

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA GANGGUAN
PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI AUDITORY PADA
Ny. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA
PARANOID DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH
SAKIT JIWA MENUR PROVINSI
JAWA TIMUR**



OLEH :

**IWANSYAH
NIM. 2222015**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TA. 2023-2024**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA GANGGUAN
PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI AUDITORY PADA
Ny. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA
PARANOID DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH
SAKIT JIWA MENUR PROVINSI
JAWA TIMUR**

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



OLEH :

**IWANSYAH
NIM. 2222015**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TA. 2023-2024**

SURAT PERNYATAAN

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

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

Surabaya, 1 Februari 2024

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Iwansyah', written over a horizontal line.

IWANSYAH

NIM. 2222015

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Iwansyah
NIM : 2222015
Program Studi : D III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama
Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Auditory
pada Ny.S Dengan Diagnosa Medis F20.0
Skizofrenia Paranoid di Ruang Flamboyan Rumah
Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

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

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, 1 Februari 2024

Pembimbing



Dr. Dya Sustrami, S.Kep.Ns., M.Kes.
NIP. 03.007

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 1 Februari 2024

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

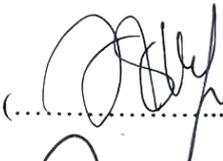
Nama : Iwansyah
NIM : 2222015
Program Studi : D III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Auditory pada Ny.S Dengan Diagnosa Medis F20.0 Skizofrenia Paranoid di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

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

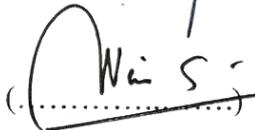
Hari, tanggal : Kamis, 1 Februari 2024
Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN**, pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Lela Nurlela, S.Kp.,M.Kes.
NIP. 03021

(.....


Penguji II : Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes.
NIP. 04015

(.....


Penguji III : Dr. Dya Sustrami, S.Kep.Ns., M.Kes.
NIP. 03007

(.....


**Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D-III Keperawatan**


Dr. Dya Sustrami, S.Kep..Ns, M.Kes.
NIP. 03007

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

KATA PENGANTAR

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

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan 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. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya sekaligus sebagai penguji II yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku puket I yang telah memberikan kesempatan untuk menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku puket II yang telah memberikan kesempatan untuk menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
4. Dr. Dhian Satya R, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku puket III yang telah memberikan kesempatan untuk menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
5. Drg. Vitria Dewi, M.Si selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di STIKES Hang Tuah Surabaya.
6. Dr. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan sekaligus penguji dan Pembimbing I yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas

sumber daya manusia. Dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

7. Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes sebagai penguji I yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan masukan dan mengoreksi hasil Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Bapak Iskandar, S.Kep.Ns., M.Kep., selaku Pembimbing lahan yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberi dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
9. Dosen penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran dalam memberikan pengujian dalam Karya Tulis Akhir yang telah kami susun.
10. 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 dan ikhlas melayani keperluan penulis selama menjadi studi dan penulisannya.
11. Sahabat-sahabat perjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
12. Kepada Ny.S telah menjadi responden. Terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik kepada Ny.S yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang komstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 1 Februari 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH.....	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat.....	5
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Skizofrenia	9
2.1.1 Pengertian Skizofrenia	9
2.1.2 Etiologi Skizofrenia	9
2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia.....	11
2.1.4 Penggolongan Skizofrenia	12
2.2 Konsep Halusinasi.....	16
2.2.1 Definisi Halusinasi	16
2.2.2 Etiologi Halusinasi	17
2.2.3 Tanda dan Gejala Halusinasi	18
2.2.4 Tahapan Halusinasi	19
2.2.5 Derajat halusinasi.....	20
2.2.6 Rentang Respon Halusinasi	20
2.2.7 Penatalaksanaan Halusinasi	22
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi.....	25
2.3.1 Pengkajian	25
2.3.2 Diagnosis	30
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	31
2.3.4 Implementasi.....	34
2.3.5 Evaluasi	35
2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik	36
2.4.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik.....	36
2.4.2 Komponen Komunikasi Terapeutik.....	36
2.4.3 Fase Komunikasi Terapeutik	37
2.5 Konsep Stes dan Adaptasi	40
2.5.1 Pengertian Stres	40
2.5.2 Klasifikasi Stres	40

2.5.3 Penggolongan Stres	41
2.5.4 Respon Psikologi Stres	42
2.5.5 Reaksi Psikologis Terhadap Stres	43
2.5.6 Cara Mengendalikan Stres	43
2.5.7 Pengertian Adaptasi	44
2.5.8 Macam - Macam Adaptasi.....	44
2.6 Konsep Mekanisme Koping	52
2.6.1 Pengertian Mekanisme Koping	52
2.6.2 Penggolongan Mekanisme Koping	52
2.6.3 Faktor Yang Mempengaruhi Mekanisme Koping	53
2.6.4 Jenis Mekanisme Koping	53
2.6.5 Macam – Macam Mekanisme Koping	54
2.7 Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Halusinasi.....	59
2.7.1 Pengertian	59
2.7.2 Tujuan.....	60
2.7.3 Indikasi dan Pelakssanaan	60
2.8 Pohon Masalah.....	62
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	63
3.1 Pengkajian	63
3.1.1 Identitas	63
3.1.2 Alasan Masuk	63
3.1.3 Faktor Predisposisi	64
3.1.4 Pemeriksaan Fisik	65
3.1.5 Psikososial	66
3.1.6 Status Mental	68
3.1.7 Kebutuhan Pulang	71
3.1.8 Mekanisme Koping	72
3.1.9 Masalah psikososial dan lingkungan.....	72
3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang.....	73
3.1.11 Data Lain-Lain	73
3.1.12 Aspek Medik.....	73
3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan.....	74
3.1.14 Daftar Diagnosa Keperawatan	74
3.2 Pohon Masalah.....	75
3.3 Analisa Data	76
3.4 Rencana Keperawatan.....	77
3.5 Tindakan Keperawatan.....	81
BAB 4 PEMBAHASAN	93
4.1 Pengkajian	93
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	95
4.3 Perencanaan	96
4.4 Pelaksanaan	97
4.5 Evaluasi	98
BAB 5 PENUTUP	101
5.1 Simpulan.....	101
5.2 Saran.....	104
DAFTAR PUSTAKA	106

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium	73
Tabel 3. 2 Obat Terapi.....	73
Tabel 3. 3 Analisa Data	76
Tabel 3. 4 Rencana Asuhan Keperawatan	77
Tabel 3. 5 Tindakan Asuhan Keperawatan Hari ke 1	81
Tabel 3. 6 Tindakan Asuhan Keperawatan Hari ke 2	85
Tabel 3. 7 Tindakan Asuhan Keperawatan Hari ke 3	89
Tabel 4. 1 Tabel Strategi Pelaksanaan (SP) Halusinasi.....	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Rentang Respon Neurobiologis (Stuart, 2017)	21
Gambar 2. 2 Pohon Masalah Halusinasi (Keliat, 2019)	62
Gambar 3. 1 Genogram	66
Gambar 3. 2 Pohon Masalah Pasien Dengan Halusinasi.....	75

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	109
Lampiran 2	113
Lampiran 3	117
Lampiran 4	121
Lampiran 5	122

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa merupakan manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku manusia yang terjadi karena menurunnya semua fungsi kejiwaan. Fenomena gangguan jiwa pada saat ini mengalami peningkatan yang sangat signifikan, dan setiap tahun di berbagai belahan dunia jumlah penderita gangguan jiwa bertambah (Keliat, 2019). Salah satu masalah gangguan jiwa yaitu Schizoprenia. Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham, afek yang tidak wajar atau tumpul gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari (Kandar, 2019).

World Health Organization (2019) menyatakan terdapat sekita 20 juta penduduk seluruh dunia yang mengalami skizofrenia. Di Indonesia data Riset Kesehatan Dasar menunjukkan proporsi gangguan jiwa skizofrenia mengalami peningkatan yang signifikan dibandingkan dengan Riskesdas 2013 yakni dari 1,7 per 1000 menjadi 7 per 1000 penduduk Indonesia. Provinsi Jawa Tengah menempati posisi kelima dengan jumlah gangguan jiwa skizofrenia terbanyak yaitu 9% penduduk rumah tangga dengan keluarga skizofrenia (Riskesdas, 2018). Berdasarkan data dari Rumah Sakit Menur Provinsi Jawa Timur Surabaya hasil angka kejadian kasus Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur Surabaya selama bulan Oktober 2023 hingga Desember 2023 didapatkan hasil sebanyak 6187 pasien rawat jalan maupun rawat inap dengan rincian kasus

skizofrenia residual mencapai 42.20%, skizofrenia tak terinci mencapai 41.47%, skizofrenia paranoid 10.34%, skizofrenia hebefrenik 2,5%, skizofrenia simpleks 2%, skizofrenia katatonik 1,40%. Hasil angka kejadian kasus Skizofrenia khususnya kasus undifferentiated skizofrenia atau skizofrenia tak terinci (F 20.3), pada bulan September 2022 yaitu mencapai total 38% dan pada bulan Oktober 2022 mengalami penurunan yaitu total 28%, kemudian pada saat bulan November 2022 kembali mengalami peningkatan yaitu total mencapai 34%. Kasus skizofrenia sendiri mencakup masalah keperawatan dengan prevalensi pada rentang bulan Agustus 2022 hingga Januari 2024 halusinasi 29%, Halusinasi 51%, defisit perawatan diri 15%, Halusinasi 3%, harga diri rendah 2%.

Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa pada individu yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi yaitu merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecap, perabaan atau penghiduan. Pasien merasakan stimulus yang sebenarnya tidak ada. 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 (Azijah, 2022). Halusinasi yang dialami oleh individu dapat disebabkan oleh faktor presipitasi dan predisposisi. Didukung dengan berbagai penyebabnya seperti faktor biologis, faktor pola asuh orang tua,

lingkungan, sosial budaya, ekonomi, dan stress. Individu yang mengalami halusinasi jika tidak dapat mengontrolnya maka klien akan melakukan perilaku yang dapat membahayakan dirinya, orang lain, dan juga lingkungannya (Suerni & PH, 2019).

Sebagai seorang perawat tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan Gangguan Persepsi Sensori adalah komunikasi efektif yang berdasarkan pada Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SPTK), SP pasien yaitu Mengajarkan cara menghardik halusinasi, Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur, Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang bisa dilakukan pasien dirumah), Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap – cakap dengan orang lain, Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian (Arisandy, 2022) serta melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi farmakologi dan memberikan Terapi Aktifitas Kelompok Stimulus Persepsi.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Tingkat Keberhasilan Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Auditory pada Ny.S Dengan Diagnosa Medis F20.0 Skizofrenia Paranoid di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu mengidentifikasi tingkat keberhasilan asuhan keperawatan jiwa pada pasien masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Auditory dengan diagnosa medis F20.0 Skizofrenia Paranoid di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melaksanakan pengkajian pada pasien masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Auditory pada Ny.S dengan diagnosa medis F20.0 Skizofrenia Paranoid di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Auditory pada Ny.S dengan diagnosa medis F20.0 Skizofrenia Paranoid di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Auditory pada Ny.S dengan diagnosa medis F20.0 Skizofrenia Paranoid di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Auditory pada Ny. S dengan diagnosa medis F20.0 Skizofrenia Paranoid di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

5. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada pasien masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Auditory pada Ny.S dengan diagnosa medis F20.0 Skizofrenia Paranoid di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Auditory pada Ny.S dengan diagnosa medis F20.0 Skizofrenia Paranoid di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini dapat memberi manfaat :

1. Akademis

Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan ilmu pengetahuan dalam asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Auditory.

2. Secara praktis tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

- a. Bagi pasien dan keluarga

Sebagai bahan edukasi tentang cara merawat pasien dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Auditory.

- b. Bagi pelayananan keperawatan di rumah sakit

Dapat menjadi masukan bagi pelayanan di Rumah Sakit agar dapat melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Auditory dengan baik.

c. Bagi Peneliti

Dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti selanjutnya, yang akan membuat karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Auditory.

d. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberi pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah utama Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Auditory.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

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

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan langsung pada pasien.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik, foto thorax dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

d. Sumber data

1) Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

2) Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medis, sim RS (medify), perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

e. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri 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 Ilmiah Akhir.

- BAB 2 : Tinjauan pustaka berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan Pasien dengan masalah utama Halusinasi serta kerangka masalah.
- BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
- BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan.
- BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.
3. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka, lampiran dan leaflet.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep skizofrenia, konsep penyakit, asuhan keperawatan Gangguan persepsi sensori, konsep komunikasi, konsep stress adaptasi, konsep mekanisme koping, terapi aktifitas kelompok sosialisasi dan Pohon masalah Gangguan persepsi sensori.

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan mental atau sekelompok gangguan yang ditandai dengan kekacauan dalam bentuk dan isi pikiran (delusi dan halusinasi), dalam mood (afek yang tidak sesuai), dalam perasaan dirinya dan hubungannya dengan dunia luar / kehilangan batas-batas ego (Istichomah & R, 2019).

Skizofrenia adalah salah satu gangguan mental dengan karakteristik kekacauan pada pola berpikir, proses persepsi, afeksi dan perilaku sosial (Sari, 2019).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Penyebab skizofrenia masih belum diketahui secara jelas. Penelitian menunjukkan adanya kelainan pada struktur dan fungsi otak. Kombinasi faktor genetik dan lingkungan berperan dalam perkembangan skizofrenia. Faktor genetik dapat menjadi penyebab skizofrenia (Hafifah et al., 2018). Beberapa Faktor penyebab skizofrenia :

1. Keturunan

Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9%-1,8% bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak-anak dengan salah satu orang tua yang menderita Skizofrenia 40-68%, kembar 2 telur 2-15% dan kembar satu telur 61-86%

2. Metabolisme

Teori ini didasarkan karena penderita Skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung ekstermitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun serta pada penderita dengan stupor katatonik konsumsi zat asam menurun. Hipotesa ini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat halusinogenik.

3. Susunan Saraf Pusat

Penyebab Skizofrenia diarahkan pada kelainan SSP yaitu pada diensefalon atau kortek otak tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan.

4. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada SSP tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia. Menurut Meyer Skizofrenia merupakan reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

5. Teori Sigmund Freud

- a. Kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab ataupun somatik
- b. Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan ide yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme dan kehilangan kapasitas untuk pemindahan (*transference*) sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.

2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut buku (L. Ma'rifatul Azizah, I. Zainuri, 2016) *indicator premorbid* (pra-sakit) pre-skizofrenia antara lain ketidakmampuan seseorang mengekspresikan emosi: wajah dingin, jarang tersenyum, acuh tak acuh. Penyimpangan komunikasi: pasien sulit melakukan pembicaraan terarah, kadang menyimpang (*tajential*) atau berputar-putar (*sirkumstantialz*). Gangguan atensi: penderita tidak mampu memfokuskan, mempertahankan, atau memindahkan atens. Gangguan perilaku: menjadi pemalu, tertutup, menarik diri secara sosial, tidak bisa menikmati rasa senang, menantang tanpa alasan jelas, mengganggu dan tak disiplin.

