siap memasukkannya ke dalam rutinitas hariannya. Penilaian SP 3 Pasien dapat mempraktekkan dan menyebutkan kegiatan sebelumnya. Pasien dapat melakukan aktivitas terencana yang biasa dilakukan pasien di rumah sakit. Penilaian SP 4 pasien mampu memahami pengobatan yang diterimanya dan pasien mampu minum obat secara teratur dan pasien siap menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari. Pada akhir evaluasi, semua tujuan kognitif, afektif dan psikomotor dapat tercapai berkat kerjasama yang baik antara pasien dan caregiver. Hasil penilaian Tn. S dibuat dengan harapan masalah tersebut dapat terselesaikan.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis mengobservasi pasien gangguan persepsi sensori dan merawatnya secara langsung secara psikis dengan pasien gangguan persepsi sensori: halusinasi penglihatan di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, penulis dapat membuat beberapa kesimpulan dan saran yang dapat berguna untuk meningkatkan kualitas pelayanan pasien halusinasi penglihatan.

5.1 Kesimpulan

Dari hasil data diatas secara umum dapat disimpulkan bahwa penulis dapat memberikan asuhan keperawatan pada Tn. S yang masalah utamanya adalah gangguan persepsi sensorik: halusinasi penglihatan di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur. Penulis menguraikan hasil asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi penglihatan. Oleh karena penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil yang didapatkan saat melakukan wawancara pada pasien Rumah Sakit Jiwa Menur Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur didapatkan hasil guna mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan gangguan persepsi sensori halusinasi, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 24 januari 2023 sampai dengan 27 januari 2023 dengan data pengkajian di ruang gelatik pada tanggal 24 januari 2023 pukul 08.00 wib. Anamnesa diperoleh dari hasil pengkajian pada pasien dan file rm nomor register

02-93-xx. Pasien bernama tn. S dengan rm 02-93-xx pasien laki-laki berusia 37 tahun beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa jawa, pasien lahir dan besar di Surabaya, pendidikan terakhir pasien adalah sma, pasien bekerja sebagai buruh petani. Pasien tinggal bersama mertua, istri dan juga anaknya di tuban jawa timur. Pasien merupakan anak ke 2 dari 2 bersaudara. Pasien mempunyai 1 anak perempuan. Pada tanggal 10 januari 2023 pasien dibawa keluarganya ke igd rumah sakit jiwa menur surabaya dengan memanggil satpol pp, pasien berontak dan memukul salah satu anggota satpol pp karena pasien marah-marah, pasien merusak barang dan juga membakar bantal guling yang ada dikamarnya. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien marah dan mengamuk karena pasien merasa dirinya tidak dilayani dengan baik oleh istrinya. istri pasien ketakutan dengan sikap pasien yang mengamuk hingga membakar tempat tidurnya. Pada pukul 15.20 wib pasien tiba di igd rumah sakit jiwa menur, disana pasien dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil td 130/90 mmhg, nadi 99x/menit, suhu 36,5°C, pernafasan 20x/menit dan spo 100%. Pasien dilakukan pengambilan sampel swab, pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan foto torax. Pasien diberikan terapi benzodiazepin dan antidepresan. Pada pukul 19.00 wib pasien dipindahkan ke ruang gelatik kamar 1 untuk dilakukan rawat inap disana. Pasien diberi seragam gelatik dan juga gelang identitas. Pada saat wawancara pasien lebih suka menyendiri dan enggan melakukan aktifitas. Berdasarkan hasil pengakajian pada tinjauan kasus didapatkan data fokus pasien Pada saat

wawancara pasien mengatakan selalu melihat orang dengan posisi terbalik, pasien mengatakan biasanya melihat itu terjadi setiap bangun tidur dengan frekuensi 1-2 kali dalam 2 menit, situasi ini terjadi saat pasien sedang menyendiri dan melamun. Respon pasien terhadap penglihatannya sering diacuhkan oleh pasien karena pasien merasa ketakutan sehingga munculah diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensoris: halusinasi penglihatan.

2. Diagnosa pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensoris: halusinasi penglihatan pada Tn. S dengan diagnosa medis skizofrenia paranoid di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur, terdapat 3 masalah keperawatan antara lain isolasi sosial, gangguan persepsi sensoris: halusinasi penglihatan dan resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar.
3. Rencana tindakan keperawatan yang diberikan kepada Tn. S adalah strategi pelaksanaan (SP) ada 4 yaitu SP 1 bertujuan untuk membantu pasien mengidentifikasi halusinasi sensorik, meliputi isi halusinasi yaitu melihat orang sekitarnya dengan keadaan terbalik, waktu terjadinya halusinasi, frekuensi halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi, dan respon pasien muncul dalam halusinasi. Melatih pasien mengatasi halusinasi yaitu cara pertama menegur dan mendorong kepercayaan antara perawat dan pasien, SP 2 melatih pasien mengatasi halusinasi dengan cara berbicara dengan orang lain, SP 3 melaksanakan kegiatan terencana dan SP 4 mengelola halusinasi pasien dengan

memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur. Dalam strategi implementasi keluarga direncanakan SP 1-3. SP 1 melatih keluarga untuk mengenali halusinasi pasien berdasarkan definisi, tanda dan gejala, serta halusinasi yang dialami pasien. Di SP 2, keluarga melatih keluarga untuk merawat pasien halusinasi dengan bergantian berbicara dengan anggota keluarga, memotivasi pasien, dan memuji prestasinya. Pada SP 3, keluarga merencanakan pemulangan pasien dan mengidentifikasi halusinasi penglihatan yang memerlukan rujukan segera agar dapat ditindaklanjuti ke pelayanan kesehatan secara teratur.

