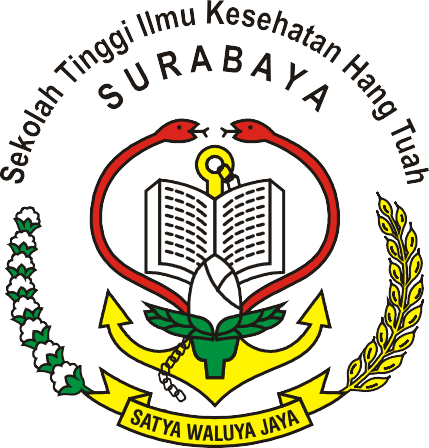
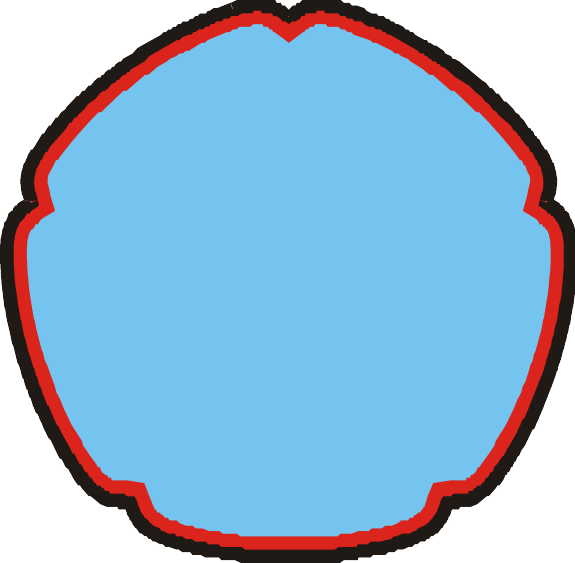
**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. MK DENGANGANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI PENDENGARAN DIAGNOSA MEDIS *SKIZOFRENIA***

**DI RUANG PAV 6 RSPAL dr. RAMELAN**

**PROVINSI JAWA TIMUR**



**Oleh :**

**SUPENU**

**NIM. 2222036**

**PROGRAM STUDI RPL D3 KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2023**

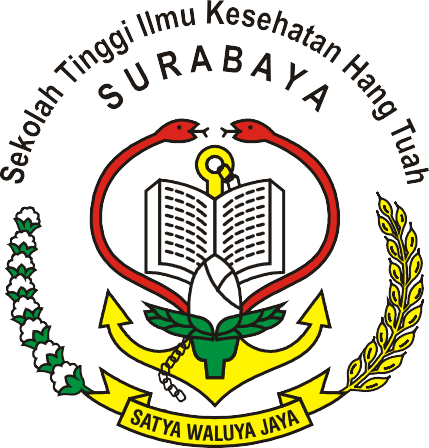
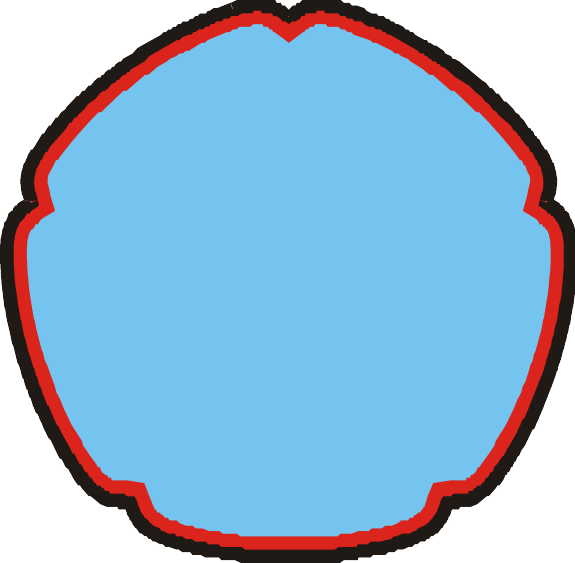
**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. MK DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN DIAGNOSA MEDIS *SKIZOFRENIA***

**DI RUANG PAV 6 RSPAL dr. RAMELAN**

**PROVINSI JAWA TIMUR**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar A.Md.Kep**



**Oleh :**

**SUPENU**

**NIM. 2222036**

**PROGRAM STUDI RPL D3 KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

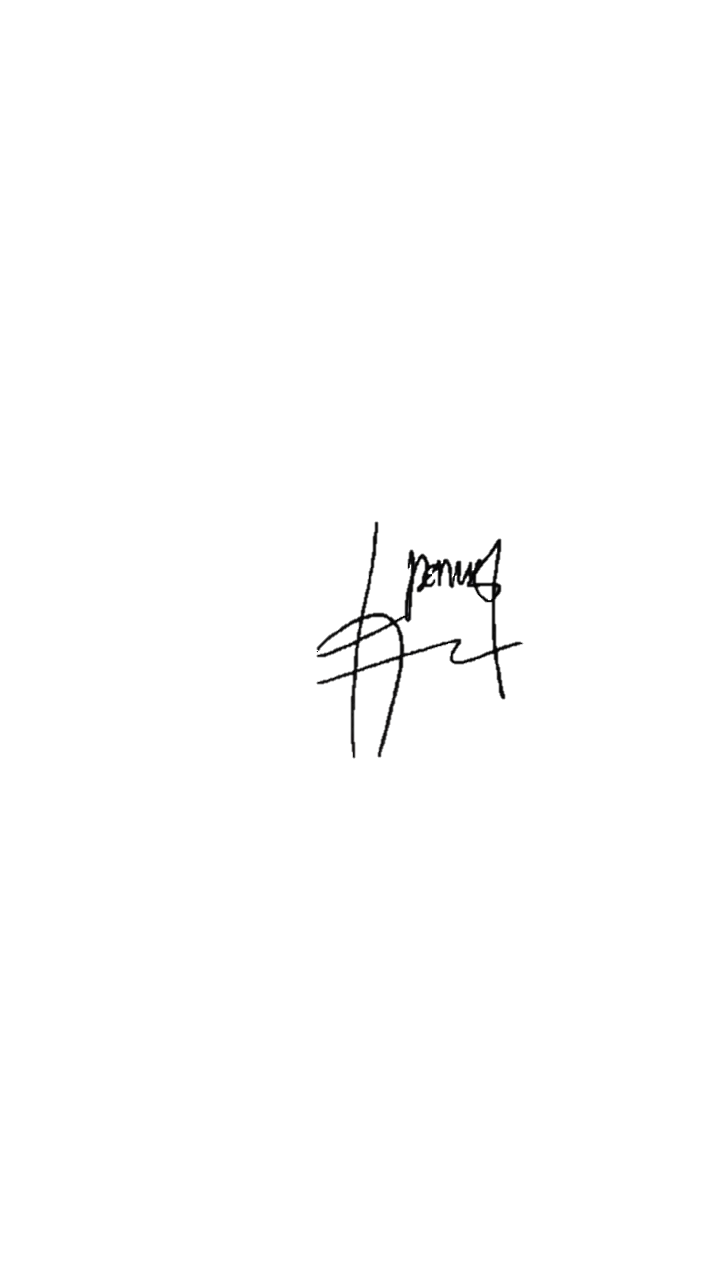
**2023**

**SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

Saya yang bertandatangan dibawah ini dengan sebenar-benarnya menyatakan bahwa karya tulis akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar.

Jika dikemudian hari ternyata ditemukan adanya plagiasi maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 01 Februari 2024



Supenu.

NIM. 2222036

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Supenu

NIM : 2222036

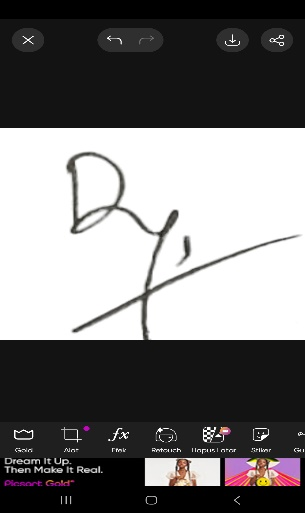
Program Studi : RPL D3 Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny. MK dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis *Skizofrenia*  di Ruang Pav 6 RSPAL dr. Ramelan Provinsi Jawa Timur

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)**

Surabaya, 01 Februari 2024

Pembimbing

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

NIP. 03007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 01 Februari 2024

**HALAMAN PENGESAHAN**

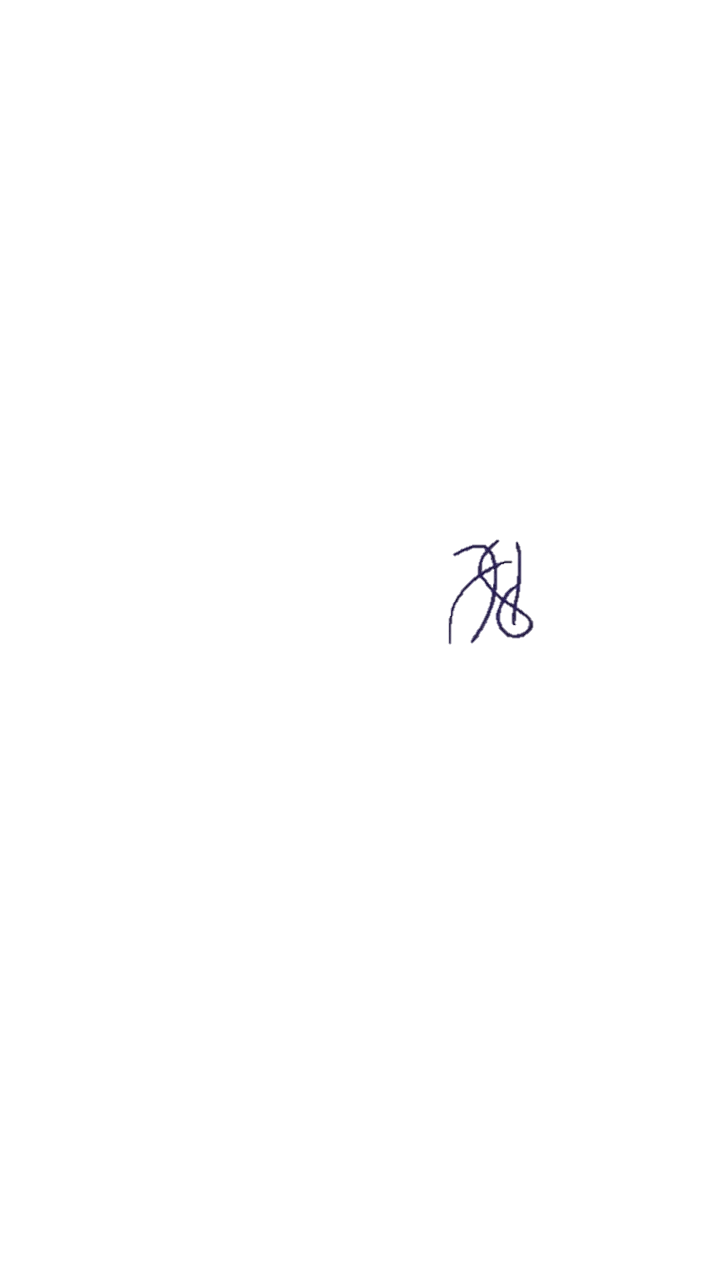
Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Supenu

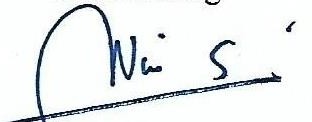
NIM : 2222036

Program Studi : RPL D3 Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny. MK dengan Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis *Skizofrenia*  di Ruang Pav 6 RSPAL dr. Ramelan Provinsi Jawa Timur

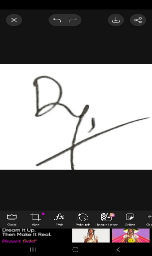
Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Ilmiah Akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “AHLI MADYA KEPERAWATAN”, pada prodi RPL D3 KEPERAWATAN STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji Ketua : Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NIP.03021



Penguji I : Dr. A.V Srisuhardiningsih, S.Kp.,M.Kes., FISQua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP. 03021



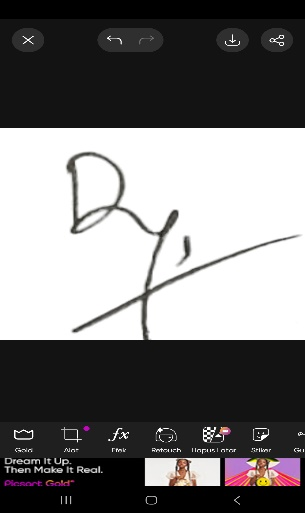
Penguji II : Dr. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.M.Kes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP. 03007

Mengetahui,

****STIKES Hang Tuah Surabaya

Ka.Prodi D3 Keperawatan



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

NIP. 03007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 01 Februari 2024

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan profesi ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini 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. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes., FISQua selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di RSPAL dr. RAMELAN Provinsi Jawa Timur dan menyelesaikan pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya dan selaku Penguji 1 yang telah memberikan dorongan, bimbingan, dan arahan penyusunan karya ilmiah akhir ini.

2. Laksamana Pertama TNI dr. Benny Jovie, Sp., JP., FIHA selaku Kepala RSPAL dr. RAMELAN yang telah memberikan ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis da selama kami berada di STIKES Hang Tuah Surabaya

3. Dr. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes. selaku Ka.Prodi D3 Keperawatan yang telah memberi kesempatan kami dalam menjalakan program studi profesi dengan baik.

4. “Ibu Lela Nurlela, S.Kp.,M.Kes” selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan bimbingan, dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.

5. 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 penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.

6. Kepada istri dan anak anakku, telah memberikan do’a, dukungan moral maupun materil, motivasi, serta semangat sehingga karya ilmiah akhir ini dapat selesai tepat waktu.

7. Kepada responden yang telah bersedia memberikan data yang diperlukan oleh penulis dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Tuhan membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

9. Untuk sahabat-sahabat saya Hendry Army, Agnes Valencia Novar, Bambang Widianto dan teman-teman lainnya yang tidak dapat saya sebutkan satu-persatu dalam tulisan ini, yang telah berpartisipasi dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini baik secara langsung maupun tidak langsung dalam bentuk semangat, informasi, dan arahan. Semoga Allah SWT membalas kebaikan kalian.

10. Untuk teman-teman satu bimbingan saya yang selalu memberikan semangat dan berjuang bersama Komting Mas Joko Maryono.

11. Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Surabaya, 01 Februari 2024

Supenu

**DAFTAR ISI**

**SAMPUL DALAM** i

**SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN** ii

**HALAMAN PERSETUJUAN** iii

**HALAMAN PENGESAHAN** iv

**KATA PENGANTAR** v

**DAFTAR ISI** vii

**DAFTAR TABEL** x

**DAFTAR GAMBAR** xi

**DAFTAR LAMPIRAN** xii

**DAFTAR SINGKATAN** xiii

**BAB 1 PENDAHULUAN** 1

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Rumusan Masalah 3

1.3 Tujuan Penulisan 4

1.3.1 Tujuan Umum 4

1.3.2 Tujuan Khusus 4

1.4 Manfaat Penulisan 5

1.5 Metode Penulisan 5

1.5.1 Metode 5

1.5.2 Teknik pengumpulan data 6

1.5.3 Sumber data 6

1.5.4 Studi kepustakaan 6

1.5.5 Sistematika penulisan 6

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA** 8

2.1 Konsep *Skizofrenia*  8

2.1.1 Definisi *Skizofrenia*  8

2.1.2 Etiologi *Skizofrenia*  9

2.1.3 Klasifikasi *Skizofrenia*  10

2.1.4 Tanda dan gejala *Skizofrenia*  12

2.1.5 Terapi Pengobatan *Skizofrenia*  14

2.1.6 Tahap-tahap Perkembangan Psikosoisal 14

2.2 Konsep Halusinasi 17

2.2.1 Definisi Halusinasi 17

2.2.2 Etiologi Halusinasi 18

2.2.3 Klasifikasi Halusinasi 19

2.2.4 Tahapan Halusinasi 20

2.2.5 Tanda dan Gejala Halusinasi 21

2.2.6 Rentang Respon 22

2.2.7 Sumber Koping 24

2.2.8 Mekanisme Koping 24

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Perespsi Sensori : Halusinasi Pendengaran 26

2.3.1 Pengkajian 26

2.3.2 Pohon Masalah 32

2.3.3 Diagnosa Keperawatan 32

2.3.4 Intervensi Keperawatan 32

2.3.5 Implementasi Keperawatan 34

2.3.6 Evaluasi Keperawatan 35

2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik 36

2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik 36

2.4.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik 36

2.4.3 Manfaat Komunikasi Terapeutik 36

2.4.4 Teknik Komunikasi Terapeutik 37

2.4.5 Tahapan Komunikasi Terapeutik 37

2.4.6 Faktor yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik 39

2.5 Konsep Stress dan Adaptasi 40

2.5.1 Definisi Stress dan Adaptasi 40

2.5.2 Sumber Stress dan Adaptasi 41

2.6 Review Jurnal Pendukung Intervensi Halusinasi 43

**BAB 3 TINJAUAN KASUS** 45

3.1 Pengkajian 45

3.1.1 Identitas Pasien 45

3.1.2 Alasan Masuk 45

3.1.3 Keluhan Utama 46

3.1.4 Faktor Predisposisi 46

3.1.5 Pemeriksaan Fisik 47

3.1.6 Psikososial 47

3.1.7 Status Mental 49

3.1.8 Kebutuhan Persiapan Pulang 51

3.1.9 Mekanisme Koping 53

3.1.10 Masalah Psikososial dan Lingkungan 53

3.1.11 Pengetahuan Kurang Tentang 53

3.1.12 Data Lain-Lain 53

3.1.13 Aspek Medik 54

3.1.14 Daftar Masalah Keperawatan 54

3.1.15 Daftar Diagnosa Keperawatan 55

3.2 Pohon Masalah 55

3.3 Analisa Data 56

3.4 Rencana Keperawatan 57

3.5 Tindakan Keperawatan 61

**BAB 4 PEMBAHASAN** 65

4.1 Pengkajian 65

4.2 Diagnosa Keperawatan 67

4.2.1 Tinjauan Pustaka 67

4.2.2 Tinjauan Kasus 67

4.3 Rencana Keperawatan 68

4.3.1 Tinjauan Pustaka 67

4.3.2 Tindakan Keperawatan untuk Keluarga 70

4.3.3 Tinjauan Kasus 70

4.4 Tindakan Keperawatan 75

4.4.1 Tinjauan Pustaka 75

4.2.2 Tinjauan Kasus 77

4.5 Evaluasi Keperawatan 82

4.5.1 Tinjauan Pustaka 82

4.5.2 Tinjauan Kasus 82

**BAB 5 PENUTUP** 84

5.1 Kesimpulan 84

5.1.1 Tindakan Keperawatan Pasien 86

5.1.2 Tindakan Keperawatan untuk Keluarga 88

5.2 Saran 90

**DAFTAR PUSTAKA** 91

**LAMPIRAN** 93

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Review Jurnal Pendukung Intervensi Halusinasi 43

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium 53

Tabel 3.2 Daftar Medifikasi 54

Tabel 3.3 Analisa Data 56

Tabel 3.4 Rencana Asuhan Keperawatan 57

Tabel 3.5 Tindakan Asuhan Keperawatan Hari Ke-1 61

Tabel 4.1 Strategi Pelaksanaan (SP) Halusinasi 75

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Rentang Respon Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

(Muhith Abdul, 2015)................................................................ 22

Gambar 2.2 Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi ....... 32

Gambar 3.1 Genogram .................................................................................. 47

Gambar 3.2 Pohon Masalah Pasien dengan Halusinasi 55

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 SPTK (SP 1 Halusinasi) 93

Lampiran 2 SPTK (SP 2 Halusinasi) 96

Lampiran 3 SPTK (SP 3 Halusinasi) 99

Lampiran 4 Evaluasi Kemampuan Pasien Gangguan Persepsi Sensori 102

Lampiran 5 Motto & Persembahan 103

**DAFTAR SINGKATAN**

BAB = Buang Air Besar

BAK = Buang Air Kecil

BB = Berat Badan

Cm = Centimeter

DO = Data Objektif

DIII = Diploma

Dr = Dokter

DS = Data Subjektif

IGD = Instalasi Gawat Darurat

Kg = Kilogram

mmHG = Milimeter Air Raksa

N = Nadi

No = Nomer

Ns = Ners

O = Objektif

ODGJ = Orang Dengan Gangguan Jiwa

RM = Rekam Medis

RR = Respiratory Rate

RSJ = Rumah Sakit Jiwa

S = Suhu

SP = Strategi Pelaksanaan

Tn = Tuan

TGL = Tanggal

TTD = Tanda Tangan

TD = Tekanan Darah

WHO = World Health Organization

WIB = Waktu Indonesia Barat

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

**1.1 Latar Belakang**

Gangguan jiwa yaitu suatu sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna yang berhubungan dengan distres atau penderitaan dan menimbulkan gangguan pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia. *Skizofrenia*  adalah gangguan pada proses pikir atau kepribadian yang mengalami penurunan. *Skizofrenia*  merupakan salah satu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan gangguan realitas (halusinasi dan waham), ketidakmampuan berkomunikasi, afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat & Akemat, 2010).