Menurut (Paramita & Alfinuha, 2021) tanda dan gejala yang muncul pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut:

1. Muncul delusi dan halusinasi. Delusi merupakan keyakinan/pemikiran yang salah dan tidak sesuai kenyataan, namun tetap dipertahankan sekalipun dihadapkan pada cukup banyak bukti mengenai pemikirannya tersebut. Delusi yang biasanya muncul adalah bahwa penderita skizofrenia meyakini dirinya tuhan, dewa, nabi, atau orang besar dan penting. sementara halusinasi adalah persepsi panca indera yang tidak sesuai dengan kenyataan. Misalnya

penderita berbicara sendiri dan mempersepsikan ada orang lain yang sedang di ajak bicara

2. Kehilangan energy dan minat untuk menjalani aktivitas sehari-hari, bersenang-senang, maupun aktivitas seksual, berbicara hanya sedikit, gagal menjalin hubungan yang dekat dengan orang lain, tidak mampu memikirkan konsekuensi dari tindakannya, menampilkan ekspresi emosi yang datar, atau bahkan ekspresi emosi yang tidak sesuai konteks (misalkan tiba-tiba tertawa atau marah-marah tanpa sebab yang jelas).

2.1.4 Penggolongan Skizofrenia

Skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut (Istichomah & R, 2019) yaitu :

1. Skizofrenia paranoid (F 20. 0)
 - a. Memenuhi kriteria skizofrenia.
 - b. Halusinasi dan/atau waham harus menonjol : halusinasi auditori yang memberi perintah atau auditorik yang berbentuk tidak verbal; halusinasi pembauan atau pengecapan rasa atau bersifat seksual; waham dikendalikan, dipengaruhi, pasif atau keyakinan dikejar-kejar.
 - c. Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala katatonik relative tidak ada.
2. Skizofrenia hebefrenik (F 20. 1)
 - a. Memenuhi kriteria skizofrenia.
 - b. Pada usia remaja dan dewasa muda (15-25 tahun).

- c. Kepribadian premorbid : pemalu, senang menyendiri.
 - d. Gejala bertahan 2-3 minggu.
 - e. Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Perilaku tanpa tujuan, dan tanpa maksud. Preokupasi dangkal dan dibuat-buat terhadap agama, filsafat, dan tema abstrak.
 - f. Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, mannerism, cenderung senang menyendiri, perilaku hampa tujuan dan hampa perasaan.
 - g. Afek dangkal (*shallow*) dan tidak wajar (*in appropriate*), cekikikan, puas diri, senyum sendiri, atau sikap tinggi hati, tertawa menyeringai, mengibuli secara bersenda gurau, keluhan hipokondriakal, ungkapan kata diulang-ulang.
 - h. Proses pikir disorganisasi, pembicaraan tak menentu, inkoheren
3. Skizofrenia katatonik (F 20. 2)
- a. Memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia.
 - b. Stupor (amat berkurang reaktivitas terhadap lingkungan, gerakan, atau aktivitas spontan) atau mutisme.
 - c. Gaduh-gelisah (tampak aktivitas motorik tak bertujuan tanpa stimuli eksternal).
 - d. Menampilkan posisi tubuh tertentu yang aneh dan tidak wajar serta mempertahankan posisi tersebut.
 - e. Negativisme (perlawanan terhadap perintah atau melakukan ke arah yang berlawanan dari perintah).

- f. Rigiditas (kaku).
 - g. Flexibilitas cerea (*waxy flexibility*) yaitu mempertahankan posisi tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar.
 - h. Command automatism (patuh otomatis dari perintah) dan pengulangan kata-kata serta kalimat.
 - i. Diagnosis katatonik dapat tertunda jika diagnosis skizofrenia belum tegak karena pasien yang tidak komunikatif.
4. Skizofrenia tak terinci atau undifferentiated (F 20. 3)
- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia.
 - b. Tidak paranoid, hebefrenik, katatonik.
 - c. Tidak memenuhi skizofren residual atau depresi pasca-skizofrenia.
5. Skizofrenia pasca-skizofrenia (F 20. 4)
- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia selama 12 bulan terakhir ini.
 - b. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya).
 - c. Gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32.-), dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu. Apabila pasien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif (F32.-). Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtype skizofrenia yang sesuai (F20.0 - F20.3).
6. Skizofrenia residual (F 20. 5)

- a. Gejala “negatif” dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktifitas yang menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara dan posisi tubuh, erawatan diri dan kinerja sosial yang buruk.
 - b. Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
 - c. Sedikitnya sudah melewati kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom “negatif” dari skizofrenia.
 - d. Tidak terdapat demensia atau gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.
7. Skizofrenia simpleks (F 20. 6)
- a. Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pemantapan perkembangan yang berjalan perlahan dan progresif dari :
 - 1) Gejala “negatif” yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik.
 - 2) Disertai dengan perubahan – perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang

mencolok, tidak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.

b. Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibandingkan subtipe skizofrenia lainnya.

8. Skizofrenia tak spesifik (F.20.7)

Merupakan tipe skizofrenia yang tidak dapat diklasifikasikan kedalam tipe yang telah disebutkan.

9. Skizofrenia lainnya (F.20.8)

Termasuk skizofrenia *chenesthopathic* (terdapat suatu perasaan yang tidak nyaman, tidak enak, tidak sehat pada bagian tubuh tertentu), gangguan skizofreniform YTI.

2.2 Konsep Halusinasi

2.2.1 Definisi Halusinasi

Halusinasi merupakan distorsi persepsi palsu yang terjadi pada respon neurobiologis maladaptif. Klien sebenarnya mengalami distorsi sensori, namun meresponsnya sebagai hal yang nyata (Sukaesti, 2019).

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 (Azijah, 2022).

2.2.2 Etiologi Halusinasi

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi Gangguan persepsi sensori menurut (Suerni & PH, 2019) adalah sebagai berikut :

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Perkembangan

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

b. Faktor Sosial Budaya

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

c. Faktor Psikologis

Hubungan interpersonal yang tidak harmonis.

d. Faktor Biologis

Struktur otak yang abnormal ditemukan pada pasien gangguan orientasi realita.

e. Faktor Genetik

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

2. Faktor Presipitasi

a. Stresor social budaya

Stres dan kecemasan akan meningkat bila terjadi penurunan

satabilitas keluarga.

b. Faktor biokimia

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

c. Faktor psikologis

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

d. Perilaku

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

2.2.3 Tanda dan Gejala Halusinasi

Menurut (Ayu Candra Kirana, 2018) 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

2.2.4 Tahapan Halusinasi

Terdapat 4 tahapan halusinasi menurut (Fatimah & Nuryaningsih, 2018) yaitu :

1. Comforting

Klien mengalami perasaan mendalam seperti ansietas sedang, kesepian, rasa bersalah dan takut serta mencoba untuk berfokus pada pikiran yang menyenangkan untuk meredakan ansietas. Di sini klien tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai, menggerakkan lidah tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, diam dan asyik.

2. Condemning

Pada ansietas berat pengalaman sensori menjijikkan dan menakutkan. Klien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan. Disini terjadi peningkatan tanda-tanda sistem saraf otonom akibat ansietas seperti peningkatan tanda-tanda vital (denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah), asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan untuk membedakan halusinasi dengan realita.

3. Controlling

Pada ansietas berat, klien berhenti menghentikan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut. Di sini klien sukar

berhubungan dengan orang lain, berkeringat, tremor, tidak mampu mematuhi perintah dari orang lain dan berada dalam kondisi yang sangat menegangkan terutama jika akan berhubungan dengan orang lain.

4. Consquering

Terjadi pada panik Pengalaman sensori menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasi. Di sini terjadi perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri, tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks dan tidak mampu berespon lebih dari 1 orang. Kondisi klien sangat membahayakan.

2.2.5 Derajat halusinasi

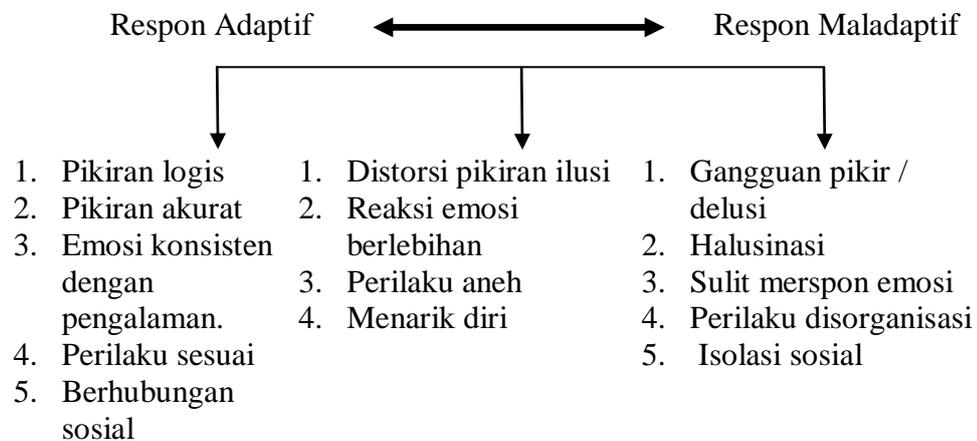
Terdapat 5 macam tingkatan derajat halusinasi yaitu :

1. Pasien mengalami halusinasi di masa lalu tetapi pasien memahami bahwa yang dialami bukan hal yang nyata, halusinasi adalah bagian dari gejala sakitnya.
2. Pasien mengalami halusinasi di masa lalu dan masih mempercayai halusinasinya nyata.
3. Pasien saat ini mengalami halusinasi, tetapi tidak mau membicarakannya.
4. Pasien saat ini mengalami halusinasi, tetapi tidak menuruti halusinasinya.
5. Pasien saat ini mengalami halusinasi dan menuruti halusinasinya.

2.2.6 Rentang Respon Halusinasi

Gangguan kepribadian biasanya dapat dikenali pada masa remaja atau lebih awal dan berlanjut sepanjang masa dewasa. Gangguan tersebut merupakan pola

respon, tidak maladaptive fleksibel, dan menetap yang cukup berat menyebabkan disfungsi perilaku atau distress yang nyata.



Gambar 2. 1 Rentang Respon Neurobiologis (Stuart, 2017)

Respon adaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan dengan cara yang dapat diterima oleh norma-norma masyarakat meliputi :

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

Respon psikososial meliputi :

1. Proses pikir terganggu adalah proses pikir yang menimbulkan gangguan
2. Ilusi adalah miss interpretasi yang salah penerapan yang benar-benar terjadi (objek nyata) karena rangsangan panca indera.

3. Emosi berlebihan atau berkurang.
4. Perilaku tidak biasa adalah sikap dan tingkah laku yang melebihi batas kewajaran.
5. Menarik diri adalah percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain.

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

1. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain dan bertentangan dengan kenyataan sosial.
2. Halusinasi merupakan persepsi sensoru yang salah atau persepsi eksternal yang tidak realita atau tidak ada.
3. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati.
4. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.
5. Isolasi sosial adalah kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu kecelakaan yang negatif mengancam.

2.2.7 Penatalaksanaan Halusinasi

Penatalaksanaan yang dapat diberikan kepada Pasien dengan Halusinasi antara lain pendekatan farmakologi, psikosial, terapi aktivitas, terapi okupasi, rehabilitasi, dan program intervensi keluarga (Suwarni & Rahayu, 2020).

1. Terapi Farmakologi

Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun pengobatan dengan neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi contohnya Clorpromazine HCL yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya. Apabila tidak ada, dapat digunakan dosis efektif rendah. Contohnya Trifluoperasine estelasine, bila tidak ada juga, maka dapat menggunakan Transquilizer bukan obat antipsikotik seperti neuroleptika, tetapi meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas, dan anti agitasi.

2. Terapi Psikososial

Membutuhkan waktu yang cukup lama dan merupakan bagian penting dalam proses terapeutik, upaya dalam psikoterapi ini meliputi: memberikan rasa aman dan tenang, menciptakan lingkungan yang terapeutik, bersifat empati, menerima pasien apa adanya, memotivasi pasien untuk dapat mengungkapkan perasaannya secara verbal, bersikap ramah, sopan, dan jujur kepada pasien.

3. Terapi Individu

Salah satu bentuk terapi individu yang bisa diberikan oleh perawat kepada Pasien dengan Halusinasi adalah pemberian strategi pelaksanaan (SP). Dalam pemberian strategi pelaksanaan Pasien dengan Halusinasi hal yang paling penting perawat lakukan adalah berkomunikasi dengan teknik terapeutik. Semakin baik komunikasi perawat, maka semakin berkualitas pula asuhan keperawatan yang diberikan kepada Pasien karena komunikasi yang baik dapat membina hubungan saling percaya antara perawat dengan

Pasien, perawat yang memiliki keterampilan dalam berkomunikasi secara terapeutik tidak saja mudah menjalin hubungan saling percaya dengan Pasien, tapi juga dapat menumbuhkan sikap empati dan *caring*, mencegah terjadi masalah lainnya, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan serta memudahkan dalam mencapai tujuan intervensi keperawatan (Arisandy, 2022).

4. Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi halusinasi adalah terapi yang menggunakan aktivitas sebagai stimulus dan terkait dengan pengalaman dan atau kehidupan untuk didiskusikan dalam kelompok. Hasil diskusi kelompok dapat berupa kesepakatan persepsi atau alternatif penyelesaian masalah (Keliat, 2019). Menurut (Keliat, 2019) tujuan umum Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi halusinasi adalah Pasien dapat lebih menerapkan strategi pelaksanaan Halusinasi secara fisik dan sosial dalam mengontrol Halusinasi dan tujuan khususnya adalah:

- a. Pasien dapat mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus dan respon halusinasi.
- b. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan menghardik.
- c. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan minum obat secara teratur.
- d. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal.
- e. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

5. Terapi Okupasi

Terapi okupasi yaitu suatu ilmu dan seni untuk mengarahkan partisipasi seseorang dalam melaksanakan aktifitas atau tugas yang sengaja dipilih dengan maksud untuk memperbaiki, memperkuat, meningkatkan harga diri seseorang, dan penyesuaian diri dengan lingkungan. Contoh terapi okupasi yang dapat dilakukan di rumah sakit adalah terapi berkebun, kelas bernyanyi, dan terapi membuat kerajinan tangan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam keterampilan dan bersosialisasi (Suparyanto dan Rosad (2015, 2020).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Halusinasi

2.3.1 Pengkajian

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

1. Identitas pasien

Identitas Pasien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, status mental, suku bangsa, alamat, nomor rekam medis, ruang rawat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosis medis. Identitas penanggung jawab : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, hubungan dengan Pasien, alamat.

2. Alasan Masuk

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

3. Faktor predisposisi

Kehilangan, perpisahan, penolakan orangtua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan/frustrasi berulang, tekanan dari kelompok sebaya, perubahan struktur sosial.

4. Pemeriksaan fisik

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

5. Psikososial

a. Genogram

Genogram menggambarkan pasien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh. Pada pasien Halusinasi perlu dikaji pola asuh keluarga dalam menghadapi pasien.