4. Tn. S berobat dari tanggal 10 Januari 2023 sampai dengan tanggal 24 Januari 2023 dengan rencana 3-4 hari sampai SP 1-4, saat pasien sudah dapat mengontrol halusinasinya secara kognitif, afektif dan psikomotorik. Pada strategi implementasi pasien, perawat menawarkan pasien SP 1-4 namun pada strategi implementasi keluarga SP 1-3, keluarga tidak melakukan tindakan tersebut karena keluarga pasien tidak sempat menjenguk pasien ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur.
5. Tindakan keperawatan Tn. S mendapatkan hasil bahwa pasien mampu mengenali sifat, isi, waktu, frekuensi, situasi dan reaksi halusinasi. Selain itu, pasien mampu mengelola halusinasinya dengan berbicara kepada orang lain, termasuk merencanakan aktivitas sehari-hari dan minum obat secara teratur.

6. Pendokumentasian kegiatan dilakukan setiap hari setelah penerapan strategi pelaksanaan, pendapat pasien atau informasi subyektif pasien, data obyektif yang dapat diamati setiap hari, kemudian evaluasi dan terakhir perencanaan atau pemantauan kegiatan untuk keesokan harinya

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan di atas, maka saran penulis adalah sebagai berikut:

1. Bagi Intitusi Pendidikan

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa khususnya dalam pekerjaan keperawatan pasien gangguan jiwa, sehingga mahasiswa mengetahui cara mengaplikasikannya pada kasus nyata secara lebih profesional.

2. Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan pelayanan yang ada di rumah sakit khususnya dalam penyelenggaraan Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Penglihatan Diagnosa Medis Skizofrenia Paranoid

3. Bagi Mahasiswa

Meningkatkan dan mengembangkan ilmu keperawatan jiwa mahasiswa sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Serta mengetahui terlebih dahulu beberapa masalah utama dan diagnosis medis yang diperlukan dalam keperawatan psikiatri kejiwaan

DAFTAR PUSTAKA

- Amidos, J. (2018). Teori Dan Model Adaptasi Sister Calista Roy : Pendekatan Keperawatan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan, December*, 18. https://www.researchgate.net/profile/Jek-Amidos/publication/347208243_Teori_Dan_Model_Adaptasi_Sister_Calista_Roy_Pendekatan_Keperawatan/links/5fdce78a45851553a0cde803/Teori-Dan-Model-Adaptasi-Sister-Calista-Roy-Pendekatan-Keperawatan.pdf
- Andri, J., Febriawati, H., Panzilion, P., Sari, S. N., & Utama, D. A. (2019). Implementasi Keperawatan dengan Pengendalian Diri Klien Halusinasi pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Kesmas Asclepius, 1(2)*, 146–155. <https://doi.org/10.31539/jka.v1i2.922>
- Apriliani, Y., & Widiani, E. (2020). Pemberian Komunikasi Terapeutik Pada Pasien Skizofrenia Dalam Mengontrol Halusinasi Di RS Jiwa Menur Surabaya. *NERS Jurnal Keperawatan, 16(2)*, 61. <https://doi.org/10.25077/njk.16.2.61-74.2020>
- Baharuddin, M. R. (2021). Adaptasi Kurikulum Merdeka Belajar Kampus Merdeka (Fokus: Model MBKM Program Studi). *Jurnal Studi Guru Dan Pembelajaran, 4(1)*, 195–205. <https://www.e-journal.my.id/jsgp/article/view/591>
- Daulay, W., Wahyuni, S. E., & Nasution, M. L. (2021). Kualitas Hidup Orang Dengan Gangguan Jiwa: Systematic. *Jurnal Keperawatan Jiwa, 9(1)*, 187–196. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/6905/>
- Emulyani, E., & Herlambang. (2020). Pengaruh Terapi Zikir Terhadap Penurunan

Tanda Dan Gejala Halusinasi Pada Pasien Halusinasi. *Health Care : Jurnal Kesehatan*, 9(1), 17–25. <https://doi.org/10.36763/healthcare.v9i1.60>

Fasya, H., & Supratman, L. P. (2018). Komunikasi Terapeutik Perawat pada Pasien Gangguan Jiwa. *Jurnal Penelitian Komunikasi*, 21(1), 15–28. <https://doi.org/10.20422/jpk.v21i1.491>

Handayani, D., & Armina. (2017). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penerapan Komunikasi Terapeutik Oleh Perawat Pada Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Jambi. *An-Nadaa*, 6(2), 1–11.