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada pasien dengan gangguan jiwa. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana pasien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi (Muhith, 2015). Halusinasi dapat terjadi karena dasar-dasar organik fungsional, psikotik, maupun histerik. Perilaku halusinasi seperti bicara sendiri, senyum sendiri, tertawa sendiri, menarik diri dari orang lain, kemampuan memberi respon pada lingkungan menurun dan tidak mampu merespon terhadap perintah yang komplek dan tidak dapat membedakan yang hal yang nyata dan tidak nyata (Notosoedirdjo & Latipun, 2014).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) (2017), prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia pada tahun 2016 mencapai 516 juta orang. Menurut Michard dan Chaaterina berkaitan dengan persoalan kesehatan jiwa akan menjadi *The Global Burden of Disease*. Laporan Nasional tentang Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2013), menunjukkan prevalensi gangguan jiwa yang parah (psikosis / *Skizofrenia* ) pada masyarakat Indonesia mencapai 2,7 mil (Istichomah, 2019). Orang Dengan Gangguan Jiwa yang sering disebut ODGJ adalah orang yang menderita masalah dalam pemikiran, tingkah laku dan perasaan yang dikandung dalam bentuk sekumpulan gejala dan atau perubahan tingkah laku yang penting, dan bisa menyebabkan penderitaan dan halangan untuk melaksanakan fungsi sebagai manusia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013) dalam (Palupi et al., 2019).

*Skizofrenia*  adalah penyakit neurologis yang dampaknya dapat mempengaruhi persepsi, mode pemikiran, bahasa, emosi dan perilaku sosial, salah satu konsekuensi yang sering terjadi orang dengan *Skizofrenia*  sering mengalami halusinasi dan penglihatan secara bersamaan hal ini mempengaruhi hilangnya kontrol diri yang akan mengalami kepanikan dan perilaku dikendalikan oleh halusinasi (Livana et al., 2020). Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi yaitu merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Keliat, 2011) dalam (Putri, 2017).

Berdasarkan MRS di Pav 6 RSPAL dr. RAMELAN Surabaya, hasil angka kejadian kasus gangguan jiwa selama periode, 01 September 2023 sampai 30 September 2023 jumlah 79 pasien. Diantara jumlah tersebut pasien dengan diagnosa Gangguan persepsi sensori halusinasi sebanyak 40 pasien atau 50,63%, Perilaku kekerasan sebanyak 31 pasien atau 39,24%, dan 8 pasien atau 10,13%, untuk diagnosa lainnya. Jumlah pasien rawat inap di Pav 6 RSPAL dr. Ramelan Surabaya dalam satu bula terakhir dengan diagnosa gangguan persepsi sensori halusinasi sebanyak 17 pasien. Di Jawa Timur halusinasi yang bpaling umum adalah halusinasi pendengaran sekitar 70%, halusinasi visual 20%, dan halusinasi rasa, sentuhan dan penciuman 10%.

Pasien dengan halusinasi biasanya diawali dengan mengalami kejadian yang membuat dirinya trauma akan kejadian tersebut, hal tersebut mengakibatkan dirinya merasa tidak berguna atau tidak berdaya dan mengakibatkan dirinya menarik diri dan menyendiri dan asik dengan dirinya sendiri. Hal tersebut yang menyebabkan seseorang mudah merasa ada suara-suara yang menyuruhnya untuk berbuat sesuatu, dari suara-suara itulah seseorang biasanya merespon dengan melakukan apa yang ada dalam isi suara-suara itu. Hal yang paling bahaya yaitu pasien bisa melakukan kekerasan pada diri sendiri, lingkungan dan orang lain.

Dengan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Gangguan Perspsi Sensori : Halusinasi Pendengaran dengan melakukan tindakan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK) yang terdiri dari SP 1 sampai SP 4 dan SP keluarga cara pasien dan keluarga untuk tujuan kesembuhan pasien.

**1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas didapatkan rumusan masalah sebagai berikut: “Bagaimana Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. MK Masalah Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis *Skizofrenia*  di Ruang 6 RSPAL dr. Ramelan Provinsi Jawa Timur.

**1.3 Tujuan Penulisan**

**1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. MK, masalah dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis *Skizofrenia*  di Ruang Pav 6 RSPAL Dr. Ramlan Provinsi Jawa Timur

**1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. MK Masalah Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis *Skizofrenia*  di Ruang Pav 6 RSPAL dr. Ramelan Provinsi Jawa Timur

2. Merumuskan diagnosa Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. MK Masalah Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis *Skizofrenia*  di Ruang Pav 6 RSPAL dr. Ramelan Provinsi Jawa Timur

3. Merencanakan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. MK Masalah Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis *Skizofrenia*  di Ruang Pav 6 RSPAL dr. Ramelan Provinsi Jawa Timur

4. Melaksanakan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. MK Masalah Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis *Skizofrenia*  di Ruang Pav 6 RSPAL dr. Ramelan Provinsi Jawa Timur

5. Mengevaluasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. MK Masalah Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis *Skizofrenia*  di Ruang Pav 6 RSPAL dr. Ramelan Provinsi Jawa Timur

6. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. MK Masalah Dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran Diagnosa Medis *Skizofrenia*  di Ruang Pav 6 RSPAL dr. Ramelan Provinsi Jawa Timur.

**1.4 Manfaat Penulisan**

Terkait dengan tujuan tugas akhir ini diharapkan memberikan manfaat:

1. Secara akademik, merupakan sumbangan untuk ilmu pengetahuan khususnya dalam ha hal asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama gangguan persepsi sensori : halusinasi pendengaran

2. Secara psikis, tugas ini bermanfaat bagi:

a. Bagi pelayanan keperawatan dirumah sakit

Hasil karya tilis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

b. Bagi penulis

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan ilmiah akhir asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai ilmu tambahan bagi profesi keperawatan dan memberikan gambaran yang lebih baik tentang asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

**1.5 Metode Penulisan**

**1.5.1 Metode**

Metode desktriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi literatur/ kepustakaan yang mempelajari, pengumpulan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah yaitu : pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

**1.5.2 Teknik Pengumpulan Data**

1. Wawancara

Hasil data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien maupun tim kesehatan lain.

2. Observasi

Hasil data yang diambil ketika wawancara berlangsung dan sesuai dengan kondisi pasien.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik yang dapat 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-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

**1.5.4 Studi Kepustakaan**

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

**1.5.5 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:

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa utama Gangguan Konsep Diri : Halusinasi Pendengaran, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Pada Bab ini akan membahas tentang Kosep Asuhan Keperawatan Halusinasi, Konsep Komunikasi Teraupetik, Konsep Stres dan Adaptasi.

**2.1 Konsep *Skizofrenia***

**2.1.1 Definisi *Skizofrenia***

*Skizofrenia*  adalah suatu penyakit neurologi yang dampaknya dapat mempengaruhi persepsi, cara berpikir, bahasa, emosi dan perilaku sosial, salah satu akibat yang sering terjadi itu seseorang dengan *Skizofrenia*  sering mengalami halusinasi pendengaran dan penglihatan secara bersamaan, hal ini berdampak orang yang mengidap *Skizofrenia*  berakibat kehilangan kontrol dirinya yaitu akan mengalami kepanikan dan perilakunya dikendalikan oleh halusinasi (Livana et al., 2020).

*Skizofrenia*  adalah gangguan neorobiologis otak yang menetap dan serius, sindrom secara klinis yang dapat mengakibatkan kerusakan hidup baik secara individu, keluarga, dan komunitas. Salah satu gejalanya yaitu seseorang yang mengidap *Skizofrenia*  akan mengalami halusinasi pendengaran (Pima Astari, 2020).

*Skizofrenia*  adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi dan waham) afek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Putri, 2017).

**2.1.2 Etiologi *Skizofrenia***

Faktor-faktor yang berperan terhadap kejadian skozofrenia menurut (Zahnia & Wulan Sumekar, 2016) antara lain:

1. Faktor Genetik

Faktor genetik turut menentukan timbulnya *Skizofrenia* . Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita *Skizofrenia*  dan terutama anak-anak kembar monozigot. Diperkirakan bahwa yang diturunkan adalah potensi untuk mendapatkan *Skizofrenia*  melalui gen yang resesif. Potensi ini mungkin kuat, mungkin juga lemah, tetapi selanjutnya tergantung pada lingkungan individu itu apakah akan terjadi manifestasi *Skizofrenia*  atau tidak.

2. Faktor Psikososial

Faktor psikososial meliputi interaksi pasien dengan keluarga dan masyarakat. Timbulnya tekanan dalam interaksi pasien dengan keluarga, misalnya pola asuh orang tua yang terlalu menekan pasien, kurangnya dukungan keluarga terhadap pemecahan masalah yang dihadapi pasien, pasien kurang diperhatikan oleh keluarga ditambah dengan pasien tidak mampu berinteraksi dengan baik di masyarakat menjadikan faktor stressor yang menekan kehidupan pasien. Ketika tekanan tersebut berlangsung dalam waktu yang lama sehingga mencapai tingkat tertentu, maka akan menimbulkan gangguan keseimbangan mental pasien dan salah satunya adalah timbulnya gejala *Skizofreni* .

3. Penyakit autoimun merupakan salah satu faktor risiko *Skizofrenia* . *Skizofrenia*  meningkat pada satu tahun setelah penyakit autoimun terdiagnosis. Adanya infeksi berat juga meningkatkan risiko *Skizofrenia*  secara signifikan. Peningkatan inflamasi pada penyakit autoimun dan infeksi dapat mempengaruhi otak melalui jalur yang berbeda.

**2.1.3 Klasifikasi *Skizofrenia***

Menurut (Singh et al., 2020), klasifikasi *Skizofrenia*  terbagi menjadi enam bagian yaitu:

1. *Skizofrenia*  paranoid

*Skizofrenia*  paranoid ditandai dengan kecurigaan yang tidak masuk akal dan terutama gejala positif. Positif berarti bahwa gejala-gejala ini biasanya merespons perawatan medis. Pasien disibukkan dengan setidaknya delusi penganiayaan atau sering mengalami halusinasi pendengaran. Orang dengan delusi paranoid curiga terhadap orang lain secara tidak masuk akal. Hal ini dapat mempersulit mereka untuk mempertahankan pekerjaan, menjalankan tugas, melanjutkan pertemanan, dan bahkan mengunjungi dokter. Selain itu, gejala *Skizofrenia*  lainnya seperti bicara tidak teratur, afek datar, katatonik, atau perilaku tidak teratur, tidak ada atau kurang menonjol dibandingkan gejala positif ini.

2. *Skizofrenia*  Hebefrenik

*Skizofrenia*  Hebefrenik Ini ditandai dengan gejala yang tidak teratur. Agar sesuai dengan kriteria untuk subtipe ini, gejala berikut harus ada:

a. Bicara Tidak Teratur

Tanda-tanda bicara yang tidak teratur melibatkan asosiasi yang longgar, ketekunan, neologisme, dan Hampir tidak mungkin untuk memahami apa yang dikatakan orang tersebut.

b. Perilaku Tidak Terorganisir

Tanda-tanda perilaku tidak teratur termasuk agitasi, kesulitan dalam bertindak dengan tepat dalam situasi sosial, memakai banyak lapisan pakaian di hari yang hangat, kekonyolan seperti anak kecil, perilaku seksual yang tidak pantas di depan umum, buang air kecil di depan umum dan mengabaikan kebersihan pribadi, kesulitan memulai atau menyelesaikan.

c. *Flat or Inappropriate Affect*

Ini adalah kurangnya menunjukkan emosi yang ditandai dengan ekspresi wajah lesu dan tidak berubah dan sedikit atau tidak ada perubahan dalam kekuatan, nada, atau nada suara. Rentang ekspresi yang sangat terbatas ini terjadi bahkan dalam situasi yang biasanya tampak sangat menyenangkan atau sangat menyedihkan. Misalnya, setelah mendengar berita bagus, seseorang dengan *Skizofrenia*  mungkin tidak tersenyum, tertawa, atau tidak memiliki kegembiraan dalam tanggapan mereka (misalnya, kontak mata yang buruk, kurangnya ekspresi wajah).

3. *Skizofrenia*  Katatonik

Tanda-tandanya meliputi stupor katatonik dan kekakuan motorik atau eksitasi katatonik. Pasien tidak dapat berbicara, merespon atau bahkan bergerak. Mereka menunjukkan kegembiraan yang parah. Tanda-tanda kegembiraan katatonik adalah mengoceh atau berbicara tidak jelas. Lebih lanjut, *Skizofrenia*  katatonik juga dapat mencakup echolalia dan echopraxia. Hal ini disebabkan oleh kekhasan gerakan involunter seperti postur aneh, meringis, atau gerakan stereotip (misalnya, mengayun, melambai, menggigit kuku).

4. *Skizofrenia*  tidak berdiferensiasi

*Skizofrenia*  tidak berdiferensiasi ini adalah kategorisasi untuk orang-orang yang tidak sesuai dengan tiga kategori sebelumnya (paranoid, tidak teratur, katatonik). Individu-individu ini mengalami halusinasi, disorganisasi, perilaku katatonik, efek datar, energi rendah, paranoia, perlambatan psikomotor dan penarikan sosial.

5. *Skizofrenia*  residual

Pasien tidak mengalami delusi, halusinasi, bicara yang tidak teratur, atau perilaku yang tidak teratur atau katatonik. Di sisi lain, mereka mengalami gejala negatif dari *Skizofrenia* , misalnya, sulit memusatkan perhatian, menarik diri dari pergaulan, apatis, penurunan bicara, dll.

6. Gangguan Skizoafektif

Gangguan ini ditandai dengan perva-defisit sive/persistent dalam keterampilan sosial dan interpersonal, perilaku eksentrik, ketidaknyamanan membentuk hubungan pribadi yang dekat, serta distorsi kognitif dan persepsi. Orang dengan kondisi tersebut mengalami gejala psikotik, seperti halusinasi atau delusi, serta gejala mania atau episode bipolar depresi atau campuran keduanya.

**2.1.4 Tanda dan Gejala *Skizofrenia***

Menurut (Yosep & Sutini, 2019, pp. 218–219), gejala-gejala yang muncul pada penderita *Skizofrenia*  yaitu terbagi menjadi dua:

1. Gejala positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterprestasikan dan merespons pesan atau rangsangan yang datang. Klien *Skizofrenia*  mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya. *Auditory hallucinations*, gejala yang biasanya timbul, yaitu klien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukkan hati, member kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri.

Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterprestasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya pada penderita *Skizofrenia* , lampu trafik di jalan raya yang berwarnaa merah-kuning-hijau, dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa. Beberapa penderita *Skizofrenia*  berubah menjadi seorang paranoid. Mereka selalu merasa sedang diamat-amati, diintai, atau hendak diserang.

Kegagalan berpikir mengarah kepada masalah dimana klien *Skizofrenia*  tidak mampu memproses atau mengatur pikirannyaa membuat mereka berbicara secara serampangan dan tidak bisa ditangkap scara logika. Ketidakmampuan dalam berpikir mengakibatkan ketidakmampuan mengendalikan emosi dan perasaan. Hasilnya, kadang penderita *Skizofrenia*  tertawa atau berbicara sendiri dengan keras tanpa memperdulikan sekelilingnya.

2. Gejala negative

Klien *Skizofrenia*  kehilangan motivasi dan apatis berarti kehilangan energi dan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi orang yang malas. Karena klien *Skizofrenia*  hanya memiliki energi yang sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal yang lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat emosi klien *Skizofrenia*  menjadi datar. Klien *Skizofrenia*  tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun. Tapi ini tidak berarti bahwa klien *Skizofrenia*  tidak bisa merasakan apapun. Mereka mungkin bisa menerima pemberian dan perhatian orang lain, tetapi tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka.

**2.1.5 Terapi Pengobatan *Skizofrenia***

Haloperidol merupakan obat antipsikotik generasi pertama yang bekerja dengan cara memblokade reseptor dopamin pada reseptor pasca sinaptik neuron di otak, khususnya di sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal (Dopamin D2 reseptor antagonists). Haloperidol sangat efektif dalam mengobati gejala positif pada pasien *Skizofrenia* , seperti mendengar suara, melihat hal-hal yang sebenarnya tidak ada dan memiliki keyakinan yang aneh. Haloperidol berguna untuk menenangkan keadaan mania pada pasien psikosis, sehingga sangat efektif diberikan pada pasien dengan gejala dominan gaduh, gelisah, hiperaktif dan sulit tidur yang dikarenakan halusinasi.

Antipsikotik generasi pertama maupun kedua sama-sama berpotensi menyebabkan efek samping berupa sedasi, gangguan otonomik, gangguan ekstrapiramidal dan gangguan pada sistem metabolic (Yulianty et al., 2017). Peran pelaku rawat (Caregive) dan Keluarga dalam pengobatan orang dengan *Skizofrenia*  memiliki peran penting dalam pengobatan Orang Dengan *Skizofrenia*  (ODS). Pengobatan jangka panjang sangat berpotensi menimbulkan kebosanan dan ketidakpatuhan, sehingga keluarga diharapkan selalu mejadi motifator dan pengawas minum obat (Juarni et al., 2021).

**2.1.6 Tahap-Tahap Perkembangan Psikosoisal**

Menurut (Erikson, 1989) dalam (Krismawati, 2018) bahwa sepanjang sejarah hidup manusia, setiap orang mengalami tahapan perkembangan dari bayi sampai dengan usia lanjut. Perkembangan sepanjang hayat tersebut diperhadapkan dengan delapan tahapan yang masing-masing mempunyai nilai kekuatan yang membentuk karakter positif atau sebaliknya, berkembang sisi kelemahan sehingga karakter negatif yang mendominasi pertumbuhan seseorang. Erikson menyebut setiap tahapan tersebut sebagai krisis atau konflik yang mempunyai sifat sosial dan psikologis yang sangat berarti bagi kelangsungan perkembangan di masa depan. Delapan tahapan perkembangan tersebut sebagai berikut:

1. Tahap I usia 0-2 tahun

Pada masa bayi atau tahun pertama adalah titik awal pembentukan kepribadian. Bayi belajar mempercayai orang lain agar kebutuhan-kebutuhan dasarnya terpenuhi. Peran ibu atau orang-orang terdekat seperti pengasuh yang mampu menciptakan keakraban dan kepedulian dapat mengembangkan kepercayaan dasar. Persepsi yang salah pada diri anak tentang lingkungannya karena penolakan dari orangtua atau pengasuh mengakibatkan bertumbuhnya perasaan tidak percaya sehingga anak memandang dunia sekelilingnya sebagai tempat yang jahat. Pada tahap inikekuatan yang perlu ditumbuhkan pada kepribadian anak ialah “harapan”.

2. Tahap II, usia 2-3 tahun

Konflik yang dialami anak pada tahap ini ialah otonomi vs rasa malu serta keragu-raguan. Kekuatan yang seharusnya ditumbuhkan adalah “keinginan atau kehendak” dimana anak belajar menjadi bebas untuk mengembangkan kemandirian. Kebutuhan tersebut dapat terpenuhi melalui motivasi untuk melakukan kepentingannya sendiri seperti belajar makan atau berpakaian sendiri, berbicara, bergerak atau mendapat jawaban dari sesuatu yang ditanyakan.

3. Tahap III, usia 3-6 tahun

Anak pada tahap ini belajar menemukan keseimbangan antara kemampuan yang ada dalam dirinya dengan harapan atau tujuannya. Itu sebabnya anak cenderung menguji kemampuannya tanpa mengenal potensi yang ada pada dirinya. Konflik yang terjadi adalah Inisiatif atau terbentuknya perasaan bersalah. Bila lingkungan sosial kurang mendukung maka anak kurang memiliki inisiatif.