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah atau tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi atau yang akan terjadi. Menolak penjelasan perubahan tubuh, persepsi negatif tentang tubuh. Preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang, mengungkapkan keputusasaan, mengungkapkan ketakutan.

2) Identitas diri

Mengungkapkan keputusasaan karena penyakitnya mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi.

3) Fungsi peran

Fungsi peran pada pasien halusinasi terganggu karena adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

4) Ideal diri

Pasien dengan halusinasi jika kenyataannya tidak sesuai dengan harapan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya.

5) Harga diri

Perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, mencederai diri, dan kurang percaya diri.

c. Hubungan sosial

Pasien mempunyai gangguan / hambatan dalam melakukan hubungan sosial dengan orang lain terdekat dalam kehidupan, kelompok yang diikuti dalam masyarakat.

d. Spiritual

Nilai dan keyakinan pasien, pandangan dan keyakinan pasien terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma dan agama yang dianut pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa. Kegiatan ibadah : kegiatan di rumah secara individu atau kelompok.

6. Status mental

a. Penampilan

Pada pasien dengan Halusinasi biasanya pasien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut

kotor, rambut tidak seperti biasanya , rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.

b. Pembicaraan

Cara pembicaraan biasanya di gambarkan dalam frekuensi, volume dan karakteristik. Frekuensi merujuk pada kecepatan Pasien berbicara dan volume di ukur dengan berapa keras Pasien berbicara. Observasi frekuensi cepat atau lambat, volume keras atau lambat, jumlah sedikit, membisu, dan di tekan, karakteristik gagap atau kata-kata bersambungan.

c. Aktivitas motorik

Aktivitas motorik berkenaan dengan gerakan fisik pasien. Tingkat aktivitas : letargik, tegang, gelisah atau agitasi. Jenis aktivitas : seringai atau tremor. Gerakan tubuh yang berlebihan mungkin ada hubungannya dengan ansietas, mania atau penyalahgunaan stimulan. Gerakan motorik yang berulang atau kompulsif bisa merupakan kelainan obsesif kompulsif.

d. Afek dan Emosi

Afek adalah nada emosi yang kuat pada Pasien yang dapat di observasi oleh perawat selama wawancara. Afek dapat di gambarkan dalam istilah sebagai berikut : batasan, durasi, intensitas, dan ketepatan. Afek yang labil sering terlihat pada mania, dan afek yang datar, tidak selaras sering tampak pada skizofrenia.

e. Interaksi selama wawancara

Interaksi menguraikan bagaimana pasien berhubungan dengan

perawat. Apakah Pasien bersikap bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung, berhati-hati, apatis, defensif, curiga atau sedatif.

f. Presepsi / sensori

Pada pasien halusinasi resiko untuk mengalami presepsi sensori sebagai *Core Problem*.

7. Proses pikir

a. Proses pikir

Proses pikir merujuk “ bagaimana” ekspresi diri pasien proses diri Pasien diobservasi melalui kemampuan berbicaranya. Pengkajian dilakukan lebih pada pola atas bentuk verbalisasi dari pada isinya.

b. Isi pikirannya

Isi pikir mengacu pada arti spesifik yang diekspresikan dalam komunikasi pasien. Merujuk pada apa yang dipikirkan pasien walaupun pasien mungkin berbicara mengenai berbagai subjek selama wawancara, beberapa area isi harus dicatat dalam pemeriksaan status mental. Mungkin bersifat kompleks dan sering disembunyikan oleh pasien.

8. Tingkat kesadaran

Pemeriksaan status mental secara rutin mengkaji orientasi pasien terhadap situasi terakhir. Berbagai istilah dapat digunakan untuk menguraikan tingkat kesadaran Pasien seperti bingung, tersedasi atau stupor.

9. Memori

Pemeriksaan status mental dapat memberikan saringan yang cepat terhadap masalah-masalah memori yang potensial tetapi bukan merupakan jawaban definitif apakah terdapat kerusakan yang spesifik. Pengkajian

neurologis diperlukan untuk menguraikan sifat dan keparahan kerusakan memori. Memori didefinisikan sebagai kemampuan untuk mengingat pengalaman lalu.

10. Tingkat konsentrasi

Konsentrasi adalah kemampuan Pasien untuk memperhatikan selama jalannya wawancara. Kalkulasi adalah kemampuan pasien untuk mengerjakan hitungan sederhana.

11. Kemampuan penilaian / pengambilan keputusan

Penilaian melibatkan pembuatan keputusan yang konstruktif dan adaptif termasuk kemampuan untuk mengerti fakta dan menarik kesimpulan dari hubungan.

12. Daya tilik

Penting bagi perawat untuk menetapkan apakah pasien menerima atau mengingkari penyakitnya.

13. Mekanisme koping

Pasien dengan halusinasi menghadapi suatu permasalahan, dengan menggunakan cara maldatif seperti minum alkohol, merokok reaksi lambat/berlebihan ,menghindar, mencederai diri atau lainnya.

2.3.2 Diagnosis

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

2.3.3 Intervensi Keperawatan

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 halusinasinya.
 - 2) Menyebutkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik.
 - 3) Menyebutkan cara minum obat dengan teratur.
 - 4) Menyebutkan kegiatan yang bisa dilakukan untuk mengontrol halusinasi.
 - 5) Menyebutkan 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 memperkenalkan 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.

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

2.3.4 Implementasi

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 2. 1 Tabel Strategi Pelaksanaan (SP) Halusinasi

Diagnosa	Strategi Pelaksanaan (SP)	
	<i>Pasien</i>	<i>Keluarga</i>
Halusinasi	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	SP 1 Keluarga 1. Mendiskusikan masalah yng dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya 3. Menjelaskan cara – cara merawat pasien halusinasi

halusinasi

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

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 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 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 kegiatan harian.
-

SP 2 Keluarga

1. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien dengan Halusinasi.
2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien Halusinasi.

SP 3 Keluarga

1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning).
2. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang.

2.3.5 Evaluasi

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.

2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional yang dilakukan oleh perawat atau tenaga kesehatan lainnya, yang direncanakan, mempunyai tujuan, dan difokuskan kepada proses kesembuhan pasien. Komunikasi terapeutik ini digunakan untuk menciptakan hubungan yang baik antara perawat dan pasien sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi. Dengan penerapan komunikasi terapeutik yang benar akan membantu dalam kelancaran pemberian asuhan keperawatan untuk pasien (Kristyaningsih et al., 2018).

2.4.2 Komponen Komunikasi Terapeutik

Ada 6 komponen dalam komunikasi menurut (Murniarti, 2019) yaitu :

1. Komunikator

Komunikator adalah orang yang menyampaikan pesan atau maksud dan tujuan tertentu kepada komunikan (penerima pesan).

2. Komunikan

Komunikan adalah orang yang menerima pesan dari komunikator.

3. Pesan

Pesan adalah isi dari sesuatu yang ingin di sampaikan, bisa berupa maksud atau tujuan.

4. Media

Media adalah alat penghubung atau sarana dalam penyampaian pesan dalam komunikasi

5. Feedback

Feedback adalah umpan balik atau respon dari komunikan

6. Effect

Effect adalah akibat atau pengaruh yang di timbulkan dari komunikan setelah menerima pesan.

2.4.3 Fase Komunikasi Terapeutik

Menurut (Ferginia P., 2021) ada 4 tahapan dalam komunikasi, yaitu :

1. Fase Pra Interaksi

Fase ini adalah fase awal persiapan sebelum memulai interaksi dengan pasien. Hal-hal yang dilakukan pada fase ini yaitu evaluasi diri, penetapan tahapan hubungan dan rencana interaksi. Segala hal yang sekiranya dibutuhkan untuk komunikasi akan dipersiapkan.

2. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

Pada tahapan ini, tenaga Kesehatan akan memulai komunikasi dengan memperkenalkan diri agar terbentuk kepercayaan sebagai landasan komunikasi terapeutik.

b. Evaluasi dan Validasi

Evaluasi adalah kegiatan pengumpulan data untuk mengukur sejauh mana sudah tercapai. Validasi adalah data evaluasi yang baik sesuai dengan kenyataan.

c. Kontrak

1) Topik

Topik adalah inti utama dari seluruh isi tulisan yang hendak disampaikan.

2) Waktu

Mengenai tentang hari, tanggal dan jam bertemu antara petugas Kesehatan dan pasien.

3) Tempat

Lokasi atau tempat saat pasien dan petugas Kesehatan bertemu sesuai janji yang telah disepakati.

3. Fase Kerja

Fase kerja yang merupakan fase inti hubungan dengan pasien. Berbagai kegiatan dalam fase ini adalah meningkatkan pengertian dan pengenalan pasien akan diri; perilaku; perasaan dan pikirannya, mengembangkan; mempertahankan dan meningkatkan kemampuan pasien

secara mandiri dalam menyelesaikan masalah, melaksanakan terapi, melaksanakan pendidikan kesehatan, melaksanakan kolaborasi dan melaksanakan observasi serta monitoring.

4. Fase Terminasi

a. Evaluasi

1) Evaluasi Subjektif

Suatu pengukuran hasil yang didapatkan secara subjektif pada pasien.

2) Evaluasi Objektif

Suatu pengukuran hasil yang didapatkan secara objektif pada pasien.

b. Tindak Lanjut

Rencana yang akan disepakati antara pasien dan petugas Kesehatan untuk pembahasan pada topik berikutnya.

c. Kontrak

1) Topik

Topik adalah inti utama dari seluruh isi tulisan yang hendak disampaikan.

2) Waktu

Mengenai tentang hari, tanggal dan jam bertemu antara petugas Kesehatan dan pasien.

3) Tempat

Lokasi atau tempat saat pasien dan petugas Kesehatan bertemu sesuai janji yang telah disepakati.

2.5 Konsep Stes dan Adaptasi

2.5.1 Pengertian Stres

Stres adalah sekumpulan perubahan fisiologis akibat tubuh terpapar terhadap bahaya ancaman. Stres memiliki dua komponen: fisik yakni perubahan fisiologis dan psikogis yakni bagaimana seseorang merasakan keadaan dalam hidupnya. Perubahan keadaan fisik dan psikologis ini disebut sebagai stresor (pengalaman yang menginduksi respon stres) (Ulfa Muzliyati, 2019).

Stres adalah suatu reaksi tubuh yang dipaksa, di mana ia boleh mengganggu equilibrium (homeostasis) fisiologi normal. Sedangkan menurut WHO (2003) Stres adalah reaksi/respons tubuh terhadap stresor psikososial (tekanan mental/beban kehidupan). Stres dewasa ini digunakan secara bergantian untuk menjelaskan berbagai stimulus dengan intensitas berlebihan yang tidak disukai berupa respons fisiologis, perilaku, dan subjektif terhadap stres; konteks yang menjembatani pertemuan antara individu dengan stimulus yang membuat stres semua sebagai suatu sistem.

2.5.2 Klasifikasi Stres

Menurut (Musradinur, 2016) mengklasifikasikan tingkat stres, yaitu:

1. Stress Ringan

Pada tingkat stres ini sering terjadi pada kehidupan sehari-hari dan kondisi ini dapat membantu individu menjadi waspada dan bagaimana mencegah berbagai kemungkinan yang akan terjadi.

2. Stress Sedang

Pada stres tingkat ini individu lebih memfokuskan hal penting saat ini dan mengesampingkan yang lain sehingga mempersempit lahan persepsinya.

3. Stress Berat

Pada tingkat ini lahan persepsi individu sangat menurun dan cenderung memusatkan perhatian pada hal-hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi stres. Individu tersebut mencoba memusatkan perhatian pada lahan lain dan memerlukan banyak pengarahan.

2.5.3 Penggolongan Stres

Menurut (Musradinur, 2016) dalam menggolongkan stres menjadi dua golongan yang didasarkan atas persepsi individu terhadap stres yang dialaminya yaitu :

1. Distres (stres negatif)

Merupakan stres yang merusak atau bersifat tidak menyenangkan. Stres dirasakan sebagai suatu keadaan dimana individu mengalami rasa cemas, ketakutan, khawatir atau gelisah. Sehingga individu mengalami keadaan psikologis yang negatif, menyakitkan dan timbul keinginan untuk menghindarinya.

2. Eustres (stres positif)

Eustres bersifat menyenangkan dan merupakan pengalaman yang memuaskan, frase joy of stres untuk mengungkapkan hal-hal yang bersifat positif yang timbul dari adanya stres. Eustres dapat meningkatkan kesiagaan mental, kewaspadaan, kognisi dan performansi kehidupan. Eustres juga

dapat meningkatkan motivasi individu untuk menciptakan sesuatu, misalnya menciptakan karya seni.

2.5.4 Respon Psikologi Stres

Reaksi psikologis terhadap stres dapat meliputi (Saputri, 2018):

1. Kognisi

Stres dapat melemahkan ingatan dan perhatian dalam aktivitas kognitif. Stresor berupa kebisingan dapat menyebabkan defisit kognitif pada anak-anak. Kognisi juga dapat berpengaruh dalam stres.

2. Emosi

Emosi cenderung terkait dengan stres. Individu sering menggunakan keadaan emosionalnya untuk mengevaluasi stres. Proses penilaian kognitif dapat mempengaruhi stres dan pengalaman emosional. Reaksi emosional terhadap stres yaitu rasa takut, fobia, kecemasan, depresi, perasaan sedih dan rasa marah.

3. Perilaku Sosial

Stres dapat mengubah perilaku individu terhadap orang lain. Individu dapat berperilaku menjadi positif maupun negatif. Bencana alam dapat membuat individu berperilaku lebih kooperatif, dalam situasi lain, individu dapat mengembangkan sikap bermusuhan. Stres yang diikuti dengan rasa marah menyebabkan perilaku sosial negatif cenderung meningkat sehingga dapat menimbulkan perilaku agresif. Stres juga dapat mempengaruhi perilaku membantu pada individu.

2.5.5 Reaksi Psikologis Terhadap Stres

1. Kecemasan

Respons yang paling umum merupakan tanda bahaya yang menyatakan diri dengan suatu penghayatan yang khas, yang sukar digambarkan adalah emosi yang tidak menyenangkan dengan istilah kuatir, tegang, prihatin, takut seperti jantung berdebar-debar, keluar keringan dingin, mulut kering, tekanan darah tinggi dan susah tidur.

2. Kemarahan dan Agresi

Perasaan jengkel sebagai respons terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman. Merupakan reaksi umum lain terhadap situasi stres yang mungkin dapat menyebabkan agresi.

3. Depresi

Keadaan yang ditandai dengan hilangnya gairah dan semangat. Terkadang disertai rasa sedih.

2.5.6 Cara Mengendalikan Stres

Koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan keinginan yang akan dicapai dan respons terhadap situasi yang menjadi ancaman bagi individu. Cara yang dapat dilakukan adalah :

1. Individu

- a. Kenali diri sendiri.
- b. Turunkan kecemasan.
- c. Tingkatkan harga diri.
- d. Persiapan diri.