Jannah, M. (2020). Dinamika Stres, Coping dan Adaptasi dalam Resiliensi pada Lansia terhadap Permasalahan Hidup. *Al-INSAN Jurnal Bimbingan Konseling Dan Dakwah Islam*, 1(1), 32. <https://ejournal.iainh.ac.id/index.php/alinsan/article/view/47>

Kesehatan, J. I., Husada, S., Tiara, C., Pramesti, W., Pebriyani, U., & Alfarisi, R. (2020). Hubungan Konsep Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Relationship Concept of Family Support with Recurrence Rate in Schizophrenia Artikel info Artikel history. *Juni*, 11(1), 522–532. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.339>

Kitu, I. F. M., Dwidiyanti, M., & Wijayanti, D. Y. (2019). Terapi Keperawatan terhadap Koping Keluarga Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 7(3). <https://doi.org/10.26714/jkj.7.3.2019.253-256>

Livana, Imroati Istibsyaroh Ar Ruhimat, S., Titik Suerni, Kandar, & Arief Nugroho.

(2018). Peningkatan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi melalui terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi. *Jurnal Ners Widya Husada*, 5(1), 35–40.

<http://stikeswh.ac.id:8082/journal/index.php/jners/article/view/328/335>

M Dasril Samura, T. (2019). *Gangguan Jiwa Dengan Model Stres Adaptasi Stuaert Obat Sembada Medan Drug Dependency 2019*. 1(2), 63–69.

Muharram, H. Z., & Kahija, Y. F. La. (2020). Melantas Batas Diri: Studi Kasus Resosialisasi Eks-Pasien Skizofrenia Paranoid Pasca Rawat Inap Menggunakan Pendekatan Thematic Analysis. *Jurnal EMPATI*, 7(2), 654–665. <https://doi.org/10.14710/empati.2018.21695>

Nashirah, A., Alfiandi, R., Studi, P., Ners, P., Keperawatan, F., Syiah, U., Keilmuan, B., Jiwa, K., Keperawatan, F., & Syiah, U. (2022). Tindakan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Halusinasi Pendengaran : Suatu Studi Kasus. *Studi Kasus. JIM FKep*, 1, 91–97.

Ningnurani, Zahro Romas, M., & Wahyu Widianoro, F. (2022). (Studi Kasus Penderita Skizofrenia Paranoid). *Jurnal Psikologi*, 18(1), 25–29.

Nurhalimah, N. (2016). *Buku Petunjuk Praktikum Keperawatan Jiwa*. 202. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Keperawatan-Jiwa-Komprehensif.pdf>

Nurya, K. (2019). Jenis Halusinasi Yang Dominan Pada Klien Dengan Skizofrenia Hebefrenik Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. *Jurnal Keperawatan*, 7(1), 7–11.

Pulungan, Z. S. A., & Elisabhet, T. (2022). Teori dan Model Konseptual Kesehatan/Keperawatan Jiwa yang Relevan dengan Terapi Kelompok. *J-HEST Journal of Health Education Economics Science and Technology*, 4(1), 7–14. <https://doi.org/10.36339/jhest.v4i1.66>

Putri, N. N., Lissa, N., Nainggolan, O., Vandea, S., & Saragih, M. (2021). Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pada Penderita Skizofrenia. *Jurnal*
<https://journal.akpersawerigading.ac.id/index.php/lontara/article/view/31%0Ahttps://journal.akpersawerigading.ac.id/index.php/lontara/article/download/31/23>

Rizal, F., Muttaqin, M. H., Studi, P., Dokter, P., Kedokteran, F., Abulyatama, U., & Besar, K. A. (2021). *SKIZOFRENIA PARANOID DI UNIT RAWAT JALAN*. 11(November), 568–574.

Sari, Y. P., Sapitri, V. N., & Padang, S. P. (2018). *FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TERJADINYA tahun prevalensi gangguan jiwa adalah 465 juta jiwa di Dunia . Sedangkan berdasarkan National Institute of Mental Health , prevalensi gangguan jiwa diseluruh dunia sekitar 1 , 3 % dari populasi diatas usia 8. 5.*

Sutinah, S. (2019). Pengaruh Terapi Psikoreligi Terhadap Mekanisme Koping Klien Skizofrenia. *Jurnal Endurance*, 4(2), 311.
<https://doi.org/10.22216/jen.v4i2.3953>