4. Tahap IV, usia 6-12 tahun

Konflik pada tahap ini ialah kerja aktif vs rendah diri, itu sebabnya kekuatan yang perlu ditumbuhkan ialah “kompetensi” atau terbentuknya berbagai keterampilan. Membandingkan kemampuan diri sendiri dengan teman sebaya terjadi pada tahap ini. Anak belajar mengenai ketrampilan sosial dan akademis melalui kompetisi yang sehat dengan kelompoknya. Keberhasilan yang diraih anak memupuk rasa percaya diri, sebaliknya apabila anak menemui kegagalan maka terbentuklah inferioritas.

5. Tahap V, usia 12-20 tahun

Pada tahap ini anak mulai memasuki usia remaja dimana identitas diri baik dalam lingkup sosial maupun dunia kerja mulai ditemukan. Bisa dikatakan masa remaja adalah awal usaha pencarian diri sehingga anak berada pada tahap persimpangan antara masa kanak-kanak dengan masa dewasa. Konflik utama yang terjadi ialah Identitas vs Kekaburan Peran sehingga perlu komitmen yang jelas agar terbentuk kepribadian yang mantap untuk dapat mengenali dirinya.

6. Tahap VI, usia antara 20-40 tahun

Pada tahap ini kekuatan dasar yang dibutuhkan ialah “kasih” karena muncul konflik antara keintiman atau keakraban vs keterasingan atau kesendirian. Agen sosial pada tahap ini ialah kekasih, suami atau isteri termasuk juga sahabat yang dapat membangun suatu bentuk persahabatan sehingga tercipta rasa cinta dan kebersamaan. Bila kebutuhan ini tidak terpenuhi, maka muncullah perasaan kesepian, kesendirian dan tidak berharga.

7. Tahap VII, usia 40-65 tahun

Seseorang telah menjadi dewasa pada tahap ini sehingga diperhadapkan kepada tugas utama untuk menjadi produktif dalam bidang pekerjaannya serta tuntutan untuk berhasil mendidik keluarga serta melatih generasi penerus. Konflik utama pada tahap ini ialah generatifitas vs stagnasi, sehingga kekuatan dasar yang penting untuk ditumbuhkan ialah “kepedulian”. Kegagalan pada masa ini menyebabkan stagnasi atau keterhambatan perkembangan.

8. Tahap VIII, usia 65 tahun-kematian

Pribadi yang sudah memasuki usia lanjut mulai mengalami penurunan fungsi-fungsi kesehatan. Begitu juga pengalaman masa lalu baik keberhasilan atau kegagalan menjadi perhatiannya sehingga kebutuhannya adalah untuk dihargai. Konflik utama pada tahap ini ialah Integritas Ego vs Keputusasaan dengan kekuatan utama yang perlu dibentuk ialah pemunculan “hikmat atau kebijaksanaan”. Fungsi pengalaman hidup terutama yang bersifat sosial, memberi makna tentang kehidupan.

**2.2 Konsep Halusinasi**

**2.2.1 Definisi Halusinasi**

Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi yaitu merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, perabaan atau penghiduan. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada (Keliat, 2011) dalam (Putri, 2017).

Halusinasi merupakan distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respon neurobiologis maladaptif. Klien sebenarnya mengalami distorsi sensori, namun meresponsnya sebagai hal yang nyata (Jayanti & Mubin, 2021).

**2.2.2 Etiologi Halusinasi**

1. Faktor predisposisi dan presipitasi menurut (Supinganto, Agus, 2021, pp. 107– 108)

a. Faktor Presdiposisi

1) Faktor perkembangan

Hambatan perkembangan akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stress dan ansietas yang dapat berakhir dengan gangguan persepsi.

2) Faktor sosial budaya

Berbagai faktor di masyarakat yang membuat seseorang merasa disingkirkan atau kesepian.

3) Faktor psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis

4) Faktor Biologis

Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realita.

5) Faktor Genetik

Gangguan orientasi realita termasuk halusinasi umumnya ditemukan pada pasien *Skizofrenia* . *Skizofrenia*  ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah anggota keluarganya mengalami *Skizofrenia* .

b. Faktor Presipitasi

1) Stresor sosial budaya

Stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan stabilitas keluarga.

2) Faktor biokimia

Berbagai penelitian tentang dopamine, norepinefrin, indolamin, serta zat halusigenik diduga berkaitan dengan gangguan orientasi realita.

3) Faktor psikologis

Kecemasan yang berlebhan dan dalam jangka waktu yang lama disertai dengan keterbatasan kemampuan mengatasi masalah memungkinkan berkembangnya gangguan orientasi ralita.

4) Perilaku

Perilaku yag perlu dikaji pada pasien dengan gangguan orientasi realitas berkaitan dengan perubahan proses pikir, afektif persepsi, motorik, dan sosial.

**2.2.3 Klasifikasi Halusinasi**

Menurut (Kusumawati & Hartono, 2010) klasifikasi *Skizofrenia*  terbagi menjadi tujuh bagian yaitu:

1. Halusinasi Pendengaran

Mendengarkan suara atau kebisingan yang kurang jelas ataupun yag jelas, dimana terkadang suara tersebut seprti mengajak bicara klien dan kadang memerintahkan klien untuk melakukan sesuatu.

2. Halusinasi Penglihatan

Stimulus visual dalam bentuk kilatan atau cahaya, gambar atau bayangan yang rumit atau kompleks. Bayangan bisa yang menyenangkan atau menakutkan.

3. Halusinasi Penghirup

Membaui bau-bauan tertentu seperti bau darah, urin, dan feses parfum atau bau yang lain. Ini sering terjadi pada seseorang pasca serangan stroke, kejang atau demensia.

4. Halusinasi Pengecapan

Merasa mengecap rasa seperti rasa darah, urin atau feses, atau yang lainnya.

5. Halusinasi perabaan

Merasa mengalami nyeri, rasa tersetrum listrik atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas.

6. Halusinasi *chenesthetic*

Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makan atau pembentukan urine.

7. Halusinasi Kinistetik

Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak.

**2.2.4 Tahapan Halusinasi**

Menurut (Kusumawati & Hartono, 2010) tahapan terbagi menjadi empat yaitu:

1. Tahap *Comforting* (Fase Menyenangkan)

Klien mengalami stress, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian yang memuncak, dan tidak dapat diselesaikan.

Perilaku klien : Tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata cepat, respon verbal lambat jika sedang asyik dengan halusinasinya, dan suka meneyendiri.

2. Tahap *Condemming* (Halusinasi menjadi menjijikan)

Pengalaman sensori menjijikan dan menakutkan, kecemasan meningkat, melamun, dan berpikir sendiri menjadi dominan. Mulai dirasakan ada bisikan yang tidak jelas. Klien tidak mau orang lain tahu, dan ia tetap dapat mengontronya.

Perilaku klien : meningkatnya tanda-tanda sistem saraf otonom seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah. Klien asik dengan dengan halusinasinya dan tidak bisa membedakan realitas.

3. Fase *Controlling* (Pengalaman sensori menjadi berkuasa)

Bisikan, suara, isi halusinasi, semakin menenjol, menguasai dan mengontrol klien. Klien menjadi terbiasa dan tidak berdaya terhadap halusinasinya.

Karakteristik Klien : Kemauman dikendalikan halusinasi, rentan perhatian hanya beberapa menit atau detik. Tanda-tanda fisik berupa klien berkeringat, tremor dan tidak mampu mematuhi perintah.

4. Fase *Concuering* (Klien lebur dengan halusinasinya, panik)

Halusinasinya berubah menjadi mengacam, memerintah dan memarahi klien. Klien menjadi takut, tidak berdaya, hilang kontrol, dan tidak dapat berhubungan secara nyata dengan orang lain di lingkungan.

Perilaku Klien : perilaku terror akibat panic, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agatasi, menarik diri atau katatonik, tidak mampu merespon terhadap perintah kompleks, dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang.

**2.2.5 Tanda dan Gejala Halusinasi**

Menurut (PPNI, 2016) tanda dan gejala halusinasi penting perlu diketahui oleh perawat agar dapat menetapkan masalah halusinasi, antara lain:

1. Respon tidak sesuai

2. Bersikap seolah mendengar sesuatu

3. Menyendiri

4. Melamun

5. Konsentrasi buruk

6. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi

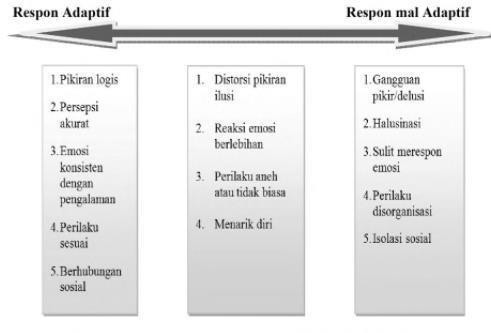
7. Curiga

8. Melihat ke satu arah

9. Mondar-mandir

10. Berbicara sendiri

**2.2.6 Rentang Respon**



Gambar 2.1

Rentang Respon Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Menurut

(Stuart dan Laraia, 2005) dalam (Muhith Abdul, 2015)

Keterangan:

1. Respon adaptif

Respon adaptif adalah respon yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku.

a. Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan.

b. Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan.

c. Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman asli.

d. Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran.

e. Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

2. Respon psikososial meliputi:

a. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan

b. Ilusi adalah miss interprestasi yang salah penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.

c. Emosi berlebihan atau berkurang.

d. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.

e. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

3. Respon maladaptif

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan maslah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan.

Adapun respon maladaptif meliputi:

a. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.

b. Halusinasi merupakan persepsi sensori yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.

c. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.

d. Perilaku tidak teroganisir merupakan suatu yang tidak teratur.

e. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

**2.2.7 Sumber Koping**

Strategi yang membantu dalam memecahkan masalah yang dihadapi. Sumber koping didapat dari dalam diri dan dari luar individu. Sumber koping internal dihubungkan dengan kemapuan yang dimiliki individu dalam mengatasi masalah (Stuart, 2013) dalam (Wuryaningsih et al., 2020).

**2.2.8 Mekanisme Koping**

Mekanisme koping dpat dikategorikan sebagai *task-oriented reaction* dan *ego oriented reaction*. *Task-oriented* *reaction* berpikir, mencoba berhati-hati untuk menyelesaikan masalah. *Ego* *oriented reaction* sering digunakan untuk melindungi diri. Reaksi ini sering disebut mekanisme pertahanan (Wuryaningsih et al., 2020). Menurut Kurniawati (2023), kedua mekanisme koping tersebut sering digunakan untuk mengatasi kecemasan ringan sampai sedang. Salah satu bentuk mekanisme ini adalah fantasi, dimana seseorang mempunyai keinginan yang tidak terkabul dipuaskan dalam imajinasi, mengkhayal seolah-olah menjadi seperti yang diinginkan. Terdapat beberapa tahapan dalam reaksi dalam diri seseorang dan keluarganya, yaitu:

1. Tahap Pengharapan.

Pada tahap pertama ini, pasien serta keluarga masih sangat berharap penyakitnya ini dapat disembuhkan.

2. Tahap Penyangkalan

Pada tahap ini, pasien serta keluarga akan menyangkal kenyataan, dan biasanya akan meminta pemeriksaan ulang atau konsultasi ke dokter lebih ahli karena masih belum percaya serta mengira-ngira adanya kesalahan diagnose.

3. Tahap Pemberontakan

Pada tahap ini biasanya pasien dan keluarga akan berontak menentang kenyataan yang dihadapi.

4. Tahap Kemarahan

Pada tahap ini, biasanya pasien dan keluarga akan mudah tersinggung, bahkan bisa memarahi atau menyalahkan orang yang berniat membantu.

5. Tahap Kompromi

Pada tahap ini, biasanya pasien dan keluarga akan melakukan tawar- menawar agar pasien dapat diobati dengan alternatif lain. Pada tahap ini pula, biasanya orang-orang akan berjanji untuk melakukan hal-hal tertentu atau berjanji akan hidup lebih baik jika sembuh.

6. Tahap Depresif

Pada tahap ini, akan ditemukan sikap sering murung, pendiam, dan akan mudah menangis.

7. Tahap Penerimaan

Pada tahap ini, pasien dan keluarga akan mulai menerima kenyataan bahwa pasien mengidap suatu penyakit tertentu. Pada tahap ini juga biasanya pasien dan keluarga akan menjadi lebih pasrah, tenang, dan menerima apa saja yang akan terjadi.

Ketujuh tahapan reaksi ini belum tentu semuanya akan dilewati oleh setiap orang dan belum tentu berurutan tahap demi tahap. Tahapan reaksi tersebut adalah hal yang wajar dialami oleh setiap orang yang mengalami masalah. Penderita juga mengalami tahapan reaksi dalam dirinya dan dia membutuhkan motivasi dan dukungan (Anonim, 2007, dalam Risnawati, 2009).

**2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Perespsi Sensori : Halusinasi Pendengaran**

**2.3.1 Pengkajian**

1. Identitas

Di dalam identitas berisikan nama, usia, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, dan status perkawinan.

2. Alasan Masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan peilaku yang berubah misalnya tertawa sendiri, marah-marah sendiri ataupun terkadang berbicara sendiri.

3. Faktor predisposisi

a. Faktor genetis. Telah diketahui bahwa secara genetis *schizofrenia* diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian, kromosom yang ke beberapa yang menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian.

b. Faktor biologis. Adanya gangguan pada otak menyebabkan timbulkan respon neurobilogikal maladaptif.

c. Faktor presipitasi psikologis. Keluarga, pengasuh, lingkungan, pola asuh anak tidak ade kuat, pertengkaran orang tua, penganiyayaan, tindak kekerasan.

d. Sosial budaya: kemiskinan, konflik sosial budaya, peperangan, dan kerusuhan.

4. Faktor presipitasi

a. Biologi: berlebihnya proses informasi sistem syaraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak menyebabkan mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu (mekanisme gathing abnormal).

b. Stress lingkungan

c. Gejala-gejala pemicu seperti kondisi kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku

5. Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien.

6. Psikososial

a. Genogram. Perbuatan genogram minimal 3 generasi yang menggambarkan hubungan klien dengan keluarga, masalah yang terkait dengan komunikasi pengambilan keputusan, pola asuh, pertumbuhan individu dan keluarga.

b. Konsep diri

1) Gambaran diri. Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, reaksi klien terhadap bagian tubuh yang tidak disukai dan bagian yang disukai.

2) Identitas diri. Klien dengan halusinasi tidak puas akan dirinya sendiri merasa bahwa klien tidak berguna.

3) Fungsi peran. Tugas atau peran klien dalam keluarga / pekerjaan / kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, dan bagaimana perasaan klien akibat perubahan tersebut. Pada klien halusinasi bisa berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan penyakit, trauma akan masa lalu, menarik diri dari orang lain, perilaku agresif.

4) Ideal diri. Harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya. Pada klien yang mengalami halusinasi cenderung tidak peduli dengan diri sendiri maupun sekitarnya.

5) Harga diri. Klien yang mengalami halusinasi cenderung menerima diri tanpa syarat meskipun telah melakukan kesalahn, kekalahan dan kegagalan ia tetap merasa dirinya sangat berharga.

c. Hubungan sosial. Tanyakan siapa orang terdekat di kehidupan klien tempat mengadu, berbicara, minta bantuan, atau dukungan. Serta tanyakan organisasi yang di ikuti dalam kelompok/masyarakat. Klien dengan halusinasi cenderung tidak mempunya orang terdekat, dan jarang mengikuti kegiatan yang ada dimasyarakat. Lebih senang menyendiri dan asyik dengan isi halusinasinya.

d. Spiritual. Nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan. Apakah isi halusinasinya mempengaruhi keyakinan klien dengan Tuhannya.

7. Status mental

a. Penampilan. Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki. Pada klien dengan halusinasi mengalami defisit perawatan diri (penampilan tidak rapi. penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam). Raut wajah nampak takut, kebingungan, cemas.

b. Pembicaraan. Klien dengan halusinasi cenderung suka berbicara sendiri, ketika di ajak bicara tidak fokus. Terkadang yang dibicarakan tidak masuk akal.

c. Aktivitas motorik. Klien dengan halusinasi tampak gelisah, kelesuan, ketegangan, agitasi, tremor. Klien terlihat sering menutup telinga, menunjuk-nunjuk ke arah tertentu, menggaruk-garuk permukaan kulit, sering meludah, menutup hidung

d. Afek emosi. Pada klien halusinasi tingkat emosi lebih tinggi, perilaku agresif, ketakutan yang berlebih.

e. Interaksi selama wawancara. Klien dengan halusinasi cenderung tidak kooperatif (tidak dapat menjawab pertanyaan pewawancara dengan spontan) dan kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara) mudah tersinggung.

f. Persepsi-sensori

1) Jenis halusinasi

2) Waktu. Perawat juga perlu mengkaji waktu munculnya halusinasi yang dialami pasien. Kapan halusinasi terjadi? Apakah pagi, siang, sore, malam? Jika muncul pukul berapa?

3) Frekuensi. Frekuensi terjadinya apakah terus-menerus atau hanya sekali-kali, kadang-kadang, jarang atau sudah tidak muncul lagi. Pada klien halusinasi sering kali mengalami halusinasi pada saat klien tidak memiliki kegiatan/saat melamun maupun duduk sendiri.

4) Situasi yang menyebabkan munculnnya halusinasi. Situasi terjadinnya apakah ketika sendiri, atau setelah terjadi kejadian tertentu?

5) Respons terhadap halusinasi. Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul.

g. Proses berfikir

1) Bentuk fikir. Bentuk pemikiran yang tidak sesuai dengan kenyataan yang ada atau tidak mengikuti logika secara umum (tak ada sangkut pautnya antara proses individu dan pengalaman yang sedang terjadi). Klien yang mengalami halusinasi lebih sering was-was terhadap hal- hal yang dialaminya.

2) Isi fikir. Pasien akan cenderung selalu merasa curiga terhadap suatu hal dan depersonalisasi yaitu perasaan yang aneh/asing terhadap diri sendiri, orang lain, lingkungan sekitarnya. Berisikan keyakinan berdasarkan penilaian non realistis.

h. Tingkat kesadaran. Pada klien halusinasi sering kali merasa bingung, apatis (acuh tak acuh).

i. Memori

1) Daya ingat jangka panjang: mengingat kejadian masa lalu lebih dari 1 bulan

2) Daya ingat jangka menengah: dapat mengingat kejadian yang terjadi 1 minggu terakhir

3) Daya ingat jangka pendek: dapat mengingat kejadian yang terjadi saat ini.

j. Tingkat konsentrasi dan berhitung.

k. Kemampuan penilaian mengambil keputusan

1) Gangguan ringan: dapat mengambil keputusan secara sederhana baik dibantu orang lain/tidak.

2) Gangguan bermakna: tidak dapat mengambil keputusan secara sederhana cenderung mendengar/melihat ada yang di perintahkan.

l. Daya tilik diri. Pada klien halusinasi cenderung mengingkari penyakit yang diderita: klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya.

8. Kebutuhan pulang

Kemampuan klien memenuhi kebutuhan, tanyakan apakah klien mampu atau tidak memenuhi kebutuhannya sendiri seperti makan, perawatan diri, keamanan, kebersihan.

9. Mekanisme koping

Biasanya pada klien halusinasi cenderung berperilaku maladaptif, seperti mencederai diri sendiri dan orang lain di sekitarnnya. Malas beraktifitas, perubahan suatu persepsi dengan berusaha untuk mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain, mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal.

10. Masalah psikosoial dan lingkungan

Biasannya pada klien halusinasi mempunyai masalah di masalalu dan mengakibatkan dia menarik diri dari masyarakat dan orang terdekat.

11. Aspek pengetahuan mengenai penyakit

Pada klien halusinasi kurang mengetahui tentang penyakit jiwa karena tidak merasa hal yang dilakukan dalam tekanan.

12. Aspek medis

Memberikan penjelasan tentang diagnostik medik dan terapi medis. Pada klien halusinasi terapi medis seperti *Haloperidol, Clapromazine, Trihexyphenidyl*.

**2.3.2 Pohon Masalah**

Resiko Perilaku Kekerasan (*Effect*)

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi (*Core Problem*)

Isolasi Sosial : Menarik Diri (*Causa*)

Harga Diri Rendah

Koping Individu Tidak Efektif

Gambar 2.2

Pohon Masalah Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

**2.3.3 Diagnosa Keperawatan**

Adapun diagnosa keperawatan pasien yang muncul pasien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi sebagai berikut:

1. Gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran

2. Isolasi sosial

3. Risiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan, dan verbal).

**2.3.4 Perencanaan Keperawatan**

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai setiap tujuan khusus. Perawat dapat memberikan alasan ilmiah terbaru dari tindakan yang diberikan. Alasan ilmiah merupakan pengetahuan yang berdasarkan pada literatur, hasil penelitian atau pengalaman praktik. Rencana tindakan disesuaikan dengan standart asuhan keperawatan jiwa Indonesia (Keliat et al., 2019).