- e. Pertahankan dan tingkatkan cara yang sudah baik.
2. Dukungan sosial
- a. Pemberian dukungan terhadap peningkatan kemampuan kognitif.
 - b. Ciptakan lingkungan keluarga yang sehat.
 - c. Berikan bimbingan mental dan spiritual untuk individu tersebut dari keluarga.
 - d. Berikan bimbingan khusus untuk individu.

2.5.7 Pengertian Adaptasi

Adaptasi adalah proses penyesuaian diri terhadap beban lingkungan agar organisme dapat bertahan hidup. Adaptasi atau penyesuaian diri adalah mengubah diri sesuai dengan keadaan lingkungan, tetapi juga mengubah lingkungan sesuai dengan keadaan (keinginan diri) (Z. Eka B. Hany, 2019).

2.5.8 Macam - Macam Adaptasi

1. Adaptasi fisiologis

Proses dimana respon tubuh terhadap stresor untuk mempertahankan fungsi kehidupan, dirangsang oleh faktor eksternal dan internal, respons dapat dari sebagian tubuh atau seluruh tubuh serta setiap tahap perkembangan punya stresor tertentu.

Mekanisme fisiologis adaptasi berfungsi melalui umpan balik negatif, yaitu suatu proses dimana mekanisme kontrol merasakan suatu keadaan abnormal seperti penurunan suhu tubuh dan membuat suatu respons adaptif seperti mulai menggigil untuk membangkitkan panas tubuh.

Ketiga dari mekanisme utama yang digunakan dalam menghadapi stressor dikontrol oleh medula oblongata, formasi retikuler dan hipofisis. Riset klasik yang telah dilakukan mengidentifikasi dua respons fisiologis terhadap stres, yaitu:

a. LAS (Lokal Adaptation Syndrome)

Tubuh menghasilkan banyak respons setempat terhadap stres, responnya berjangka pendek. Karakteristik dari LAS :

- 1) Respon yang terjadi hanya setempat dan tidak melibatkan semua sistem.
- 2) Respons bersifat adaptif, diperlukan stresor untuk menstimulasikannya.
- 3) Respons bersifat jangka pendek dan tidak terus menerus.
- 4) Respons bersifat restorative.

b. GAS (General Adaptation Syndrom)

Merupakan respons fisiologis dari seluruh tubuh terhadap stres. Respons yang terlibat didalamnya adalah sistem saraf otonom dan sistem endokrin. Di beberapa buku teks GAS sering disamakan dengan Sistem Neuroendokrin. GAS diuraikan dalam tiga tahapan berikut :

1) Fase alarm

Melibatkan pengerahan mekanisme pertahanan dari tubuh dan pikiran untuk menghadapi stresor seperti pengaktifan hormon yang berakibat meningkatnya volume darah dan akhirnya menyiapkan individu untuk bereaksi. Aktifitas

hormonal yang luas ini menyiapkan individu untuk melakukan respons melawan atau menghindar. Respons ini bisa berlangsung dari menit sampai jam. Bila stresor menetap maka individu akan masuk kedalam fase resistensi.

2) Fase resistensi (melawan)

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

3) Fase exhaustion (kelelahan)

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

2. Adaptasi psikologis

Perilaku adaptasi psikologi membantu kemampuan seseorang untuk menghadapi stresor, diarahkan pada penatalaksanaan stres dan didapatkan

melalui pembelajaran dan pengalaman sejalan dengan pengidentifikasian perilaku yang dapat diterima dan berhasil.

Perilaku adaptasi psikologi dapat konstruktif atau destruktif. Perilaku konstruktif membantu individu menerima tantangan untuk menyelesaikan konflik. Perilaku destruktif mempengaruhi orientasi realitas, kemampuan pemecahan masalah, kepribadian dan situasi yang sangat berat, kemampuan untuk berfungsi.

Perilaku adaptasi psikologis juga disebut sebagai mekanisme koping. Mekanisme ini dapat berorientasi pada tugas, yang mencakup penggunaan teknik pemecahan masalah secara langsung untuk menghadapi ancaman atau dapat juga mekanisme pertahanan ego, yang tujuannya adalah untuk mengatur distress emosional dan dengan demikian memberikan perlindungan individu terhadap ansietas dan stres. Mekanisme pertahanan ego adalah metode koping terhadap stres secara tidak langsung.

a. *Task oriented behavior*

Perilaku berorientasi tugas mencakup penggunaan kemampuan kognitif untuk mengurangi stres, memecahkan masalah, menyelesaikan konflik dan memenuhi kebutuhan. Tiga tipe umum perilaku yang berorientasi tugas adalah :

- 1) Perilaku menyerang adalah tindakan untuk menyingkirkan atau mengatasi suatu stresor.
- 2) Perilaku menarik diri adalah menarik diri secara fisik atau emosional dari stressor.

- 3) Perilaku kompromi adalah mengubah metode yang biasa digunakan, mengganti tujuan atau menghilangkan kepuasan terhadap kebutuhan untuk memenuhi lain atau untuk menghindari stres.

b. *Ego Dependen Mekanism*

Perilaku tidak sadar yang memberikan perlindungan psikologis terhadap peristiwa yang menegangkan (Sigmund Frued). Mekanisme ini sering kali diaktifkan oleh stressor jangka pendek dan biasanya tidak mengakibatkan gangguan psikiatrik. Adabanyak mekanisme pertahanan ego, yaitu :

- 1) Represi adalah menekan keinginan, impuls/dorongan, pikiran yang tidak menyenangkan ke alam tidak sadar dengan cara tidak sadar.
- 2) Supresi adalah menekan secara sadar pikiran, impuls, perasaan yang tidak menyenangkan ke alam tidak sadar.
- 3) Reaksi formasi adalah tingkah laku berlawanan dengan perasaan yang mendasari tingkah laku tersebut.
- 4) Kompensasi adalah tingkah laku menggantikan kekurangan dengan kelebihan yang lain. Kompensasi langsung dan Kompensasi tidak langsung.
- 5) Rasionalisasi adalah berusaha memperlihatkan tingkah laku yang tampak sebagai pemikiran yang logis bukan karenakeinginan yang tidak disadari.

- 6) Substitusi adalah mengganti obyek yang bernilai tinggi dengan obyek yang kurang bernilai tetapi dapat diterima oleh masyarakat.
- 7) Restitusi adalah mengurangi rasa bersalah dengan tindakan pengganti.
- 8) Displacement adalah memindahkan perasaan emosional dari obyek sebenarnya kepada obyek pengganti.
- 9) Proyeksi adalah memproyeksikan keinginan, perasaan, impuls, pikiran pada orang lain/obyek lain/lingkungan untuk mengingkari.
- 10) Simbolisasi adalah menggunakan obyek untuk mewakili ide/emosi yang menyakitkan untuk diekspresikan.
- 11) Regresi adalah ego kembali pada tingkat perkembangan sebelumnya dalam pikiran, perasaan dan tingkah lakunya.
- 12) Denial adalah mengingkari pikiran, keinginan, fakta dan kesedihan.
- 13) Sublimasi adalah memindahkan energi mental (dorongan) yang tidak dapat diterima kepada tujuan yang dapat diterima masyarakat.
- 14) Konversi adalah pemindahan konflik mental pada gejala fisik.
- 15) Introyeksi adalah mengambil alih semua sifat dari orang yang berarti menjadi bagian dari kepribadiannya sekarang.

3. Adaptasi perkembangan

Pada setiap tahap perkembangan, seseorang biasanya menghadapi tugas perkembangan dan menunjukkan karakteristik perilaku dari tahap perkembangan tersebut. Stres yang berkepanjangan dapat mengganggu atau menghambat kelancaran menyelesaikan tahap perkembangan tersebut. Dalam bentuk ekstrem, stres yang terlalu berkepanjangan dapat mengarah pada krisis pendewasaan.

Bayi atau anak kecil umumnya menghadapi stresor di rumah. Jika diasuh dalam lingkungan yang responsive dan empati, mereka mampu mengembangkan harga diri yang sehat dan pada akhirnya belajar respons koping adaptif yang sehat.

Anak-anak usia sekolah biasanya mengembangkan rasa kecukupan. Mereka mulai menyadari bahwa akumulasi pengetahuan dan penguasaan keterampilan dapat membantu mereka mencapai tujuan, dan harga diri berkembang melalui hubungan berteman dan saling berbagi diantara teman. Pada tahap ini, stres ditunjukkan oleh ketidakmampuan atau ketidakinginan untuk mengembangkan hubungan berteman.

Remaja biasanya mengembangkan rasa identitas yang kuat tetapi pada waktu yang bersamaan perlu diterima oleh teman sebaya. Remaja dengan sistem pendukung sosial yang kuat menunjukkan suatu peningkatan kemampuan untuk menyesuaikan diri terhadap stresor, tetapi remaja tanpa sistem pendukung sosial sering menunjukkan peningkatan masalah psikososial.

Dewasa muda berada dalam transisi dari pengalaman masa remaja ke tanggung jawab orang dewasa. Konflik dapat berkembang antara tanggung

jawab pekerjaan dan keluarga. Stresor mencakup konflik antara harapan dan realitas.

Usia setengah baya biasanya terlibat dalam membangun keluarga, menciptakan karier yang stabil dan kemungkinan merawat orang tua mereka. Mereka biasanya dapat mengontrol keinginan dan pada beberapa kasus menggantikan kebutuhan pasangan, anak-anak, atau orang tua dari kebutuhan mereka.

Usia lansia biasanya menghadapi adaptasi terhadap perubahan dalam keluarga dan kemungkinan terhadap kematian dari pasangan atau teman hidup. Usia dewasa tua juga harus menyesuaikan terhadap perubahan penampilan fisik dan fungsi fisiologis.

4. Adaptasi sosial budaya

Mengkaji stresor dan sumber koping dalam dimensi sosial mencakup penggalan tentang besarnya, tipe dan kualitas dari interaksi sosial yang ada. Stresor pada keluarga dapat menimbulkan efek disfungsi yang mempengaruhi pasien atau keluarga secara keseluruhan.

5. Adaptasi spiritual

Orang menggunakan sumber spiritual untuk mengadaptasi stres dalam banyak cara, tetapi stres dapat juga bermanifestasi dalam dimensi spiritual. Stres yang berat dapat mengakibatkan kemarahan pada Tuhan, atau individu mungkin memandang stresor sebagai hukuman.

2.6 Konsep Mekanisme Koping

2.6.1 Pengertian Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam (Fatimah & Nuryaningsih, 2018). Perubahan kognitif dan perilaku secara konstan dalam upaya mengatasi tuntutan internal atau eksternal khusus yang melelahkan atau melebihi sumber individu.

2.6.2 Penggolongan Mekanisme Koping

Menurut (Dr. Suparyanto, M.Kes,2018, n.d.) berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi 2 (dua) yaitu :

1. Mekanisme koping adaptif

Mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktivitas konstruktif.

2. Mekanisme koping maladaptive

Mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah makan berlebihan / tidak makan, bekerja berlebihan, menghindar.

2.6.3 Faktor Yang Mempengaruhi Mekanisme Koping

Mekanisme koping seseorang dipengaruhi oleh faktor – faktor diantaranya: peran dan hubungannya, gizi dan metabolisme, tidur dan istirahat, rasa aman dan nyaman, pengalaman masa lalu, tingkat pengetahuan seseorang, dan lingkungan tempat tinggal (Keliat, 2019).

2.6.4 Jenis Mekanisme Koping

1. Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari, dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi secara realistis tuntutan situasi stres (Keliat, 2019).
 - a. Perilaku menolak digunakan untuk mengubah atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan.
 - b. Perilaku menarik diri digunakan baik secara fisik maupun psikologis untuk memindahkan seseorang dari sumber stress.
 - c. Perilaku kompromi digunakan untuk mengubah cara seseorang mengoperasikan, mengganti tujuan atau mengorbankan aspek kebutuhan personal seseorang.
2. Mekanisme pertahanan ego

Membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang, tetapi jika berlangsung pada tingkat tidak sadar dan melibatkan penipuan diri dan disorientasi realitas, maka mekanisme ini dapat merupakan respon maladaptif terhadap stres (Stuart and Sundeen, 2016).

2.6.5 Macam – Macam Mekanisme Koping

1. Mekanisme jangka pendek
 - a. Aktifitas yang dapat memberikan pelarian sementara dari krisis identitas, misalnya main musik, tidur, menonton televisi.
 - b. Aktifitas yang dapat memberikan identitas pengganti sementara, misalnya ikut dalam aktifitas sosial, keagamaan.
 - c. Aktifitas yang secara sementara menguatkan perasaan diri, misalnya olah raga yang kompetitif, pencapaian akademik / belajar giat.
 - d. Aktifitas yang mewakili upaya jangka pendek untuk membuat masalah identitas menjadi kurang berarti dalam kehidupan individu, misalnya penyalahgunaan obat (Keliat, 2019).
2. Mekanisme Jangka Panjang
 - a. Penutupan identitas yaitu adaptasi identitas pada orang yang menurut pasien penting, tanpa memperhatikan kondisi dirinya.
 - b. Identitas negatif yaitu pasien beranggapan bahwa identifikasi yang tidak wajar akan diterima masyarakat.
3. Mekanisme pertahanan ego, yang sering disebut sebagai mekanisme pertahanan mental. Adapun mekanisme pertahanan ego adalah sebagai berikut :
 - a. Kompensasi

Proses seseorang memperbaiki penurunan citra diri dengan tegas menonjolkan keistimewaan atau kelebihan yang dimiliki.
 - b. Penyangkalan (*denial*)

Menyatakan tidak setuju terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut. Bila individu menyangkal kenyataan, maka dia menganggap tidak ada atau menolak pengalaman yang tidak menyenangkan (sebenarnya mereka sadari sepenuhnya) dengan maksud melindungi diri (Keliat, 2019).

c. Pemindahan (*displacement*)

Pengalihan emosi yang semula ditujukan pada seseorang atau benda lain yang biasanya netral atau lebih sedikit mengancam dirinya.

d. Disosiasi

Pemisahan suatu kelompok proses mental atau perilaku dari kesadaran atau identitasnya. Keadaan dimana terdapat dua atau lebih kepribadian pada diri seorang individu.

e. Identifikasi (*identification*)

Proses dimana seseorang untuk menjadi seseorang yang ia kagumi berupaya dengan menirukan pikiran-pikiran, perilaku dan selera orang tersebut (Stuart and Sundeen, 2016).

f. Intelektualisasi (*intellectualization*)

Pengguna logika dan alasan yang berlebihan untuk menghindari pengalaman yang mengganggu perasaannya. Dengan intelektualisasi, manusia dapat mengurangi hal-hal yang pengaruhnya tidak menyenangkan, dan memberikan kesempatan untuk meninjau permasalahan secara obyektif.

g. Introjeksi (*Introjection*)

Suatu jenis identifikasi yang kuat dimana seseorang mengambil dan melebur nilai-nilai dan kualitas seseorang atau suatu kelompok ke dalam struktur egonya sendiri, merupakan hati nurani.

h. Isolasi

Pemisahan unsur emosional dari suatu pikiran yang mengganggu dapat bersifat sementara atau berjangka lama.