Tiyani, E. A., Prastiwi, D., & Sugiarto, A. (2021). Proses Dokumentasi

- Keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran pada Skizofrenia. *Jendela Nursing Journal*, 5(2), 100–105. <https://doi.org/10.31983/jnj.v5i2.7572>
- Togala, W. O. Y. (2021). *Intervensi Terapi Zikir pada Pasien dengan Masalah Halusinasi Pendengaran: Studi Kasus*. <https://repositori.uin-alauddin.ac.id/19550/>
- Utami. (2020). *Stase Keperawatan Jiwa*, Penulis Doni Syahdi. 2019, 1–4.
- Widianti, E., Keliat, B. A., & Wardhani, I. Y. (2017). Aplikasi Terapi Spesialis Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia Dengan Harga Diri Rendah Kronis Di Rsmm Jawa Barat. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 3(1), 83. <https://doi.org/10.17509/jpki.v3i1.7489>
- Wijayati, F., Nurfantri, N., & Chanitya devi, G. putu. (2019). Penerapan Intervensi Manajemen Halusinasi terhadap Tingkat Agitasi pada Pasien Skizofrenia. *Health Information: Jurnal Penelitian*, 11(1), 13–19. <https://doi.org/10.36990/hijp.v11i1.86>
- Yanti, D. A., Karokaro, T. M., Sitepu, K., . P., & Br Purba, W. N. (2020). Efektivitas Terapi Musik Klasik Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pada Pasien Halusinasi Pendengaran Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr.M. Ildrem Medan Tahun 2020. *Jurnal Keperawatan Dan Fisioterapi (Jkf)*, 3(1), 125–131. <https://doi.org/10.35451/jkf.v3i1.527>
- Zainuddin, R., & Hashari, R. (2019). *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Efektifitas Murotal Terapi Terhadap Kemandirian Mengontrol Halusinasi*

Pendengaran.

zuraida. (2017). Konsep Diri Penderita Skizofrenia Setelah Rehabilitasi. *Jurnal*

Psikologi Kognisi, 1(2), 110–124.

<https://garuda.kemdikbud.go.id/documents/detail/1469250>

Lampiran 1 SPTK

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN
PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENGLIHATAN DIAGNOSA
MEDIS SKIZOFRENIA PARANOID DI RUANG GELATIK
RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA
PROVINSI JAWA TIMUR**

Nama Pasien : Tn. S
Ruang : Gelatik
Hari : Selasa
Tanggal : 24 Januari 2023
Pertemuan : Ke 1
Sp 1 Pasien :

- Mengenal halusinasi menggunakan cara identifikasi halusinasi dengan mendiskusikan isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi penyebab, perasaan dan respon.
- Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik

- A. Proses keperawatan
1. Kondisi klien
 - a. Data subjektif
 - Pasien mengatakan sering melihat bayangan manusia posisi terbalik yang sedang menunggu didepan pagar
 - Pasien mengatakan takut jika melihat ke arah pagar saat pagi
 - b. Data subjektif
 - Pasien tampak takut
 - Pasien terlihat sering berbicara sendiri
 2. Diagnosis keperawatan
Gangguan persepsi sensori : halusinasi
 3. Tujuan khusus
 - a. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria sebagai berikut :
 - Ekspresi wajah bersahabat
 - Menunjukkan rasa senang
 - Bersedia diajak berjabat tangan
 - Mampu menyebutkan nama
 - Menggunakan kontak mata
 - Bersedia duduk berdampingan dengan perawat
 - Bersedia mengutarakan masalah yang dihadapi
 - b. Membantu klien mengenal halusinasinya
 - c. Mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
 4. Tindakan keperawatan
 - a. Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik
 - b. Bantu pasien mengenal halusinasinya meliputi isi, jenis, respon, frekuensi, waktu halusinasi
 - c. Latih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

B. Strategi komunikasi pelaksanaan tindakan keperawatan

1. Orientasi

a. Salam terapeutik

“selamat pagi, boleh saya memperkenalkan diri? Saya sikhah, boleh bapak panggil sika. Kalau boleh saya tau nama bapak siapa? Dan lebih senang dipanggil apa?”

b. Validasi

“bagaimana perasaan bapak hari ini? Bagaimana tidurnya tadi malam? Ada keluhan tidak?”

c. Kontrak

- Topik

“apakah bapak tidak keberatan untuk ngobrol dengan saya? Bagaimana kalau kita ngobrol tentang bayangan manusia posisi terbalik dan sesuatu yang selama ini bapak lihat?”

- Waktu

“berapa lama kira-kira kita bisa ngobrol? Bapak maunya berapa menit? Bagaimana kalau 15 menit? Bapak bisa?”

- Tempat

“dimana kita akan berbincang-bincang? Bagaimana kalau dikursi depan itu?”