1. Rencana Keperawatan pada Klien (Keliat et al., 2019)

Tujuan tindakan keperawatan untuk pasien meliputi: Pasien dapat mengenali halusinasi yang dialaminya, pasien dapat mengontrol halusinasinya dan pasien mengikuti program pengobatan secara optimal (Keliat, 2014) dalam (Indriawan, 2019).

a. Tidak mendukung dan tidak membantah halusinasi klien.

b. Latih klien melawan halusinasi dengan cara menghardik.

c. Latih klien mengabaikan dengan bersikap cuek.

d. Latih klien mengalihkan halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan secara teratur.

e. Latih klien minum obat dengan prinsip 8 benar, yaitu benar nama klien, benar manfaat obat, benar dosis obat, benar frekuensi obat, benar cara, benar tanggal kadaluarsa, dan benar dokumentasi.

f. Diskusikan manfat yang didapatkan setelah mempraktikkan Latihan mengedalikan halusinasi.

g. Berikan pujian pada klien saat mampu mempraktikkan Latihan mengendalikan halusinasi.

2. Rencana Keperawatan pada Keluarga (Keliat et al., 2019).

a. Kaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.

b. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, serta proses terjadinya halusinasi yang dialami klien.

c. Diskusikan cara merawat halusinasi dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi klien.

d. Melatih keluarga cara merawat halusinasi:

1) Menghindari stuasi yang menyebabkan halusinasi.

2) Membimbing klien melakukan cara mengendalikan halusinasi sesuai dengan yang dilatih perawat kepada pasien.

3) Memberi pujian atas keberhasilan pasien.

e. Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk bercakap-cakap secara bergantian, memotivasi klien melakukan laatihan dan memberi pujian atas keberhasilannya.

f. Menjelaskan tanda dan gejala halusinasi yang memerlukan rujukan segera yaitu isi halusinasi yang memerintahkan kekerasan, serta melakukan follow-up ke pelayanan kesehatan secara teratur.

**2.3.5 Implementasi Keperawatan**

SP 1 Pasien Halusinasi: Bantu pasien mengenali halusinasinya dengan cara diskusi dengan pasien tentang halusinasinya, waktu terjadi halusinasi muncul, frekuesi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul, respon pasien saat halusinasi muncul dan ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan cara pertama yaitu dengan menghardik halusinasinya. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak memperdulikan halusinasinya.

SP 2 Pasien Halusinasi: Ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan cara kedua yaitu dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap-cakap deengan orang lain, maka akan terjadi pengalihan perhatian, fokus perhatian pasien akan teralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain.

SP 3 Pasien Halusinasi: Ajarkan pasien untuk mengontrol halusinasinya dengan aktivitas terjadwal. Dengan melakukan aktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang sering kali mencetuskan halusinasi.

SP 4 Pasien Halusinasi: Berikan pasien pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur. Untuk mengontrol halusinasi, pasien harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program.

**2.3.6 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan, dimana kegiatan ini dilakukan terus menerus untuk menentukan apakah rencana efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan (Manurung, 2011). Evaluasi meliputi respon perilaku dan emosi lebih terkendali yang sudah tidak mengamuk lagi, bicara dan tertawa sendiri, sikap curiga, perasaan cemas dan berat, serta pasien mempercayai perawatnya, pasien menyadari bahwa yang dialaminya tidak ada objeknya, pasien dapat mengontrol halusinasi. Sehingga, persepsi pasien mulai membaik, pasien dapat menjelaskan hal yang nyata dan tidak nyata. Pada keluarga mampu menjelaskan masalah halusinasi yang nyata dan tidak nyata. Pada keluarga mampu menjelaskan masalah halusinasi yang dialami oleh pasien, mampu menjelaskan cara merawat pasien, mampu memperagakan cara bersikap terhadap pasien (Yusuf, dkk, 2015) dalam (Indriawan, 2019).

**2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik**

**2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang dilakukan perawat dengan pasien atau perawat dengan keluarga pasien yang didasari oleh hubungan saling percaya yang didalam komunikasi tersebut terdapat seni penyembuhan yaitu mengatasi kecemasan (Kio, 2019) dalam (Kusuma et al., 2021).

**2.4.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik**

Menurut tujuan dari komunikasi terapeutilk adalah :

1. Membantu mengatasi masalah klien untuk mengurangi beban perasaan dan pikiran

2. Membantu mengambil tindakan yang efektif untuk klien/pasien.

3. Memperbaiki pengalama esmosinal pasien

4. Mencapai tingkat kesembuhan yang diharapkan

**2.4.3 Manfaat Komunikasi Terapeutik**

Menurut (Ajaswarni, 2016) mengungkapkan bahwa komunikasi teraupetik memiliki manfaat yang sangat berdampak bagi perawat dank lien, adapun manfaat yang diberikan yaitu:

1. Merupakan sarana terbina hubungan yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan.

2. Mengetahui perubahan perilaku yang terjadi pada individu atau pasien.

3. Mengetahui keberhasilan tindakan kesehatan yang telah dilakukan.

4. Sebagai tolok ukur kepuasan pasien.

5. Sebagai tolok ukur komplain tindakan dan rehabilitasi.

**2.4.4 Teknik Komunikasi Terapeutik**

Menurut menurut Stuart dan Sundeen (Mundakir, 2006:131) dalam (Prasanti, 2017) teknik yang digunakan dalam komunikasi terapeutik, antara lain:

1. Mendengarkan (listening)

2. Pertanyaan terbuka (broad opening)

3. Mengulang (restoring)

4. Klarifikasi

5. Refleksi

6. Memfokuskan,

7. Membagi persepsi

8. Identifikasi tema

9. Diam (silence)

10. Pemberian informasi (informing)

11. Memberikan saran

**2.4.5 Tahapan Komunikasi Terapeutik**

Menurut (Prasanti, 2017) tahap Komunikasi Terapeutik dibagi menjadi 4 tahap :

1. Tahap persiapan/pra-interaksi

Pada tahap pra-interaksi, dokter sebagai komunikator yang melaksanakan komunikasi terapeutik mempersiapkan dirinya untuk bertemu dengan klien atau pasien. Sebelum bertemu pasien, dokter haruslah mengetahui beberapa informasi mengenai pasien, baik berupa nama, umur, jenis kelamin, keluhan penyakit, dan sebagainya. Apabila dokter telah dapat mempersiapkan diri dengan baik sebelum bertemu dengan pasien, maka ia akanbisa menyesuaikan cara yang paling tepat dalam menyampaikan komunikasi terapeutik kepada pasien, sehingga pasien dapat dengan nyaman berkonsultasi dengan dokter.

2. Tahap perkenalan/orientasi

Tahap perkenalan dilaksanakan setiap kali pertemuan dengan pasien dilakukan. Tujuan dalam tahap ini adalah memvalidasi keakuratan data dan rencana yang telah dibuat sesuai dengan keadaan pasien saat ini, serta mengevaluasi hasil tindakan yang telah lalu. Tahap perkenalan/orientasi adalah ketika dokter bertemu dengan pasien. Persiapan yang dilakukan dokter pada tahap prainteraksi diaplikasikan pada tahap ini. Sangat penting bagi dokter untuk melaksanakan tahapan ini dengan baik karena tahapan ini merupakan dasar bagi hubungan terapeutik antara dokter dan pasien.

3. Tahap kerja

Tahap kerja merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Tahap kerja merupakan tahap yang terpanjang dalam komunikasi terapeutik karena di dalamnya dokter dituntut untuk membantu dan mendukung pasien untuk menyampaikan perasaan dan pikirannya dan kemudian menganalisis respons ataupun pesan komunikasi verbal dan nonverbal yang disampaikan oleh pasien. Dalam tahap ini pula dokter mendengarkan secara aktif dan dengan penuh perhatian sehingga mampu membantu pasien untuk mendefinisikan masalah yang sedang dihadapi oleh pasien, mencari penyelesaian masalah dan mengevaluasinya.

4. Tahap terminasi

Terminasi merupakan akhir dari pertemuan dokter dan pasien. Tahap terminasi dibagi dua, yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara adalah akhir dari tiap pertemuan dokter dan pasien, setelah hal ini dilakukan dokter dan pasien masih akan bertemu kembali pada waktu yang berbeda sesuai dengan kontrak waktu yang telah disepakati bersama. Sedangkan terminasi akhir dilakukan oleh dokter setelah menyelesaikan seluruh proses keperawatan.

**2.4.6 Faktor yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik**

Menurut (Ajaswarni, 2016) berhasilnya pencapaian tujuan dari suatu komunikasi sangat tergantung dari faktor-faktor memengaruhi sebagai berikut.

1. Spesifikasi tujuan komunikasi

Komunikasi akan berhasil jika tujuan telah direncanakan dengan jelas.

2. Lingkungan nyaman.

Lingkungan yang dapat melindungi privasi akan memungkinkan komunikan dan komunikator saling terbuka dan bebas untuk mencapai tujuan.

3. Privasi (terpeliharanya privasi kedua belah pihak).

Kemampuan komunikator dan komunikan untuk menyimpan privasi masing- masing lawan bicara serta dapat menumbuhkan hubungan saling percaya yang menjadi kunci efektivitas komunikasi.

4. Percaya diri.

Kepercayaan diri masing-masing komunikator dan komunikan dalam komunikasi dapat menstimulasi keberanian untuk menyampaikan pendapat sehingga komunikasi efektif.

5. Berfokus kepada klien

Komunikasi terapeutik dapat mencapai tujuan jika komunikasi diarahkan dan berfokus pada apa yang dibutuhkan klien. Segala upaya yang dilakukan perawat adalah memenuhi kebutuhan klien.

6. Stimulus

Stimulus yang optimal adalah penggunaan dan pemilihan komunikasi yang tepat sebagai stimulus untuk tercapainya komunikasi terapeutik.

7. Mempertahankan jarak personal.

Jarak komunikasi yang nyaman untuk terjalinnya komunikasi yang efektif harus diperhatikan perawat. Jarak untuk terjalinnya komunikasi terapeutik adalah satu lengan (± 40 cm). Jarak komunikasi ini berbeda-beda tergantung pada keyakinan (agama), budaya, dan strata sosial.

**2.5 Konsep Stress dan Adaptasi**

**2.5.1 Definisi Stress dan Adaptasi**

Stres merupakan reaksi tertentu yang muncul pada tubuh yang bisa disebabkan oleh berbagai tuntutan, misalnya ketika manusia menghadapi tantangan yang penting, ketika dihadapkan pada ancaman, atau ketika harus berusaha mengatasi harapan-harapan yang tidak realistis dari lingkungannya (Muhith Abdul, 2015).

Stres merupakan respon berupa memproteksi diri terhadap lingkungan atau stiuasi yang dapat menjadi stressor (penyebab/pemicu stres) (Muzliyati, Ulfa, Parliani, 2019). Stres adalah kondisi tidak menyenangkan Dimana seseorang memiliki tuntutan dalam suatu situasi yang dapat menjadi beban atau berada diluar batas kemampuan mereka untuk memenuhi kebutuhan tersebut (Muthih, 2011).

Adaptasi merupakan suatu proses perubahan yang menyertai individu dalam merespon terhadap perubahan yang ada dilingkungan dan dapat mempengaruhi keutuhan tubuh baik secara fisiogis maupun psikologis yang akan menghasilkan prilaku adaptif (Muhith Abdul, 2015).

Menurut Rasmus (2004), adaptasi merupakan suatu usaha penyesuaian diri dengan kebutuhan atau tuntutan baru untuk menyeimbangkan kembali seperti keadaan normal. Adaptasi dapat diartikan sebagai perubahan diri secara sengaja dengan menyesuaikan keadaan lingkungkan, tapi juga mengubah lingkungan sesuai dengan keadaan (keinginan diri) (Gerungan, 2006).

**2.5.2 Sumber Stress dan Adaptasi**

Menurut Maramis (1999) dalam (Muhith Abdul, 2015), sumber stres yaitu, frustasi, konflik, dan tekanan. Pada fase frustasi (*frustration*) terjadi ketika kebutuhan pribadi terhalangi dan seseorang gagal dalam mencapai tujuan yang diinginkannya. Frustrasi dapat terjadi sebagai akibat dari keterlambatan, kegagalan, kehilangan, kurangnya sumber daya, atau diskriminasi. Konflik (*conflicts*), terjadi karena tidak bisa memilih antara dua atau lebih macam keinginan, kebutuhan atau tujuan. Tekanan (*pressure*), didefinisikan sebagai stimulus yang menempatkan individu dalam posisi untuk mempercepat, meningkatkan kinerjanya, atau mengubah perilakunya. Tipe yang keempat adalah perubahan (*changes*), tipe sumber stres yang keempat ini seperti hal nya yang ada di seluruh tahap kehidupan, tetapi tidak dianggap penuh tekanan sampai mengganggu kehidupan seseorang baik secara positif maupun negatif. *Self-Imposed* merupakan sumber stres yang berasal dalam sistem keyakinan pribadi pada seseorang, bukan dari lingkungan.

Callista Roy (1970) (dalam Rasmus, 2004) mengungkapkan ada 4 sistem efektor dalam adaptasi, yaitu sebagai berikut:

1. Fisik (*Physicological*)

Adaptasi yang digunakan untuk tetap bersatunya fungsi system tubuh, yaitu reaksi fisik terhadap adanya stressor yang masuk dalam tubuh, berupa penolakan tubuh terhadap stressor, baik secara alami (reaksi imunitas), maupun yang dipelajari yaitu tindakan menghindar/berlindung, menangkis untuk menolak/ mengurangi stressor.

2. Konsep Diri (*Self Consept*)

Yaitu menyangkut persepsi diri, melibatkan aktivitas mental dan pengungkapan perasaan diri. Konsep diri ada lima, yaitu:

a. Identitas diri, merupakan hal yang berhubungan dengan ciri-ciri yang dipersepsikan.

b. Ideal diri, merupakan hal yang terkait dengan persepsi diri terhadap cita- cita, keinginan, harapan hidup yang dipersepsikan.

c. Peran diri, merupakan persepsi terhadap peran dirinya di lingkungan sosial Masyarakat.

d. Gambaran diri, merupakan persepsi dirinya terhadap keseluruhan bentuk fisik (tubuhnya).

e. Harga diri, merupakan persepsi terhadap keberadaan nilai dirinya dalam lingkungan sosial.

3. Fungsi Peran (*Role Function*)

Yaitu keseluruhan dari fungsi psikososial yang diperankan di berbagai peran di Masyarakat, keberadaannya sebagai kepala keluarga, tokoh Masyarakat, tokoh agama, pejabat negara, dan lain-lain. Dari peran yang dimiliki tersebut bagaimana individu dapat menjaga integritas diri melalui proses adaptasi.

4. Kemandirian (*Interdependence*)

Yaitu keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian didalam mencapai sesuatu.

**2.6 Review Jurnal Pendukung Intervensi Halusinasi**

Tabel 2.1

Review Jurnal Pendukung Intervensi Halusinasi

| **Judul Penelitian** | **Penulis dan Tahun Penelitian** | **Jenis atau Metode Penelitian** | **Sampel atau Responden** | **Intervensi dan Alat Ukur** | **Variabel** | **Hasil Temuan** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pengaruh Terapi Musik Terhadap Perubahan Perilaku Penderita Halusinasi Pendengaran pada Pasien *Skizofrenia* : Tinjauan Literatur | Tania Succi Dwi Apriliani, Erna Tsalatsatul Fitriyah, Asri Kusyani (2021) | Penelitian ini mengguna kan metode Literature Review. | Database yang digunakan adalah Google Scholar dan  Portal Garuda. | Temuan dari beberapa database  yang terseleksi berdasarkan diagram prisma flow  dengan kriteria inklusi dan eksklusi. | Penelitian ini mempunyai  3 variabel, yaitu Terapi Musik, Halusinasi Pendengaran, dan  *Skizofrenia* | Pada kajian literatur review ini teridentifikasi 10 jurnal yang di review dan menunjukkan beberapa bentuk perubahan perilaku yang tejadi pada penderita halusinasi pendengaran pada pasien *Skizofrenia*  setelah diberikan  terapi musik yaitu menurunkan  tanda dan gejala halusinasi, membuat pasien merasa nyaman, menurunkan  kecemasan,  mengurangi perilaku emosional dan dapat meningkatkan fungsi interpersonal. |
| Penerapan Terapi Menghardik dan  Menggambar pada Pasien Halusinasi Pendengara n | Shella Oktaviani, Uswatun Hasanah, Indhit Tri Utami (2022) | Desain karya tulis ilmiah ini mengguna kan desain studi kasus. | Subjek dalam karya tulis ilmiah ini  adalah 2 orang dengan kriteria subjek yaitu, pasien bersedia menjadi subjek, pasien dengan masalah keperawatan utama halusinasi: pendengaran. | Analisa data dilakukan menggunakan analisis deskriptif | Penelitian ini mempunyai  3 variabel, yaitu Terapi Menghardik, Menggambar, dan  Halusinasi Pendengaran. | Karakteristik subjek yang mempengaruhi terjadinya halusinasi adalah usia dan jenis kelamin, serta faktor predisposisi dan faktor resipitasi. Terapi menghardik dan menggambar dapat membantu pasien mengontrol halusinasi pendengaran pada kedua subjek. |
| Pengaruh Terapi Musik Terhadap Klien *Skizofrenia*  Paranoid Pada Halusinasi Pendengara n di Paviliun Seroja Rumah Sakit Umum Koesnadi Bondowoso | Lubbabul Jannah, Vivin Nur Hafifah, Handono Fathur Rahman (2022) | Penelitian ini mengguna kan metode penelitian eksperimen kuasi (Quasi Experimen tal Design), desain penelitian yang digunakan adalah N onequival ent Control  Group Design. | Penelitian ini menggunakan ”*accidental sampling*”.  Pada sampling ini dipilih klien yang memenuhi kriteria  dan dapat mewakili karakteristik populasi yaitu  klien yang menderita *Skizofrenia*  Paranoid. Jumlah ampel yaitu 9 orang. | Instrumen penelitian ini telah diuji validitas dan reabilitasnya yang didapatkan nilai 0,001.  Kelompok eksperimen diberikan intervensi dengan terapi musik satu kali sehari dalam tujuh hari selama 10-15 menit.  Kemudian  data  dianalisis menjadi non parametrik dengan dua  sampel yang berhubungan menggunakan uji Wilcoxon | Penelitian ini mempunyai  3 variabel, yaitu Terapi Musik, *Skizofrenia*  Paranoid, dan Halusinasi Pendengara n. | Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan tingkat kontras halusinasi yang signifikan setelah diberikan intervensi antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dengan p value 0,050 (=0,05).  Kesimpulannya tingkat halusinasi kelompok eksperimen lebih rendah setelah diberikan intervensi. |

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan Gangguan persepsi sensori, maka penulis mengajukan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 24 November 2023 sampai dengan 26 November 2023 dengan data pengkajian pada tanggal 24 November 2023 pukul 09:00 WIB. Anamnese diperoleh dari pasien dan file No.Register 740XXX sebagai berikut :

**3.1 Pengkajian**

**3.1.1 Identitas**

Pasien adalah seorang perempuan bernama “MK” usia 28 tahun, beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia. Status perkawinan pasien saat ini menikah, saat ini pasien tidak bekerja dan lulusan SLTA, pasien mengatakan tinggal di Babatan Jati RT 010 RW 003 Sidoarjo. Pasien MRS di ruang Pav 6 RSPAL dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 21 November 2023.

**3.1.2 Alasan Masuk**

Pasien marah-marah sejak 2 minggu yang lalu, bicara sendiri, senyum-senyum sendiri, sering halusinasi dan bisikan, semalam ibu dan kakak pasien didorong dan dipukul pasien, pasien merasa hamil namun tidak hamil. Kemudian kakak perempuan pasien membawa ke IGD RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Saat di IGD pasien dapat menyebutkan identitasnya, mengatakan tidak tahu kenapa dibawa ke RS Jiwa. Pasien MRS di Ruang Pav 6 RSPAL dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 21/11/2023 pkl. 11:30 WIB.