i. Proyeksi

Pengalihan buah pikiran atau impuls pada diri sendiri kepada orang lain terutama keinginan, perasaan emosional dan motivasi yang tidak dapat ditoleransi. Teknik ini mungkin dapat digunakan untuk mengurangi kecemasan karena dia harus menerima kenyataan akan keburukan dirinya sendiri (Stuart and Sundeen, 2016).

j. Rasionalisasi

Rasionalisasi dimaksudkan sebagai usaha individu mencari alasan yang dapat diterima secara sosial untuk membenarkan atau menyembunyikan perilakunya yang buruk. Rasionalisasi juga muncul ketika individu menipu dirinya sendiri dengan berpura-pura menganggap yang buruk adalah baik, atau yang baik adalah yang buruk.

k. Reaksi formasi

Individu mengadakan pembentukan reaksi ketika berusaha menyembunyikan motif dan perasaan sebenarnya, dan menampilkan ekspresi wajah yang berlawanan. Dengan cara ini individu dapat

menghindarkan diri dari kecemasan yang disebabkan oleh keharusan menghadapi ciri pribadi yang tidak menyenangkan.

l. Regresi

Regresi merupakan respon yang umum bagi individu bila berada dalam situasi frustrasi, setidaknya pada anak-anak. Dapat pula terjadi bila individu yang menghadapi tekanan kembali lagi kepada metode perilaku yang khas individu yang berusia lebih muda (Stuart and Sundeen, 2016).

m. Represi

Represi didefinisikan sebagai upaya individu menyingkirkan frustrasi, konflik batin, mimpi buruk, dan sejenisnya yang menimbulkan kecemasan. Bila represi terjadi, hal-hal yang mencemaskan itu tidak akan memasuki kesadaran walaupun masih tetap ada pengaruhnya terhadap perilaku.

n. Pemisahan (splitting)

Sikap mengelompokkan orang atau keadaan hanya sebagai semuanya baik atau semuanya buruk; kegagalan untuk memadukan nilai-nilai positif dan negatif di dalam diri sendiri.

o. Sublimasi

Mengganti keinginan atau tujuan yang terhambat dengan cara yang dapat diterima oleh masyarakat. Impuls yang berasal dari Id yang sukar disalurkan karena mengganggu individu atau masyarakat oleh karena itu impuls harus dirubah bentuknya agar tidak merugikan individu / masyarakat sekaligus mendapatkan pemuasan.

p. Supresi

Supresi merupakan proses pengendalian diri yang terang-terangan ditujukan menjaga agar impuls dan dorongan yang ada tetap terjaga.

q. Undoing

Meniadakan pikiran-pikiran, impuls yang tidak baik, seolah-olah menghapus suatu kesalahan.

r. Fiksasi

Dalam menghadapi kehidupannya individu dihadapkan pada situasi menekan yang membuatnya frustrasi dan cemas, sehingga individu tersebut merasa tidak sanggup menghadapinya dan membuat perkembangan normalnya terhenti sementara atau selamanya. Individu menjadi terfiksasi pada satu tahap perkembangan karena tahap berikutnya penuh dengan kecemasan.

s. Menarik Diri

Reaksi ini merupakan respon umum dalam mengambil sikap. Bila individu menarik diri, dia memilih untuk tidak mengambil tindakan. Biasanya respons ini disertai dengan depresi dan sikap apatis (Keliat, 2019)

t. Mengelak

Bila individu merasa diliputi oleh stres yang lama, kuat dan terus menerus, individu cenderung mencoba mengelak. Bisa secara fisik mengelak atau menggunakan metode yang tidak langsung.

u. Fantasi

Dengan berfantasi pada yang mungkin menimpa dirinya, individu merasa mencapai tujuan dan dapat menghindari dirinya dari peristiwa yang tidak menyenangkan, menimbulkan kecemasan dan mengakibatkan frustrasi. Individu yang sering melamun kadang menemukan bahwa kreasi lamunannya lebih menarik dari pada kenyataan sesungguhnya. Bila fantasi ini dilakukan proporsional dan dalam pengendalian kesadaran yang baik, maka fantasi menjadi cara sehat untuk mengatasi stress.

v. Simbolisasi

Menggunakan benda atau tingkah laku sebagai simbol pengganti keadaan atau hal yang sebenarnya (Keliat, 2019).

w. Konversi

Transformasi konflik emosional ke dalam bentuk gejala-gejala jasmani (Stuart and Sundeen, 2016).

2.7 Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Halusinasi

2.7.1 Pengertian

Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi halusinasi adalah terapi yang menggunakan aktivitas sebagai stimulus dan terkait dengan pengalaman dan atau kehidupan untuk didiskusikan dalam kelompok. Hasil diskusi kelompok dapat berupa kesepakatan persepsi atau alternatif penyelesaian masalah (Keliat, 2019).

2.7.2 Tujuan

Menurut (Keliat, 2019) tujuan umum Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi halusinasi adalah Pasien dapat lebih menerapkan strategi pelaksanaan Halusinasi secara fisik dan sosial dalam mengontrol Halusinasi dan tujuan khususnya adalah :

1. Pasien dapat mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus dan respon halusinasi.
2. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan menghardik.
3. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan minum obat secara teratur.
4. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal.
5. Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

2.7.3 Indikasi dan Pelakssanaan

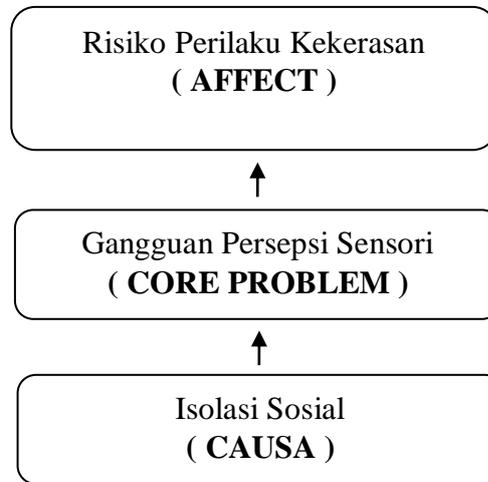
Aktivitas yang dilaksanakan dalam tujuh sesi yang bertujuan untuk melatih kemampuan sosialisasi pasien. Pasien yang diindikasikan mendapatkan TAKS adalah pasien yang mengalami gangguan hubungan sosial berikut:

1. Pasien dengan Halusinasi yang sudah kooperatif.
2. Pasien yang tidak mengalami gangguan komunikasi verbal.
3. Pasien bisa tulis dan baca.
4. Pasien yang bersedia mengikuti TAK.

TAK Stimulasi Persepsi Halusinasi terdiri dari 2 sesi, yaitu:

- Sesi 1: memperkenalkan diri.
- Sesi 2: berkenalkan dengan anggota kelompok.

2.8 Pohon Masalah



Gambar 2. 2 Pohon Masalah Halusinasi (Keliat, 2019)

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 28 November 2023 sampai dengan 30 November 2023 dengan data pengkajian pada tanggal 28 November 2023 pukul 09:00 WIB. Anamnese diperoleh dari pasien dan file No.Register 07.0x.xx sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang perempuan bernama “ Ny.S ” usia 50 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 Riau. Pasien MRS di ruang Flamboyan tanggal 16 November 2023.

3.1.2 Alasan Masuk

Saat dirumah pasien marah-marah dan ngomel-ngomel kepada suami dan keluarganya sejak 3 bulan ini, kemudian suami dan adik iparnya membawa ke IGD Rumah Sakit Jiwa Menur. Saat di IGD pasien dapat menyebutkan identitasnya, mengatakan tidak tahu kenapa dibawa ke RS Jiwa. Pasien MRS di Ruang Flamboyan pada tanggal 16/11/2023 pkl. 16:14 WIB.

Pada saat pengkajian tanggal 28/11/2023 pkl. 09:00 WIB di Ruang Flamboyan pasien mengatakan mendengar bisikan-bisikan jika suaminya memakai sabu-sabu sehingga pasien marah dengan suaminya.

Keluhan utama

Pasien mengatakan mendengar bisikan-bisikan jika suaminya memakai sabu-sabu sehingga pasien marah dengan suaminya.

3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Riwayat Gangguan Jiwa di masa lalu

Pasien belum pernah mengalami gangguan 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 pernah menjadi saksi kecelakaan, respon pasien pada saat itu merasa ketakutan dan dampak dari kejadian itu pasien merasa ketakutan saat tidur sendirian.

Masalah Keperawatan : Respon Pasca Trauma

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda Vital :

TD : 128/79 mmHg N : 91 x/menit

S : 36,3 °C Rr : 20 x/menit

SpO₂ : 98 %

2. Ukur :

TB : 157 cm BB : 70 kg

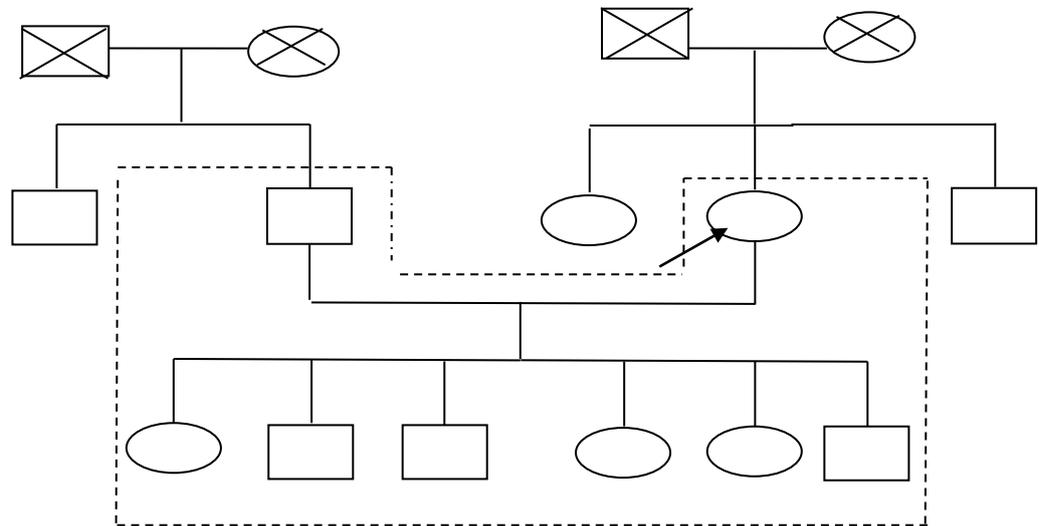
IMT : $60 : (1,57 \times 1,57) = 24,5$ Kesimpulan : Normal

3. Keluhan Fisik : Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

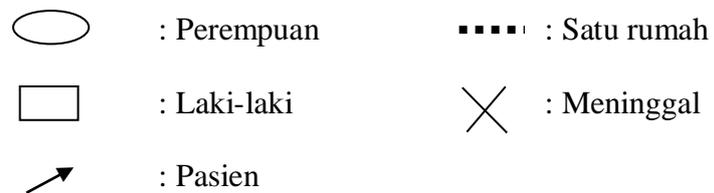
3.1.5 Psikososial

1. Genogram



Gambar 3. 1 Genogram

Keterangan :



Pasien adalah anak ke 2 dari 3 bersaudara, mempunyai 6 orang anak, tinggal serumah dengan suami dan anaknya

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Konsep Diri

a. Gambaran diri

Pasien mengatakan menyukai bagian wajahnya karena merasa dirinya cantik.

b. Identitas

Pasien mengatakan berjenis kelamin perempuan, sudah menikah, berstatus sebagai istri dan ibu dalam keluarganya.

c. Peran

Pasien mengatakan menjadi ibu rumah tangga.

d. Ideal diri

Pasien berharap dapat melakukan kegiatan sebagai ibu rumah tangga yang baik dengan melakukan melayani kebutuhan sehari-hari suami dan anaknya.

e. Harga diri

Pasien mengatakan sudah baik menjadi ibu dan istri dalam keluarganya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti

Pasien mengatakan suami dan anak-anaknya karena mengerti dengan kondisi pasien.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan apapun dalam kelompok ataupun masyarakat.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan tidak mau mengajak bicara tetangganya karena malas dengan tetangganya.

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial : Menarik Diri

4. Spiritual

1. Nilai dari keyakinan

Pasien mengatakan bahwa tidak merasa mengalami gangguan jiwa dan tidak ada hubungan dengan agama.

2. Kegiatan ibadah

SMRS : Pasien mengatakan rajin beribadah.

MRS : Pasien mengatakan tidak beribadah karena tidak ada peralatan ibadah.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.6 Status Mental

1. Penampilan

Saat pengkajian pakaian rapi memakai baju pasien, rambut, kulit, kuku bersih dan badan tidak bau.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

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 tampak tenang.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Alam Perasaan

Pasien merasa sedih dan khawatir dengan kondisi suami dan anaknya.

Masalah Keperawatan : Ansietas

5. Afek

Saat pengkajian afek pasien sesuai karena pasien terlihat sedih saat membahas suami dan anaknya .

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 : Pasien mengatakan mendengar bisikan-bisikan yang mengatakan bahwa suaminya memakai narkoba jenis sabu-sabu.

Frekuensi : 2x sehari

Waktu : Saat pasien sedang sendiri.

Respon : Pasien mempercayai bisikannya.

Masalah Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori Auditory

8. Proses Pikir

Saat pengkajian proses pikir pasien persevasi karena sering membahas keluarganya dan ingin segera pulang.

Masalah Keperawatan : Perubahan Proses Pikir

9. Isi Pikir

Saat dilakukan pengkajian pasien isi pikir pasien terdapat waham curiga terhadap suaminya yang menggunakan sabu-sabu.

Masalah Keperawatan : Waham Curiga

10. Tingkat Kesadaran

Pasien tenang dan kooperatif saat tanya jawab, tidak ada disorientasi waktu, tempat dan orang.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

11. Memori

Pasien mampu mengingat pernah MRS dan alasan kenapa dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

12. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Pasien mampu mengulangi pembicaraan dan mampu berhitung sederhana 1-10.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

13. Kemampuan Penilaian

Pasien mampu mengambil keputusan sendiri ADL mandiri tanpa arahan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

14. Daya tilik diri

Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak merasa sakit gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan : Perubahan Proses Pikir

3.1.7 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 04.0 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 dalam

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 RSJ Menur, 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 RSJ Menur.

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 : Menarik Diri

3.1.8 Mekanisme Koping

Menurut keterangan keluarga pasien akan mudah tersinggung dan marah jika ada masalah.

Masalah Keperawatan : Koping Individu Infektif

3.1.9 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.”

Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial : Menarik Diri

3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang

Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit jiwa yang dialaminya, koping dan manfaat obat yang diminumnya.

Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan

3.1.11 Data Lain-Lain

1. Hasil Laboratorium Ny.S tanggal 16/11/2023

Tabel 3. 1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
WBC	9,00 10 ³ /uL	3,80-10,60
RBC	5,77 10 ⁶ /uL	4,40-5,90
NEUT	5,88 10 ³ /uL	1,26-7,30
MONO	0,60 10 ³ /uL	0,10-0,80
IG	0,02 10 ³ /uL	0,00-0,03
LYMPH	22,4 %	25,00-40,00

2. Gula Darah Sewaktu 80 mg/dL

3.1.12 Aspek Medik

1. Diagnosa Medik : F.20.0 Skizofrenia Paranoid
2. Terapi Medik :

Tabel 3. 2 Obat Terapi

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi	Kontra Indikasi
1	Risperidone	2x2mg	Oral	Gangguan kecemasan	Diskrasia darah, Penyakit hati
2	Clozapine (KP jika EPS)	1x25mg	Oral	Mengobati skizofrenia yang intoleran dengan obat antipsikotik	Kelainan jantung berat, Kerusakan ginjal

3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan

1. Respon Pasca Trauma
2. Isolasi Sosial
3. Ansietas
4. Gangguan Persepsi Sensori Auditory
5. Gangguan Proses Pikir
6. Koping Individu Inefektif
7. Defisit Pengetahuan

3.1.14 Daftar Diagnosa Keperawatan

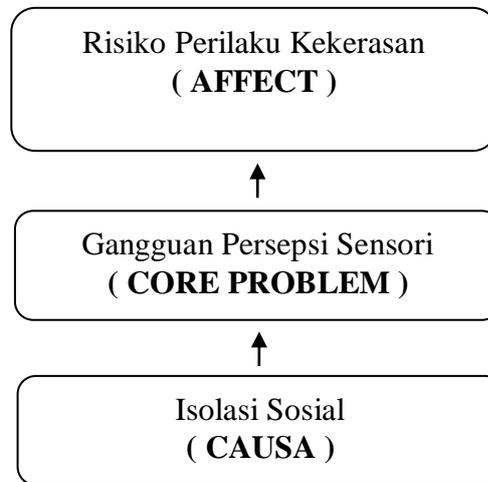
Gangguan persepsi sensori (SDKI D.0085 Hal. 190) b.d Gangguan Pendengaran d.d Pasien mengatakan mendengar bisikan-bisikan jika suaminya memakai sabu-sabu sehingga pasien marah dengan suaminya.

Surabaya 28 November 2023
Mahasiswa



IWANSYAH
NIM : 2222015

3.2 Pohon Masalah



Gambar 3. 2 Pohon Masalah Pasien Dengan Halusinasi

3.3 Analisa Data

Nama Pasien : Ny.S
 RM : 07.0x.xx
 Ruangan : Flamboyan

Tabel 3. 3 Analisa Data

Tanggal	Data	Masalah	Ttd
28/11/2023	<p>Data Subyektif : Pasien mengatakan mendengar bisikan-bisikan jika suaminya memakai sabu-sabu sehingga pasien marah dengan suaminya.</p> <p>Data Obyektif : - Pasien tampak senyum-senyum sendiri saat di ruang rawat inap. - Tatapan mata kosong seperti mendengarkan sesuatu.</p>	<p>Gangguan Persepsi Sensori (D.0085 SDKI hal. 190)</p>	IW
	<p>Data Subyektif : Pasien mengatakan tidak mau mengajak bicara tetangganya karena malas dengan tetangganya.</p> <p>Data Obyektif : - Kontak mata kurang. - Pasien tidak mampu memulai pembicaraan.</p>	<p>Isolasi Sosial (D.0121 SDKI hal. 268)</p>	

3.4 Rencana Keperawatan

Nama Pasien : Ny.S
 No. RM : 07.0x.xx
 Ruangan : Flamboyan

Nama Mahasiswa : Iwansyah
 Institusi : Stikes Hangtuah Surabaya

Tabel 3. 4 Rencana Asuhan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Perencanaan Keperawatan Tindakan Keperawatan	Rasional
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 di hadapi. Afektif : 1. Pasien sedikit kooperatif dan antusias	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.

	<p>mengikuti sesi latihan yang diajarkan mahasiswa perawat.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan. 3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan. 		
Gangguan persepsi sensori	<p>Kognitif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat 2. Pasien mampu mengidentifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi dan respon halusinasinya. 3. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik. <p>Psikomotorik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengontrol halusinasi. 2. Dapat mempraktikkan cara menghardik halusinasi. <p>Afektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien kooperatif. 2. Pasien merasa nyaman selama interaksi. 	<p>SP 1 Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Mengajukan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian. 	<p>Menghardik halusinasi meringankan masalah halusinasi</p>
Gangguan persepsi sensori	<p>Kognitif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat. 	<p>SP 2 Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 	

	<ol style="list-style-type: none"> Pasien mampu menyebutkan cara minum obat dengan teratur. 	<ol style="list-style-type: none"> Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan pasien. 	
	<p>Psikomotor :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mampu mempraktikkan cara minum obat dengan teratur. 		
	<p>Afektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien kooperatif. Pasien merasa nyaman selama interaksi. 		
Gangguan persepsi sensori	<p>Kognitif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat. Pasien mampu menyebutkan kegiatan yang bisa dilakukan untuk mengontrol halusinasi saat di rumah. <p>Psikomotor :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mampu mempraktikkan kegiatan yang bisa dilakukan untuk mengontrol halusinasi saat di rumah. <p>Afektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien kooperatif Pasien merasa nyaman selama interaksi 	<p>SP 3 Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien. Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang bisa dilakukan pasien dirumah) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. 	<p>Melakukan kegiatan meringankan halusinasi</p>
Gangguan persepsi sensori	<p>Kognitif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan mahasiswa perawat. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap. <p>Psikomotor :</p>	<p>SP 4 Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain Menganjurkan pasien memasukkan 	<p>Mengungkapkan halusinasi meringankan masalah halusinasi.</p>

1. Pasien mampu mempraktikkan cara dalam jadwal kegiatan harian.
bercakap-cakap dengan orang lain.

Afektif :

1. Pasien kooperatif.
 2. Pasien merasa nyaman selama interaksi.
-

3.5 Tindakan Keperawatan

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : Ny.S

NIRM : 07.0x.xx

Ruangan : Flamboyan

Tabel 3. 5 Tindakan Asuhan Keperawatan Hari ke 1

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD PERAWAT
Gangguan persepsi sensori	Selasa 28/11/2023		Subyektif	IW
	07:00	Mengikuti timbang terima dengan perawat ruangan	“ Selamat pagi juga mas dan mengatakan Namanya Ny.S	
	08:15	Melakukan pemeriksaan vital sign T : 125/80 mmHg N : 71x/mnt RR: 20x/mnt S : 36,1C SpO2 : 98%	asalnya dari Surabaya dan sudah dirawat hampir 2 minggu di RSJ Menur. ”	
	09:00	Melakukan pengkajian dan mendengarkan keluhan pasien	“ Pasien mengatakan jika mengalami halusinasi pendengaran. ”	
10:00	Melakukan bina hubungan saling percaya “ Bagaimana kabarnya hari ini dan apakah Ibu betah disini ? ” Melakukan intervensi keperawatan SP1 (SPTK hari ke 1) “ Selamat pagi bu, perkenalkan nama saya perawat Iwan, saya mahasiswa yang sedang praktik disini. Nama Ibu siapa, asalnya darimana dan sudah berapa lama dirawat disini? ” “ Maksud dan tujuan saya adalah mengajak Ibu berbincang - bincang dan mengajarkan Ibu tentang	“ Pasien mengatakan mendengar bisikan jika suaminya memakai sabu-sabu, halusinasi muncul dalam 2x sehari disaat pasien sendiri dan respon pasien mempercayai halusinasinya. ” “ Pasien mengatakan cara kontrol halusinasi yang pertama dengan menghardik. ”		

cara mengontrol halusinasi, waktunya hanya 15 menit saja, ”

“ Apa Ibu bersedia? ”

“ Saya lihat dan perhatikan Ibu saat diruangan tadi ibu senyum-senyum sendiri? Apakah Ibu benar mendengar bisikan-bisikan? ”

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

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

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

“ Pasien mengatakan saya minum obat rutin mas di RS, nanti saat dirumah saya akan minum obat secara rutin. ”

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

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

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

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

“ Untuk besok pagi saya akan megulangi lagi dari yang saya ajarkan tadi dan mengajak Ibu 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 Ibu cepat sembuh ya ! ”

Mengikuti timbang terima dengan perawat ruangan

Menurut informasi perawat jaga ruang Flamboyan Sore (14.00 WIB.-21.00 WIB.) :

1. Pasien tampak tenang.
 2. Pasien tak tampak senyum-senyum sendiri
 3. ADL mandiri.
 4. Porsi makan sore 18.00 WIB. : habis 1 porsi
 5. Tx obat Risperidone 2mg Oral, Clozapin 25mg Oral jam 18.30 WIB. setelah makan malam jam 18.00 WIB.
 6. Tidak ada tanda ESO dan alergi.
-

-
- 14.00 Malam (21.00 WIB.-07.00 WIB.) :
1. Pasien tidur dan bangun jam 04.30 WIB.
 2. Pasien tidur pulas tanpa terbangun.
 3. Pasien tampak tenang.
 4. ADL mandiri.
 5. Porsi makan pagi 06.:50 WIB : habis 1 porsi.
 6. Tx obat Risperidone 2mg Oral jam 07.05 WIB.
setelah makan pagi jam 06.50 WIB.
 7. Tidak ada tanda ESO dan alergi.
-

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : Ny.S

NIRM : 07.0x.xx

Ruangan :

Flamboyan

Tabel 3. 6 Tindakan Asuhan Keperawatan Hari ke 2

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD PERAWAT
Gangguan persepsi sensoris	Rabu 29/11/2023	07:00 Mengikuti timbang terima dengan perawat ruangan 07:30 Melakukan pemeriksaan vital sign T : 130/85 mmHg N : 90x/mnt RR: 19x/mnt S : 36,2C SpO2 : 99%	Subyektif “ Selamat pagi mas Iwan, perasaan saya baik dan menjawab namanya mas Iwan kan.” “ Masih ingat mas Iwan, cara kontrol halusinasi yang pertama dengan menghardikkan!” “ Pasien mengatakan cara menghardik yaitu dengan mengatakan saya tidak percaya kamu, kamu itu tidak nyata.” “ Pasien mengatakan cara minum obat yang benar ada 4 cara yaitu cek nama, kedua perhatikan dosis dan aturan obat, ketiga liht tanggal kadaluarsanya dan keempat	IW
	10:15	Melakukan bina hubungan saling percaya “ Hari ini Ibu kelihatan segar sekali! ” Melakukan intervensi keperawatan SP2 (SPTK hari ke 2) “ Selamat pagi Bu, bagaimana perasaan Ibu hari ini ? Apa Ibu masih ingat dengan saya ? ” “ Untuk pertemuan ke dua ini, saya akan mengevaluasi apa yang sudah saya ajarkan kemarin mengajak Ibu untuk cara mengontrol halusinasi yang kedua dengan minum obat. Untuk waktunya 15 menit ya Bu ! Apa Ibu sudah siap? ” “ Apa Ibu masih ingat cara menghardik halusinasi yang pertama? Coba di praktikkan Bu! Bagus Bu,		

coba ulangi sekali lagi!”

“ Untuk kontrol halusinasi yang kedua yaitu dengan minum obat teratur. Apa Ibu sudah tau cara minum obat yang benar dan manfaat dari obat yang diminum. Saya jelaskan ya Bu! **Pertama** pastikan nama dalam tempat obat itu benar namanya Ibu, 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 18.00 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 segera 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 sehingga 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

pantangan setelah minum obat yaitu air degan, susu dan minum kopi.”

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

“ Pasien mengatakan saya masih minum obat rutin mas di RS, nanti saat dirumah saya juga akan minum obat secara rutin.”

Obyektif

- Pasien mampu menjawab salam dari perawat.
 - Pasien mampu menyebutkan cara kontrol halusinasi pertama dengan menghardik.
 - Pasien mampu mempraktikkan cara menghardik halusinasi.
 - Pasien mampu menyebutkan cara dan manfaat minum obat.
 - Pasien tampak tenang.
 - Pasien tampak senang berinteraksi dengan perawat.
-

14:00	<p>Ibu tidak kambuh lagi. Apakah sekarang Ibu sudah tau cara dan manfaat minum obat secara teratur. ”</p> <p>“ Jangan lupa minum obat secara teratur saat di rumah sakit dan saat Ibu sudah pulang ya! ”</p> <p>“ Bagaimana perasaan Ibu setelah tau cara dan manfaat minum obat teratur? ”</p> <p>“ Coba ulangi cara dan manfaat minum obat yang sudah saya ajarkan tadi Bu! Bagus sekali Bu, mantap! ”</p> <p>“ Untuk pertemuan hari ini sudah selesai ya Bu, untuk besok pagi saya akan saya akan mengulangi lagi dari yang saya ajarkan selama 2 hari dan mengajarkan Ibu untuk cara mengontrol halusinasi yang ketiga dengan melakukan kegiatan. Untuk waktu dan tempat di ruangan makan jam 10.00 WIB ya Bu! Terimakasih atas waktunya, semoga Ibu cepat sembuh dan cepat pulang ya ”</p> <p>Mengikuti timbang terima dengan perawat ruangan</p>	<p>Asessmen SP2P teratasi</p> <p>Planning Lanjutkan SP3P Pertahankan SP1P, SP2P dan kepatuhan pasien dalam minum obat.</p>
	<p>Menurut informasi perawat jaga ruang Flamboyan Sore (14.00 WIB.-21.00 WIB.) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak tenang. 2. Pasien tak tampak senyum-senyum sendiri 3. ADL mandiri. 4. Porsi makan sore 18.00 WIB. : habis 1 porsi 5. Tx obat Risperidone 2mg Oral, Clozapin 25mg Oral jam 18.30 WIB. setelah makan malam jam 	

18.00 WIB.

6. Tidak ada tanda ESO dan alergi.

Malam (21.00 WIB.-07.00 WIB.) :

1. Pasien tidur dan bangun jam 04.30 WIB.

2. Pasien tidur pulas tanpa terbangun.

3. Pasien tampak tenang.

4. ADL mandiri.

5. Porsi makan pagi 06.:50 WIB : habis 1 porsi.

6. Tx obat Risperidone 2mg Oral jam 07.05 WIB.
setelah makan pagi jam 06.50 WIB.

7. Tidak ada tanda ESO dan alergi.

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : Ny.S

NIRM : 07.0x.xx

Ruangan :

Flamboyan

Tabel 3. 7 Tindakan Asuhan Keperawatan Hari ke 3

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD PERAWAT
Gangguan persepsi sensoris	Kamis 30/11/2023			IW
	07:00	Mengikuti timbang terima dengan perawat ruangan Melakukan pemeriksaan vital sign	Subyektif “ Selamat pagi mas Iwan, Alhamdulillah kondisi saya jauh lebih baik dan menjawab	
	08:00	T : 125/80 mmHg N : 71x/mnt RR: 20x/mnt S : 36,1C SpO2 : 98%	masih ingat,namanya mas Iwan kan. ”	
	10:20	Melakukan bina hubungan saling percaya “ Hari ini Ibu terlihat cantik sekali ” Melakukan intervensi keperawatan SP3 (SPTK hari ke 3) “ Selamat pagi Bu, Bagaimana kondisi Ibu hari ini? Apa masih ingat dengan saya Bu! Sesuai janji kemarin untuk pertemuan yang ketiga saya akan mengevaluasi apa yang sudah saya ajarkan kemarin mengajak Ibu untuk cara mengontrol halusinasi yang ketiga dengan cara melakukan kegiatan. Untuk waktunya 15 menit aja Bu! ” “ Apa Ibu sudah siap? ” “ Apa Ibu masih ingat cara menghardik, cara	“ Masih ingat mas Iwan. ” “ Pasien mengatakan cara menghardik yaitu dengan mengatakan saya tidak percaya kamu, kamu itu tidak nyata.” “ Pasien mengatakan cara minum obat yang benar ada 4 cara yaitu cek nama, kedua perhatikan dosis dan aturan obat, ketiga lihst tanggal kadaluarsanya dan keempat pantangan setelah minum obat	

minum obat dan manfaat minum obat secara teratur! coba praktikkan Bu! Alhamdulillah Ibu masih ingat! ”