2. Kerja

- *“apakah bapak melihat bayangan manusia posisi terbalik tanpa ada wujudnya?”*

- *“apa yang dilakukan bayangan manusia posisi terbalik itu?”*

- *“apakah terus-menerus terlihat, atau hanya sewaktu-waktu saja?”*

- *“kapan paling sering bapak melihat bayangan tersebut?”*

- *“berapa kali sehari bapak mengalaminya? pada keadaan apa, apakah pada waktu sendiri?”*

- *“apa yang bapak lakukan saat melihat bayangan tersebut?”*

- *“bagaimana kalau kita belajar cara untuk mencegah bayangan manusia posisi terbalik agar tidak muncul? bapak ada empat cara untuk mencegah bayangan manusia posisi terbalik itu muncul.”*

- *“pertama, dengan menghardik bayangan manusia posisi terbalik tersebut.”*

- *“kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.”*

- *“ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal.”*

- *“keempat, minum obat dengan teratur.”*

- *“bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik.”*

- *“caranya seperti ini ya pak, saat bayangan manusia posisi terbalik itu muncul, langsung bapak bilang dalam hati, “pergi saya tidak mau lihat ... saya tidak mau lihat. Kamu bayangan manusia posisi terbalik palsu. Begitu diulang-ulang sampai bayangan itu tidak terlihat lagi. Coba bapak peragakan!” Bapak belum bisa ya? Baik tidak apa-apa”*

3. Terminasi

a. Evaluasi subjektif

“bagaimana perasaan bapak dengan obrolan kita tadi? Bapak merasa senang tidak dengan latihan tadi?”

b. Evaluasi objektif

“setelah kita ngobrol panjang lebar, sekarang coba bapak simpulkan pembicaraan kita tadi.”

c. Rencana tindak lanjut

“karena bapak belum bisa mempraktekkan bagaimana cara menghardik besok kita coba lagi ya! Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya?”

d. Kontrak yang akan datang

- Topik

“bapak, bagaimana kalau besok kita ngobrol lagi tentang caranya menghardik saat bayangan itu muncul?”

- Waktu

“kira-kira waktunya kapan ya? Bagaimana kalau hari rabu jam 10.00 wib, bisa?”

- Tempat

“kira-kira tempat yang enak buat kita ngobrol besok di mana ya? Sampai jumpa besok”.

Nama Pasien : Tn. S
 Ruang : Gelatik
 Hari : Rabu
 Tanggal : 25 Januari 2023
 Pertemuan : Ke 2
 Sp 2 Pasien :

- Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik

A. Proses keperawatan

1. Kondisi klien

a. Data subjektif

- Pasien mengatakan sering melihat bayangan manusia posisi terbalik yang sedang menunggu didepan pagar
- Pasien mengatakan takut jika melihat ke arah pagar saat pagi

b. Data objektif

- Pasien tampak takut
- Pasien terlihat sering berbicara sendiri

2. Diagnosis keperawatan

Gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan

3. Tujuan khusus

a. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria sebagai berikut :

- Ekspresi wajah bersahabat
- Menunjukkan rasa senang
- Bersedia diajak berjabat tangan
- Mampu menyebutkan nama
- Menggunakan kontak mata
- Bersedia duduk berdampingan dengan perawat
- Bersedia mengutarakan masalah yang dihadapi

b. Membantu klien mengenal halusinasinya

c. Mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

4. Tindakan keperawatan

- Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik
- Bantu pasien mengenal halusinasinya meliputi isi, jenis, respon, frekuensi, waktu halusinasi
- Latih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

B. Strategi komunikasi pelaksanaan tindakan keperawatan

1. Orientasi

a. Salam terapeutik

“selamat pagi, bapak ingat dengan saya? Bapak sudah mandi belum? Apakah bapak sudah makan? Makanannya habis tidak?”

b. Validasi

“bagaimana perasaan bapak hari ini? Kemarin kita sudah berdiskusi tentang halusinasi, apakah bapak bisa menjelaskan kepada saya tentang isi bayangan yang bapak lihat?”

c. Kontrak

- Topik

“sesuai dengan kontrak kita kemarin, kita akan berbincang-bincang disini mengenai belajar lagi mengontrol bayangan yang sering bapak lihat agar bayangan itu tidak muncul lagi dengan cara menghardik.”

- Waktu
“berapa lama kira-kira kita bisa ngobrol? Bapak maunya berapa menit? Bagaimana kalau 15 menit? Bapak bisa?”
 - Tempat
“dimana kita akan berbincang-bincang? Bagaimana kalau dikursi depan itu lagi?”
2. Kerja
- *“seperti yang bapak jelaskan kemarin mengenai bayangan - bayangan yang bapak lihat.” “bagaimana kalau kita belajar lagi cara untuk mencegah bayangan agar tidak muncul?”*
 - *“sebelum itu saya akan menjelaskan kembali cara untuk mencegah bayangan itu agar tidak muncul.”*
 - *“pertama, dengan menghardik bayangan tersebut.”*
 - *“kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain”*
 - *“ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal.”*
 - *“keempat, minum obat dengan teratur.”*
 - *“bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik.”*
 - *“caranya seperti ini: saat bayangan itu muncul, langsung bapak bilang dalam hati, “pergi saya tidak mau lihat... saya tidak mau lihat. Kamu bayangan palsu. Begitu diulang-ulang sampai bayangan itu tidak terlihat lagi. Coba bapak peragakan! Nah betul bapak, bagus sekali.”*
3. Terminasi
- a. Evaluasi subjektif
“bagaimana perasaan bapak dengan obrolan kita tadi? Bapak merasa senang tidak dengan latihan tadi?”
 - b. Evaluasi objektif
“setelah kita ngobrol panjang lebar, sekarang coba bapak simpulkan pembicaraan kita tadi.”
“coba bapak sebutkan cara untuk mencegah bayangan itu agar tidak muncul lagi”
 - c. Rencana tindak lanjut
“kalau bayangan itu muncul lagi, silahkan bapak coba yang sudah diajarkan tadi ya pak”
 - d. Kontrak yang akan datang
 - Topik
“bapak, bagaimana kalau besok kita ngobrol lagi tentang bagaimana cara bercakap-cakap dengan orang lain saat bayangan itu muncul”
 - Waktu
“kira-kira waktunya kapan ya? Bagaimana kalau hari rabu jam 10.00 wib, bisa?”
 - Tempat
“kira-kira tempat yang enak buat kita ngobrol besok di mana ya? Sampai jumpa besok”