Pada saat pengkajian tanggal 24/11/2023 pkl. 09:00 WIB di Ruang Pav 6 RSPAL dr. Ramelan Surabaya, pasien mengatakan mendengar suara kakak Perempuan marah-marah, pasien nglantur, sering menangis, sosialisasi mondar mandir, emosi labil, makan minum dan minumm obat mau, istirahat malam cukup.

**3.1.3 Keluhan Utama**

Pasien mengatakan mendengar mendengar suara kakak Perempuan marah-marah jika pasien lagi sendirian atau menyendiri.

**3.1.4 Faktor Predisposisi**

1. Riwayat Gangguan Jiwa di masa lalu

Pasien belum pernah mengalami gannguan Jiwa.

2. Riwayat pengobatan sebelumnya

Pasien belum pernah ada riwayat pengobatan gangguan Jiwa.

3. Pengalaman masa lalu berkaitan dengan perilaku kekerasan

Pasien tidak pernah mengalami pengalaman aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga, tindakan kriminal.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti pasien, tidak ada anggota keluarga yang mengalami gejala gangguan jiwa dan tidak ada anggota keluarga yang mengalami riwayat pengobatan/perawatan jiwa.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. Riwayat masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien saat kecil saat ultah pasien jarang dapat hadiah dibandingkan dengan kakak Perempuan nya yang selalu dapat hadiah dari orang tua.

Masalah Keperawatan : Harga diri rendah.

**3.1.5 Pemeriksaan Fisik**

1. Tanda Vital :

TD : 120/80 mmHg N : 84 x/menit

S : 36,6 ℃ Rr : 18 x/menit SpO2 : 99 %

2. Ukur :

TB : 157 cm BB : 70 kg

IMT : 60 : ( 1,57x1,57 ) = 24,5 Kesimpulan : Normal

3. Keluhan Fisik : Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

**3.1.6 Psikososial**

1. Genogram



Gambar 3.1

Genogram

Keterangan :

: Perempuan : Satu rumah

: Laki-laki : Meninggal

: Pasien

Pasien adalah anak ke 4 dari 6 bersaudara, tinggal serumah dengan suami, orang tua dan 3 saudara.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Konsep Diri

a. Gambaran diri

Saat dikaji pasien mengatakan semua anggota tubuhnya sempurna dan sangat berarti.

b. Identitas

Saat dikaji pasien berjenis kelamin perempuan mengatakan sudah menikah,

berstatus ibu rumah tangga dan berumur 28 tahun.

c. Peran

Saat dikaji pasien.mengatakan sebagai ibu rumah tangga, tidak bekerja,

dan sebagai ibu Bhayangkara.

d. Ideal diri

Saat dikaji pasien mengatakan selama ini baik baik saja sebagai seorang istri

dan semua kebutuhan terpenuhi.

e. Harga diri

Saat dikaji pasien mengatakan bisa memenuhi peran nya sebagai ibu rumah

tangga, tidak ada masalah dalam rumah tangga.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti

Saat dikaji pasien mengatakan suami, ayah, umi, om, tante sahabat semua baik.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Saat dikaji pasien mengatakan mengikuti kegiatan arisan.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Saat dikaji pasien mengatakan enggan keluar rumah dan bicara dengan tetangga karena malas dengan tetangganya. Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial: Menarik Diri

4. Spiritual

1. Nilai dari keyakinan

Saat dikaji pasien mengatakan bahwa tidak merasa mengalami gangguan jiwa dan tidak ada hubungan dengan agama.

2. Kegiatan ibadah

SMRS : Saat dikaji pasien mengatakan rajin beribadah.

MRS : Saat dikaji pasien mengatakan tidak beribadah karena tidak ada peralatan ibadah.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

**3.1.7 Status Mental**

1. Penampilan

Saat pengkajian pakaian pasien tidak rapi, rambut kotor, kuku panjang dan

badan nya bau.

Masalah Keperawatan : Defisit perawatan diri.

2. Pembicaraan

Saat pengkajian pasien tampak tenang dan kooperatif, menjawab pertanyaan dengan baik. Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. Aktivitas motorik

Saat pengkajian pasien memperhatikan pengkaji dan jawaban gonta-ganti Masalah Keperawatan : Gangguan aktifitas motoric.

4. Alam Perasaan

Saat pengkajian pasien merasa sedi dan gelisah.

Masalah Keperawatan : Menarik diri.

5. Afek

Saat pengkajian afek pasien sesuai karena pasien terlihat sedih dan gelisah

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

6. Interaksi Dalam Wawancara

Saat pengkajian pasien menunjukkan sikap tenang dan kooperatif. Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

7. Persepsi Halusinasi

Jenis : Halusinasi Pendengaran.

Isi : Kakak perempuan pasien marah dengan suara keras di saat pasien

duduk sendirian.

Tahapan : (*Controling*) isi halusinasi semakin menonjol dan menguasai pasien

Frekuensi : 2x sehari

Waktu : Saat pasien sedang sendirian

Respon : Pasien senyum senyum dan bicara sendiri

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori Auditory

8. Proses Pikir

Saat pengakajian proses pikir pasien persevasi karena sering membahas keluarganya dan ingin segera pulang. Masalah Keperawatan : Perubahan Proses Pikir

9. Isi Pikir

Saat pengkajian pasien isi pikir pasien terdapat waham curiga terhadap kakak perempuannya yang yang selalu marah-marah. Masalah Keperawatan : Waham Curiga

10. Tingkat Kesadaran

Pasien tenang dan kooperratif saat tanya jawab, tidak ada disorientasi waktu, tempat dan orang. Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

11. Memori

Pasien bisa mengingat saat ini berada di RSPAL dr. Ramelan, sudah 7 hari dan dan kakak perempuannya yang membawanya ke RSPAL. Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

12. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Pasien mampu mengulangi pembicaraan dan kurang mampu berhitung sederhana 2x5 dan 5+5. Masalah Keperawatan : Gangguan proses pikir.

13. Kemampuan Penilaian

Pasien tidak mampu mengambil keputusan sendiri dan menunggu arahan. Masalah Keperawatan : Gangguan proses pikir.

14. Daya tilik diri

Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak merasa sakit gangguan jiwa. Masalah Keperawatan : Perubahan Proses Pikir

**3.1.8 Kebutuhan Pulang**

1. Kemampuan pasien memenuhi/ menyediakan kebutuhan

Pasien mampu memenuhi kebutuhan makanan, keamanan, perawatan kesehatan, pakaian, transportasi, tempat tinggal dan uang. Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Kegiatan hidup sehari-hari

1) Perawatan diri “apakah memerlukan bantuan minimal/total” ADL pasien mandiri tanpa arahan dari perawat ruangan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2) Nutrisi (apakah puas dengan pola makan anda, apakah anda harus makan memisahkan diri

Pasien makan 3 kali sehari. Porsi makan habis 1 porsi dari menu RS dan tidak memisahkan diri dari teman lainnya. Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3) Tidur

Pasien tidur malam setelah mengkonsumsi obat malam jam 18.30. Mengungkapkan segar setelah bangun pagi, tidak terbiasa tidur siang, tidur malam jam 21.30 WIB. bangun sekitar jam 04.00 WIB. setiap hari nya, tidak ada laporan dari perawat ruangan bahwa pasien gelisah dan berbicara sendiri saat tidur malam.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. Kemampuan pasien

Pasien mampu membuat keputusan, mengatur penggunaan obat dan melakukan pemeriksaan Kesehatan. Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Pasien memiliki sistem pendukung

Keluarga mendukung pengobatan pasien dengan membawa pasien berobat di RSPAL dr. Ramelan, pasien mendapatkan tenaga profesional perawat dan dokter yang berusaha merawat untuk kesembuhan pasien, kelompok sosial lingkungan sekitar pasien juga turut peduli untuk membantu keluarga saat akan berobat ke RSPAL dr. Ramelan. Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. Apakah pasien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobbi

Pasien mengatakan lebih senang menyendiri saat dirumah. Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial : Hambatan interaksi sosial.

**3.1.9 Mekanisme Koping**

Menurut keterangan keluarga pasien akan mudah tersinggung dan marah jika ada masalah. Masalah Keperawatan : Koping Individu Infektif

**3.1.10 Masalah Psikososial dan Lingkungan**

Pasien tidak ada masalah spesifik dengan Kelompok, Pendidikan, Pekerjaan, Perumahan, Ekonomi, Pelayanan Kesehatan, dan lainnya, akan tetapi hanya mempunyai masalah dengan lingkungan karena pasien mengatakan “Tidak pernah mengikuti kegiatan apapun di lingkungan rumah dan diluar rumah.”. Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial : Menarik Diri

**3.1.11 Pengetahuan Kurang Tentang**

Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit jiwa yang dialaminya, koping dan manfaat obat yang diminumnya. Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan

**3.1.12 Data Lain-Lain**

Hasil Laboratorium Ny.MK tanggal 24/11/2023

**Tabel 3.1**

**Hasil Pemeriksaan Laboratorium**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jenis Pemeriksaan** | **Hasil** | **Nilai Rujukan** |
| WBC | 9,00 10³/uL | 3,80-10,60 |
| RBC | 5,77 106/uL | 4,40-5,90 |
| NEUT | 5,88 10³/uL | 1,26-7,30 |
| MONO | 0,60 10³/uL | 0,10-0,80 |
| IG | 0,02 10³/uL | 0,00-0,03 |
| LYMPH | 22,4 % | 25,00-40,00 |

1. Gula Darah Sewaktu 80 mg/dL

**3.1.13 Aspek Medik**

Diagnosa Medik : F.32.3 *Skizofrenia*

Terapi Medik :

Tabel 3.2

Daftar Medikasi

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Obat** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** | **Kontra Indikasi** |
| 1 | Pipraz 10mg | 0-1-0 | Oral | Meredakan gejala gangguan mental atau suasana hati tertentu | Sakit kepala, kegelisahan, perubahan nafsu makan, sakit sendi sendi. |
| 2 | Hexymer | 2x2mg | Oral | Mengurangi otot yang kaku kaku, produksi keringat dan air liur yang berlebihan. | Sakit kepala, mulut kering, konstipasi, takikardia |
| 3 | Trifluoperazin | 2x5mg | Oral | Mengatasi gangguan kecemasan, halusinasi, mengurangi prilaku agresif. | Mengantuk, sembelit, penglihatan buram, Lelah, mulut kering, pusing. |
| 4 | Soroquin 25mg | 0-0-1 | Oral | Mengatasi depresi pada  gangguan bipolar | Pusing, ngatuk, mual, muntah, sakit tenggorokan, konstipasi. |

**3.1.14 Daftar Masalah Keperawatan**

1. Harga Diri Rendah

2. Menarik Diri

3. Distress Spiritual

4. Defisit Perawatan Diri

5. Gangguan Aktifitas Motorik

6. Gangguan Persepsi Sensori Auditory

7. Perubahan Proses pikir

8. Waham Curiga

9. Koping Individu Infektif

10. Hambatan Interaksi Sosial

**3.1.15 Daftar Diagnosa Keperawatan**

Gangguan persepsi sensori (SDKI D.0095 Hal. 190) b.d Gangguan Pendengaran d.d Pasien mengatakan mendengar kakak Perempuan nya selalu marah-marah.

Surabaya, 24 November 2023

Mahasiswa

Supenu

NIM : 2222036

**3.2 Pohon Masalah**

Risiko Perilaku Kekerasan

( *AFFECT* )

Gangguan Persepsi Sensori

( *CORE PROBLEM* )

Isolasi Sosial Harga Diri Rendah ( *CAUSA* )

Gambar 3.2

Pohon Masalah Pasien Dengan Halusinasi

**3.3 Analisa Data**

Nama Pasien : Ny.MK

RM : 740XXX

Ruangan : Pav 6

Tabel 3.3

Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tanggal** | **Data** | **Masalah** | **Ttd** |
| 24/11/2023 | Data Subyektif :  Pasien mengatakan merasa mendengar suara kakak perempuan nya.  Data Obyektif :   * Pasien tampak bingung, sering menangis, emosi labil. * Tatapan mata kosong seperti mendengarkan sesuatu.   Data Subyektif :  Pasien mengatakan tidak mau bicara dengan sesama pasien lebih baik tiduran  Data Obyektif :   * Kontak mata kurang. * Pasien tidak mampu memulai pembicaraan. | Gangguan Persepsi Sensori  Halusinasi Pendengaran (D.0095 SDKI  hal. 190)  Isolasi Sosial (D.0121 SDKI  hal. 268) | IW |

**3.4 Rencana Keperawatan**

57

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nama Pasien : | Ny.MK |  | |
| No. RM : | 740XXX | Nama Mahasiswa | : Supenu |
| Ruangan : | Pav 6 | Institusi | : Stikes Hang Tuah Surabaya |

Tabel 3.4

Rencana Asuhan Keperawatan

| **Diagnosa**  **Keperawatan** | **Perencanaan Keperawatan** | | **Rasional** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tujuan** | **Tindakan Keperawatan** |
| Gangguan persepsi sensori | Kognitif :   1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat. 2. Pasien dapat berinteraksi dengan orang lain.   Psikomotorik :   * 1. Ekspresi wajah bersahabat.   2. Menunjukkan rasa senang, ada kontak mata.   3. Mau berjabat tangan.   4. Mau menyebutkan nama.   5. Mau menjawab salam.   6. Mau duduk berdampingan dengan mahasiswa perawat.   7. Mau mengutarakan masalah yang diadapi.   Afektif :   * + 1. Pasien sedikit kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan mahasiswa perawat     2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan.     3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan.   58 | 1. Beri salam dan panggil nama pasien 2. Sebutkan nama perawat sambil berjabat tangan 3. Jelaskan maksud hubungan interaksi 4. Jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat 5. Beri rasa aman dan sikap empati 6. Lakukan kontak singkat tapi sering | Hubungan saling percaya merupakan langkah awal untuk menentukan keberhasilan rencana selanjutnya. |
| Gangguan persepsi sensori | Kognitif :   1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat 2. Pasien mampu mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi dan respon halusinsasinya. 3. Pasien mempu menyebutkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik.   Psikomotorik :   * 1. Pasien mampu mengontrol halusinasi.   2. Dapat mempraktikkan cara menghardik halusinasi.   Afektif :   * + 1. Pasien kooperatif.     2. Pasien merasa nyaman selama interaksi. | SP 1 Pasien   1. Bina hubungan saling percaya dengan pasien. 2. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien 3. Mengidentifikasi halusinasi pasien 4. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien 5. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien 6. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi 7. Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi 8. Mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi 9. Menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian. | Menghardik halusinasi meringankan masalah halusinasi |
| Gangguan  persepsi sensori | Kognitif :   1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat. 2. Pasien mampu menyebutkan cara minum obat dengan teratur.   Psikomotor :   1. Pasien mampu mempraktikkan cara minum obat dengan teratur.   Afektif :   1. Pasien kooperatif. 2. asien merasa nyaman selama interaksi | SP 2 Pasien   1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Memberikan pendidikan kesehatan tenyang penggunaan obat secara teratur 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan pasien. | 59 |
| Gangguan persepsi sensori | Kognitif :   1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat. 2. Pasien mampu menyebutkan kegiatan yang bisa dilakukan untuk mengontrol halusinasi saat di rumah.   Psikomotor :   * 1. Pasien mampu mempraktikkan kegiatan yang bisa dilakukan untuk mengontrol halusinasi saat di rumah.   Afektif :   * + 1. Pasien kooperatif     2. Pasien merasa nyaman selama interaksi | SP 3 Pasien   1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien. 2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang bisa dilakukan pasien dirumah) 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. | Melakukan kegiatan meringankan halusinasi |
| Gangguan persepsi sensori | Kognitif :   1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat. 2. Pasien mampu meyebutkan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap- cakap.   Psikomotor :   1. Pasien mampu mempraktikkan cara bercakap-cakap dengan orang lain.   Afektif :   * 1. Pasien kooperatif.   2. Pasien merasa nyaman selama interaksi. | SP 4 Pasien   1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. | Mengungkapkan halusinasi meringakan masalah halusinasi.  60 |

**3.5 Tindakan Keperawatan**

61

**IMPLEMENTASI DAN EVALUASI**

Nama : Ny.MK NIRM : 0740XXX Ruangan : Pav 6

Tabel 3.5

Tindakan Asuhan Keperawatan Hari Ke 1

| **Diagnosa Keperawatan** | **Tanggal /**  **Jam** | **Implementasi** | **Evaluasi** | **TTD Perawat** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Gangguan persepsi sensori | Jum’at 24/11/2023 07:30  14.00 | * Mengikuti serah terima dengan Perawat Dinas Pagi * Melakukan pengkajian dan mendengarkan keluhan pasien * Melakukan bina hubungan saling percaya   + “Bagaimana kabarnya hari ini dan apakah Mbak betah disini ?” * Melakukan intervensi keperawatan SP1 (SPTK hari ke 1)   + “Selamat pagi Mbak, perkenalkan nama saya perawat Supenu, saya mahasiswa yang sedang praktik disini. Nama Mbak siapa, asalnya darimana dan sudah berapa lama dirawat disini?”   + “Maksud dan tujuan saya adalah mengajak Mbak berbincang - bincang dan mengajarkan Mbak tentang cara mengontrol halusinasi, waktunya hanya 15 menit saja”   + “Apa Mbak bersedia?”   + “Saya lihat dan perhatikan Mbak saat diruangan tadi Mbak bicara sendiri? Apakah Mbak ada yang mengajak bicara, melihat bayangan- bayangan, mencium bau-bau, merasakan rasa-rasa atau merasa disentuh seseorang?   + “Sebelumnya Saya akan menjelaskan ada beberapa jenis halusinasi yaitu halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan dan sentuhan. Halusinasi pendengaran seperti Mbak mendengar suara suara, halusinasi penglihatan seperti Mbak melihat bayangan seperti orang berwujud atau tidak, halusinasi penciuman Mbak seperti mencium bau-bau wangi, busuk atau bau- bau yang lainnya, halusinasi pengecapan seperti Mbak sedang merasakan rasa asin, manis, pedas, pahit, dll, halusinasi sentuhan seperti Mbak sedang merasa di sentuh atau di pegang oleh seseorang. Apabila Mbak mengalami salah satu yang saya sebutkan dan orang lain tidak dapat melihat, mendengar, atau merasakannnya maka Mbak mengalami halusinasi.”   + “Kapan halusinasi Mbak muncul, apakah saat pagi, sore atau malam hari? Berapa lama halusinasi Mbak muncul? Dalam situasi apa halusinasi Mbak muncul? Lalu bagaimana respon Mbak saat halusinasi itu muncul?”   + “Saya akan mengajarkan cara mengontrol halusinasi Mbak. Ada 4 cara mengontrol halusinasi yaitu pertama dengan menghardik, yang kedua vdengan cara minum obat, yang ketiga dengan cara kegiatan dan yang keempat dengan cara berbincang-bincang. Untuk hari ini saya akan mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dulu ya Mbak!”   + “Perhatikan ya Mbak! Saat halusinasi muncul Mbak katakan (Saya tidak percaya kamu, pergi saja yang jauh) itu bisa Mbak ulangi sampai halusinasi itu hilang. Apakah Mbak sudah tau caranya ? Coba Mbak ulangi apa yang sudah saya ajarkan ! Bagus Mbak, coba sekali lagi!”   63   * + “Nanti ketika halusinasi itu muncul saat di rumah atau saat di rumah sakit, lakukan yang sudah saya ajarkan ya Mbak!”   + “Apakah Mbak meminum obat rutin saat di rumah sakit? Nanti saat di rumah jangan lupa untuk meminum obat secara rutin ya!”   + “Bagaimana perasaan Mbak setelah belajar cara menghardik halusinasi tadi? Apakah itu dapat membantu Mbak untuk mengusir halusinasi?”   + “Coba ulangi sekali lagi Mbak apa yang sudah saya ajarkan tadi! Bagus sekali Mbak!”   + “Untuk besok pagi saya akan megulangi lagi dari   + yang saya ajarkan tadi dan mengajak Mbak untuk cara mengontrol halusinasi yang kedua dengan minum obat! Untuk waktu dan tempat di ruangan makan jam 10.00 WIB ya Bu!”   + “Terimakasih atas waktunya, semoga Mbak cepat sembuh ya !”   64   * Mengikuti serah terima dengan perawat Dinas Siang.   Menurut informasi perawat jaga ruang Pav. VI Jiwa  Sore (14.00 WIB.-21.00 WIB.) :  1. Pasien tampak bingung.  2. Pasien tampak mondar mandir.  3. ADL mandiri.  4. Porsi makan sore 17.30 WIB. : habis 1 porsi  5. Tx obat Hexymer 2mg Oral, Trifluoperazine 2,5mg Oral, Soroquin 25 mg oral jam 18.40 WIB. setelah makan malam jam 17.30 WIB.  6. Tidak ada tanda ESO dan alergi.  Malam (21.00 WIB.-07.00 WIB.) :  1. Pasien tidur dan bangun jam 05.10 WIB.  Melakukan observasi TTV :  Tensi : 120/80MmHg Nadi : 84X/menit  Suhu : 36,2C Spo2 : 98% GCS : 456  2. Pasien tidur pulas tanpa terbangun.  3. Pasien tampak tenang.  4. ADL mandiri.  5. Porsi makan pagi 06.00 WIB : habis 1 porsi.  6. Tx obat Hexymer 2mg Oral, Trifluoperazine 2,5 mg jam 06.25 WIB. setelah makan pagi jam 06.00 WIB.  7. Tidak ada tanda ESO dan alergi. | * Subyektif * “Selamat pagi juga Abah dan mengatakan Namanya Ny.MK asalnya dari Sidoarjo dan sudah dirawat 7 hari di Ruang Pav VI Jiwa” * “Pasien mengatakan jika mengalami halusinasi pendengaran.” * “Pasien mengatakan mendengar suara kakak Perempuan lagi marah marah, halusinasi muncul dalam 2x sehari disaat pasien sendiri dan respon pasien mempercayai halusinasinya.” * “Pasien mengatakan cara kontrol halusinasi yang pertama dengan menghardik.” * “Pasien mengatakan saya minum obat rutin mas di RS, nanti saat dirumah saya akan minum obat secara rutin.”   62   * Obyektif   - Pasien mampu menjawab salam dari perawat.  - Pasien mampu mempraktikkan cara menghardik halusinasi.  - Pasien tampak tenang.  - Pasien tampak senang saat berinteraksi dengan perawat.   * Asessmen SP1P teratasi * Planning Lanjutkan SP2P * Pertahankan SP1P dan kepatuhan pasien dalam minum obat | IW |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi anatara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien Ny. MK dengan Gangguan persepsi sensori di Ruang Pav 6 RSPAL dr. Ramelan Surabaya yang meliputi Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi.