“ Sesuai janji saya yang kemarin saya akan mengajarkan Ibu 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 Bu! Saat di Rumah Sakit setelah bangun pagi ibu 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 Ibu bisa berbincang-bincang dengan temannya atau dengan perawat ruangan. Ketika sudah dirasa capek Ibu bisa beristirahat sambil menunggu makan siang. Setelah makan siang Ibu bisa melakukan sholat dhuhur kemudian tidur siang sampai sore. Ketika bangun sore Ibu langsung sholat ashar dan mandi. Sambil menunggu makan malam Ibu bisa mengobrol dengan teman atau perawat yang ada di ruangan. Ketika adzan magrib Ibu bisa mengambil air wudlu untuk sholat magrib lalu makan makan malam dan minum obat. Jam 21.00 Ibu bisa tidur malam sampai bangun

yaitu air degan, susu dan minum kopi. ”

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

“ Pasien mengatakan kegiatan yang dilakukan selama di RS dari bangun pagi sholat, membersihkan tempat tidur, mandi, sholat, minum obat sampai saya tidur malam jam 21.00. ”

“ Pasien mengatakan kegiatan yang bisa dilakukan di rumah yaitu sholat, mandi, membersihkan tempat tidur, mencuci piring, mencuci baju, minum obat teratur dan istirahat pukul 21.00. ”

“ Pasien mengatakan saya masih minum obat rutin mas di RS, nanti saat dirumah saya janji akan minum obat secara rutin. ”

Obyektif

- Pasien mampu menjawab

pagi. Saat di rumah Ibu bisa melakukan setelah bangun pagi, mandi lalu sholat dan membereskan tempat tidur sambil masak mempersiapkan makanan untuk suami dan anak. Setelah suami berangkat kerja dan anak berangkat sekolah Ibu tidak lupa untuk minum obat lalu bisa melakukan pekerjaan seperti mencuci piring, mencuci pakaian atau lainnya kemudian istirahat. Siang hari Ibu bisa sholat dhuhur dan mempersiapkan makan siang untuk anaknya saat pulang sekolah lalu ibu bisa tidur atau istirahat siang. Setelah anak dan suami pulang Ibu bisa menyiapkan makanan. Saat sholat ashar tiba jangan lupa sholat dan mandi sore. Setelah magrib Ibu sholat dan jangan lupa menyiapkan makan malam untuk suami dan anak. Setelah itu Ibu bisa minum obat dan menunggu sholat Isya'. Setelah itu Ibu bisa mengajak bicara suami dan anaknya sampai pukul 21.00 kemudian bisa tidur malam. Apakah Ibu sekarang tau kegiatan yang harus dilakukan untuk mengontrol halusinasi saat di Rumah Sakit maupun di rumah? ”

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

“ Bagaimana perasaan Ibu setelah tau kegiatan yang bisa dilakukan untuk mengontrol halusinasi? Coba Ibu ulangi menyebutkan kegiatan selam di RS maupun di rumah! Betul sekali Bu, Joss (Sambil memberikan jempol untuk Ny.S)! ”

salam dari perawat.

- Pasien mampu menyebutkan cara kontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat teratur dan dengan cara kegiatan.
- Pasien mampu mempraktikkan cara kontrol halusinasi dengan menghardik.
- Pasien mampu menyebutkan cara dan manfaat minum obat teratur.
- Pasien mampu menyebutkan kegiatan yang bisa dilakukan di rumah.
- Pasien tampak tenang.
- Pasien tampak senang berinteraksi dengan perawat.

Assesmen

SP3P teratasi

Planning

Lanjutkan SP4P

Pertahankan SP1P, SP2P, SP3P dan kepatuhan pasien dalam minum obat.

14:00 “ Besok pagi saya sudah selesai praktik disini Bu!
Sekarang saya ingin berpamitan dan mengucapkan
terimakasih atas waktunya, semoga Ibu cepat
sembuh dan cepat pulang ya! ”
“ Jangan lupa dengan semua yang telah saya
ajarkan ya Bu! ”
Mengikuti timbang terima dengan perawat ruangan

Menurut informasi perawat jaga ruang Flamboyan
Sore (14.00 WIB.-21.00 WIB.) :

1. Pasien tampak tenang.
2. Pasien tak tampak senyum-senyum sendiri
3. ADL mandiri.
4. Porsi makan sore 18.00 WIB. : habis 1 porsi
5. Tx obat Risperidone 2mg Oral, Clozapin 25mg
Oral jam 18.30 WIB. setelah makan malam jam
18.00 WIB.
6. Tidak ada tanda ESO dan alergi.

Malam (21.00 WIB.-07.00 WIB.) :

1. Pasien tidur dan bangun jam 04.30 WIB.
2. Pasien tidur pulas tanpa terbangun.
3. Pasien tampak tenang.
4. ADL mandiri.
5. Porsi makan pagi 06.:50 WIB : habis 1 porsi.
6. Tx obat Risperidone 2mg Oral jam 07.05 WIB.
setelah makan pagi jam 06.50 WIB.
7. Tidak ada tanda ESO dan alergi.

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien Ny.S dengan Gangguan persepsi sensori di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur 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 (Fatimah & Nuryaningsih, 2018) Pengkajian adalah dasar dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual.

Setelah dilakukan pengkajian oleh penulis pada hari Selasa tanggal 28 November 2023 pukul 09:00 WIB pada Ny.S masalah utama Gangguan persepsi sensori terdapat banyaknya kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus antara lain :

1. Tinjauan Pustaka

Pada pengkajian alasan masuk disebutkan bahwa perilaku yang berubah misalnya tertawa sendiri, marah-marah sendiri ataupun terkadang berbicara 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 pasien 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 28 November 2023 jam 09.00 alasan masuk pasien saat di rumah menunjukkan gejala perilaku kekerasan dengan 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 masih 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 pengetahuan dalam informasi tentang sakit jiwa yang dialami dan manfaat obat-obatan yang dikonsumsi.

Terjadinya banyak kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus disebabkan karena menyesuaikan terhadap kasus yang ada.

4.2 Diagnosa Keperawatan

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.

Tinjauan Kasus :

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

1. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran (Pada pengkajian alasan masuk di Ny.S saat dirumah tanggal 28/11/2023 pasien mengatakan mendengar bisikan-bisikan jika suaminya memakai sabu-sabu sehingga pasien marah dengan suaminya)
2. Isolasi Sosial : Menarik Diri (Pada pengkajian psikososial Ny.S tanggal 28/11/2023 pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan apapun dalam kelompok ataupun masyarakat)

Menurut penulis di dalam menegakkan suatu Diagnosa Keperawatan terdapat kesenjangan antara Tinjauan Pustaka dan Tinjauan Kasus yaitu masalah Risiko Perilaku Kekerasan karena tidak didapatkan tanda dan gejalanya Risiko Perilaku Kekerasan pada pasien, Hal ini dikarenakan pasien telah mendapatkan terapi secara farmakologi saat menjalani perawatan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

4.3 Perencanaan

1. Pasien

Pada tahap perencanaan penulis mempunyai strategi dalam memberikan asuhan keperawatan pasien dengan halusinasi yaitu dengan pendekatan secara komprehensif, memberikan komunikasi yang baik dengan pasien, memberikan tempat yang nyaman saat memberikan strategi pelaksanaan pada pasien halusinasi dan memberikan suatu reward atau hadiah kecil saat pasien mau dan bisa mengikuti arahan maupun bimbingan kita sebagai perawat.

Hasil dari perencanaan yang dibuat memberikan hasil yang optimal dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah diajarkan seperti pasien merasa nyaman saat berinteraksi, pasien terbuka dengan semua masalah yang dihadapi dan pasien percaya dengan perawat sehingga pasien akan mau dan menuruti apa yang perawat ajarkan. Tak lupa kita memberikan edukasi kepatuhan minum obat dikarenakan banyaknya kekambuhan pada pasien dengan gangguan jiwa adalah resistensi terhadap kepatuhan minum obat.

2. Keluarga

Selain pasien perawat juga memberikan asuhan keperawatan pada keluarga dengan tujuan supaya keluarga saat di rumah mampu merawat pasien dengan halusinasi dengan baik dan benar sehingga tidak terjadinya kekambuhan pada pasien.

Namun pada tahap perencanaan tindakan asuhan keperawatan keluarga tidak dapat dilaksanakan karena menyesuaikan terhadap kasus yang ada.

4.4 Pelaksanaan

Petemuan pertama kali dengan pasien yaitu hari Selasa tanggal 28 November 2023 pukul 10.00 WIB. melakukan BHSP dan kontrak untuk melakukan tindakan. Saat pertemuan dengan pasien kooperatif tetapi masih fase nyaman dengan halusinasinya. Sehingga untuk mengidentifikasi pada SP 1 belum bisa dilakukan, penulis di pertemuan pertama melakukan identifikasi halusinasi pada pasien dan mengarahkan pada realita.

Pada pertemuan ke 2 hari Rabu tanggal 29 November 2023 pukul 10.15 WIB melakukan identifikasi jenis, isi, waktu, frekuensi dan respon terhadap halusinasinya. Asumsi pasien masih kuat dengan halusinasi pendengaran dimana isinya isi halusinasinya bisikan yang mengatakan bahwa suaminya itu menggunakan narkoba, pasien percaya dengan bisikannya dan respon pasien terhadap bisikan itu yaitu marah dan pasien mengatakan sampai memukul suaminya, halusinasinya muncul disaat pasien itu sendiri menjelang tidur. Akan tetapi pada saat penulis menanyakan “Dalam situasi apa halusinasi Ibu muncul?” respon dari pasien “menggelengkan kepala”. Hal tersebut tidak menjawab dari pertanyaan penulis. Hal ini di karenakan pasien jarang berinteraksi dengan pasien

lain maupun perawat sehingga menyebabkan interaksi pasien dengan halusinasinya sangat kuat dan tidak mudah untuk mengenali sampai menghardik halusinasinya.

Pertemuan ke 3 hari Kamis tanggal 30 November 2023 pukul 09.55 WIB. penulis melakukan sp 2 mengenai obat hal ini dilakukan karena pasien harus mengetahui pentingnya obat buat pasien sebab dapat mengurangi timbulnya atau munculnya halusinasi pasien dan mencegah kekambuhan. Pasien saat itu dapat memahami dan menyebutkan bagaimana cara minum obat dengan benar. Hal ini disebabkan karena pasien tidak mau mengalami kekambuhan dan tidak ingin menyakiti suami lagi dari akibat yang ditimbulkan dari halusinasinya. Pasien mulai menyadari bahwa kenyataan yang terjadi pada suaminya belum tentu sama dengan apa yang di dengarkan dari bisikan halusinasinya.

4.5 Evaluasi

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.

Tinjauan Kasus

Berdasarkan hasil dari Implementasi Tindakan Asuhan Keperawatan yang dilaksanakan tanggal 28/11/2023 sampai 30/11/2023 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 menyebutkan 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 Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

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.S dengan masalah utama Gangguan persepsi sensori di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur 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 Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur 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.S dengan diagnosa medis F20.0 Skizofrenia Paranoid hari Selasa tanggal 28 November 2023 pukul 09.00 WIB. Alasan masuk Saat dirumah tanggal 16/11/2023 Saat dirumah pasien marah-marah dan ngomel-ngomel kepada suami dan keluarganya sejak 3 bulan ini, kemudian suami dan adik iparnya membawa ke IGD Rumah Sakit Jiwa Menur. Saat di IGD pasien dapat menyebutkan identitasnya, mengatakan tidak tahu kenapa dibawa ke RS Jiwa. Pasien MRS di Ruang Flamboyan pada tanggal 16/11/2023 pkl. 16:14 WIB, Keluhan utama saat pengkajian pasien mengatakan mendengar bisikan-bisikan jika suaminya memakai sabu-sabu sehingga pasien marah dengan suaminya, Pasien belum pernah menjalani perawatan, pengobatan di Rumah Sakit Jiwa Menur 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 menjadi saksi kecelakaan, respon pasien pada saat itu merasa ketakutan dan dampak dari kejadian itu pasien merasa ketakutan saat tidur sendirian. Saat pengkajian pasien tidak ada keluhan fisik, pasien merupakan anak ke 2 dari 3 bersaudara, status bersuami dan mempunyai 6 orang anak. Pasien tinggal bersama suami dan 6 orang anaknya. Pasien mengalami gangguan pada hubungan sosial karena tidak pernah mengikuti kegiatan apapun dalam kelompok ataupun masyarakat hal itu disebabkan karena pasien pernah terjadi cekcok dengan tetangganya tanpa sebab yang pasti pada 6 tahun yang lalu. Pasien mempunyai masalah pada isi pikir waham curiga terhadap suaminya yang menggunakan sabu-sabu 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 pengetahuan 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.S dengan diagnosa medis F20.0 Skizofrenia Paranoid yang bersumber dari buku Satuan Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu :
 - a. Gangguan Persepsi Sensori (D.0085 SDKI hal. 190) b.d Gangguan pendengaran d.d Keluhan utama saat pengkajian tanggal 28/11/2023

jam 09.00 WIB. pasien mengatakan mendengar bisikan-bisikan jika suaminya memakai sabu-sabu.