Nama Pasien : Tn. S
 Ruang : Gelatik
 Hari : Kamis
 Tanggal : 26 Januari 2023
 Pertemuan : Ke 3
 Sp 3 Pasien :

- Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
- Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain

A. Proses keperawatan

1. Kondisi klien

a. Data subjektif

- Pasien mengatakan sering melihat bayangan manusia posisi terbalik yang sedang menunggu didepan pagar
- Pasien mengatakan takut jika melihat ke arah pagar saat pagi

b. Data objektif

- Pasien tampak takut
- Pasien terlihat sering berbicara sendiri

2. Diagnosis keperawatan

Gangguan persepsi sensori : halusinasi

3. Tujuan khusus

a. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria sebagai berikut :

- Ekspresi wajah bersahabat
- Menunjukkan rasa senang
- Bersedia diajak berjabat tangan
- Mampu menyebutkan nama
- Menggunakan kontak mata
- Bersedia duduk berdampingan dengan perawat
- Bersedia mengutarakan masalah yang dihadapi

b. Membantu klien mengenal halusinasinya

c. Mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

d. Mengajarkan klien mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap bersama orang lain

4. Tindakan keperawatan

- a. Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik
- b. Bantu pasien mengenal halusinasinya meliputi isi, jenis, respon, frekuensi, waktu halusinasi
- c. Latih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
- d. Latih klien mengontrol halusinasi dengan mengobrol bersama orang lain

B. Strategi komunikasi pelaksanaan tindakan keperawatan

1. Orientasi

a. Salam terapeutik

“selamat pagi, bapak ingat dengan saya? Bapak sudah mandi belum? Apakah bapak sudah makan? Makanannya habis tidak?”

b. Validasi

“bagaimana perasaan bapak hari ini? Kemarin kita sudah berdiskusi tentang halusinasi, apakah bapak bisa menjelaskan kepada saya tentang isi bayangan yang bapak lihat dan apakah bapak bisa mempraktekkan cara mengontrol halusinasi yang pertama yaitu dengan menghardik?”

c. Kontrak

- Topik
“sesuai dengan kontrak kita kemarin, kita akan berbincang-bincang disini mengenai belajar lagi mengontrol bayangan yang sering bapak lihat agar bayangan itu tidak muncul lagi dengan cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain”
 - Waktu
“berapa lama kira-kira kita bisa ngobrol? Bapak maunya berapa menit? Bagaimana kalau 15 menit? Bapak bisa?”
 - Tempat
“dimana kita akan berbincang-bincang? Bagaimana kalau dikursi depan itu lagi?”
2. Kerja
- *“kalau bapak melihat bayangan yang kata bapak kemarin mengganggu dan membuat bapak pusing. Apa yang bapak lakukan pada saat itu? Apa yang telah saya ajarkan kemarin apakah sudah dilakukan?”*
 - *“cara yang kedua adalah bapak langsung pergi ke perawat. Katakan pada perawat bahwa bapak melihat bayangan. Nanti perawat akan mengajak bapak ngobrol sehingga bayangan itu hilang dengan sendirinya*
3. Terminasi
- a. Evaluasi subjektif
“tidak terasa kita sudah berbincang-bincang lama. Saya senang sekali bapak mau berbincang-bincang denagan saya. Bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang-bincang?”
 - b. Evaluasi objektif
“jadi seperti yang bapak katakan tadi, cara yang bapak pilih untuk mengontrol halusinasinya adalah bercakap – cakap dengan orang lain”
 - c. Rencana tindak lanjut
“nanti kalau bayangan itu terlihat lagi, bapak terus praktekan cara yang telah saya ajarkan agar bayangan tersebut tidak menguasai pikiran bapak”
 - d. Kontrak yang akan datang
 - Topik
“bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang lagi tentang cara mengontrol halusinasi dengan cara yang ketiga yaitu menyibukkan diri dengan kegiatan yang bermanfaat.”
 - Waktu
“kira-kira waktunya kapan ya? Bagaimana kalau hari rabu jam 10.00 wib, bisa?”
 - Tempat
“kira-kira tempat yang enak buat kita ngobrol besok di mana ya? Sampai jumpa besok”