**4.1 Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data penulis tidak mengalami kesulitan, karena penulis telah melakukan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien terbuka, mengerti serta kooperatif.

Menurut (Nuryaningsih & Fatimah, 2018) Pengkajian adalah dasar dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengkumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual.

Setelah dilakukan pengkajian oleh penulis pada hari Jum’at tanggal 24 November 2023 pukul 09:00 WIB pada Ny. MK masalah utama Gangguan persepsi sensori terdapat banyaknya kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus antara lain :

1. Tinjaun Pustaka

Pada pengkajian alasan masuk disebutkan bahwa perilaku yang berubah misalnya bicara sendiri, mondar mandir ataupun terkadang menangis sendiri. Terjadinya perubahan pada konsep diri seperti pada gambaran diri, identitas diri, peran, ideal diri dan harga diri pasien. Pada status mental pasien halusinasi juga terjadi perubahan seperti penampilan pasien yang cenderung tidak bisa merawat diri, pembicaraan pasien yang relatif lambat, aktifitas motorik pasin yang gelisah, afek emosi pasien yang kuat, interaksi pasien yang mempunyai rasa curiga, tingkat kesadaran pasien yang cenderung bingung dan tingkat konsentrasi pasien yang tidak bisa terfokus

2. Tinjauan Kasus

Pada pengkajian tanggal 24 November 2023 jam 09.00 alasan masuk pasien saat di rumah menunjukkan gejala perilaku kekerasan dengam marah-marah dan ngomel-ngomel. Pada konsep diri pasien juga tidak menunjukkan terjadinya perubahan seperti pada gambaran diri, identitas diri, peran, ideal diri dan harga diri pasien. Pada pengkajian status mental pada penampilan pasien terlihat dapat merawat dirinya dengan baik, aktifitas motorik yang tidak gelisah, afek pasien yang baik dan kooperatif, selama interaksi pasien tidak menunjukkan sikap curiga terhadap perawat dan measih bisa dalam berkonsentrasi.

Akan tetapi terdapat juga kesamaan dalam tinjauan pustaka maupun tinjauan kasus seperti pada pengkajian hubungan sosial pasien yang mengalami hambatan atau gangguan. Pada pengkajian status mental pada persepsi sensori disebutkan sebagai masalah utama pada pasien halusinasi, isi pikir pasien mengalami perubahan proses pikir dan mengalami penolakan dalam daya tilik dirinya seperti pasien mengingkari penyakitnya. Pasien dengan halusinasi mengalami mekanisme koping yang cenderung maladaptif dan kurangnya pengaetahuan dalam informasi taentang sakit jiwa yang dialami dan manfaat obat-obatan yang dikonsumsi.

Terjadinya banyak kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus disebabkan karena pasien sudah mendapatkan terapi secara medis dan komplementer yang didapatkan pasien selama dirawat di Rumah Sakit saat MRS tanggal 21 November 2023 sampai dilakukan pengkajian tanggal 24 November 2023.

**4.2 Diagnosa Keperawatan**

**4.2.1 Tinjauan Pustaka**

Menurut (Stuart and Sundeen, 2016) diagnosa yang muncul pada pasien Gangguan persepsi sensori yaitu :

1. Resiko Perilaku Kekerasan

2. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi

3. Isolasi Sosial : Menarik Diri.

**4.2.2 Tinjauan Kasus**

Pada Tinjauan Kasus diagnosa yang didapatkan pada Ny. MK adalah sebagai berikut :

1. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran (Pada pengkajian alasan masuk di Ny. MK saat dirumah tanggal 24/11/2023 pasien mengatakan mendengar suara kakak Perempuannya yang selalu marah-marah pada pasien.

2. Isolasi Sosial : Menarik Diri (Pada pengkajian psikososial Ny. MK tanggal 24/11/2023 pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan apapun dalam kelompok ataupun masyarakat) Menurut penulis di dalam menegakkan suatu Diagnosa Keperawatan tidak adanya kesenjangan antara Tinjauan Pustaka dan Tinjauan Kasus.

**4.3 Rencana Keperawatan**

**4.3.1 Tinjauan Pustaka**

Menurut (Keliat, 2019) dalam bukunya Asuhan Keperawatan Jiwa, rencana tindakan keperawatan dapat dilakukan dengan tindakan keperawatan pasien :

1. Tujuan

a. Kognitif, pasien mampu :

1) Mengidentifikasi mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi dan respon halusinsasinya.

2) Menyebutkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik.

3) Menyebutkan cara minum obat dengan teratur.

4) Menyebutkan kegiatan yang bisa dilakukan untuk mengontrol halusinasi.

5) Meyebutkan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap.

b. Psikomotor, pasien mampu :

1) Mengontrol halusinasi.

2) Mempraktikkan cara menghardik halusinasi.

3) Mempraktikkan cara minum obat dengan teratur.

4) Mempraktikkan kegiatan yang bisa dilakukan untuk mengontrol halusinasi

5) Mempraktikkan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

c. Afektif, pasien mampu :

1) Merasakan manfaat dari latihan kontrol halusinasi.

2) Merasa nyaman berinteraksi dengan orang lain.

2. Tindakan

Berdasarkan (Fatimah & Nuryaningsih, 2018) dalam buku ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, tindakan keperawatan jiwa yang dilakukan kepada pasien dengan gangguan persepsi sensori adalah :

a. Membina hubungan saling percaya.

1) Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien.

2) Berkenalan dengan pasien, seperti perkenalkan nama dan nama panggilan yang Anda sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien.

3) Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini.

4) Buat kontrak asuhan, misalnya apa yang Anda akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan, dan tempatnya di mana.

5) Jelaskan bahwa Anda akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi.

6) Setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap pasien.

7) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan.

b. Membantu pasien mengidentifikasi halusinasinya.

1) Tanyakan jenis halusinasi yang dirasakan pasien.

2) Tanyakan isi halusinasi yang dirasakan pasien.

3) Tanyakan waktu halusinasi yang dirasakan pasien.

4) Tanyakan frekuensi halusinasi yang dirasakan pasien.

5) Tanyakan situasi yang menimbulkan halusinasi.

6) Tanyakan respon pasien terhadap halusinasinya.

c. Melatih pasien cara mengontrol halusinasi secara bertahap.

1) Jelaskan kepada pasien cara mengontrol halusinasi.

2) Berikan contoh cara mengontrol halusinasi.

3) Beri kesempatan pasien mempraktikkan cara mengontrol halusinasi di hadapan Anda.

4) Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh pasien.

5) Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien setelah berinteraksi dengan orang lain. Mungkin pasien akan mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dorongan terus-menerus agar pasien tetap semangat meningkatkan interaksinya.

**4.3.2 Tindakan Keperawatan untuk Keluarga**

1. Tujuan

Setelah tindakan keperawatan, keluarga mampu merawat pasien halusinasi di rumah.

2. Tindakan

Melatih keluarga merawat pasien halusinasi.

a. Menjelaskan tentang hal berikut :

1) Masalah halusinasi dan dampaknya pada pasien.

2) Penyebab halusinasi.

3) Sikap keluarga untuk membantu pasien mengatasi halusinasinya.

4) Pengobatan yang berkelanjutan dan mencegah putus obat.

5) Tempat rujukan bertanya dan fasilitas kesehatan yang tersedia bagi pasien.

b. Memperagakan cara maerawat pasien halusinasi.

c. Memberi kesempatan kepada keluarga untuk mempraktikkan cara merawat pasien halusinasi.

**4.3.3 Tinjauan Kasus**

Pada Tinjauan Kasus penulis membuat rencana tindakan Asuhan Keperawatan pada Ny. MK tanggal 24/11/2023 sampai 26/11/2023 sesuai dengan Tinjauan Pustaka dari (Fatimah & Nuryaningsih, 2018) sebagai berikut :

1. Bina hubungan saling percaya.

a. Hari pertama :

“Bagaimana kabarnya hari ini dan apakah Mbak betah disini? Selamat pagi Mbak, perkenalkan nama saya perawat Supenu, saya mahasiswa yang sedang praktik disini. Nama Mbak siapa, asalnya darimana dan sudah berapa lama dirawat disini? Maksud dan tujuan saya adalah mengajak Ibu berbincang-bincang dan mengajarkan Mbak tentang cara mengontrol halusinasi, waktunya hanya 15 menit saja, Apa Ibu bersedia?”

b. Hari kedua :

“Hari ini Mbak kelihatan segar sekali! Selamat pagi Mbak, bagaimana perasaan Mbak hari ini? Apa Mbak masih ingat dengan saya? Untuk pertemuan ke dua ini, saya akan mengevaluasi apa yang sudah saya ajarkan kemarin mengajak Mbak untuk cara mengontrol halusinasi yang kedua dengan minum obat. Untuk waktunya 15 menit ya Mbak! Apa Mbak sudah siap?”

c. Hari ketiga :

“Hari ini Mbak terlihat cantik sekali. Selamat pagi Mbak, Bagaimana kondisi Mbakj hari ini? Apa masih ingat dengan saya Mbak! Sesuai janji kemarin untuk pertemuan yang ketiga saya akan mengevaluasi apa yang sudah saya ajarkan kemarin mengajak Mbak untuk cara mengontrol halusinasi yang ketiga dengan cara melakukan kegiatan. Untuk waktunya 15 menit aja Mbak! Apa Mbak sudah siap?”

2. Membantu pasien mengidentifikasi halusinasinya.

a. Hari pertama :

“Saya lihat dan perhatikan Mbak saat diruangan tadi Mbak bicara dan senyum sendiri? Apakah Mbak mendengar suara-suara, melihat bayangan-bayangan, mencium bau-bau, merasakan rasa-rasa atau merasa disentuh seseorang? Sebelumnya Saya akan menjelaskan ada beberapa jenis halusinasi yaitu halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan dan sentuhan. Halusinasi pendengaran seperti Mbak mendengar bisikan-bisikan, halusinasi penglihatan seperti Mbak melihat bayangan seperti orang berwujud atau tidak, halusinasi penciuman Mbak seperti mencium bau-bau wangi, busuk atau bau-bau yang lainnya, halusinasi pengecapan seperti Mbak sedang merasakan rasa asin, manis, pedas, pahit, dll, halusinasi sentuhan seperti Mbak sedang merasa di sentuh atau di pegang oleh seseorang. Apabila Mbak mengalami salah satu yang saya sebutkan dan orang lain tidak dapat melihat, mendengar, atau merasakannnya maka Mbak mengalami halusinasi. Kapan halusinasi Mbak muncul, apakah saat pagi, sore atau malam hari? Berapa lama halusinasi Mbak muncul? Dalam situasi apa halusinasi Mbak muncul? Lalu bagaimana respon Mbak saat halusinasi itu muncul?”

3. Melatih pasien cara mengontrol halusinasi secara bertahap.

a. Hari pertama :

“Saya akan mengajarkan cara mengontrol halusinasi Mbak. Ada 4 cara mengontrol halusinasi yaitu pertama dengan menghardik, yang kedua dengan cara minum obat, yang ketiga dengan cara kegiatan dan yang keempat dengan cara berbincang-bincang. Untuk hari ini saya akan mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dulu ya Mbak! Perhatikan ya Mbak! Saat halusinasi muncul Mbak katakan (Saya tidak percaya kamu, pergi saja yang jauh) itu bisa Mbak ulangi sampai halusinasi itu hilang.”

b. Hari kedua :

“Apa Mbak masih ingat cara menghardik halusinasi yang pertama? Coba di praktikkan Mbak! Bagus Mbak, coba ulangi sekali lagi! Untuk kontrol halusiniasi yang kedua yaitu dengan minum obat teratur. Apa Mbak sudah tau cara minum obat yang benar dan manfaat dari obat yang diminum. Saya jelaskan ya Mbak! Pertama pastikan nama dalam tempat obat itu benar namanya Mbak, yang Kedua perhatikan dosis dan aturan obat yang akan diminum, misalnya dosis yang dianjurkan 1 tablet maka yang harus diminum juga harus 1 tablet, untuk aturan misalnya obat diminum 1 kali sehari malam maka Mbak harus minum 1 kali aja di saat malam hari jam 18.40 setelah makan dan obat itu diminum secara langsung atau ditaruh dibawah lidah, yang Ketiga lihat tanggal kadaluarsa pada obat yang akan diminum, jika obat sudah melewati kadaluarsa maka obat jangan diminum dan segara minta obat lagi yang tidak kadaluarsa di Rumah Sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan terdekat, yang Keempat perhatikan pantangan yang tidak boleh dilakukan setelah minum obat yaitu minum kopi, air degan dan susu karena dapat menetralkan efek samping dari obat itu sahingga obat itu tidak akan ada efek sampingnya saat diminum. Untuk manfaat dari obat yang Mbak minum adalah dapat mengurangi halusinasi, rasa cemas, sulit berkonsentrasi, tegang, membuat kemampuan interaksi dengan orang lain jadi lebih baik. Jadi dengan minum obat teratur Insya Allah membuat Mbak tidak kambuh lagi.”

c. Hari ketiga :

“Apa Mbak masih ingat cara menghardik, cara minum obat dan manfaat minum obat secara teratur! coba praktikkan Mbak! Alhamdulillah Mbak masih ingat! Sesuai janji saya yang kemarin saya akan mengajarkan Mbak cara kontrol halusinasi yang ketiga yaitu dengan melakukan kegiatan. Sebelumnya saya akan tanya dulu, Apa kegiatan yang Mbak lakukan selama di rumah dan di rumah sakit? Saya akan mengajarkan kegiatan apa saja selama di RS dan di rumah ya Mbak! Saat di Rumah Sakit setelah bangun pagi Mbak bisa menata tempat tidur sampai rapi kemudian mandi dan ambil air wudhlu untuk sholat, setelah itu ibu bisa melakukan olahraga kecil, Setelah itu Ibu bisa makan pagi dan minum obat setelah makan pagi kemudian bisa membantu membersihkan alat makan setelah makan, setelah itu Mbak bisa berbincang-bincang dengan temannya atau dengan perawat ruangan. Ketika sudah dirasa capek Mbak bisa beristirahat sambil menunggu makan siang. Setelah makan siang Mbak bisa melakukan sholat dhuhur kemudian tidur siang sampai sore. Ketika bangun sore Mbak langsung sholat ashar dan mandi. Sambil menunggu makan malam Mbak bisa mengobrol dengan teman atau perawat yang ada di ruangan. Ketika adzan magrib Mbak bisa mengambil air wudlu untuk sholat magrib lalu makan makan malam dan minum obat. Jam 21.00 Mbak bisa tidur malam sampai bangun pagi. Saat di rumah Mbak bisa melakukan setelah bangun pagi, mandi lalu sholat dan membereskan tempat tidur sambil masak mempersiapkan makanan untuk suami. Setelah suami berangkat kerja, Mbak tidak lupa untuk minum obat lalu bisa melakukan pekerjaan seperti mencuci piring, mencuci pakaian atau lainnya kemudian istirahat. Siang hari Mbak bisa sholat dhuhur dan mempersiapkan makan siang, lalu Mbak bisa tidur atau istirahat siang. Setelah suami pulang Mbak bisa menyiapkan makanan. Saat sholat ashar tiba jangan lupa sholat dan mandi sore. Setelah magrib Mbak sholat dan jangan lupa menyiapkan makan malam untuk suami. Setelah itu Mbak bisa minum obat dan menunggu sholat Isya’. Setelah itu Mbak bisa mengajak bicara suami sampai pukul 21.00 kemudian bisa tidur malam” Menurut penulis pada tahap perencanaan tindakan asuhan keperawatan pasien tidak ada kesenjangan antara Tinjauan Pustaka dan Tinjauan Kasus, namun pada tahap perencanaan tindakan asuhan keperawatan keluarga tidak dapat dilaksanakan karena tidak ada keluarga yang menunggu / bertemu saat di ruang Pav VI Jiwa RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

**4.4 Tindakan Keperawatan**

**4.4.1 Tinjauan Pustaka**

Menurut (Arisandy, 2022) untuk memudahkan pelaksanaan keperawatan, maka perawat perlu juga membuat rencana strategi pelaksanaan tindakan untuk Pasien dan keluarga. Berikut adalah strategi pelaksanaan untuk pasien dengan Halusinasi :

Tabel 4.1

Tabel Strategi Pelaksanaan (SP) Halusinasi

| **Diagnosa** | **Strategi Pelaksanaan (SP)** | |
| --- | --- | --- |
| **Pasien** | **Keluarga** |
| Halusinasi | **SP 1 Pasien**  1. Bina hubungan saling percaya dengan pasien.  2. Mengidentifikasi jenis halusinasipasien  3. Mengidentifikasi halusinasi pasien  4. Mengidentifikasi waktu halusinasipasien  5. Mengidentifikasi frekuensihalusinasi pasien  6. Mengidentifikasi situasi yangmenimbulkan halusinasi  7. Mengidentifikasi respon pasienterhadap halusinasi  8. Mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi  9. Menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian. | **SP 1 Keluarga**  1. Mendiskusikan masalah yng dirasakan keluarga dalam merawatpasien  2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya  3. Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi |
|  | **SP 2 Pasien**  1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien  2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur  3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan pasien. | **SP 2 Keluarga**  1. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien dengan Halusinasi.  2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien Halusinasi. |
|  | **SP 3 Pasien**  1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.  2. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang bisa dilakukan pasien dirumah)  3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian | **SP 3 Keluarga**  1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*).  2. Menjelaskan *follow up* pasien setelah pulang. |
|  | **SP 4 Pasien**  1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.  2. Melatih pasien Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.  3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatam harian. |  |

**4.4.2 Tinjauan Kasus**

Pada tinjauan kasus penulis melakukan Implementasi Keperawatan sesuai dengan Rencana Asuhan Keperawatan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan.

1. Pada Implementasi hari pertama Jum’at tanggal 24 November 2023 pukul 09.00 WIB. penulis melaksanakan Tindakan Asuhan Keperawatan SP1 :

a. Bina hubungan saling percaya.