- b. Isolasi Sosial (D.0121 SDKI hal. 268) b.d Ketidakmampuan 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.S dengan diagnosa medis F20.0 Skizofrenia Paranoid penulis telah berhasil memberikan asuhan keperawatan dikarenakan strategi yang dibuat sebelum berinteraksi dengan pasien namun pada tahap perencanaan tindakan asuhan keperawatan keluarga tidak dapat dilaksanakan karena tidak ada keluarga yang menunggu / bertemu saat di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
4. Tahap Tindakan Asuhan Keperawatan kasus masalah utama Gangguan persepsi sensori pada Ny.S dengan diagnosa medis F20.0 Skizofrenia Paranoid 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.S dengan diagnosa medis F20.0 Skizofrenia Paranoid dari tanggal 28 November 2023 sampai tanggal 30 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 tidur, mencuci piring, mencuci baju, minum obat teratur dan istirahat pukul 21.00.
- d. Pasien mampu mempraktikkan cara menghardik halusinasi.
- e. Pasien mampu menyebutkan 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 melaksanakan 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 Isolasi Sosial*. 14(1).
- Ayu Candra Kirana, S. (2018). Gambaran Kemampuan Interaksi Sosial Pasien Isolasi Sosial Setelah Pemberian Social Skills Therapy Di Rumah Sakit Jiwa. *Journal of Health Sciences*, 11(1). <https://doi.org/10.33086/jhs.v11i1.122>
- Azijah, A. N. (2022). Asuhan Keperawatan Penerapan Komunikasi Terapeutik Pada Klien Isolasi Sosial Di Rsjs Dr Soerojo Magelang. *Jurnal Inovasi Penelitian*, 3(3), 5435–5444.
- dr. Suparyanto, M.Kes,2018. (n.d.). Retrieved January 22, 2023, from <http://dr-suparyanto.blogspot.com/2013/04/sekilas-tentang-mekanisme-koping.html>
- Fatimah, & Nuryaningsih. (2018). *Buku Ajar Buku Ajar*.
- Ferginia P. (2021). *Komunikasi Terapeutik Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (Odgj)*.
- Hafifah, A., Puspitasari, I. M., & Sinuraya, R. K. (2018). Farmakoterapi dan Rehabilitasi Psikososial pada Skizofrenia. *Farmaka*, 16(2), 210–232.
- 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*, 10(2), 1689–1699. www.journal.uta45jakarta.ac.id
- Kandar, D. I. (2019). Predisposition and Prestipitation Factors of Risk of Violent Behaviour. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149–156.
file:///C:/Users/lenovo/Downloads/226-Article Text-1292-1-10-20191202.pdf
- Keliat. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*.
- Kristyaningsih, P., Sulistiawan, A., & Susilowati, P. (2018). Penerapan Komunikasi Terapeutik Perawat Di Rumah Sakit X Kota Kediri. *Adi Husada Nursing Journal*, 4(2), 47–50.
- L. Ma'rifatul Azizah, I. Zainuri, A. akbar. (2016). *BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA (Pertama)*. Indomedia Pustaka.
- Murniarti, E. (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*, 2(2), 183.
<https://doi.org/10.22373/je.v2i2.815>
- Paramita, T., & Alfinuha, S. (2021). Dinamika Pasien dengan Gangguan Skizofrenia. *Jurnal Psikologi*, 17(1), 12–19.
- Riskedas. (2018). *data riset kesehatan dasar*. Riskedas.
<https://labmandat.litbang.kemkes.go.id/riset-badan-litbangkes/menu-riskenas/menu-riskedas/426-rkd-2018>
- Saputri, K. A. (2018). The reciprocal longitudinal relationship between the parent-adolescent relationship and academic stress in Korea. *Social Behavior and Personality*, 41(9), 1519–1532. <https://doi.org/10.2224/sbp.2013.41.9.1519>
- Sari, P. (2019). Dinamika Psikologi Penderita Skizofrenia Paranoid Yang Sering Mengalami Relapse. *Psikoislamedia Jurnal Psikologi*, 4(2), 124–136.

- <https://jurnal.ar-raniry.ac.id/index.php/Psikoislam/article/view/5751>
- Stuart. (2017). *No Title*.
- Stuart and Sundeen. (2016). *keperawatan Jiwa*.
- Suerni, T., & PH, L. (2019). Gambaran Faktor Predisposisi Pasien Isolasi Sosial. *Jurnal Keperawatan*, 11(1), 57–66.
<https://doi.org/10.32583/keperawatan.v11i1.464>
- Sukaesti, D. (2019). Sosial Skill Training Pada Klien Isolasi Sosial. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(1), 19. <https://doi.org/10.26714/jkj.6.1.2018.19-24>
- Suparyanto dan Rosad (2015). (2020). 濟無No Title No Title No Title. *Suparyanto Dan Rosad (2015, 5(3), 248–253*.
- Suwarni, S., & Rahayu, D. A. (2020). Peningkatan Kemampuan Interaksi Pada Pasien Isolasi Sosial Dengan Penerapan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi Sesi 1-3. *Ners Muda*, 1(1), 11.
<https://doi.org/10.26714/nm.v1i1.5482>
- Ulfa Muzliyati. (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*, 1(1). <https://doi.org/10.26418/tjnpe.v1i1.35014>
- Z. Eka B. Hany. (2019). Adaptasi Masyarakat Bantaran Sungai Terhadap Banjir Di Kelurahan Pakowa Kota Manado. *Spasial*, 6(2), 482–492.
- Arisandy, W. (2022). *Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Gangguan Isolasi Sosial*. 14(1).
- Ayu Candra Kirana, S. (2018). Gambaran Kemampuan Interaksi Sosial Pasien Isolasi Sosial Setelah Pemberian Social Skills Therapy Di Rumah Sakit Jiwa. *Journal of Health Sciences*, 11(1). <https://doi.org/10.33086/jhs.v11i1.122>
- Azizah, A. N. (2022). Asuhan Keperawatan Penerapan Komunikasi Terapeutik Pada Klien Isolasi Sosial Di Rsjs Dr Soerojo Magelang. *Jurnal Inovasi Penelitian*, 3(3), 5435–5444.
- dr. Suparyanto, M.Kes,2018. (n.d.). Retrieved January 22, 2023, from <http://dr-suparyanto.blogspot.com/2013/04/sekilas-tentang-mekanisme-koping.html>
- Fatimah, & Nuryaningsih. (2018). *Buku Ajar Buku Ajar*.
- Ferginia P. (2021). *Komunikasi Terapeutik Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (Odgj)*.
- Hafifah, A., Puspitasari, I. M., & Sinuraya, R. K. (2018). Farmakoterapi dan Rehabilitasi Psikososial pada Skizofrenia. *Farmaka*, 16(2), 210–232.
- 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*, 10(2), 1689–1699. www.journal.uta45jakarta.ac.id
- Kandar, D. I. (2019). Predisposition and Prestipitation Factors of Risk of Violent Behaviour. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149–156.
<file:///C:/Users/lenovo/Downloads/226-Article Text-1292-1-10-20191202.pdf>
- Keliat. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*.
- Kristyaningsih, P., Sulistiawan, A., & Susilowati, P. (2018). Penerapan Komunikasi Terapeutik Perawat Di Rumah Sakit X Kota Kediri. *Adi Husada Nursing Journal*, 4(2), 47–50.
- L. Ma'rifatul Azizah, I. Zainuri, A. akbar. (2016). *BUKU AJAR KEPERAWATAN*

- KESEHATAN JIWA* (Pertama). Indomedia Pustaka.
- Murniarti, E. (2019). *Bahan Ajar ; Komunikator, Pesan, Pedia/Saluran, Komunikasikan, Efek/Hasil, dan Umpan Balik*. 156–159.
- Musradinur. (2016). Stres Dan Cara Mengatasinya Dalam Perspektif Psikologi. *JURNAL EDUKASI: Jurnal Bimbingan Konseling*, 2(2), 183.
<https://doi.org/10.22373/je.v2i2.815>
- Paramita, T., & Alfinuha, S. (2021). Dinamika Pasien dengan Gangguan Skizofrenia. *Jurnal Psikologi*, 17(1), 12–19.
- Riskesdas. (2018). *data riset kesehatan dasar*. Riskesdas.
<https://labmandat.litbang.kemkes.go.id/riset-badan-litbangkes/menu-risikesnas/menu-risikesdas/426-rkd-2018>
- Saputri, K. A. (2018). The reciprocal longitudinal relationship between the parent-adolescent relationship and academic stress in Korea. *Social Behavior and Personality*, 41(9), 1519–1532. <https://doi.org/10.2224/sbp.2013.41.9.1519>
- Sari, P. (2019). Dinamika Psikologi Penderita Skizofrenia Paranoid Yang Sering Mengalami Relapse. *Psikoislamedia Jurnal Psikologi*, 4(2), 124–136.
<https://jurnal.ar-raniry.ac.id/index.php/Psikoislam/article/view/5751>
- Stuart. (2017). *No Title*.
- Stuart and Sundeen. (2016). *keperawatan Jiwa*.
- Suerni, T., & PH, L. (2019). Gambaran Faktor Predisposisi Pasien Isolasi Sosial. *Jurnal Keperawatan*, 11(1), 57–66.
<https://doi.org/10.32583/keperawatan.v11i1.464>
- Sukaesti, D. (2019). Sosial Skill Training Pada Klien Isolasi Sosial. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(1), 19. <https://doi.org/10.26714/jkj.6.1.2018.19-24>
- Suparyanto dan Rosad (2015). (2020). 濟無No Title No Title No Title. *Suparyanto Dan Rosad (2015)*, 5(3), 248–253.
- Suwarni, S., & Rahayu, D. A. (2020). Peningkatan Kemampuan Interaksi Pada Pasien Isolasi Sosial Dengan Penerapan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi Sesi 1-3. *Ners Muda*, 1(1), 11.
<https://doi.org/10.26714/nm.v1i1.5482>
- Ulfa Muzliyati. (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*, 1(1). <https://doi.org/10.26418/tjnpe.v1i1.35014>
- Z. Eka B. Hany. (2019). Adaptasi Masyarakat Bantaran Sungai Terhadap Banjir Di Kelurahan Pakowa Kota Manado. *Spasial*, 6(2), 482–492.

Lampiran 1**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

Masalah keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori

Pertemuan : ke 1 (Selasa, 28/11/2023)

SP : SP1

A. PROSES KEPERAWATAN**1. Kondisi pasien**

DS :

- Pasien mengatakan mendengar bisikan-bisikan jika suaminya memakai sabu-sabu.

DO :

- Pasien tampak senyum-senyum sendiri saat di ruangan.
- 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. Mengajarkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian.

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Orientasi

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

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

“ Apa Ibu bersedia? ”

2. Kerja

“ Saya lihat dan perhatikan Ibu saat diruangan tadi ibu senyum-senyum sendiri? Apakah Ibu benar mendengar bisikan-bisikan? ”

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

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

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

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

3. Terminasi

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

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

“ Untuk besok pagi saya akan mengulangi lagi dari yang saya ajarkan tadi dan mengajak Ibu 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 Ibu cepat sembuh ya ! ”

Lampiran 2**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

Masalah keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori

Pertemuan : ke 2 (Rabu, 29/11/2023)

SP : SP2

A. PROSES KEPERAWATAN**1. Kondisi pasien**

DS :

- Pasien mengatakan senang ketemu dengan mas Iwan, 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 Bu, bagaimana perasaan Ibu hari ini ? Apa Ibu masih ingat dengan saya ? ”

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

2. Kerja

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

“ Untuk kontrol halusiniasi yang kedua yaitu dengan minum obat teratur. Apa Ibu sudah tau cara minum obat yang benar dan manfaat dari obat yang diminum. Saya jelaskan ya Bu! **Pertama** pastikan nama dalam tempat obat itu benar namanya Ibu, 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 18.00 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 segera 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 sehingga 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 Ibu tidak kambuh lagi. Apakah sekarang Ibu sudah tau cara dan manfaat minum obat secara teratur. ”

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

3. Terminasi

“ Bagaimana perasaan Ibu setelah tau cara dan manfaat minum obat teratur? ”

“ Coba ulangi cara dan manfaat minum obat yang sudah saya ajarkan tadi Bu! Bagus sekali Bu, mantap! ”

“ Untuk pertemuan hari ini sudah selesai ya Bu, untuk besok pagi saya akan saya akan mengulangi lagi dari yang saya ajarkan selama 2 hari dan

mengajarkan Ibu untuk cara mengontrol halusinasi yang ketiga dengan melakukan kegiatan. Untuk waktu dan tempat di ruangan makan jam 10.00 WIB ya Bu! Terimakasih atas waktunya, semoga Ibu cepat sembuh dan cepat pulang ya ”

Lampiran 3

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Masalah keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori

Pertemuan : ke 3 (Kamis, 30/11/2023)

SP : SP3

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi pasien

DS :

- Pasien mengatakan alhamdulillah mas Iwan 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 mengendalikan halusinasi dengan **melakukan kegiatan (kegiatan yang bisa dilakukan pasien dirumah).**
3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Orientasi

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

“ Apa Ibu sudah siap? ”

2. Kerja

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

“ Sesuai janji saya yang kemarin saya akan mengajarkan Ibu 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 Bu! Saat di Rumah Sakit setelah bangun pagi ibu 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 Ibu bisa berbincang-bincang dengan temannya atau dengan perawat ruangan. Ketika sudah dirasa capek Ibu bisa beristirahat sambil menunggu makan siang. Setelah makan siang Ibu bisa melakukan sholat dhuhur kemudian tidur siang sampai sore. Ketika bangun sore Ibu langsung sholat ashar dan mandi. Sambil menunggu makan malam Ibu bisa mengobrol dengan teman atau perawat yang ada di ruangan. Ketika adzan magrib Ibu bisa mengambil air wudlu untuk sholat magrib lalu makan makan malam dan minum obat. Jam 21.00 Ibu bisa tidur malam sampai bangun pagi. Saat di rumah Ibu bisa melakukan setelah bangun pagi, mandi lalu sholat dan membereskan tempat tidur sambil masak mempersiapkan makanan untuk suami dan anak. Setelah suami berangkat kerja dan anak berangkat sekolah Ibu tidak lupa untuk minum obat lalu bisa melakukan pekerjaan seperti mencuci piring, mencuci pakaian atau lainnya kemudian istirahat. Siang hari Ibu bisa sholat dhuhur dan memprsiapkan makan siang untuk anaknya saat pulang sekolah lalu ibu bisa tidur atau istirahat siang. Setelah anak dan suami pulang Ibu bisa menyiapkan makanan. Saat sholat ashar tiba jangan lupa sholat dan mandi sore. Setelah magrib Ibu sholat dan jangan lupa menyiapkan makan malam

untuk suami dan anak. Setelah itu Ibu bisa minum obat dan menunggu sholat Isya'. Setelah itu Ibu bisa mengajak bicara suami dan anaknya sampai pukul 21.00 kemudian bisa tidur malam. Apakah Ibu sekarang tau kegiatan yang harus dilakukan untuk mengontrol halusinasi saat di Rumah Sakit maupun di rumah? ”

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

3. Terminasi

“ Bagaimana perasaan Ibu setelah tau kegiatan yang bisa dilakukan untuk mengontrol halusinasi? Coba Ibu ulangi menyebutkan kegiatan selama di RS maupun di rumah! Betul sekali Bu, Joss (Sambil memberikan jempol untuk Ny.S)! ”

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

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

Lampiran 4**EVALUASI KEMAMPUAN PASIEN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI**

Nama pasien : Ny.S

Ruangan : Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Nama Perawat : Iwansyah

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	Meempraktikkan cara menghardik.	√	√	√
8	Menyebutkan 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 Ayah dan Ibuku tercinta yang telah membesarkanku dengan sepenuh hati serta mendidikku dengan tulus ikhlas tanpa lelah.
3. Untuk Istriku yang selalu mendukungku hingga saat ini.
4. Untuk D-III Angkatan 27 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah berjuang bersama hingga akhir.
5. Sahabat-sahabatku dan satu kelas D3-Paralel yang selalu ada dalam suka maupun duka dan selalu saling melengkapi
6. Untuk Pembimbingku “Ibu Dr. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes.” yang telah memberi semangat dan waktu kepada anak – anak nya sampai akhir.