Nama Pasien : Tn. S
 Ruang : Gelatik
 Hari : Jumat
 Tanggal : 27 Januari 2023
 Pertemuan : Ke 4
 Sp 4 Pasien :

- Mengobrol dengan teman kamar dan perawat
- Konsumsi obat secara teratur
- Memasukkan jadwal aktivitas yang akan dilakukan

A. Proses keperawatan

5. Kondisi klien

a. Data subjektif

- Pasien mengatakan sering melihat bayangan manusia posisi terbalik yang sedang menunggu didepan pagar
- Pasien mengatakan takut jika melihat ke arah pagar saat pagi

b. Data subjektif

- Pasien tampak takut
- Pasien terlihat sering berbicara sendiri

6. Diagnosis keperawatan

Gangguan persepsi sensori : halusinasi

7. Tujuan khusus

a. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan kriteria sebagai berikut :

- Ekspresi wajah bersahabat
- Menunjukkan rasa senang
- Bersedia diajak berjabat tangan
- Mampu menyebutkan nama
- Menggunakan kontak mata
- Bersedia duduk berdampingan dengan perawat
- Bersedia mengutarakan masalah yang dihadapi

b. Membantu klien mengenal halusinasinya

c. Mengajarkan klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

d. Mengajarkan klien mengontrol halusinasinya dengan cara bercakap bersama orang lain

8. Tindakan keperawatan

a. Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik

b. Bantu pasien mengenal halusinasinya meliputi isi, jenis, respon, frekuensi, waktu halusinasi

c. Latih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

d. Latih klien mengontrol halusinasi dengan mengobrol bersama orang lain

B. Strategi komunikasi pelaksanaan tindakan keperawatan

4. Orientasi

a. Salam terapeutik

“selamat pagi, bapak ingat dengan saya? Bapak sudah mandi belum? Apakah bapak sudah makan? Makanannya habis tidak?”

b. Validasi

“apakah sudah dipakai tiga cara yang telah kita latih ? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan ? Apakah pagi ini sudah minum obat?”

c. Kontrak

- Topik

“sesuai dengan kontrak kita kemarin, kita akan berbincang-bincang disini mengenai belajar lagi mengontrol bayangan yang sering bapak lihat agar bayangan itu tidak muncul lagi dengan cara menghardik dan bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan kegiatan yang sudah dijadwal dan manffat minum obat”

- Waktu
“berapa lama kira-kira kita bisa ngobrol? Bapak maunya berapa menit? Bagaimana kalau 15 menit? Bapak bisa?”
- Tempat
“dimana kita akan berbincang-bincang? Bagaimana kalau dikursi depan itu lagi?”

5. Kerja

- *“kalau bapak melihat bayangan yang kata bapak kemarin mengganggu dan membuat bapak kangen. Apa yang bapak lakukan pada saat itu? Apa yang telah saya ajarkan kemarin apakah sudah dilakukan?”*
- *“cara yang kedua adalah bapak langsung pergi ke perawat. Katakan pada perawat bahwa bapak melihat bayangan. Nanti perawat akan mengajak bapak ngobrol sehingga bayangan itu hilang dengan sendirinya”*
- *Cara selanjutnya untuk mengurangi keluhan yang bapak rasakan sebaiknya bapak rutin konsumsi obatnya biar cepet sembuh ya pak”*

6. Terminasi

- a. Evaluasi subjektif
“tidak terasa kita sudah berbincang-bincang lama. Saya senang sekali bapak mau berbincang-bincang denagan saya. Bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang-bincang?”
- b. Evaluasi objektif
“jadi seperti yang bapak katakan tadi, cara yang bapak pilih untuk mengontrol halusinasinya adalah bercakap – cakap dengan orang lain, membuat jadwal kegiatan harian dan minum obat secara rutin”
- c. Rencana tindak lanjut
“nanti kalau bayangan itu terlihat lagi, bapak terus praktekkkan cara yang telah saya ajarkan agar bayangan tersebut tidak menguasai pikiran bapak”
- d. Kontrak yang akan datang
 - Topik
“bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang lagi tentang cara cara yang sudah saya ajarkan dan menyibukkan diri bapak dengan kegiatan yang bermanfaat.”
 - Waktu
“kira-kira waktunya kapan ya? Bagaimana kalau hari rabu jam 10.00 wib, bisa?”
 - Tempat
“kira-kira tempat yang enak buat kita ngobrol besok di mana ya? Sampai jumpa besok”

Lampiran 2 Evaluasi Tanda Gejala Halusinasi

**EVALUASI TANDA & GEJALA, KEMAMPUAN PASIEN DAN
KELUARGA PADA DIAGNOSA KEPERAWATAN HALUSINASI**

Nama pasien : Tn. S

Ruangan : Gelatik

Nama perawat : Sikhah Ayu

Penilai :

- Lela Nurlela, S. Kp., M.Kes.
- Abdul Habib S. Kep., Ns.