“Bagaimana kabarnya hari ini dan apakah Mbak betah disini? Selamat pagi Mbak, perkenalkan nama saya perawat Supenu, saya mahasiswa yang sedang praktik disini. Nama Mbak siapa, asalnya darimana dan sudah berapa lama dirawat disini? Maksud dan tujuan saya adalah mengajak Mbak berbincang- bincang dan mengajarkan Mbak tentang cara mengontrol halusinasi, waktunya hanya 15 menit saja, Apa Mbak bersedia?”

b. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien.

“Saya lihat dan perhatikan Mbak saat di ruangan tadi Mbak senyum dan bicara sendiri? Apakah Mbak mendengar suara-suara, melihat bayangan-bayangan, mencium bau-bau, merasakan rasa-rasa atau merasa disentuh seseorang?”

c. Mengidentifikasi halusinasi pasien.

“Sebelumnya Saya akan menjelaskan ada beberapa jenis halusinasi yaitu halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan dan sentuhan. Halusinasi pendengaran seperti Mbak mendengar bisikan-bisikan, halusinasi penglihatan seperti Mbak melihat bayangan seperti orang berwujud atau tidak, halusinasi penciuman Mbak seperti mencium bau-bau wangi, busuk atau bau-bau yang lainnya, halusinasi pengecapan seperti Mbak sedang merasakan rasa asin, manis, pedas, pahit, dll, halusinasi sentuhan seperti Mbak sedang merasa di sentuh atau di pegang oleh seseorang. Apabila Mbak mengalami salah satu yang saya sebutkan dan orang lain tidak dapat melihat, mendengar, atau merasakannnya maka Mbak mengalami halusinasi.”

d. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien.

“Kapan halusinasi Mbak muncul, apakah saat pagi, sore atau malam hari?”

e. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien.

“Berapa lama halusinasi Mbak muncul?”

f. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi.

“Dalam situasi apa halusinasi Mbak muncul?”

g. Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi.

“Lalu bagaimana respon Mbak saat halusinasi itu muncul?”

h. Mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi.

“Saya akan mengajarkan cara mengontrol halusinasi Mbak. Ada 4 cara mengontrol halusinasi yaitu pertama dengan menghardik, yang kedua dengan cara minum obat, yang ketiga dengan cara kegiatan dan yang keempat dengan cara berbincang-bincang. Untuk hari ini saya akan mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dulu ya Mbak! Perhatikan ya Mbak! Saat halusinasi muncul Mbak katakan (Saya tidak percaya kamu, pergi saja yang jauh) itu bisa Mbak ulangi sampai halusinasi itu hilang. Apakah Mbak sudah tau caranya ? Coba Mbak ulangi apa yang sudah saya ajarkan ! Bagus Mbak, coba sekali lagi!”

i. Menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian.

“Nanti ketika halusinasi itu muncul saat di rumah atau saat di rumah sakit, lakukan yang sudah saya ajarkan ya Mbak!”

2. Pada Implementasi hari kedua Sabtu tanggal 25 November 2023 pukul 09.00 WIB. penulis melaksanakan Tindakan Asuhan Keperawatan SP2 :

a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.

“Apa Mbak masih ingat cara menghardik halusinasi yang pertama? Coba di praktikkan Mbak! Bagus Mbak, coba ulangi sekali lagi!”

b. Memberikan pendidikan kesehatan tenyang penggunaan obat secara teratur.

“Untuk kontrol halusiniasi yang kedua yaitu dengan minum obat teratur. Apa Mbak sudah tau cara minum obat yang benar dan manfaat dari obat yang diminum. Saya jelaskan ya Mbak! Pertama pastikan nama dalam tempat obat itu benar namanya Mbak, yang Kedua perhatikan dosis dan aturan obat yang akan diminum, misalnya dosis yang dianjurkan 1 tablet maka yang harus diminum juga harus 1 tablet, untuk aturan misalnya obat diminum 1 kali sehari malam maka Ibu harus minum 1 kali aja di saat malam hari jam 18.40 setelah makan dan obat itu diminum secara langsing atau ditaruh dibawah lidah, yang Ketiga lihat tanggal kadaluarsa pada obat yang akan diminum, jika obat sudah melewati kadaluarsa maka obat jangan diminum dan segara minta obat lagi yang tidak kadaluarsa di Rumah Sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan terdekat, yang Keempat perhatikan pantangan yang tidak boleh dilakukan setelah minum obat yaitu minum kopi, air degan dan susu karena dapat menetralkan efek samping dari obat itu sahingga obat itu tidak akan ada efek sampingnya saat diminum. Untuk manfaat dari obat yang Ibu minum adalah dapat mengurangi halusinasi, rasa cemas, sulit berkonsentrasi, tegang, membuat kemampuan interaksi dengan orang lain jadi lebih baik. Jadi dengan minum obat teratur Insya Allah membuat Mbak tidak kambuh lagi. Apakah sekarang Mbak sudah tau cara dan manfaat minum obat secara teratur.”

c. Menganjurkan pasien memasukkandalam jadwal kegiatan pasien.

“Jangan lupa minum obat secara teratur saat di rumah sakit dan saat Mbak sudah pulang ya!”

3. Pada Implementasi hari ketiga Minggu tanggal 26 November 2023 pukul 09.00 WIB. penulis melaksanakan Tindakan Asuhan Keperawatan SP3 :

a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.

“Apa Mbak masih ingat cara menghardik, cara minum obat dan manfaat minum obat secara teratur! coba praktikkan Mbak! Alhamdulillah Mbak masih ingat!”

b. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (Kegiatan yang bisa dilakukan pasien dirumah).

“Sesuai janji saya yang kemarin saya akan mengajarkan Mbak cara kontrol halusinasi yang ketiga yaitu dengan melakukan kegiatan. Sebelumnya saya akan tanya dulu, Apa kegiatan yang ibu lakukan selama di rumah dan di rumah sakit? Saya akan mengajarkan kegiatan apa saja selama di RS dan di rumah ya Mbak! Saat di Rumah Sakit setelah bangun pagi Mbak bisa menata tempat tidur sampai rapi kemudian mandi dan ambil air wudhlu untuk sholat, setelah itu Mbak bisa melakukan olahraga kecil, Setelah itu Mbak bisa makan pagi dan minum obat setelah makan pagi kemudian bisa membantu membersihkan alat makan setelah makan, setelah itu Mbak bisa berbincang-bincang dengan temannya atau dengan perawat ruangan. Ketika sudah dirasa capek Mbak bisa beristirahat sambil menunggu makan siang. Setelah makan siang Mbak bisa melakukan sholat dhuhur kemudian tidur siang sampai sore. Ketika bangun sore Mbak langsung sholat ashar dan mandi. Sambil menunggu makan malam Mbak bisa mengobrol dengan teman atau perawat yang ada di ruangan. Ketika adzan magrib Mbak bisa mengambil air wudlu untuk sholat magrib lalu makan makan malam dan minum obat. Jam 21.00 Mbak bisa tidur malam sampai bangun pagi. Saat di rumah Mbak bisa melakukan setelah bangun pagi, mandi lalu sholat dan membereskan tempat tidur sambil masak mempersiapkan makanan untuk suami. Setelah suami berangkat kerja, Mbak tidak lupa untuk minum obat lalu bisa melakukan pekerjaan seperti mencuci piring, mencuci pakaian atau lainnya kemudian istirahat. Siang hari Mbak bisa sholat dhuhur dan memprsiapkan makan siang untuk anaknya saat pulang sekolah lalu Mbak bisa tidur atau istirahat siang. Setelah suami pulang Mbak bisa menyiapkan makanan. Saat sholat ashar tiba jangan lupa sholat dan mandi sore. Setelah magrib Mbak sholat dan jangan lupa menyiapkan makan malam untuk suami. Setelah itu Mbak bisa minum obat dan menunggu sholat Isya’. Setelah itu Ibu bisa mengajak bicara suami sampai pukul 21.00 kemudian bisa tidur malam.”

c. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

“Apakah Mbak sekarang tau kegiatan yang harus dilakukan untuk mengintrol halusinasi saat di Rumah Sakit maupun di rumah? Jangan lupa dengan semua yang telah saya ajarkan ya Mbak!”

Menurut penulis pada tahap tindakan asuhan keperawatan pasien tidak ada kesenjangan antara Tinjauan Pustaka dan Tinjauan Kasus, namun pada tahap tindakan asuhan keperawatan keluarga tidak dapat dilaksanakan karena tidak ada keluarga yang menunggu / bertemu saat di ruang Pav VI Jiwa.

**4.5 Evaluasi**

**4.5.1 Tinjauan Kasus**

Menurut (Arisandy, 2022) Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan dilakukan terus menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

Evaluasi dapat di bagi menjadi 2 yaitu :

1. Evaluasi kemampuan pasien.

a. Pasien menunjukkan rasa percayanya kepada saudara sebagai perawat dengan ditandai dengan pasien mau bekerja sama secara aktif dalam melaksanakan program yang saudara usulkan kepada pasien.

b. Pasien mengungkapkan jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang menimbulkan halusinasi dan respon terhadap halusinasinya.

c. Pasien menunjukkan kemajuan dalam mengontrol halusinasinya.

2. Evaluasi kemampuan keluarga.

a. Keluarga ikut bekerja sama merawat pasien sesuai anjuran yang Anda berikan.

**4.5.2 Tinjauan Kasus**

Berdasarkan hasil dari Implementasi Tindakan Asuhan Keperawatan yang dilaksanakan tanggal 24/11/2023 sampai 26/11/2023 didapatkan hasil sebagai berikut :

1. Evaluasi kemampuan pasien.

a. Pasien mampu mengikuti dan mempraktikkan yang telah diajarkan oleh perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan seperti cara menghardik, minum obat dengan teratur dan kegiatan untuk mengontrol halusinasi.

b. Pasien mampu menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang menimbulkan halusinasi dan respon terhadap halusinasinya.

c. Kemajuan dalam berinteraksi dengan orang lain secara bertahap.

1) Sebelum diberikan Tindakan Asuhan pasien tampak senyum-senyum sendiri di ruangan dan tatapan mata kosong seperti mendengarkan sesuatu.

2) Setelah mendapatkan Tindakan Asuhan Keperawatan pasien mampu mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi yang menimbulkan halusinasi dan respon terhadap halusinasinya. Pasien juga mampu meyebutkan dan mempraktikkan cara kontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat teratur dan melakukan kegiatan. Pasien sudah tidak tampak senyum-senyum sendiri di ruangan dan pandangan mata sudah tidak kosong.

2. Evaluasi kemampuan keluarga.

a. Penulis tidak bisa mengukur evaluasi kemampuan keluarga karena tidak ada keluarga yang menunggu / bertemu saat di ruang Pav 6.

Menurut penulis terjadi kesenjangan antara Tinjauan Pustaka dan Tinjauan Kasus pada tingkat kemampuan pasien dalam menyebutkan penyebab tidak mau berinteraksi dengan orang lain, keuntungan berinteraksi, dan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny.MK dengan masalah utama Gangguan persepsi sensori di ruang Pav 6 RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Maka dapat memberikan simpulan dan saran yang bermanfaat dalam meningkatkan kualitas dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan Jiwa dengan masalah utama Gangguan persepsi sensori.

**5.1 Simpulan**

Berdasarkan hasil dari Asuhan Keperawatan Jiwa di ruang Pav 6 RSPAL dr. Ramelan Surabaya, dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori, maka penulis memberikan kesimpulan sebagai berikut :

1. Berdasarkan hasil pengkajian kasus masalah utama Gangguan Persepsi Sensori pada Ny. MK dengan diagnosa medis *Skizofrenia* Halusinasi Pendengaran, hari Jum’at tanggal 24 November 2023 pukul 09.00 WIB. Alasan MRS, pasien marah-marah sejak 2 minggu yang lalu, bicara sendiri, sering halusinasi dan mendengar bisikan, semalam ibu dan kakak pasien didorong dan dipukul, pasien merasa hamil namun tidak hamil, kemudian kaka Perempuan pasien membawa ke IGD RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Saat di IGD pasien dapat menyebutkan identitasnya, mengatakan tidak tahu kenapa dibawa ke RS. Pasien MRS di Ruang Pav 6 pada tanggal 21/11/2023 pkl. 11:30 WIB, Keluhan utama saat pengkajian pasien mengatakan mendengar bisikan atau suara ibu dan kakak Perempuannya yang selalu marah-marah. Pasien belum pernah menjalani perawatan, pengobatan di RSPAL dr. Ramelan ruang Pav 6 dan pengalaman masa lalu yang berkaitan dengan perilaku kekerasan. Tidak ada anggota keluarga pasien yang mengalami, gejala maupun pengobatan gangguan jiwa. Mempunyai riwayat yang tidak menyenangkan saat kecil pernah tidak dikasih hadiah saat ulang tahun, respon pasien pada saat itu merasa di anak tirikan dan dampak dari kejadian itu pasien merasa tersisihkan. Saat pengkajian pasien tidak ada keluhan fisik, pasien merupakan anak ke 2 dari 3 bersaudara, status bersuami dan belum mempunyai anak. Pasien tinggal bersama suami. Pasien mengalami gangguan pada hubungan sosial karena tidak pernah mengikuti kegiatan apapun dalam kelompok ataupun masyarakat hal itu disebabkan karena pasien sering duduk sendiri, senyum senyum, bicara sendiri kadangkala menangis sendiri. Pasien mempunyai masalah pada isi pikir waham curiga terhadap kakak Perempuannya yang selalu memarahinya dan daya tilik diri bahwa dirinya tidak merasa sakit gangguan jiwa. Pasien mengalami mekanisme koping yang maladaptif terbukti jika ada masalah pasien akan mudah tersinggung dan marah. Pasien juga mengalami kurangnya pengatahuan dalam penyakit jiwa yang dialaminya, koping dan manfaat obat yang diminumnya

2. Setelah melakukan tahap pengkajian penulis melakukan tahap penegakan diagnosa pada kasus masalah utama Gangguan persepsi sensori pada Ny.MK dengan diagnosa medis *Skizofrenia* yang bersumber dari buku Satuan Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu :

Gangguan Persepsi Sensori (D.0095 SDKI hal. 190) b.d Gangguan pendengaran d.d Keluhan utama saat pengkajian tanggal 24/11/2023 jam 09.00 WIB. pasien mengatakan mendengar bisikan-bisikan jika suaminya memakai sabu-sabu.

a. Isolasi Sosial (D.0121 SDKI hal. 268) b.d Ketidak mampuan menjalin hubungan yang memuaskan d.d Pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan apapun dalam kelompok ataupun masyarakat.

3. Pada tahap Perencanaan Tindakan Keperawatan kasus masalah utama Gangguan persepsi sensori pada Ny.MK dengan diagnosa medis *Skizofrenia* , penulis menggunakan panduan dari Buku Ajar Keperawatan Jiwa dari (Keliat, 2019).

**5.1.1 Tindakan Keperawatan Pasien**

1. Tujuan

a. Kognitif, pasien mampu :

1) Mengidentifikasi mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi dan respon halusinsasinya.

2) Menyebutkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik.

3) Menyebutkan cara minum obat dengan teratur.

4) Menyebutkan kegiatan yang bisa dilakukan untuk mengontrol halusinasi.

5) Meyebutkan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap.

b. Psikomotor, pasien mampu :

1) Mengontrol halusinasi.

2) Mempraktikkan cara menghardik halusinasi.

3) Mempraktikkan cara minum obat dengan teratur.

4) Mempraktikkan kegiatan yang bisa dilakukan untuk mengontrol halusinasi.

5) Mempraktikkan cara bercakap-cakap dengan orang lain.

c. Afektif, pasien mampu :

1) Merasakan manfaat dari latihan kontrol halusinasi.

2) Merasa nyaman berinteraksi dengan orang lain.

2. Tindakan

Berdasarkan (Fatimah & Nuryaningsih, 2018) dalam buku ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, tindakan keperawatan jiwa yang dilakukan kepada pasien dengan Gangguan persepsi sensori adalah :

a. Membina hubungan saling percaya.

1) Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien.

2) Berkenalan dengan pasien, seperti perkenalkan nama dan nama panggilan yang Anda sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien.

3) Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini.

4) Buat kontrak asuhan, misalnya apa yang Anda akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan, dan tempatnya di mana.

5) Jelaskan bahwa Anda akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi.

6) Setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap pasien.

7) Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan.

b. Membantu pasien mengidentifikasi halusinasinya

1) Tanyakan jenis halusinasi yang dirasakan pasien.

2) Tanyakan isi halusinasi yang dirasakan pasien.

3) Tanyakan waktu halusinasi yang dirasakan pasien.

4) Tanyakan frekuensi halusinasi yang dirasakan pasien.

5) Tanyakan situasi yang menimbulkan halusinasi.

6) Tanyakant respon pasien terhadap halusinasinya.

c. Melatih pasien cara mengontrol halusinasi secara bertahap.

1) Jelaskan kepada pasien cara mengontrol halusinasi.

2) Berikan contoh cara mengontrol halusinasi.

3) Beri kesempatan pasien mempraktikkan cara mengontrol halusinasi di hadapan Anda.

4) Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh pasien.

5) Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien setelah berinteraksi dengan orang lain. Mungkin pasien akan mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dorongan terus-menerus agar pasien tetap semangat meningkatkan interaksinya.

**5.1.2 Tindakan Keperawatan untuk Keluarga**

1. Tujuan

Setelah tindakan keperawatan, keluarga mampu merawat pasien Halusinasi di rumah.

2. Tindakan

Melatih keluarga merawat pasien halusinasi.

a. Menjelaskan tentang hal berikut :

1) Masalah halusinasi dan dampaknya pada pasien.

2) Penyebab halusinasi.

3) Sikap keluarga untuk membantu pasien mengatasi halusinasinya.

4) Pengobatan yang berkelanjutan dan mencegah putus obat.

5) Tempat rujukan bertanya dan fasilitas kesehatan yang tersedia bagi pasien.

b. Memperagakan cara cara merawat pasien halusinasi.

c. Memberi kesempatan kepada keluarga untuk mempraktikkan cara merawat pasien halusinasi

4. Tahap Tindakan Asuhan Keperawatan kasus masalah utama Gangguan persepsi sensori pada Ny. MK dengan diagnosa medis *Skizofrenia*, penulis memberikan SP1P sampai dengan SP3P dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan. Selain itu penulis menekankan pada pendekatan secara komprehensif dengan cara membina hubungan saling percaya dengan pasien dan menekankan pada tingkat kepatuhan pasien dalam minum obat.

5. Berdasarkan hasil Tindakan Asuhan Keperawatan kasus masalah utama Gangguan persepsi sensori pada Ny. MK dengan diagnosa medis *Skizofrenia* dari tanggal 24 November 2023 sampai tanggal 26 November 2023 didapatkan hasil evaluasi secara subyektif dan obyektif.

a. Pasien mengatakan cara kontrol halusinasi yang pertama dengan menghardik.

b. Pasien mengatakan manfaat minum obat yaitu mengurangi halusinasi, cemas, tegang dan biar saya tidak kambuh lagi.

c. Pasien mengatakan kegiatan yang bisa dilakukan di rumah yaitu sholat, mandi, membersihkan tempat idur, mencuci piring, mencuci baju, minum obat teratur dan istrahat pukul 21.00.

d. Pasien mampu mempraktikkan cara menghardik halusinasi.

e. Pasien mampu meyebutkan cara dan manfaat minum obat.

f. Pasien mampu menyebutkan kegiatan yang bisa dilakukan di rumah.

g. Pasien tampak tenang.

h. Pasien tampak senang berinteraksi dengan perawat.

**5.2 Saran**

Berdasarkan hasil dari simpulan yang telah diuraikan diatas maka penulis dapat memberikan saran sebagai berikut :

1. Akademis

Untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mahasiswa dalam melaksanakan Tindakan Asuhan Keperawatan Jiwa khususnya pada kasus Gangguan Persepsi Sensori agar dapat melaksakan pendekatan secara komprehensif , melaksanakan komunikasi efektif kepada pasien dengan baik dan menekankan pada tingkat kepatuhan minum obat.

2. Bagi pasien dan keluarga

Untuk tetap menjalankan Tindakan Asuhan Keperawatan yang telah diajarkan saat di rumah Sakit baik untuk pasien maupun keluarga.

3. Bagi pelayananan keperawatan di rumah sakit

Untuk meningkatkan pengetahuan dengan mempelajari kosnep Asuhan Keperawatan Jiwa pada Gangguan persepsi sensori dan meningkatkan keterampilan dengan mengikuti pelatihan / seminar Asuhan Keperawatan Jiwa dan meningkatkan komunikasi yang efektif kepada pasien terlebih pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori.