No	Aspek Penilaian	Tanggal Evaluasi			
		25/01	26/01	27/01	28/01
I	Tanda Gejala				
Kognitif					
1	Mendengar Suara – Suara				
2	Melihat Bayangan Atau Sinar	08.30	09.00	09.00	
3	Menghidu Bau-Bauan (Bunga, Parfum, Kemeyan, Darah, Feases, Urine)				
4	Merasakan Rasa Pahit, Asem, Asin Di Lidah				
5	Merasakan Sensasi Tidak Nyaman Di Kulit				
6	Ambivalen				
7	Tidak Dapat Memfokuskan Pikiran	08.30	09.00	09.00	
8	Mudah Lupa	08.30	09.00	09.00	
9	Tidak Mampu Mengambil Keputusan				
10	Tidak Mampu Memecahkan Masalah				
11	Tidak Dapat Berpikir Logis				
12	Inkoheren				
13	Disorientasi				

14	Sirkumstansial				
15	Fligh Of Idea (Idea Yang Melompat)				
16	Mendengar Suara Hati				
17	Blocking Pikiran				
18	Daya Tilik Diri Jelek				
Affektif					
1	Senang	08.30	09.00	09.00	
2	Sedih				
3	Merasa Terganggu				
4	Marah-Marah				
5	Ketakutan				
6	Khawatir				
7	Curiga				
8	Merasa Terbelenggu/Terikat				
9	Afek Datar/ Tumpul				
10	Menyendiri	08.30	09.00	09.00	
11	Melamun	08.30	09.00	09.00	
Fisiologis					
1	Sulit Tidur				
2	Kewaspadaan Menikat				
3	Tekanan Darah Meningkatkan				
4	Denyut Nadi Meningkatkan				
5	Frekuensi Pernapasan Meningkatkan				
6	Muka Tegang	08.30	09.00	09.00	
7	Keringat Dingin				
8	Pusing				
9	Keletihan/Kelelahan				
10	Mondar Mandir				

Perilaku					
1	Bicara Sendiri	08.30	09.00	09.00	
2	Tertawa Sendiri	08.30	09.00	09.00	
3	Menyeringai				
4	Menggerakkan Bibir/Komat-Kamit	08.30	09.00	09.00	
5	Diam Sambi Menikmati Halusinasinya				
6	Perilaku Menyerang				
7	Kurang Mampu Merawat Diri	08.30	09.00	09.00	
8	Perilaku Mengikuti Isis Halusinasinya				
9	Memalingkan Muka Kearah Suara				
10	Menarik Diri	08.30	09.00	09.00	
11	Penampilan Tidak Sesuai				
Sosial					
1	Tidak Tertarik Dengan Kegiatan Sehari-Hari	08.30	09.00	09.00	
2	Tidak Mampu Berkomunikasi Secara Spontan	08.30	09.00	09.00	
3	Acuh Terhadap Lingkungan	08.30	09.00	09.00	
4	Tidak Dapat Memulai Pembicaraan	08.30	09.00	09.00	
5	Tidak Dapat Mempertahankan Pembicaraan	08.30	09.00	09.00	
6	Tidak Dapat Mempertahankan Kontak Mata	08.30	09.00	09.00	
Total Jumlah Tanda Dan Gejala					
Ii	Kemampuan Pasien				
1	Menyebutkan Jenis Halusinasi	08.30	09.00	09.00	
2	Menyebutkan Isi Halusinasi	08.30	09.00	09.00	
3	Menyebutkan Waktu Halusinasi	08.30	09.00	09.00	
4	Menyebutkan Frekuensi Halusinasi	08.30	09.00	09.00	

5	Menyebutkan Situasi Yang Menimbulkan Halusinasi	08.30	09.00	09.00	
6	Menyebutkan Perilaku Saat Halusinasi Muncul	08.30	09.00	09.00	
7	Menghardik Halusinasi	08.30	09.00	09.00	
8	Menggunakan Obat Secara Teratur	08.30	09.00	09.00	
9	Melakukan Bercakap-Cakap	08.30	09.00	09.00	
10	Melakukan Kegiatan Untuk Mengontrol Halusinasi	08.30	09.00	09.00	
Total Jumlah Kemampuan Klien		28	28	28	
iii	Kemampuan Keluarga				
1	Menyebutkan Masalah Yang Dirasakan Dalam Merawat Pasien Halusinasi				
2	Menyebutkan Pengertian Halusinasi, Tanda Dan Gejala Halusinasi				
3	Mampu Mengajak Pasien Bercakap-Cakap Saat Pasien Jadwal Berhalusinasi				
4	Mampu Memantau Aktivitas Sehari-Hari Pasien Sesuai Kemampuan				
5	Mampu Memantau Dan Memenuhi Obat Untuk Pasien				
6	Mampu Memanipulasi Lingkungan Rumah Kondusif Untuk Klien				
7	Mampu Memantau Tanda Dan Gejala Kekambuhan				
8	Mampu Menyebutkan Sumber-Sumber Pelayanan Kesehatan Yang Tersedia (Follow-Up)				
Total Jumlah Kemampuan Keluarga					