**DAFTAR PUSTAKA**

Arisandy, W. (2022). *Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Gangguan Halusinasi.*

Azijah, A. N. (2022). *Asuhan Keperawatan Penerapan Komunikasi Terapeutik pada Klien Halusinasi di RSJS dr. Soerojo Magelang*. Jurnal Inovasi Penelitian.

dr. Suparyanto, M. (2018). *Sekilas tentang Mekanisme Koping*. Retrieved from <http://dr-suparyanto.blogspot.com/2013/04/sekilas-tentang-mekanisme-koping.html>

Eka B. Z. Pamekas, Judy, & Hanny. (2019). *Adaptasi Masyarakat Bantaran Sungai terhadap Banjir ti Kelurahan Pakowa Kota Manado*. Spasial, 482-492.

Ferginia. (2021). *Komunikasi Terapeutik pada Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)*.

Hafifah, A., Puspitasari, I.M., & Sinuraya, R. K. (2018). *Farmakoterapi dan Rehabilitasi Psikososial pada Skizofrenia*.

Hastuningtyas. (2018). *Peran Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi terhadap Kemampuan Interaksi Sosial dan Masalah Halusinasi*. Jurnal Care, 62-69.

Istichomah, & R, F. (2019). *The Effectiveness of Family Knowledge About Schizophrenia Toward Frequency of Recurrence of Schizophrenic Family Members At Poly Mental Grhasia Mental Hospital D. I. Yogyakarta*. Jurnal Kesehatan Samora Ilmu, 1689-1699.

Jayanti and Mubin. (2021). *Sosial Skill Training Pada Klien Halusinasi*. Jurnal Keperawatan Jiwa, 19-24.

Kandar, D. (2019). *Predisposition and Prestipitation Factors of Risk of Violent Behaviour*. Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa, 149-156.

Keliat. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*.

Kirana, S. A. (2018). *Gambaran Kemampuan Interaksi Sosial Pasien Halusinasi Setelah Pemberian Social Skill Therapy di Rumah Sakit Jiwa*. Journal of Health Sciences.

Kristyaningsih, P., Sulistiawan, A., & Susilowati, P. (2018). *Penerapan Komunikasi Terapeutik Perawat di Rumah Sakit X Kota Kediri*. Adi Husada Nursing Journal, 47-50.

L. Ma’rifatul Azizah, I. Zainuri, A. Akbar. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Indomedia Pustaka.

Murniarti. (2019). *Bahan Ajar ; Komunikator, Pesan, Pedia/Saluran, Komunikan, Efek/Hasil, dan Umpan Balik*. 156-159.

Musradinur. (2016). *Stres dan Cara Mengatasinya dalam Perspektif Psikologi*. Jurnal Edukasi: Jurnal Bimbingan Konseling, 183.

Muzliyati, U. (2019). *Hubungan Stres Terhadap Proses Adaptasi (Teori Callista Roy) pada Lanjut Usia dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Perumnas II Pontianak*. Tanjungpura *Journal of Nursing Practice and Education*.

Nuryaningsih & Fatimah. (2018). *Buku Ajar*.

Paramita, T., & Alfinuha, S. (2021). *Dinamika Pasien dengan Gangguan Skizofrenia*. Jurnal Psikologi, 12-19.

Riskesdas. (2018). *Retrieved from Data Riset Kesehatan Dasar*: https://labmandat.litbang.kemkes.go.id/riset-badan-litbangkes/menu- riskesnas/menu-riskesdas/426-rkd-2018

Saputri, K. A. (2018). *The Reciprocal Longitudinal Relationship Between The Parent-Adolescent Relationship and Academic Stress in Korea*. *Social Behaviour and Personality*, 1519-1532.

Sari, P. (2019). *Dinamika Psikologi Penderita Skizofrenia Paranoid yang Sering Mengalami Relapse*. Psikoislamedia Jurnal Psikologi, 124-136.

Stuart and Sundeen. (2016). *Keperawatan Jiwa*.

Suerni, T., & PH, L. (2019). *Gambaran Faktor Predisposisi Pasien Halusinasi*. Jurnal Keperawatan, 57-66.

Suwarni, S., & Rahayu, D. A. (2020). *Peningkatan Kemampuan Interaksi pada Pasien Halusinasi dengan Penerapan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi* *Sesi 1-3*. Ners Muda, 11.

Lampiran 1

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

Masalah keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori

Pertemuan : ke 1 (Jum’at, 24/11/2023)

SP : SP1

**A. Proses Keperawatan**

1. Kondisi pasien

DS :

- Pasien mengatakan merasa mendengar suara kakak perempuannya.

DO :

- Pasien tampak bingung, sering menangis, emosi labil.

- Tatapan mata kosong seperti mendengarkan sesuatu.

2. Diagnosa keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori.

3. Tujuan khusus

- Pasien dapat mengidentifikasi jenis, isi, frekuensi, waktu dan respon terhadap halusinasinya.

- Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan menghardik.

- Pasien dapat mempraktikkan cara menghardik halusinasi.

- Pasien dapat memasukkan cara menghardik dalam kegiatan harian pasien.

4. Tindakan keperawatan

**SP1 Pasien**

1. Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien.

2. Mengidentifikasi halusinasi pasien.

3. Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien.

4. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien.

5. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi.

6. Mengidentifikasi respon pasien terhadap halusinasi.

7. Mengajarkan pasien cara menghardik halusinasi.

8. Menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian.

**B. Strategi Komunikasi dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

1. Orientasi

“Selamat pagi Mbak, perkenalkan nama saya perawat Supenu, saya mahasiswa yang sedang praktik disini. Nama Mbak siapa, asalnya darimana dan sudah berapa lama dirawat disini?”

“Maksud dan tujuan saya adalah mengajak Mbak berbincang-bincang dan mengajarkan Ibu tentang cara mengontrol halusinasi, waktunya hanya 15 menit saja”

“Apa Mbak bersedia?”

2. Kerja

“Saya lihat dan perhatikan Mbak saat diruangan tadi Mbak senyum-senyum sendiri? Apakah Mbak mendengar bisikan-bisikan, melihat bayangan-bayangan, mencium bau-bau, merasakan rasa-rasa atau merasa disentuh seseorang?”

Sebelumnya Saya akan menjelaskan ada beberapa jenis halusinasi yaitu halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan dan sentuhan. Halusinasi pendengaran seperti Ibu mendengar bisikan-bisikan, halusinasi penglihatan seperti Mbak melihat bayangan seperti orang berwujud atau tidak, halusinasi penciuman Mbak seperti mencium bau-bau wangi, busuk atau bau-bau yang lainnya, halusinasi pengecapan seperti Mbak sedang merasakan rasa asin, manis, pedas, pahit, dll, halusinasi sentuhan seperti Mbak sedang merasa di sentuh atau di pegang oleh seseorang. Apabila Mbak mengalami salah satu yang saya sebutkan dan orang lain tidak dapat melihat, mendengar, atau merasakannnya maka Mbak mengalami halusinasi.”

“Kapan halusinasi Mbak muncul, apakah saat pagi, sore atau malam hari? Berapa lama halusinasi Mbak muncul? Dalam situasi apa halusinasi Mbak muncul? Lalu bagaimana respon Mbak saat halusinasi itu muncul?”

“Saya akan mengajarkan cara mengontrol halusinasi Ibu. Ada 4 cara mengontrol halusinasi yaitu pertama dengan menghardik, yang kedua dengan cara minum obat, yang ketiga dengan cara kegiatan dan yang keempat dengan cara berbincang-bincang. Untuk hari ini saya akan “Mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik dulu ya Mbak!”

“Perhatikan ya Mbak! Saat halusinasi muncul Mbak katakan (Saya tidak percaya kamu, pergi saja yang jauh) itu bisa Mbak ulangi sampai halusinasi itu hilang. Apakah Mbak sudah tau caranya ? Coba Mbak ulangi apa yang sudah saya ajarkan! Bagus Mbak, coba sekali lagi!”

“Nanti ketika halusinasi itu muncul saat di rumah atau saat di rumah sakit, lakukan yang sudah saya ajarkan ya Mbak!”

Apakah Mbak meminum obat rutin saat di rumah sakit? Nanti saat di rumah jangan lupa untuk meminum obat secara rutin ya!”

3. Terminasi

“Bagaimana perasaan Mbak setelah belajar cara menghardik halusinasi tadi ? Apakah itu dapat memnbantu Mbak untuk mengusir halusinasi?”

“Coba ulangi sekali lagi Mbak apa yang sudah saya ajarkan tadi! Bagus sekali Mbak!”

“Untuk besok pagi saya akan megulangi lagi dari yang saya ajarkan tadi dan mengajak Mbak untuk cara mengontrol halusinasi yang kedua dengan minum obat! Untuk waktu dan tempat di ruangan makan jam 10.00 WIB ya Mbak!”

“Terimakasih atas waktunya, semoga Mbak cepat sembuh ya!”

Lampiran 2

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

Masalah keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori

Pertemuan : ke 2 (Sabtu, 25/11/2023)

SP : SP2

**A. Proses Keperawatan**

1. Kondisi pasien

DS :

- Pasien mengatakan senang ketemu dengan peng kaji, ayo belajar lagi kontrol halusinasi lagi.

DO :

- Pasien tampak tenang.

- Pasien tak tampak senyum sendiri di ruangan.

- Pasien mampu mengikuti latihan kontrol halusinasi dengan menghardik.

2. Diagnosa keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori.

3. Tujuan khusus

- Mengevaluasi kemampuan yang telah diajarkan.

- Melatih kontrol halusinasi dengan minum obat.

- Menjelaskan cara dan manfaat minum obat dengan benar.

- Pasien dapat mempraktikkan cara dan manfaat minum obat dengan benar.

- Pasien dapat memasukkan minum obat teratur dalam kegiatan harian.

4. Tindakan keperawatan

**SP2 Pasien**

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien

2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur.

3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan pasien.

**B. Strategi Komunikasi dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

1. Orientasi

“Selamat pagi Mbak, bagaimana perasaan Mbak hari ini ? Apa Mbak masih ingat dengan saya ?”

“Untuk pertemuan ke dua ini, saya akan mengevaluasi apa yang sudah saya ajarkan kemarin mengajak Mbak untuk cara mengontrol halusinasi yang kedua dengan minum obat. Untuk waktunya 15 menit ya Mbak ! Apa Mbak sudah siap?”

2. Kerja

“Apa Mbak masih ingat cara menghardik halusinasi yang pertama? Coba di praktikkan Mbak! Bagus Mbak, coba ulangi sekali lagi!”

“Untuk kontrol halusiniasi yang kedua yaitu dengan minum obat teratur. Apa Mbak sudah tau cara minum obat yang benar dan manfaat dari obat yang diminum. Saya jelaskan ya Mbak! Pertama pastikan nama dalam tempat obat itu benar namanya Mbak, yang Kedua perhatikan dosis dan aturan obat yang akan diminum, misalnya dosis yang dianjurkan 1 tablet maka yang harus diminum juga harus 1 tablet, untuk aturan misalnya obat diminum 1 kali sehari malam maka Mbak harus minum 1 kali aja di saat malam hari jam 18.00 setelah makan dan obat itu diminum secara langsing atau ditaruh dibawah lidah, yang Ketiga lihat tanggal kadaluarsa pada obat yang akan diminum, jika obat sudah melewati kadaluarsa maka obat jangan diminum dan segara minta obat lagi yang tidak kadaluarsa di Rumah Sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan terdekat, yang Keempat perhatikan pantangan yang tidak boleh dilakukan setelah minum obat yaitu minum kopi, air degan dan susu karena dapat menetralkan efek samping dari obat itu sahingga obat itu tidak akan ada efek sampingnya saat diminum. Untuk manfaat dari obat yang Mbak minum adalah dapat mengurangi halusinasi, rasa cemas, sulit berkonsentrasi, tegang, membuat kemampuan interaksi dengan orang lain jadi lebih baik. Jadi dengan minum obat teratur Insya Allah membuat Mbak tidak kambuh lagi. Apakah sekarang Mbak sudah tau cara dan manfaat minum obat secara teratur.”

“Jangan lupa minum obat secara teratur saat di rumah sakit dan saat Mbak sudah pulang ya!”

3. Terminasi

“Bagaimana perasaan Mbak setelah tau cara dan manfaat minum obat teratur?”. Coba ulangi cara dan manfaat minum obat yang sudah saya ajarkan tadi Mbak! Bagus sekali Mbak, mantap!”

“Untuk pertemuan hari ini sudah selesai ya Mbak, untuk besok pagi saya akan saya akan megulangi lagi dari yang saya ajarkan selama 2 hari dan mengajarkan Mbak untuk cara mengontrol halusinasi yang ketiga dengan melakukan kegiatan. Untuk waktu dan tempat di ruangan makan jam 10.00 WIB ya Mbak! Terimakasih atas waktunya, semoga Mbak cepat sembuh dan cepat pulang ya”

Lampiran 3

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

Masalah keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori

Pertemuan : ke 3 (Minggu, 26/11/2023)

SP : SP3

**A. Proses Keperawatan**

1. Kondisi pasien

DS :

- Pasien mengatakan alhamdulillah saya sudah membaik dan ingin segera pulang.

DO :

- Pasien tampak tenang.

- Pasien tampak ceria.

- Pasien tak tampak senyum-senyum sendiri di ruangan.

- Pasien mampu mengikuti latihan kontrol halusinasi dengan menghardik dan minum obat teratur.

2. Diagnosa keperawatan

Gangguan Persepsi Sensori.

3. Tujuan khusus

- Mengevaluasi kemampuan yang telah diajarkan.

- Melatih kontrol halusinasi dengan kegiatan.

- Mengajarkan kegiatan yang bisa dilakukan pasien.

- Pasien dapat mempraktikkan cara kontrol halusinasi dengan kegiatan.

- Pasien dapat melakukan kegiatan untuk kontrol halusinasi dalam kegiatan harian.

4. Tindakan keperawatan

**SP3 Pasien**

1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.

2. Melatih pasien mengendalikanhalusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang bisa dilakukan pasien dirumah).

3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwan kegiatan harian.

**B. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

1. Orientasi

“ Selamat pagi Mbak, Bagaimana kondisi Mbak hari ini? Apa masih ingat dengan saya Mbak! Sesuai janji kemarin untuk pertemuan yang ketiga saya akan mengevaluasi apa yang sudah saya ajarkan kemarin mengajak Mbak untuk cara mengontrol halusinasi yang ketiga dengan cara melakukan kegiatan. Untuk waktunya 15 menit aja Mbak!

“Apa Mbak sudah siap?

2. Kerja

“Apa Mbak masih ingat cara menghardik, cara minum obat dan manfaat minum obat secara teratur! Coba praktikkan Mbak! Alhamdulillah Mbak masih ingat ”

“Sesuai janji saya yang kemarin saya akan mengajarkan Mbak cara kontrol halusinasi yang ketiga yaitu dengan melakukan kegiatan. Sebelumnya saya akan tanya dulu, Apa kegiatan yang Mbak lakukan selama di rumah dan di rumah sakit? Saya akan mengajarkan kegiatan apa saja selama di RS dan di rumah ya Mbak! Saat di Rumah Sakit setelah bangun pagi Mbak bisa menata tempat tidur sampai rapi kemudian mandi dan ambil air wudhlu untuk sholat, setelah itu Mbak bisa melakukan olahraga kecil, Setelah itu Mbak bisa makan pagi dan minum obat setelah makan pagi kemudian bisa membantu membersihkan alat makan setelah makan, setelah itu Mbak bisa berbincang-bincang dengan temannya atau dengan perawat ruangan. Ketika sudah dirasa capek Mbak bisa beristirahat sambil menunggu makan siang. Setelah makan siang Mbak bisa melakukan sholat dhuhur kemudian tidur siang sampai sore. Ketika bangun sore Mbak langsung sholat ashar dan mandi. Sambil menunggu makan malam Mbak bisa mengobrol dengan teman atau perawat yang ada di ruangan. Ketika adzan magrib Mbak bisa mengambil air wudlu untuk sholat magrib lalu makan makan malam dan minum obat. Jam 21.00 Mbak bisa tidur malam sampai bangun pagi. Saat di rumah Mbak bisa melakukan setelah bangun pagi, mandi lalu sholat dan membereskan tempat tidur sambil masak mempersiapkan makanan untuk suami. Setelah suami berangkat kerja, Mbak tidak lupa untuk minum obat lalu bisa melakukan pekerjaan seperti mencuci piring, mencuci pakaian atau lainnya kemudian istirahat. Siang hari Mbak bisa sholat dhuhur dan memprsiapkan makan siang lalu Mbak bisa tidur atau istirahat siang. Setelah suami pulang Mbak bisa menyiapkan makanan. Saat sholat ashar tiba jangan lupa sholat dan mandi sore. Setelah magrib Mbak sholat dan jangan lupa menyiapkan makan malam untuk suami. Setelah itu Mbak bisa minum obat dan menunggu sholat Isya’. Setelah itu Mbak bisa mengajak bicara suami sampai pukul 21.00 kemudian bisa tidur malam. Apakah Mbak sekarang tau kegiatan yang harus dilakukan untuk mengintrol halusinasi saat di Rumah Sakit maupun di rumah?”

“Jangan lupa obatnya diminum secara teratur ya Mbak baik di Rumah Sakit maupun saat di rumah!”

3. Terminasi

“Bagaimana perasaan Mbak setelah tau kegiatan yang bisa dilakukan untuk mengintrol halusinasi? Coba Mbak ulangi menyebutkan kegiatan selam di RS maupun di rumah! Betul sekali Mbak, Jossss (Sambil memberikan jempol untuk Ny. MK)!”

“Besok pagi saya sudah selesai praktik disini Mbak! Sekarang saya ingin berpamitan dan mengucapkan terimakasih atas waktunya, semoga Mbak cepat sembuh dan cepat pulang ya!”

“Jangan lupa dengan semua yang telah saya ajarkan ya Mbak!”

Lampiran 4

**EVALUASI KEMAMPUAN PASIEN**

**GANGGUAN PERSEPSI SENSORI**

Nama pasien : Ny. MK

Ruangan : Pav 6

Nama Perawat : Supenu

**Petunjuk :**

Berilah tanda checklist (√) jika pasien mampu melakukan kemampuan di bawah ini!

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Kemampuan Pasien** | **Tanggal** | | |
| **24** | **25** | **26** |
| 1 | Menyebutkan jenis halusinasi. | √ | √ | √ |
| 2 | Menyebutkan isi halusinasi. | √ | √ | √ |
| 3 | Menyebutkan waktu halusinasi. | √ | √ | √ |
| 4 | Menyebutkan frekuensi halusinasi | √ | √ | √ |
| 5 | Menyebutkan situasi yang menimbulkan halusinasi. | √ | √ | √ |
| 6 | Menyebutkan respon terhadap halusinasinya. | √ | √ | √ |
| 7 | Mempraktikkan cara menghardik. | √ | √ | √ |
| 8 | Menyabutkan cara dan manfaat minum obat secara teratur. | - | √ | √ |
| 9 | Menyebutkan kegiatan yang dilakukan untuk kontrol halusinasi. | - | - | √ |

Lampiran 5

**MOTTO & PERSEMBAHAN**

**“Sukses butuh perjuangan dan do’a**

**bukan semudah membalikkan tangan”**

Kupersembahkan karyaku yang sederhana ini kepada :

1. Allah SWT.

2. Untuk almarhum Ayah dan almarhumma Ibuku tercinta yang telah membesarkanku dengan sepenuh hati serta mendidikku dengan tulus ikhlas tanpa lelah.

3. Untuk Istriku yang selalu setia menemaniku hingga saat ini.

4. Untuk rekan seperjuangan D3 Prodi RPL Th. 2023 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah berjuang bersama hingga akhir.

5. Sahabat-sahabatku dan satu angkatan D3 Prodi RPL Th. 2023 yang selalu ada dalam suka maupun duka dan selalu saling melengkapi

6. Untuk Ibu Ketua Stikesh Hang Tuah Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes., FISQua. Sekaligus penguji 1, Ibu Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes. selaku penguji Ketua, dan Pembimbingku, penguji 2 dan sekaligus Ibu Ka Prodi “Dr. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes” dan juga untuk semua bapak ibu pengajar/instruktur yang luar biasa di Stikesh Hang Tuah Surabaya yang telah memberi semangat dan atas waktu nya, semoga dan Insyah Allah tercapainya gelar A.Md.Kep.